

## ***Pneumonia aguda – tema que todos devemos estudar***

*Acute pneumonia – a theme we should all be studying*

Otelo S. Ferreira<sup>1</sup>, Murilo C.A. Britto<sup>2</sup>

**O** qualificado estudo de Sarria et al. que aborda o diagnóstico da pneumonia aguda (PA), neste número do nosso e cada vez melhor *Jornal de Pediatria*, é muito bem-vindo<sup>1</sup>. Trata-se de um tema sobre o qual até os profissionais mais vividos devem continuamente se atualizar.

Embora os fundamentos científicos sobre a PA permaneçam imutáveis há décadas, os dados epidemiológicos atuais e a dinâmica do tema, que é própria da medicina, estimulam que todos leiamos com atenção sobre a temática.

Cerca de 10% a 20% de todas as crianças menores de cinco anos, nos países pobres, apresentam PA a cada ano<sup>2</sup>. Em 1995, das 11,6 milhões de mortes nos menores de cinco anos, 4 milhões ocorreram por PA, a causa mais comum. Dessas, 95% ocorreram em países pobres, e 50% a 75% atingiram crianças com menos de um ano<sup>2,3</sup>.

No Brasil, em 1998, 5,4% e 12,8% dos falecimentos de menores de um ano e de crianças entre um e quatro anos, respectivamente, foram produzidos pela PA<sup>3</sup>. As estatísticas mais recentes informam que as infecções respiratórias agudas (IRA) constituem a segunda ou terceira causa de morte em menores de cinco anos, nas distintas regiões, e que 85% dos óbitos dependentes das IRA são por PA<sup>2,3</sup>. Em 1999, no Brasil, 8,1% das hospitalizações em todas as idades foram produzidas pela PA. Nos menores de cinco anos, esse dado atingiu a cifra de 26,7%<sup>3</sup>. Nas Américas, as IRA são a causa de 20% a 40% de todas as internações em menores de cinco anos<sup>3</sup>.

A PA é causa de morte evitável por medidas simples, acessíveis, de baixo custo e que não exigem tecnologia diagnóstica nem recursos terapêuticos sofisticados, na maioria das vezes<sup>3,4</sup>. É a afecção na qual mais se pode intervir para reduzir a mortalidade infantil e de menores de cinco anos de idade<sup>4,5</sup>. Participam no óbito por PA, a não ser em casos excepcionais, o atraso ou o erro no diagnóstico e/ou na terapêutica. E, como regra, criança rica não falece com PA. O médico deve estar sempre alerta para isso.

A busca pelo aperfeiçoamento diagnóstico, sobretudo para responder se a PA é viral ou bacteriana, continua importante. Com frequência, são encontradas publicações recentes sobre o tema, como a de Virkki et al.<sup>6</sup>, que demonstraram que 71% dos pacientes com infiltrado alveolar tinham provável infecção bacteriana. Então, existem 29% de casos com esse padrão radiológico em que não foi demonstrada a origem bacteriana. Por outro lado, os autores observaram que 72% dos portadores de presumível doença bacteriana tinham infiltrado alveolar. Assim, 28% dos casos com um padrão bacteriano de doença não apresentaram infiltrado alveolar. Além disso, metade dos enfermos com padrão radiológico de infiltrado intersticial tinham quadro sugestivo de doença bacteriana. Em 49% dos pacientes apenas com in-

fecção viral houve alterações alveolares e, em 15% deles, a do tipo lobar. Na experiência desses autores, a contagem leucocitária e a proteína C-reativa não foram úteis para separar a doença viral da bacteriana<sup>6</sup>.

Pouco avanço foi conseguido para resolver o dilema diagnóstico e para definir o tratamento com mais precisão. O médico continua a usar os métodos de cerca de 30 ou 40 anos para definir a conduta: “é pneumonia por critérios clínicos e radiológicos (taquipnéia e outros; condensação lobar, segmentar ou multifocal e outros) e devo indicar antibiótico para o paciente”. Ou o quadro é de PA e “existem critérios que demonstram gravidade (desnutrição, cianose, desidratação, anemia, cardiopatias, pneumopatias ou outras enfermidades concomitantes, uso prévio de antibióticos, dentre outros) e devo intervir com mais vigor”. Está bem demonstrado que isso é suficiente para reduzir a grande mortalidade ainda observada nos países pobres.

O estudo de Sarria et al. é relevante e original. Investigou a variabilidade interobservador, um dos aspectos polêmicos sobre o emprego de raio-X de tórax no diagnóstico das IRA baixas. Com metodologia apropriada e cuidados no cálculo do tamanho amostral, os autores notaram que a concordância entre vários observadores deixa a desejar na identificação da PA<sup>1</sup>. Outros já demonstraram isso.

Alguns aspectos merecem discussão. Ao se avaliar um teste diagnóstico, é fundamental ter um padrão-ouro<sup>8</sup>. Os autores utilizaram como padrão de referência o tratamento

---

***Veja artigo relacionado  
na página 497***

---

1. Mestre, Ex-Professor das Disciplinas de Clínica Pediátrica e Pneumologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco (CCS/UFPE).

2. Doutor em Saúde Pública. Pediatra Pneumologista, Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP).

clínico, apropriado do ponto de vista operacional. É improvável que esse viés potencial tenha influenciado significativamente os resultados, mas deve ser levado em conta. Outro aspecto relevante é que, salvo a qualidade das radiografias, toda a avaliação foi feita em condições ideais, o que torna o estudo apropriado para avaliar eficácia e não efetividade<sup>8</sup>. Pode-se também deduzir que, nas condições reais de trabalho, com tempo escasso e pessoal com menor qualificação, a variabilidade interobservador seja ainda maior. Como o grupo de crianças estudadas foi hospitalizado, a validade externa da pesquisa é limitada aos casos mais graves, não podendo ser extrapolada para as PA tratadas no ambulatório.

No entanto, o estudo contribui significativamente para a pesquisa científica e para o conhecimento do tema.

### Referências bibliográficas

1. Sarria Icaza E, Fischer GB, Lima JAB, Menna Barreto SS, Flóres JAM, Sukiennik R. Concordância no diagnóstico radiológico das infecções respiratórias agudas baixas em crianças. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79:497-503.
2. CDC. Division of Bacterial and Mycotic Diseases. Pneumonia among Children in Developing Countries. 2003; March 6: 2p.
3. Nascimento-Carvalho CM, Souza-Marques, H. Recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria para Antibioticoterapia de Crianças e Adolescentes com Pneumonia Comunitária. 2002; Julho: 8p.
4. Filerman J, Chatkin JM, Chatkin M. Epidemiologia das infecções respiratórias agudas (IRAs). In: Silva LCC, Menezes AB. *Epidemiologia das Doenças Respiratórias*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 90-103.
5. Sazawal S, Black RE. Meta-analysis of intervention trials on case-management of pneumonia in community settings. *Lancet*. 1992;340:528-33.
6. Virkki R, Rikalainen H, Sverdröm E, Mertsola J, Ruuskanen O. Differentiation of bacterial and viral pneumonia in children. *Thorax*. 2002;57:438-41.
7. Schmidt MI, Duncan B. Epidemiologia clínica e a medicina embasada em evidências. In: Roquayrol Z. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 183-206.
8. Cochrane AL. Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services. Londres: BMJ Publishing Group; 1991. p. 1-103.

## *O pediatra e a amamentação exclusiva*

### *The pediatrician and exclusive breastfeeding*

Marina F. Rea\*

A tendência de aumento da duração do aleitamento materno no Brasil tem sido vista em diversos estudos, e razões para esse aumento já foram apontadas<sup>1</sup>. Os dados mais recentes, de 1999, estão no estudo realizado nas capitais pelo Ministério da Saúde, que confirmou essa tendência e diagnosticou também o que vem acontecendo com a amamentação exclusiva<sup>2</sup>.

O indicador sugerido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) – proporção de crianças de zero a quatro meses em aleitamento materno exclusivo (definido como só leite materno, sem nem mesmo água ou chá, permitindo-se apenas gotas de vitaminas ou medicamentos) – mostra-se de coleta nem sempre comparável. Na estatística do *Demo-*

*graphic and Health Survey* (DHS) de 1986, encontrou-se uma prevalência de 3,6%, enquanto na de 1996, de 40%; nesta última, existem críticas à forma de coleta, pois não se permitiu, no questionário, que as mães que afirmavam dar apenas leite materno fossem também questionadas quanto à oferta de água ou chá. Conseqüentemente, esse dado deve estar superestimado<sup>3</sup>.

Mesmo que esse valor não possa ser comparado exatamente àquele coletado em 1986, parece evidente que se pode afirmar que de 1986 (menos de 4%) para 1996 (entre 30% e 40%) houve um aumento da amamentação exclusiva.

Em que pese esse aumento, estamos longe de alcançar o recomendado: que todas as crianças recebam amamentação exclusiva até os seis meses de vida. A OMS e a política nacional coincidem hoje na recomendação de amamentação exclusiva por seis meses e na continuidade da amamentação, com a entrada de alimentos complementares, a partir dessa idade até pelo menos dois anos. A proporção de

---

***Veja artigo relacionado na página 504***

---

1. Mestre, Ex-Professor das Disciplinas de Clínica Pediátrica e Pneumologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco (CCS/UFPE).

2. Doutor em Saúde Pública. Pediatra Pneumologista, Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP).