

Artigo original

Pneumonia em crianças e adolescentes indígenas internados em Brasília-DF, Brasil: estudo de casos.

Pneumonia in hospitalized indigenous children and adolescents in Brasilia, Brazil: a case study.

Maristela Fraga Pereira Portela¹, Clemax Couto Sant'Anna², Dioclécio Campos Júnior³

RESUMO

Introdução: o objetivo deste estudo é descrever aspectos demográficos, clínicos, radiológicos e laboratoriais das pneumonias em crianças e adolescentes indígenas hospitalizados. **Metodologia:** estudo observacional retrospectivo de 60 crianças e adolescentes de zero a 19 anos de idade, sendo 59 com pneumonia comunitária e 1 com pneumonia intra-hospitalar, o qual foi excluído do trabalho. Os pacientes estavam internados no serviço de Pediatria ou de Clínica Médica do Hospital Universitário de Brasília (HUB), Brasília-DF, entre 1991 e 2000. **Resultados:** com relação à idade, 91,53% dos pacientes com pneumonia tinham menos de cinco anos e a mediana da idade foi de 11 meses. A etnia Xavante foi observada em 54,24% dos pacientes e 89,83% procediam de Mato Grosso. As condições de habitação foram inadequadas em 25,42% dos pacientes e o tipo de domicílio mais citado, 14,71%, foi a casa de palha. Em 50,85% dos pacientes havia desnutrição. O aleitamento materno exclusivo até 4 meses de idade inclusive, ocorreu em 25,42% dos pacientes. A situação de imunização foi completa em 27,12% dos casos. Houve relato de uso prévio de antimicrobianos em 32,20%; o padrão radiológico predominante foi condensação, em 32,20%; a penicilina foi empregada na terapia inicial em 64,41%; a mediana de duração de uso de antimicrobianos foi de 9 dias; a troca de antimicrobiano foi necessária em 27,12% dos pacientes; o desfecho foi satisfatório em 96,61%, não ocorrendo óbito. **Conclusão:** embora se tenha observado condições clínicas e radiológicas graves, a resposta terapêutica e o desfecho foram favoráveis em todos os casos.

Descritores: Índios Sul-americanos, Serviços de Saúde, Pneumonia, Criança

ABSTRACT

Introduction: the main objective of this study is to describe the demographic, clinical, radiological and laboratorial aspects of the pneumonias in hospitalized indigenous children and adolescents. **Methodology:** Observational, retrospective study with 60 children and adolescents' clinic files reviewed. Their ages ranged from newborn to nineteen years old. Fifty nine of them were diagnosed with community pneumonia and one with intra-hospitalary pneumonia, which was excluded of the study. They were admitted as inpatients in the Pediatrics or Adult Clinics of the Hospital Universitário de Brasília (HUB), Distrito Federal, between 1991 and 2000. **Results:** The statistical data shows that 91.53% of the patients were under five years old, and the median age was eleven months. Xavante etnia was observed in 54.24% of the patients; 89.83% were from Mato Grosso State. The environmental living conditions were inadequate in 25.42% of the cases and the housing type most mentioned was the straw structure homes, accounting for 14.71% of the cases. 50.85% of the patients were malnourished. 25.42% of the patients were exclusively breast fed until the end of their four months. There was report of previous use of antimicrobials in 32.20% of the patients, the most common radiological pattern was consolidation in 32.20%; penicillin was used in the initial therapy in 64.41%; the median in total of antimicrobial therapy was nine days. The antimicrobial change was necessary in 27.12% of the patients; 81.36% were admitted for inpatient treatment for up to twenty days, the therapy response was satisfactory in 96.61%. No deaths occurred. **Conclusion:** Although it has been observed clinical and radiographic more serious conditions, it was concluded that the therapeutic answers were favorable in all the cases of pneumonia.

Key words: Indigenous, Health Services, Pneumonia, Child

1. Ex-aluna do Curso de Mestrado em Pediatria da Universidade de Brasília. Brasília, DF.

2. Professor Adjunto Doutor do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro. RJ.

3. Professor Titular Doutor do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília. Brasília, DF.

Trabalho realizado no Hospital Universitário de Brasília da Universidade de Brasília. Brasília, DF.

Endereço para correspondência: Clemax Couto Sant'Anna- R. Barão de Mesquita 459 A bloco 2 ap. 102, Rio de Janeiro. Brasil. CEP 20540-001.

e-mail: clemax@vetor.com.br

Recebido para publicação no dia 11/10/2005 e aceito em 23/12/2005, após revisão.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as Infecções Respiratórias Agudas (IRA) são a segunda causa de óbito em crianças menores de cinco anos, sendo as pneumonias responsáveis por 80% a 90% desse total.¹

Na população indígena do Brasil, os índices de incidência e letalidade por doenças respiratórias são elevados. As infecções respiratórias agudas têm sido sistematicamente introduzidas em seu território e atingiram um alto percentual da população. Em 1998, a pneumonia foi descrita como segunda causa de óbitos entre os Yanomami.^{2,3}

O parco conhecimento publicado na literatura sobre doenças respiratórias de interesse pediátrico em indígenas justifica maior número de estudos que permitam identificar eventuais peculiaridades na apresentação clínica e na resposta terapêutica dessas etnias, com o intuito de melhor fundamentar as ações de saúde em nível hospitalar, nas áreas que lidam com essas populações.

Este trabalho teve por objetivo descrever aspectos demográficos, clínicos, radiológicos e laboratoriais de pneumonias, em crianças e adolescentes indígenas das regiões centro-oeste e norte do Brasil, atendidas no Hospital Universitário de Brasília (HUB), entre 1991 e 2000.

METODOLOGIA

A clientela do HUB é composta pela comunidade do Distrito Federal, de pacientes das cidades entorno de Brasília, e ainda, de pacientes oriundos de várias outras Unidades da Federação.

Até a primeira metade do ano de 2000 o HUB, assim como outros hospitais da rede pública do Distrito Federal, atendia e acompanhava pacientes indígenas encaminhados pela FUNASA por meio de um acerto verbal com esta instituição. Em agosto de 2000 foi oficializado um contrato para este atendimento.

Foi realizada busca em livros de registro de entrada de pacientes por meio dos seus nomes. Inicialmente, foram selecionados nos livros de 1º de janeiro de 1991 a 31 de dezembro de 2000, de um total de cerca de 260.400 nomes de pacientes registrados, 610 que possuíam características sugestivas de nomes indígenas ou eram não usuais. Desses, foram selecionados 60 pacientes indígenas entre zero e dezenove anos, cuja internação havia sido motivada por pneumonia aguda. Um dos casos foi excluído por se tratar de pneumonia intra-hospitalar.

O estado nutricional foi avaliado através da classificação de Gómez.⁴

O trabalho obedeceu a Resolução 196/96 e complementares do CONEP/MS.

Os dados obtidos através das fichas clínicas foram compilados em computador utilizando-se o programa EPI INFO 6. A análise estatística adotada foi: medidas de tendência central e de dispersão, e estatística não-

paramétrica (teste de qui-quadrado).

RESULTADOS

Com relação à idade, 54/59 (92%) pacientes tinham menos de cinco anos. Não houve diferença estatística entre as frequências observadas nos dois gêneros, sendo 31 do sexo masculino e 28 do sexo feminino. A etnia mais frequente foi a Xavante em 32/59 (54,4%) pacientes. A procedência do Estado de Mato Grosso verificou-se em 53/59 (89,83%) pacientes; seis (8,82%) eram de aldeias localizadas entre Mato Grosso e Pará; um paciente era de Pernambuco; e, sete (10,29%) não tinham esta informação. Dos 53 pacientes procedentes de Mato Grosso, 13 viviam em aldeias. As condições de habitação foram consideradas inadequadas quando apresentavam apenas um ou nenhum dos quesitos: água encanada, esgoto encanado e luz elétrica; o que ocorreu em 15/59 (25,42%) casos; e o tipo de domicílio mais citado, em 14,71% das vezes, foi a casa de palha. Houve relato de contato com portadores de tuberculose em 6/59 (10,17%) casos. A avaliação do estado nutricional mostrou que 30/59 (50,85%) eram desnutridos. O aleitamento materno exclusivo até 4 meses de idade, inclusive, ocorreu em 15/59 (25,42%) dos pacientes. A situação de imunização foi completa em 16/59 (27,12%) casos.

Houve uso prévio de antimicrobianos em 19 pacientes e cinco não possuíam esta informação. Treze destes 19 (68,42%) usaram penicilina, de três a dez dias; e um cefalexina, por três dias. Trinta e cinco (59,32%) pacientes não usaram antimicrobianos, sendo considerados, também como tal os que usaram antimicrobiano por menos de 48 horas, perfazendo três casos, cujas drogas foram: despacilina associada a gentamicina, ampicilina associada a gentamicina e amoxicilina, respectivamente. Além disso, outro paciente estava em uso de isoniazida, como quimioprofilaxia para tuberculose.

O uso de broncodilatadores foi relatado em 27/59 (45,76%) casos; não usaram tais medicamentos cinco (8,47%) casos; e a informação foi ignorada em 27/59 (45,76%).

Em 27/59 (45,76%) casos não houve relato de variáveis de risco (doença grave concomitante, idade menor de 2 meses), nem sinal de gravidade associado a pneumonias. Doença grave concomitante (anemia, asma, ou cardiopatia) foi anotada em 22 (37,29%) casos; cinco pacientes tinham menos de dois meses; havia desnutrição grave em cinco (8,47%) casos; em seis (10,17%), derrame pleural; a tiragem subcostal foi relatada em três (5,08%); outros fatores (sinais de septicemia e insuficiência respiratória) foram descritos em três. Cinco pacientes tinham dois fatores associados e dois possuíam três fatores associados.

No tocante às doenças associadas, houve predomínio de desnutrição. Isoladamente, em dez (14,71%) casos, e em 20 (33,90%) estava associada a outra do-

ença (Tabela 1). Não houve nenhum caso sem doenças associadas.

Tabela 1 - Doenças associadas em 59 crianças e adolescentes indígenas com pneumonia - HUB, DF, 1991-2000.

Doenças	Nº de vezes	%
Desnutrição	30	41,09
Asma	10	13,71
Anemia	4	5,48
Cardiopatia	3	4,10
Outras*	26	35,62

Outras* incluem: pneumopatia crônica, toxoplasmose congênita, paralisia cerebral, insuficiência renal aguda, desidratação, Síndrome de Otahara, parasitose intestinal, escabiose, diarreia, monilíase oral, conjuntivite e impetigo

Com relação à época de início dos sintomas, os grupos foram separados em faixas de tempo: até 7 dias inclusive, em 14/59 casos; de 8 até 14 dias inclusive, em 21/59 casos; e de mais de 14 dias, em 24/59 casos.

Quanto à sintomatologia, 54/59 (91,53%) pacientes apresentaram tosse e 53/59 (89,83%) febre. Dispneia foi relatada em 34/59 (57,63%) casos; a ausência deste sintoma foi referida em 24/59 (40,68%) casos. Outros sintomas respiratórios foram relatados em 41/59 (69,49%) casos, sendo eles: guincho, choro rouco, coriza, estridor e obstrução nasal; houve relato de ausência destes sintomas em 17 (28,81%); e, em um (1,69%) caso esta informação foi ignorada. Diarreia isoladamente foi relatada em 3/59 (5,08%) casos; vômitos, isoladamente em 2/59 (3,39%) casos; diarreia e vômitos associados em um paciente. Não houve relato de nenhum outro sintoma em nenhum paciente.

Com relação ao quadro radiológico, (tabela 2) houve predomínio de acometimento do pulmão direito. Os padrões radiológicos de condensação e indefinido foram os mais comuns, em 37,25% das vezes, respectivamente. Três pacientes tinham radiografia de tórax normal e, em cinco o padrão radiológico foi ignorado.

Tabela 2 - Padrão Radiológico em 42 crianças e adolescentes indígenas com pneumonia - HUB, DF, 1991-2000.

Padrão radiológico	Localização (frequência)				%
	Direita	Esquerda	Bilateral	Total	
Condensação	10	3	6	19	37,25
Infiltrado Intersticial	3	0	4	7	13,72
Derrame Pleural	4	1	1	6	11,78
Indefinido	6	2	11	19	37,25
Total	23	6	22	51	100,00

O derrame pleural ocorreu em 6/59 (10,17%) casos, havendo associação com pneumotórax bilateral em um deles. Punção pleural foi realizada em todos os pacientes com derrame pleural; em três desses casos houve referência aos resultados de exame do líquido pleural colhido: transudato (sanguinolento) em um, empiema no outro, e exsudato no terceiro.

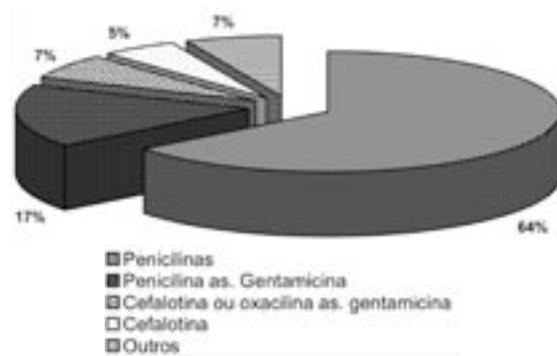
A drenagem fechada foi necessária em cinco pa-

cientes, um dos quais necessitou, posteriormente, de drenagem aberta.

Outras complicações pleurais também foram relatadas em 4 (quatro) pacientes: espessamento pleural em dois casos que desenvolveram derrame pleural; um caso com fístula broncopleural, e um caso com derrame pleural.

A cultura para germes comuns foi realizada em material de punção pulmonar, em um paciente e no sangue, em oito pacientes. Foram todas negativas. No líquido pleural foi realizada em três pacientes, tendo havido crescimento de *Pseudomonas aeruginosa* em uma amostra.

Os tipos de antibióticos usados no início da terapia são mostrados no gráfico 1.



Outros inclui: amicacina, cloranfenicol, associação de amoxicilina com ácido clavulânico, e associação de ampicilina com gentamicina e eritromicina

Gráfico 1 - Tipos de antimicrobianos usados no início da terapia em crianças e adolescentes indígenas com pneumonia - HUB, DF, 1991-2000.

Dos 38 pacientes que iniciaram o tratamento com penicilina, 28 mantiveram este antibiótico até o final; em três foi substituída por cloranfenicol; dois associaram o cloranfenicol à penicilina; os demais receberam outros antimicrobianos. Sete dos dez pacientes que iniciaram com a associação penicilina e gentamicina não receberam outro antibiótico; em quatro pacientes, a associação cefalotina e gentamicina foi o único esquema terapêutico utilizado; três iniciaram tratamento com cefalotina, dos quais um apenas teve seu esquema modificado.

A duração do uso de antimicrobiano total, incluindo o período de troca de antibiótico, quando foi o caso, foi de dez dias ou menos em 40/59 (67,80%) pacientes; de 11 a 21 dias em 14/59 (23,73%); e de mais de 21 dias em 5/59 (8,47%). A mediana da duração do tempo de terapia antimicrobiana foi de nove dias.

Com relação à época em que ocorreu a substituição de antimicrobiano, em oito (50% dos casos em que houve troca) ocorreu até o terceiro dia de tratamento inicial inclusive; e oito receberam outro antimicrobiano após o 3º dia. A duração mediana de antibioticoterapia sem modificação do esquema inicial foi de quatro dias.

A duração de internação está disposta no gráfico 2. Nota-se que 48 (81,36%) casos ficaram internados

por até 20 dias. A mediana da duração de internação foi de 11 dias.

As radiografias de tórax, realizadas à alta do paciente, foram normais em três casos (6,78% do total de pacientes e 42,86% dos que realizaram este exame). Três pacientes apresentavam pequenas seqüelas na alta hospitalar, e um paciente apresentou espessamento pleural. Não havia relato de radiografia à época da alta em 52 (88,14%) pacientes.

O estado dos pacientes no momento da alta foi: melhorado, em 48 (81,36%) casos; curado, em nove (15,25%) e evasão do hospital, em dois (3,39%). Não houve reinternações após a alta.

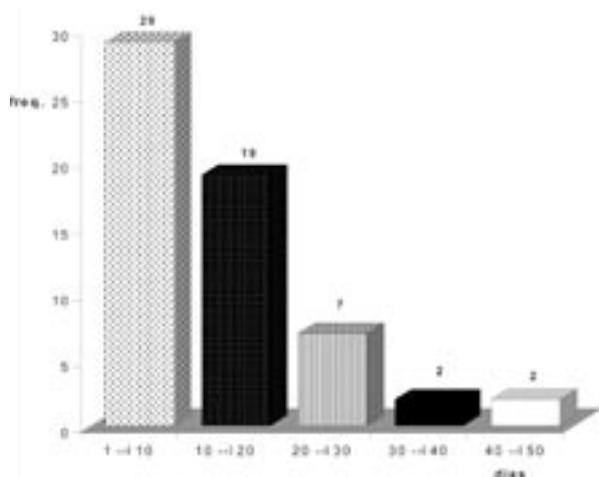


Gráfico 2- Duração da internação das crianças e adolescentes indígenas com pneumonia - HUB, DF, 1991-2000.

DISCUSSÃO

O HUB sempre prestou assistência aos índios que chegam ao Distrito Federal, daí a escolha dessa instituição que permitiu a coleta de dados em um mesmo local. Houve limitações, inerentes a um estudo retrospectivo, como: a falta de registro de dados nos prontuários médicos, de padronização dos laudos das radiografias de tórax e de informações sobre a vida e hábitos dos índios que pudessem alterar o curso esperado de algumas doenças.

A escassez de informação quanto a dados da anamnese, se deveu, em parte, a dificuldade de comunicação com os índios, porque muitos não falam português. As diferenças culturais podem, também, ter influído, como, por exemplo, o fato de os índios possuírem uma concepção própria do que seja a doença.^{3,5}

Com relação à distribuição por faixa etária, a maioria tinha menos de cinco anos, e a idade mediana foi de 11 meses. Estudos semelhantes da literatura confirmam que os menores de cinco anos têm maior prevalência e gravidade de IRA.^{1,6} Observou-se distribuição praticamente igual quanto ao gênero.

A etnia mais freqüente foi a xavante, por ser uma das mais populosas etnias dos índios brasileiros, e pela localização de suas aldeias, mais próximas ao Distrito Federal.

A procedência da maioria dos índios foi Mato

Grosso. Apenas 13 pacientes informaram viver em aldeias; não havia informação sobre o domicílio nos demais. No entanto, há indícios que apontam para uma maior probabilidade desses pacientes viverem em aldeias ou tribos como, por exemplo, o fato de serem encaminhados pela FUNASA e de sua procedência ser Mato Grosso, na maioria dos casos.

As condições de habitação inadequadas em 25,42% dos casos, refletem a ausência de saneamento básico em muitas aldeias indígenas, ainda hoje. Porém, na maioria dos prontuários não havia esta informação. O tipo de domicílio mais citado foi a casa de palha, sugerindo a predominância desse tipo de habitação.⁵

O relato de contato com tuberculose, no estudo atual, esteve presente em 10,17% dos prontuários, refletindo que a tuberculose seja doença bastante conhecida entre os indígenas, dada a sua elevada prevalência e letalidade nesta população.⁷ Apesar do grande número de informação ignorada, pode-se admitir que houve significativo relato de contato com esta doença, corroborando a literatura.^{3,8,9}

No estudo atual, a avaliação do estado nutricional dos pacientes, mostrou que 50,85% dos índios apresentavam desnutrição. Fagundes Neto et al,¹⁰ em estudo realizado no Alto Xingu, mostraram que, nos anos de 1974, 75 e 76, não foi identificado nenhum caso de desnutrição de 3º grau; e, no total de 175 crianças, oito apresentaram desnutrição de 1º grau e duas, desnutrição de 3º grau, nesse período. No entanto, algumas características daquela população explicam, de alguma forma, estes valores. A alimentação local está fundamentalmente baseada na mandioca e no peixe; a caça, quando utilizada, restringe-se a um número reduzido de animais de pequeno porte como os macacos e algumas aves; frutas silvestres, ovos de tracaçá e o mel também fazem parte da alimentação; a alimentação das crianças durante praticamente todo o primeiro ano de vida baseia-se no aleitamento natural, que se prolonga até os três anos de vida.¹¹ Esta realidade, no entanto, não parece ser a de toda a população indígena que atualmente habita o nosso país. Dependendo da aldeia ou tribo onde vivem, alguns índios estão passando por dificuldades para adquirir alimentos, seja pela invasão das terras, influindo no meio ambiente e afastando animais de caça, seja pela presença de novas doenças, prejudicando, ainda mais o estado nutricional desses indivíduos.³ Nossos dados mostram uma freqüência superior à metade dos casos de desnutrição entre os pacientes estudados, o que pode apontar para uma situação precária de vida desses indivíduos. No Primeiro Fórum sobre Saúde da Criança Indígena, foi referida a elevada freqüência de desnutrição crônica assumindo formas graves, associada a outras carências nutricionais comprometedoras do crescimento e desenvolvimento das crianças indígenas.³

O aleitamento materno exclusivo até, no mínimo, quatro meses, foi registrado, no nosso trabalho,

em quase um terço das crianças. A proteção fornecida pelo leite materno contra as IRA, inclusive a pneumonia, é descrita na literatura mundial.^{12,13} Fagundes Neto et al.¹⁰ descreveram hábitos dos índios do Alto Xingu, dentre eles, o de aleitamento natural exclusivo até o primeiro ano, prolongando-se até os três anos, aproximadamente. Não temos elementos para avaliar o comportamento de outras tribos, mas pode-se admitir que seja semelhante.

No presente estudo, houve 27,12% de pacientes com imunização completa e um percentual próximo com imunização incompleta, sendo que alguns receberam alguma vacina durante a internação, como por exemplo, a BCG. Em um estudo sobre a saúde dos Yanomami, em 1999, a cobertura vacinal média foi de 93% mas, deve-se levar em conta que, os Yanomami formam uma sociedade organizada, cujas sub-regiões são assistidas, tanto pela FUNASA, como por diversas ONGs, tais como, a Comissão Pró-Yanomami (CCPY), Médicos do Mundo (MDM), dentre outras. Esta realidade não parece ser a mesma para outros grupos indígenas, que ainda vivem com pouca ou nenhuma assistência de saúde e com altos índices de doenças imunopreveníveis.^{3,7} As normas nacionais preconizam a vacinação BCG na população indígena desde que a pessoa não tenha cicatriz vacinal prévia.¹⁴ Dentre outras recomendações aprovadas nos dois últimos Fóruns Brasileiros sobre a Saúde da Criança Indígena, está a de ampliar a cobertura vacinal das populações infantis dos povos indígenas em consonância com o Programa Nacional de Imunização.^{8,9}

O uso prévio de antimicrobiano ocorreu em mais de um terço dos casos e o uso prévio de broncodilatores na metade dos pacientes, espelhando a provável elevada prevalência de asma ou síndrome bronco-obstrutiva entre indígenas, à semelhança da população geral brasileira.¹⁵ Em nosso estudo, todos os pacientes estavam internados, com o diagnóstico de pneumonia bacteriana, o que justifica o uso de antibiótico. O fato de esses índios terem usado essas medicações antes da internação, sugere que estavam recebendo algum atendimento de profissional de saúde, antes de chegarem ao hospital, e tendo acesso à medicamentos. Provavelmente foram atendidos em postos de saúde mais próximos aos seus locais de origem.

No nosso estudo, 45,76% dos pacientes não apresentaram nenhuma variável de risco e/ou sinal de gravidade das IRA. No entanto, mais da metade dos pacientes apresentou algum grau de desnutrição e quase 40% tiveram doença grave concomitante, fazendo supor que essa população tivesse baixa resistência imunológica natural às doenças infecto-contagiosas, e que mereceria uma abordagem diferenciada da população em geral.

Na maioria das vezes o início dos sintomas havia sido há mais de oito dias. Não há estudos semelhantes na população indígena; no entanto, na população

pediátrica não indígena, a história clínica das pneumonias é caracterizada, de forma geral, por início súbito, no curso de uma infecção das vias respiratórias superiores.⁵ Quase metade dos 44 pacientes havia iniciado tratamento com antimicrobianos em casa e evoluiu com derrame pleural. Pode-se supor que não evoluíram satisfatoriamente com o tratamento domiciliar ou que a dificuldade de acesso à hospitais de maior porte possa ter contribuído para ampliar o período de sintomatologia inicial.¹

Os sintomas tosse, febre e dispnéia foram comuns entre os pacientes estudados, ratificando a sua importância no diagnóstico da pneumonia.^{1,16}

Outros sintomas respiratórios mais relatados foram choro rouco, coriza e obstrução nasal. Estes elementos semióticos sugerem infecção viral isolada ou eventualmente associada à bacteriana. No Paquistão, Ghafoor et al,¹⁷ demonstraram que havia infecção viral associada em 53% das crianças com pneumonia por *H. influenzae* e em 47% daquelas com pneumococo. Outros estudos também demonstraram tal associação. Por isso, em países em desenvolvimento, a identificação de vírus em crianças com pneumonia, não deve descartar a possibilidade de etiologia bacteriana concomitante. O mesmo raciocínio deve ser adotado diante de crianças com sinais e sintomas clínicos sugestivos de infecção viral.

O padrão radiológico, no nosso estudo, mostrou um predomínio de condensação, sugerindo pneumonia bacteriana, principalmente por pneumococo e *H. influenzae*, à semelhança do que é encontrado em crianças não indígenas.^{1,5,18}

A frequência de complicações pleurais nessa amostra de indígenas foi baixa, de 10% do total de casos de pneumonia. Tal percentual é inferior ao da população geral,¹⁹ o que encerra um paradoxo. Ao mesmo tempo em que se identificou nestes pacientes a existência de variáveis de risco para maior gravidade de pneumonias, não se constatou um percentual elevado de complicações pleurais.

O tipo de antibiótico predominante no início da terapia foi o grupo das penicilinas. Não houve troca de antimicrobiano durante a terapia em 66,10% dos pacientes. Como os principais agentes etiológicos das pneumonias, na faixa etária estudada são, reconhecidamente sensíveis às penicilinas, seria mesmo esperado uma predominância do uso deste antimicrobiano; ainda mais em hospital universitário.⁵

A duração da antibioticoterapia total teve a mediana de nove dias. O tempo de tratamento habitual para os casos de pneumonia comunitária não complicada é de sete a dez dias; enquanto que, na presença de empiema ou exsudato na cavidade pleural, a terapia deve ser prolongada até três a quatro semanas, dependendo da evolução.¹ Ainda com relação à terapia antimicrobiana, nossos dados mostraram que na maioria das vezes não houve troca deste medicamento; e, quando foi o caso, a média do período em que houve

esta troca foi de quatro dias. Logo, a resposta terapêutica foi semelhante a das crianças não indígenas, apesar do seu maior risco para desenvolvimento de quadros mais graves.²

A mediana da duração de internação foi de 11 dias, um pouco mais prolongada do que a habitual, o que faz especular que o prolongamento da internação possa ter sido devido a causas sociais, já que os dados sobre a duração do tratamento apontaram para uma boa resposta à terapia e, conseqüentemente, uma boa evolução dos casos.^{1,2,19}

Não houve relato de reinternação, após a alta, em nenhum dos prontuários estudados. Algumas hipóte-

ses podem ser levantadas a esse respeito: os pacientes responderam bem ao tratamento, permanecendo livres de doença; ou, podem ter voltado a ficar doentes, mas terem sido atendidos nos distritos sanitários próximos ao seu local de origem; ou, podem ter sido atendidos em outro hospital da rede pública de Brasília.

Embora reconhecendo as limitações do presente estudo, nossos dados reiteram o bom resultado da terapêutica ministrada na Instituição, pois houve pequeno número de seqüelas pleurais e, em sua maioria, os pacientes receberam alta melhorados ou curados, aproximando-se do que é descrito na literatura de crianças não indígenas.

REFERÊNCIAS

1. Sant'Anna CC. Infecções respiratórias agudas na prática pediátrica. São Paulo: Lemos 2002;96 p.
2. Francisco DA, Oliveira CE. Assistência à saúde Yanomami. Brasília: Ministério da Saúde, URIHI. 1999; 27p.
3. Sociedade de Pediatria do Distrito Federal. 1º Fórum Brasileiro de Saúde da Criança Indígena. Brasília, DF, 2000
4. Nelson MD, Vaughan III VC, Litt IF. Assessment of growth development. In: Behrman RE, Kliegman RM, Nelson WE, Vaughan III VC. Nelson Textbook of Pediatrics. 14th ed. Philadelphia: Saunders 1992;p.32-43
5. Melatti JC. Índios do Brasil. 3rd. ed. São Paulo: HUCITEC 1980;232p
6. Garcia A, Sant'Anna CC. Principais aspectos da pneumologia infantil. In: Bethlem N. Pneumologia. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 1996;p: 920-44
7. Amarante JM. A tuberculose como problema de saúde dos índios brasileiros – 1998. Brasília: FUNAI 1998; 18 p.
8. Sociedade Amazonense de Pediatria. 2º Fórum Brasileiro Sobre Saúde da Criança Indígena. Manaus, AM, 2001
9. Sociedade de Pediatria de Mato Grosso do Sul. 3º Fórum Nacional de Defesa da Saúde da Criança Indígena. Campo Grande, MS, 2002.
10. Fagundes Neto U, Baruzzi RG, Wehba J, Silvestrini WS, Moraes MB, Cainelli M. Avaliação nutricional das crianças índias do Alto Xingu. J. Ped. 1981;50:179-82.
11. Martins SJ, Menezes RC. Evolução do estado nutricional de menores de 5 anos em aldeias indígenas da Tribo Parakanã, na Amazônia Oriental brasileira (1989-1991). Rev. Saúde Pública 1994;28:1-8
12. Victora CG, Fuchs SC, Flores JA, Fonseca W, Kirkwood B. Risk factors for pneumonia among children in a brazilian metropolitan area. Pediatrics 1994;93:977-85
13. Shah N, Ramankutty V, Premila PG, Sathy N. Risk factors for severe pneumonia in children in South Kerala: a hospital-based case-control study. J. Trop. Pediatr. 1994;40:201-5
14. Atendimento integral à saúde indígena. [serial on line] 2002 [cited 2002 Apr 28]. Available from: <http://www.fns.gov.br/ind/ind00.htm>
15. Teldeschi ALG, Sant'Anna CC, Aires VLT. Prevalência de sintomas respiratórios e condições clínicas associadas a asma em escolares de 6 a 14 anos no Rio de Janeiro. Rev AMB 2002;48:54-9
16. March MFBP, Sant'Anna CC, Cunha AJLA, Cocco AV. Estudio de signos y sintomas indicadores de neumonia em la infancia y su utilización en programas de control de infecciones respiratorias agudas (IRA). In: BENGUIGNI Y. Investigaciones operativas sobre el control de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en Brasil. Washington: Organización Panamericana de la Salud 1999; p257-69
17. Ghafoor A, Nomani NK, Ishaq Z, Zaidi SZ, Anwar F, Burney MI, et al. Diagnoses of acute lower respiratory tract infectionns in children in Rawalpindi amd Islamabad, Pakistan. Rev. Infect. Dis. 1990;12:907-14
18. Campbell H, Byass P, Lamont AC, Forgie IM, O'Neill KP, Lloyd-Evans n, et al. Assessment of clinical criteria for identification of severe acute lower respiratory tract infections in children. Lancet 1989;2:297-9
19. Ferreira S, Provenzano K, Cunha AJLA, Sant'Anna CC. Evaluación operativa del tratamiento empírico de neumonia en niños hospitalizados. In: Benguigni Y. (Ed). Investigaciones operativas sobre el control de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en Brasil. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1999;223-31