

ANÁLISE DOS CASOS DE FARINGITE EM PACIENTES ENTRE 0 A 60 ANOS EM HOSPITAL PARTICULAR DE SERGIPE

[\[ver artigo online\]](#)

Felipe Augusto Machado de Oliveira¹

Edinaldo Gomes De Oliveira Neto²

Halley Ferraro Oliveira³

Henrique Soares Silva⁴

RESUMO:

Introdução: As infecções de vias aéreas superiores são as doenças infecciosas mais comuns, sobretudo na faixa etária pediátrica. Apresentam taxas de hospitalização e morbimortalidade consideráveis e são a principal causa de absenteísmo no trabalho.

Objetivo: Analisar o perfil clínico de pacientes diagnosticados com faringite aguda em um hospital particular durante o período de 2014 a 2018. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal, observacional e retrospectivo dos arquivos públicos no Hospital da UNIMED de Sergipe, onde foi feita a coleta de dados secundários, a partir das informações sistematizadas dos prontuários. A amostra foi constituída por 42863 pacientes diagnosticados com faringite aguda durante este período.

Resultados\discussão: Foram encontrados 4792 casos de faringite entre 2014 e 2018. Os pacientes do gênero feminino apresentaram 1,12 vezes mais chances de contraírem a patologia². Seguindo a literatura, o grupo entre 0 a 19 anos apresentou cerca de 60% dos casos de faringite aguda dentro deste período. Foram apenas realizadas 4 internações durante este período, sendo menor que um por cento dos casos de faringite aguda. **Conclusões:** Os resultados mostraram um maior acometimento no gênero feminino e no grupo de 0 a 19 anos. É concluído que há uma escassez de dados epidemiológicos acerca da faringite aguda na população sergipana e brasileira. São necessários mais estudos para a promoção de políticas públicas mais adequadas para essa população.

Palavras-chave: Faringite; hospital; Sergipe.

¹ Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Tiradentes (UNIT) – Aracaju-SE. Email: casapapo@gmail.com.

² Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Tiradentes (UNIT) – Aracaju-SE. Email: edinaldo6@gmail.com.

³ Mestre em Ciências da Saúde pelo Centro de Estudos de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina do ABC (CESCO/ ABC). Docente do curso de Medicina da Universidade Tiradentes e da Universidade Federal de Sergipe (UFS) – Aracaju-SE. Email: halleyoliveira@yahoo.com.br.

⁴ Mestre em Saúde e Ambiente pela Universidade Tiradentes (UNIT). Docente do curso de Medicina da Universidade Tiradentes (UNIT) – Aracaju-SE. Email: henriquesoaresilva@yahoo.com.br.

ABSTRACT:

Introduction: Upper airway infections are the most common infectious diseases, especially in the pediatric age group. They have considerable hospitalization and morbidity and mortality rates and are the main cause of absenteeism at work. **Objective:** To analyze the clinical profile of patients diagnosed with acute pharyngitis in a specific hospital during the period from 2014 to 2018. **Methods:** Descriptive, cross-sectional, observational and retrospective study of public archives at the UNIMED Hospital of Sergipe, where secondary data were collected from the systematized information from the medical records. A sample was selected by 42863 patients diagnosed with acute pharyngitis during this period. A total of 4792 cases of pharyngitis were found between 2014 and 2018. Female patients found 1.12 times more likely to contract a pathology. Following a literature, the group between 0 and 19 years presents about 60% of cases of acute pharyngitis within this period. There were only 4 hospitalizations during this period, being less than one percent of cases of acute pharyngitis. **Conclusions:** The results showed a greater involvement in females and in the 0-19 years old group. It was concluded that there is a lack of epidemiological data about acute pharyngitis in Sergipe's and Brazil's population. Further studies are needed to promote more active public policies for this population.

Keywords: Hospital; pharyngitis; Sergipe.

INTRODUÇÃO

As infecções de via aérea superiores (IVAS) são caracterizadas por serem infecções localizadas no trato respiratório superior, sendo este dividido em boca, laringe, faringe, nariz e traqueia. As IVAS são as doenças infecciosas mais comuns durante a infância (AGLIPAY et al., 2017). Nos Estados Unidos, há 32 milhões de casos anuais de IVAS em crianças de até 1 ano de idade e cerca de 200 milhões na população de 1 a 20 anos (WEINTRAUB et al., 2015).

Nesse contexto, tem-se que a faringite é uma infecção de via aérea superior que tem como sintoma mais relatado pelos pacientes a “dor de garganta” (GU et al., 2015). A faringite aguda é uma inflamação aguda que ocorre na mucosa nasofaríngea, no tecido submucoso local e em tecido linfóide faríngeo (RACERO et al., 2018). Ela é uma doença benigna, autolimitada, de via aérea superior e com evolução rápida (SULAIMAN et al., 2016). Ademais, esta pode ter causa infecciosa, tendo os vírus e as bactérias como principais agentes. Porém, também pode apresentar fatores não infecciosos como: reações alérgicas, DRGE, tabagismo, alcoolismo e contato com poeira, fumaça ou poluentes (ZHOU et al., 2018).

Apesar de ser autolimitada, a faringite estreptocócica pode apresentar complicações severas que podem deixar sequelas. Dessas complicações destacam-se a febre reumática, glomerulonefrite pós-estreptocócica e meningite (PICHICHERO et al., 2019). O seu diagnóstico, associado a um tratamento adequado, é importante para a diminuição do risco de complicações (PICHICHERO et al., 2016).

Diante do exposto, o presente estudo pretende auxiliar a compreender melhor o perfil epidemiológico da faringite em pacientes entre 0 a 60 anos, podendo ser usado, posteriormente, para elaborar planos de atenção à saúde que previnam o agravamento da infecção, reduzindo, dessa maneira, tanto a taxa de hospitalização por complicações, quanto os índices de morbimortalidade.

1. METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de um estudo descritivo, transversal, observacional e retrospectivo dos arquivos públicos no Hospital da UNIMED de Sergipe, onde foi feita a coleta de dados secundários, a partir das informações sistematizadas dos prontuários. Em todos os dados analisados, os pacientes tiveram idades, obrigatoriamente, entre 0 a 60 anos, assim como também foram atendidos durante os anos de 2014 a 2018. Foram excluídos os pacientes com dados incompletos.

Os seguintes procedimentos foram efetuados:

- separação dos dados dos pacientes entre 0 a 60 anos que foram atendidos durante os anos de 2014 a 2018, para, dessa forma, melhor delimitar o espectro a ser estudado;
- coleta das informações relativas à idade, gênero, procedência, período e desfecho;
- o critério utilizado para classificar os atendimentos foi a décima revisão do Código Internacional de Doenças (CID 10), no qual as infecções de via aérea superior podem ser encontradas e registradas como:
 - J00 Nasofaringite aguda;
 - J02 Faringite aguda;
 - J03 Amigdalite aguda;
 - J04 Laringotraqueíte aguda;
 - J05 Laringite obstrutiva aguda;
 - J06 Infecção de via aérea superior;
 - L01 Sinusite aguda;
- segregação dos dados em grupos estratificados da seguinte maneira: de 0 a 9 anos, de 10 a 19 anos e de 20 a 60 anos. Além disso, foram separados por gênero: masculino e feminino. Também foram separados de acordo com os meses em que ocorreram e pela procedência: Aracaju, interior do estado e outros (abordando pacientes de fora de Sergipe);
- exclusão, dos prontuários analisados, dos pacientes maiores de 60 anos;
- não foram considerados elegíveis os dados ilegíveis ou com informações incompletas.

Os dados foram compilados no programa Microsoft Office Excel. Foram obtidas variáveis qualitativas e quantitativas. Para as variáveis qualitativas, a análise descritiva procedeu com a categorização dos dados e obtenção das respectivas frequências e percentuais e o cálculo da média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo das variáveis quantitativas. Ademais, foi realizada uma análise inferencial com o cruzamento entre variáveis categóricas. Para verificar a associação entre o diagnóstico e as variáveis gênero, faixa etária e encaminhamento para internação foi utilizado o teste Qui-quadrado (χ^2) (PEARSON, 1992), e, quando houve frequência observada menor que 5, foi utilizado o teste Exato de Fisher (FISHER, 1922).

Foi calculada o *Odds Ratio* (OR), definido como a razão entre a chance de um evento ocorrer em um grupo e a chance de ocorrer em outro grupo. Em síntese, se o desfecho for o mesmo em ambos os grupos, a razão será 1, o que implica que não existe diferença entre os dois grupos de estudo. Ou seja, se o p-valor do teste aplicado não for significativo ou se o valor 1 estiver compreendido dentro do intervalo de confiança, diremos que o OR não será significativo. Porém, se o $OR < 1$, a variável analisada é considerada como um fator de proteção para ocorrência do desfecho e se $OR > 1$ é um fator de risco.

O software utilizado para a análise estatística foi o R, versão 3.5.0 (THE R CORE TEAM, 2018), e o nível de significância adotado em todos os testes de hipótese foi de 5%.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, com o CAAE 20429219.9.0000.5371.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

As infecções de via aérea superiores (IVAS) são caracterizadas por serem infecções localizadas no trato respiratório superior, sendo este dividido em boca, laringe, faringe, nariz e traqueia. As IVAS são as doenças infecciosas mais comuns durante a infância (AGLIPAY et al., 2017). Tais patologias, apesar de terem diversas origens, apresentam padrões semelhantes. Dentre as infecções de via aérea superior, destacam-se: a nasofaringite, a otite média aguda, a faringite aguda, a laringite aguda, a rinosinusite aguda e as laringotraqueites (GRIEF et al., 2013).

Em média, crianças até os primeiros 2 anos de vida apresentam de 2 a 8 episódios de IVAS, e aquelas que frequentam creches chegam a ter cerca de 12 episódios durante esse período, mostrando uma relação com a aglomeração de pessoas no mesmo local e a doença.

2.1. NASOFARINGITE

A nasofaringite (resfriado comum) é a doença aguda mais comum do mundo industrializado, sendo esta benigna e autolimitada. Cerca de metade da população norte americana tem 1 episódio de nasofaringite por ano. Esta patologia pode ser causada por diversos vírus, destacando-se, dentre esses subtipos, o rinovírus (responsável por cerca de 30% a 50% dos casos), o vírus influenza (5% a 15%), coronavírus (10% a 15%) e o vírus sincicial respiratório (cerca de 5%). O quadro clínico apresentado se constitui, principalmente, por congestão nasal, dor de garganta, astenia, tosse, espirros, febre, rinorreia e cefaleia (SEXTON et al., 2016).

O resfriado comum apresenta um diagnóstico clínico, não necessitando de exames de imagem para ser realizado. Eritema de faringe, congestão nasal e edema de mucosa nasal podem ser encontrados através do exame físico. Exames radiológicos, como a radiografia de tórax, são apenas indicados ao existir suspeita de infecção do trato respiratório inferior. A cultura de secreção, através de lavados ou *swabs* nasais, também não são indicadas por causa do baixo custo-benefício e pouca praticidade na identificação de infecção bacteriana (SEXTON et al., 2016).

Durante o tratamento, medidas de suporte, como hidratação adequada, ingestão de líquidos quentes, lavagem nasal com solução salina e uso de ar umidificado, podem ser indicados como primeira linha de tratamento. Essas medidas são econômicas e pouco danosas à saúde do paciente, apesar de não existirem estudos em ensaios randomizados (SEXTON et al., 2016).

O uso de descongestionantes nasais ou anti-histamínicos em crianças abaixo de 6 anos é desaconselhado e deve ser usado com precaução em crianças entre 6 e 12 anos). As complicações que podem ser resultantes da nasofaringite são rinosinusite aguda, pneumonia, exacerbação de asma e otite média aguda (SEXTON et al., 2016).

2.2. LARINGITE AGUDA

A laringite aguda é uma doença inflamatória autolimitada que afeta a laringe e regiões adjacentes. Ela é causada, majoritariamente, por uma infecção viral, tendo como agentes o rinovírus, adenovírus, influenza e parainfluenza. Porém, também pode ser causada por bactérias, como o *Haemophilus influenza B*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* e o *Moraxella catarrhalis* (BRUCH et al., 2015).

O seu principal sintoma é a rouquidão, porém, pode ser acompanhada por febre, rinorreia, tosse e odinofagia (BRUCH et al., 2015). O seu diagnóstico é clínico, apesar de não existir critérios clínicos suficientes para diferenciar se é bacteriana ou viral. Pode ser realizada a cultura de orofaringe, contudo, não é tão comum. O tratamento, nos adultos, consiste no descanso vocal, uso de analgésicos e umidificação local (REVEIZ et al., 2015).

Além disso, podem ser utilizados antibióticos das classes dos macrolídeos, das cefalosporinas, das penicilinas com inibidores de beta-lactamase e das penicilinas com espectro expandido (REVEIZ et al., 2015). O uso de antibióticos de forma rotineira é desencorajado, apenas sendo indicados em circunstâncias que indiquem infecção bacteriana (REITER et al., 2015). Alguns dos sinais que indicam infecção bacteriana são febre persistente (> 48 horas), escarro purulento e formação de membrana bacteriana (WOOD et al., 2014).

2.3. RINUSSINUSITE AGUDA

A rinussinusite aguda é uma inflamação sintomática da cavidade nasal e seis paranasais com duração menor que 4 semanas. Ela pode ser classificada através de sua etiologia em viral, bacteriana não complicada e bacteriana complicada (ROSENFELD et al., 2015). Os seus principais agentes são os vírus, principalmente o rinovírus, o vírus da influenza e o vírus da parainfluenza (GWALTNEY JR et al., 1996).

No entanto, a rinussinusite aguda bacteriana apenas representa cerca de 0,5% a 2% dos episódios de rinussinusite aguda, uma vez que, comumente, ocorre como uma complicação da infecção viral ou como complicação da rinussinusite alérgica.

O *Streptococcus pneumoniae* e a *Haemophilus influenzae* correspondem a cerca de 75% dos casos, porém, também pode ser causada por outros agentes como a *Moraxella catarrhalis* (EVANS JR et al., 1975).

O quadro clínico da rinossinusite aguda pode apresentar congestão nasal, secreção nasal purulenta, febre, astenia, tosse, dor facial ao receber pressão localizada em região de seios, hiposmia/anosmia e cefaleia. Alguns pacientes podem apresentar sintomas de disfunção da tuba de eustáquio, como otalgia, diminuição de acuidade auditiva ou sensação de aumento de pressão interna do ouvido (ROSENFELD et al., 2016).

Ela apresenta diagnóstico clínico e seu tratamento inicial se baseia na realização de terapia sintomática. Analgésicos, antipiréticos, irrigação salina e o uso de glicocorticoides intranasais são utilizados para o manejo dos sintomas. No caso da rinossinusite aguda bacteriana no adulto, é necessária a utilização da antibioticoterapia, sendo, inicialmente, recomendado o uso de amoxicilina ou amoxicilina com clavulanato (PATEL et al., 2017).

2.4. LARINGOTRAQUEÍTE

A laringotraqueíte, também referida como crupe, é uma patologia do trato respiratório superior resultante da inflamação da laringe e via aérea subglótica (TOVAR PADUA et al., 2019). Esta é caracterizada, principalmente, por apresentar tosse, estridor inspiratório e rouquidão. Normalmente, é doença autolimitada, podendo apresentar desconforto respiratório, obstrução de via aérea superior e, raramente, pode ser fatal (WOODS et al., 2018).

Seus principais agentes etiológicos são os vírus, de forma que, dentre estes, destacam-se vírus parainfluenza (tipos 1, 2 e 3), influenza A e B e vírus respiratório sincicial. A laringotraqueíte também pode ser causada por bactérias, sendo os principais: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae* e *Mycoplasma pneumoniae* (CHERRY et al., 2008). O seu manejo se baseia no uso de glicocorticoides, epinefrina, terapia sintomática e antibioticoterapia. O uso de glicocorticoides tem se mostrado bastante efetivo no tratamento, inclusive em casos mais graves.

A epinefrina, via nebulização, apresenta uma resposta rápida para a desobstrução da via aérea, entretanto, apresenta um curto tempo de ação, qual seja menos de duas horas. O uso de antibióticos não é necessário na maioria das crianças com crupe, porém, caso haja uma complicação, a vancomicina associada à ceftriaxona é utilizada como terapia empírica inicial (WOODS et al., 2018).

2.5. FARINGITE AGUDA

A faringite aguda é uma inflamação aguda que ocorre na mucosa nasofaringeana, no tecido submucoso local e em tecido linfoide faringiano (RACERO et al., 2018). É uma doença de via aérea comum e apresenta rápida evolução (SULAIMAN et al., 2016), de modo que a sua ocorrência pode aparecer, primariamente, de forma isolada, ou, de forma secundária, a uma rinite aguda ou uma tonsilite aguda (GU et al., 2015).

A faringite aguda é responsável por cerca de 12 milhões de atendimentos ambulatoriais, representando cerca de 1% a 2% por cento das visitas nos Estados Unidos, anualmente. Cerca de 50% dos casos ocorrem até os 18 anos. Já na fase adulta, o pico de incidência ocorre aos 40 anos, apresentando um declínio após (CHOW et al., 2018).

A faringite estreptocócica é mais comum no final do outono, inverno e primavera em países com clima temperado. Ela ocorre principalmente em crianças acima de 5 anos de idade, podendo ocorrer, contudo, em crianças menores de 3 anos (PITREZ et al., 2003).

A faringite aguda pode ser causada por fatores infecciosos, como vírus e bactérias, os quais são as principais causas. A forma de contágio mais comum é através do contato direto com secreções respiratórias de algum indivíduo infectado. Os principais agentes etiológicos são os vírus respiratórios, sendo estes responsáveis por cerca de 25% a 45% dos casos (HUOVINEN et al., 1989). As suas causas não infecciosas são as reações alérgicas, a DRGE, o tabagismo, o alcoolismo e o contato com poeira, fumaça ou poluentes (ZHOU et al., 2017).

Os principais agentes virais da faringite são o rinovírus, o adenovírus, citomegalovírus e o vírus *Epstein Barr* (REBELO et al., 2016). O principal agente viral é o rinovírus, que também está relacionado com pneumonia, otite média aguda e bronquiolite. A infecção pelo rinovírus ocorre, principalmente, entre as faixas etárias de 19 a 59 anos (LIMA et al., 2016). O contágio dele pode ser através da autoinoculação, do ar ou do contato com superfícies com secreção. A infecção é mais contagiosa durante os primeiros 3 dias, podendo durar até 3 semanas, e apresenta uma maior ocorrência durante o outono e a primavera (REBELO et al., 2016). A pneumonia por *Streptococcus pneumoniae* é uma das suas principais complicações (REZENDE et al., 2016).

O vírus *Epstein Barr* apresenta uma relação com a faringite, principalmente durante a fase adulta, haja vista que na infância é comumente assintomático. Como quadro clínico, além dos sintomas de coriza, astenia e tosse, o paciente apresenta adenopatias, faringite e febre elevadas. Sua infecção ocorre com maior frequência em países industrializados e com maior incidência entre adolescentes e adultos jovens, faixa etária de 15 a 25 anos (REBELO et al., 2016).

Outros vírus podem apresentar faringite como manifestação clínica, apesar de ser incomum, sendo alguns dos exemplos as infecções sexualmente transmissíveis e o HIV. Cerca de 40% dos pacientes com infecção aguda sintomática pelo HIV apresentam faringite (TINDALL et al., 1988).

Como causa bacteriana, o *Streptococcus β haemolyticus* do grupo A (SGA) é o principal agente etiológico da faringite aguda. Ela apresenta diagnóstico clínico, porém, há uma grande dificuldade na diferenciação entre causa bacteriana e viral. O teste de diagnóstico utilizado como referência nessa diferenciação é a cultura da orofaringe do SGA. Além dele, há o teste de diagnóstico de antigénio rápido (TDAR), sendo este mais rápido, o que gera um tratamento mais eficaz, tornando a prescrição de antibióticos mais precisa (SILVA et al., 2015).

Este agente é o único que justifica a utilização de tratamento antimicrobiano, de acordo com os guidelines atuais (IVASKA et al., 2017).

Além disso, estudos mostram que as infecções pelos outros grupos do *Streptococcus β haemolyticus*, grupos B e C, apresentam similaridade clínica, apesar de os grupos A e C estarem relacionados com sintomas mais agudos (VORNHAGEN et al., 2017).

O *Streptococcus β haemolyticus* do grupo A também pode ser responsável pelas principais complicações da faringite, que podem ser tanto de ordem supurativa, quanto de ordem não supurativa. As complicações supurativas da faringite ocorrem através da propagação bacteriana além da faringe, podendo causar meningite, bacteremia, otite média, abscesso e fascíte necrosante. Dentre as complicações não-supurativas, destacam-se patologias imunomediadas, como a febre reumática, glomerulonefrite pós-estreptocócica e artrite reativa (PICHICHERO et al., 2016).

A maioria dos pacientes com faringite aguda apresentam quadro de dor localizada em garganta, com piora ao deglutir. Sintomas como febre, astenia e dor em pescoço relacionada à linfadenopatia, podem surgir variavelmente. Por possuir sintomas inespecíficos, é difícil de distinguir a etiologia da infecção através das manifestações clínicas (CHOW et al., 2018).

A faringite aguda apresenta um diagnóstico clínico e sua etiologia pode ser identificada através da realização de culturas da secreção. A Sociedade Americana de Doenças Infecciosas recomenda o julgamento clínico para realizar o teste de diagnóstico de antígeno rápido, diferentemente da Sociedade Europeia de Microbiologia Clínica, a qual recomenda o uso dos critérios de *Centor*. Os pontos avaliados são: ausência de tosse, exsudato tonsilar, história de febre e adenopatia cervical. Cada critério equivale a um ponto e, a partir de dois pontos, é indicada a realização de cultura com antibioticoterapia se for necessária. Caso o paciente tenha menos de 15 anos, este ganha mais um ponto e se tiver mais que 44 anos, é subtraído um ponto (ESCMID et al., 2012).

O tratamento da faringite aguda consiste, inicialmente, no controle dos seus sintomas com o uso de analgésicos orais. É sugerido, no adulto, o uso do analgésico em dose baixa, como ibuprofeno de 200 a 400 mg, aspirina 325 mg ou acetomifeno 325 mg. Caso não haja a melhora do quadro de dor, pode ser aumentada a dosagem até o limite adequado (STEAD et al., 2011).

O uso de *sprays*, pastilhas, líquidos, ervas e comidas que provocam alívio dos sintomas álgicos apresentam efeito adverso mínimo e podem apresentar benefícios limitados ao paciente. O aumento da umidificação local e cessação do tabagismo podem ajudar no alívio dos sintomas. (STEAD et al., 2011).

Em pacientes com faringite aguda bacteriana, é indicado o uso de antibioticoterapia. No adulto, é indicado inicialmente o uso de penicilina V, via oral, 500 mg, de 2 a 3 vezes ao dia, por cerca de 10 dias. Enquanto na criança, é indicado o uso de amoxicilina em suspensão. Pacientes intolerantes ou alérgicos à penicilina podem usar cefalosporinas, macrolídeos ou clindamicina como terapia alternativa (PICHICHERO et al., 2019).

Casos os sintomas persistam, é importante a realização de outro teste, haja vista que a faringite crônica pode ocorrer após a realização de antibioticoterapia (PONTIN et al., 2016). A amoxicilina associada com clavulanato por 10 dias é uma opção terapêutica a ser utilizada nesses casos recorrentes (PICHICHERO et al., 2019). A tonsilectomia, no adulto, raramente é indicada (BUSABA et al., 2015). Nas crianças, a tonsilectomia apenas é indicada em casos que ocorram infecções severas com alta frequência (≥ 7 episódios em 1 ano, ≥ 5 episódios em cada ano durante 2 anos, ou ≥ 3 episódios em cada ano durante 2 anos) (PARADISE et al., 2016).

A prevenção é importante para a diminuição da ocorrência dos casos de faringite aguda estreptocócica. Uma medida como higienizar das mãos dos pacientes antes de entrar em contato com outras pessoas ou objetos pode auxiliar na diminuição propagação da doença. O uso de vacinas e de profilaxia pós-exposição também é indicado. Pacientes com histórico de febre reumática têm recomendação de realizar antibioticoprofilaxia com penicilina G benzatina via intramuscular (PICHICHERO et al., 2019).

Apesar de a faringite aguda apresentar um bom prognóstico e ser autolimitada, é essencial prevenir suas complicações, sendo estas divididas em supurativas e não-supurativas. Apesar do declínio da mortalidade delas no início do século XX, é relatado um aumento dos casos delas em países desenvolvidos no início da década de 90 (NORTH et al., 1993).

As principais complicações não-supurativas são a febre reumática aguda, artrite reativa pós-estreptocócica, escarlatina, choque séptico, glomerulonefrite aguda.

A febre reumática pode ocorrer após cerca de 2 a 3 semanas dos sintomas faríngeos, podendo apresentar sintomas em diversos sistemas. (PICHICHERO et al., 2016).

Cellulite, abscesso, otite média, sinusite, fasciíte necrosante, meningite, bacteremia estreptocócica e tromboflebite séptica de veia jugular são algumas das complicações supurativas. A otite média e a sinusite são as duas complicações que ocorrem com maior frequência, por causa de uma extensão direta da infecção (PICHICHERO et al., 2016). O uso de antibioticoterapia adequada é importante para a redução da ocorrência dessas complicações (PICHICHERO et al., 2019).

3. RESULTADOS

Foram atendidos em média 8587.4 (\pm 448.8) pacientes com problemas relacionados a Infecções Agudas das Vias Aéreas Superiores (J00 – J06; L01) durante o período de 2014 a 2018. Na Tabela 1, observa-se que o ano de 2018 apresentou o maior quantitativo de atendimentos (n=9162; 21.3%). Em relação ao tipo de atendimento, a maioria dos pacientes foi atendida na urgência (n=42863; 99.8%).

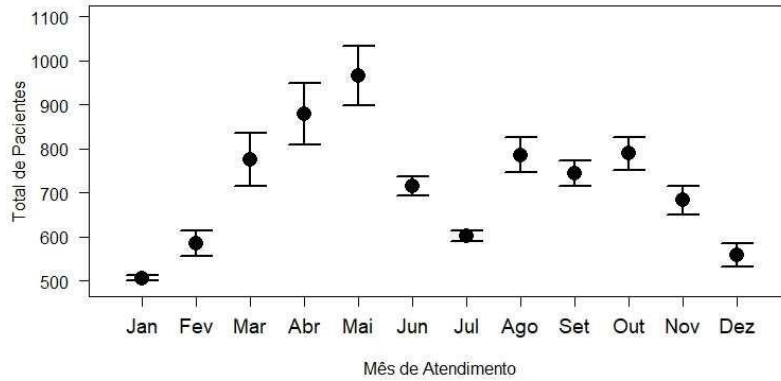
Tabela 1: Distribuição de frequência dos pacientes com problemas relacionados a Infecções agudas das vias aéreas superiores (J00 – J06; L01) de acordo com o ano e o tipo de atendimento. Aracaju, 2019.

Variável\Categorias	Frequência (N)	Porcentual (%)
ANO DE ATENDIMENTO		
2014	8008	18.7
2015	8894	20.7
2016	8453	19.7
2017	8420	19.6
2018	9162	21.3
TIPO DE ATENDIMENTO		
Urgência	42863	99.8
Internação	73	0.2

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que, durante o período analisado, o mês de maio apresenta a maior média de atendimento (965.4 ± 151.8), já o mês de janeiro apresenta a menor média de atendimento (506.2 ± 12.8) (Figura 1).

Figura 1: Média de pacientes atendidos por mês entre os anos 2014 a 2018. Aracaju, 2019



Fonte: Dados da pesquisa.

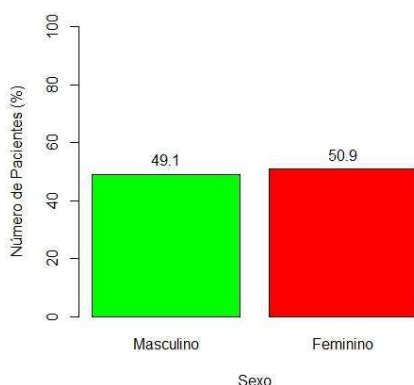
Dos pacientes atendidos, verifica-se que a média de idade é de 13.4 (± 13.3) anos, variando entre 0 a 60 anos, sendo que a maioria dos pacientes está inserida na faixa etária de 0 a 9 anos ($n = 25790$, 60.1%), é do gênero feminino ($n = 21831$, 50.9%) e residente de Aracaju ($n = 34495$, 80.3%) (Tabela 2).

Tabela 2: Caracterização dos pacientes atendidos com problemas relacionados a Infecções agudas das vias aéreas superiores (J00 – J06; L01). Aracaju, 2019.

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	0	60	13.4	13.3
Variável\Categorias	Frequência (N)		Porcentual (%)	
GÊNERO				
Masculino	21102		49.1	
Feminino	21832		50.9	
FAIXA ETÁRIA				
0 a 9 anos	25790		60.1	
10 a 19 anos	7726		18.0	
20 a 60 anos	9421		21.9	
CIDADE				
Aracaju	34495		80.3	
Interior	7823		18.2	
Outros	619		1.4	

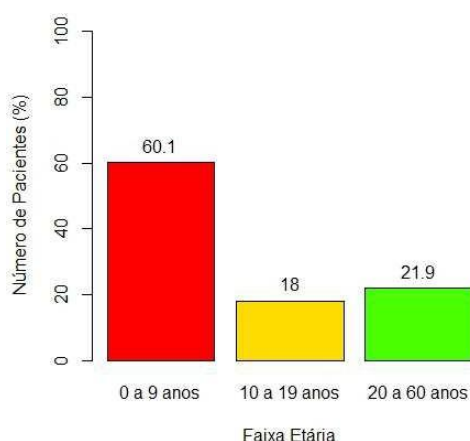
Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 2: Porcentagem de pacientes atendidos com problemas relacionados a Infecções Agudas das Vias aéreas Superiores (J00 – J06; L01) de acordo com o gênero. Aracaju, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 3: Porcentagem de pacientes atendidos com problemas relacionados a Infecções Agudas das Vias aéreas Superiores (J00 – J06; L01) de acordo com faixa etária. Aracaju, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa

Em relação aos pacientes atendidos por Infecção de Via Aérea Superior (J00-J06; L01), foi demonstrado que 49,1% dos pacientes eram do gênero masculino, enquanto 50,9% eram do gênero feminino. A principal faixa etária acometida foi do 0 aos 9 anos, tendo uma representação de 60,1%. A faixa etária que corresponde aos adultos (20 a 60 anos) apresentou 21,9% e a faixa dos adolescentes (10 a 19 anos) representou 18% da amostra. A procedência dos pacientes teve em sua maioria advinda da capital, 80,3%, as outras cidades do estado representaram apenas 18,2% e pacientes de outros estados representaram 1,4%.

Em geral, a maioria dos pacientes foi diagnosticada com Amigdalite Aguda ($n = 13225$, 30.8%) e IVAS ($n = 12749$, 29.7%) (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição de frequência dos pacientes de acordo com o diagnóstico. Aracaju, 2019.

Variável/Categorias	Frequência (N)	Porcentual (%)
DIAGNÓSTICO		
Nasofaringite aguda (J00)	6720	15.65
Sinusite aguda (L01)	3871	9.02
Faringite aguda (J02)	4792	11.16
Amigdalite aguda (J03)	13225	30.80
Laringitetraqueíte aguda (J04)	1562	3.64
Laringite obstrutiva aguda (J05)	18	0.04
IVAS (J06)	12749	29.69

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se, na Tabela 4, que, após o atendimento, a maioria dos pacientes ($n = 40794$, 95.4%), destes, 58,07% ($n = 23691$), recebeu alta após a consulta. Dos pacientes que foram encaminhados para outros setores, 93,35% ($n = 1713$) foram encaminhados para a sala de observação.

Tabela 4: Distribuição de frequência de acordo com o resultado final dos atendimentos. Aracaju, 2019.

Variável/Categorias	Frequência (N)	Porcentual (%)
ALTA	40794	95.43
Alta após consulta	23691	58.07
Alta após medicação	9369	22.97
Alta melhorado	2954	7.24
Alta após exame	2656	6.51
Alta após tratamento	2115	5.18

Alta a pedido	9	0.02
ENCAMINHADO OUTRO SETORES	1835	4.29
Encaminhado a sala de observação	1713	93.35
Encaminhado ao setor de internação	60	3.27
Encaminhado ao especialista	45	2.45
Encaminhado ao laboratório	6	0.33
Transferido para outra unidade hospitalar	5	0.27
Encaminhado ao ambulatório	3	0.16
Encaminhado ao centro de diagnóstico	3	0.16
ABANDONO DO TRATAMENTO	119	0.28
Evasão	66	55.46
Abandono do tratamento	52	43.70
Suspensão do tratamento	1	0.84

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se, na Tabela 5, que as variáveis gênero e faixa etária estão estatisticamente associadas ao diagnóstico de Faringite Aguda. A chance dos pacientes do gênero feminino é 1,12 vezes maior que o masculino em serem diagnosticados com Faringite Aguda. Em relação à faixa etária, os pacientes com idades entre 0 a 9 anos e 10 a 19 anos funcionam como um fator protetor, quando comparada com pacientes com idade de 20 a 60 anos.

Tabela 5: Associação entre o diagnóstico de Faringite Aguda com o gênero, faixa etária e encaminhamento para o setor de internação. Aracaju, 2019.

Variável/Categorias	Faringite aguda (J02)				OR	P-valor
	Sim		Não			
	N	%	N	%		
GÊNERO						
Feminino	2559	11.	19273	88.	1.122 (1.056; 1.192)	0.000*
Masculino	2233	10.	18869	89.	1.0	
	.0	7	.0	3		
	.0	6	.0	4		
FAIXA ETARIA						
0 a 9 anos	1967		23823	92.	0.324	0.000*
10 a 19 anos	310	7.6	6816	88.	(0.302;0.346)	
20 a 60 anos	1313	11.	7506	79.	0.523	
	.0	8	0	2	(0.480;0.570)	
	.0	3	0	7	1	
ENC. SETOR INTERNAÇÃO						
Sim				93.	0.568 (0.206; 1.568)	0.408
Não	4788	6.7	38089	88.		
	.0	2	.0	8		

Fonte: Dados da pesquisa.

*p-valor < 0.05.

4. DISCUSSÃO

As Infecções de Via Aérea Superior são uma das infecções benignas mais comuns do mundo. Nos Estados Unidos, há cerca de 32 milhões de casos anuais de IVAS em crianças menores de 1 ano de idade e cerca de 200 milhões entre crianças entre 1 a 3 anos de idade (WEINTRAUB et al., 2015). Outro estudo relata que as IVAS são a causa das consultas médicas de cerca de 10 milhões de pessoas, anualmente, nos Estados Unidos (THOMAS et al., 2018). Não foram encontrados trabalhos que relatem uma maior incidência relacionada ao gênero. Há um estudo que relata uma maior incidência de IVAS em cidades mais industrializadas e com maior aglomeração de pessoas (ZHOU et al., 2017).

Um estudo realizado durante o período de outubro de 1996 a fevereiro de 1997, no Hospital Universitário Júlio Müller, com crianças menores de 5 anos, em Cuiabá/MG, constatou que as IVAS foram responsáveis por 375 casos (76,4 %) dos 491 casos de IRA durante esse período (DUARTE et al., 2000). Já em um centro pediátrico em Salvador, foi realizado um estudo com crianças com até 5 anos de idade, em que foram encontradas, durante o período de janeiro a dezembro de 1998, 304 crianças diagnosticadas de IVAS. Neste estudo, as IVAS foram responsáveis por 69,8% das crianças encontradas na área de emergência e a principal IVAS era a rinfaringite (MOURA et al., 2003).

Um estudo britânico relata a relação da ocorrência infecções de vias aéreas superiores com temperaturas frias. É constatado um aumento da ocorrência dessas infecções durante os períodos de setembro a fevereiro que representam as estações de outono e inverno no hemisfério norte. Apesar dessa relação, ainda há controvérsia sobre a causa desse fenômeno (ECCLES et al., 2015). Um estudo brasileiro relata uma maior incidência em períodos de chuva, indicando uma sazonalidade (MOURA et al., 2003). No presente estudo, o período em que houve uma maior incidência de casos de IVAS foi o período entre março a junho, caracterizando uma maior incidência durante o período do outono.

Os resultados do presente trabalho evidenciaram uma média anual de 8587 pacientes com IVAS, tendo o ano de 2018 como o com a maior incidência. Durante o período de 2014 a 2018, ela foi responsável por apenas 73 casos de internação, representando 0,2% dos dados, sendo confirmada sua característica de benignidade e autolimitação. A principal faixa etária acometida foi entre 0 a 9 anos de idade, representando 25790 (60,1%) pacientes, e os adultos foram responsáveis por 9421 (21,9%).

A principal procedência dos pacientes é Aracaju, representando 80,3%, e o gênero feminino foi o mais acometido, 50,9% dos casos. Tais dados não corroboram com a literatura em relação a qual IVAS é a mais incidente, pois foi encontrada uma incidência de 30,8% dos casos de amigdalite aguda.

A faringite aguda é uma das infecções de via aérea superior mais comuns, tendo uma baixa mortalidade e autolimitação. Ela é responsável por cerca de 12 milhões, 1% a 2% de todas as visitas do país, de visitas ambulatoriais nos Estados Unidos. Cerca de 50% dos casos ocorre antes dos 18 anos, tendo seu pico na infância e adolescência. Na fase adulta, a maioria dos casos ocorre até os 40 anos, havendo um declínio após (CHOW et al., 2018).

Ademais, ela é responsável por cerca de 5% a 15% das visitas dos adultos e de 20% a 30% das visitas pediátricas às unidades de saúde (HARRIST et al., 2016). Um estudo relata que houve mais de 15 milhões de pacientes nos Estados Unidos com faringite no ano de 2007 (WEBER et al., 2014). Não foram encontrados dados na literatura que relacionem o gênero com a incidência da doença.

No presente estudo, foram encontrados 4792 casos de faringite entre 2014 e 2018. Os pacientes do gênero feminino apresentaram 1,12 vezes mais chances de contraírem a patologia. Seguindo a literatura, o grupo entre 0 a 19 anos apresentou cerca de 60% dos casos de faringite aguda dentro deste período. Foram apenas realizadas 4 internações durante este período, sendo menor que um por cento dos casos de faringite aguda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo fundamentou-se na compreensão de que as infecções de vias aéreas superiores (IVAS) apresentam taxas significativas de hospitalização e morbimortalidade e são a principal causa de absenteísmo no trabalho. O trabalho teve como objetivo analisar os casos de faringite em pacientes entre 0 a 60 anos em hospital particular de Sergipe.

Nesse contexto, os resultados mostraram um maior acometimento no gênero feminino e no grupo de 0 a 19 anos. O mês com maior número de casos correspondeu a maio. A procedência dos pacientes teve em sua maioria advinda da capital e o diagnóstico mais frequente identificado amigdalite aguda. Ademais, a maioria dos pacientes receberam alta logo após a consulta.

Assim, compreendemos que na era da medicina baseada em evidências, a edição de um material como este poderá auxiliar na multiplicação de conhecimento e redução de tratamentos desnecessários e solicitações de exames inapropriadamente, beneficiando um número significativo de pacientes.

É concluído que há uma escassez de dados epidemiológicos acerca das infecções de vias aéreas (IVAS) na população sergipana e brasileira. Novos estudos devem ser engajados com o intuito de um aumento do conhecimento em relação a essa doença, de forma que, a partir deles, será possível a formulação de novos planos de atenção básica a saúde a cerca dela e de uma diminuição de suas comorbidades.

REFERÊNCIAS

AGLIPAY, Mary et al. **Effect of high-dose vs standard-dose wintertime vitamin D supplementation on viral upper respiratory tract infections in young healthy children.** *Jama*, v. 318, n. 3, p. 245-254, 2017. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2643763>>. Acesso em: 05 out. 2019.

BARROSO, Luis F.; PEGRAM, P. Samuel. **Clinical manifestations, diagnosis, and treatment of diphtheria.** UpToDate. 9 december 2015, 2016. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-treatment-of-diphtheria>>. Acesso em: 01 out 2019.

BRUCH, Jean M.; KAMANI, Dipti V. **Hoarseness in adults.** UpToDate [online serial]. Waltham, MA: UpToDate, 2015. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/hoarseness-in-adults>>. Acesso em: 01 out 2019.

BUSABA, Nicholas; DORON, Shira; DESCHLER, Daniel G. **Tonsillectomy in adults: Indications.** UpToDate [online serial]. Waltham, MA: UpToDate, 2015. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/tonsillectomy-in-adults-indications>>. Acesso em: 04 out 2019.

CHEN, Q. P. et al. **Efficacy of systemic glucocorticoids combined with inhaled steroid on children with acute laryngitis.** *Zhonghua er bi yan hou tou jing wai ke za zhi= Chinese journal of otorhinolaryngology head and neck surgery*, v. 53, n. 1, p. 53-56, 2018. Disponível em: <<https://europepmc.org/abstract/med/29365382>>. Acesso em: 02 out. 2019.

CHERRY, James D. **Croup.** *New England Journal of Medicine*, v. 358, n. 4, p. 384-391, 2008.

CHOW, Anthony W.; DORON, Shira. **Evaluation of acute pharyngitis in adults.** UpToDate, Waltham, MA, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-acute-pharyngitis-in-adults/print>>. Acesso em: 01 out. 2019.

DUARTE, Dirce MG; BOTELHO, Clóvis. **Perfil clínico de crianças menores de cinco anos com infecção respiratória aguda.** *J Pediatr (Rio J)*, v. 76, n. 3, p. 207-12, 2000. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Clovis_Botelho/publication/8982820_Clinical_profile_in_children_under_five_year_old_with_acute_respiratory_tract_infections/links/59aff505aca2720370791270/Clinical-profile-in-children-under-five-year-old-with-acute-respiratory-tract-infections.pdf>. Acesso em: 29 set. 2019.

ECCLES, Ron et al. **Effects of acetylsalicylic acid on sore throat pain and other pain symptoms associated with acute upper respiratory tract infection.** *Pain Medicine*, v. 4, n. 2, p. 118-124, 2003. Disponível em: <<https://academic.oup.com/painmedicine/article-abstract/4/2/118/1851431>>. Acesso em: 04 out. 2019.

ECCLES, Ronald; WILKINSON, J. E. **Exposure to cold and acute upper respiratory tract infection.** *Rhinology*, v. 53, n. 2, p. 99-106, 2015. Disponível em: <<http://www.giargianese.it/wp-content/uploads/2018/04/Exposure-to-cold-and-acute-upper-respiratory-tract-infection.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2019.

ESCMID, Sore Throat Guideline Group et al. **Guideline for the management of acute sore throat.** *Clinical microbiology and infection: the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, v. 18, p. 1, 2012. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1469-0691.2012.03766.x>>. Acesso em: 05 out. 2019.

EVANS JR, Frank O. et al. **Sinusitis of the maxillary antrum.** *New England Journal of Medicine*, v. 293, n. 15, p. 735-739, 1975. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM197510092931502>>. Acesso em: 04 out. 2019.

FISHER, R. A. **On the Interpretation of χ^2 from Contingency Tables, and the Calculation of P.** *Journal of the Royal Statistical Society*, v. 85, n. 1, p. 87–94, 1922.

FLETCHER-LARTEY, Stephanie et al. **Why do general practitioners prescribe antibiotics for upper respiratory tract infections to meet patient expectations: a mixed methods study.** *BMJ open*, v. 6, n. 10, p. e012244, 2016. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/6/10/e012244.short>>. Acesso em: 05 out. 2019.

FRIEL, Timothy J. **Epidemiology, clinical manifestations, and treatment of cytomeg-alo virus infection in immunocompetent adults.** *UpToDate*. Waltham: Ted. W. Post. *UpToDate*, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-treatment-of-cytomegalovirus-infection-in-immunocompetent-adults>>. Acesso em: 25 set. 2019.

GRIEF, Samuel N. **Upper respiratory infections.** *Primary care*, v. 40, n. 3, p. 757-770, 2013.

GU, Yun et al. **miR-sc8 inhibits Schwann cell proliferation and migration by targeting Egfr.** *PLoS One*, v. 10, n. 12, p. e0145185, 2015. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0145185>>. Acesso em: 20 set. 2019.

GWALTNEY JR, Jack M. **Acute community-acquired sinusitis.** *Clinical Infectious Diseases*, p. 1209-1223, 1996.

HAO, Qiukui; DONG, Bi Rong; WU, Taixiang. **Probiotics for preventing acute upper respiratory tract infections.** *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 2, 2015. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006895.pub3/abstract>>. Acesso em: 01 out. 2019.

HARRIST, Alexia et al. **Notes from the field: group A streptococcal pharyngitis misdiagnoses at a rural urgent-care clinic.** Wyoming, March 2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, v. 64, n. 50-51, p. 1383-1385, 2016. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6450a4.htm>>. Acesso em: 05 out. 2019.

HEDIN, Katarina et al. **The aetiology of pharyngotonsillitis in adolescents and adults—Fusobacterium necrophorum is commonly found.** Clinical Microbiology and Infection, v. 21, n. 3, p. 263. e1-263. e7, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1198743X14000457>>. Acesso em: 04 out. 2019.

HUOVINEN, Pentti et al. **Pharyngitis in adults: the presence and coexistence of viruses and bacterial organisms.** Annals of internal medicine, v. 110, n. 8, p. 612-616, 1989.

LIMA, Stéphaney Teixeira et al. **Epidemiología molecular de cepas de Rinovirus Humano (RVH) circulantes en la ciudad de Belém, Pará, Brasil.** Revista Pan-Amazônica de Saúde, v. 7, n. ESP, p. 159-165, 2016. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S2176-62232016000500159&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 set. 2019.

MACKENZIE, Andrew et al. **Incidence and pathogenicity of Arcanobacterium haemolyticum during a 2-year study in Ottawa.** Clinical infectious diseases, v. 21, n. 1, p. 177-181, 1995. Disponível em: <<https://academic.oup.com/cid/article/21/1/177/402638>>. Acesso em: 05 out. 2019.

MCMILLAN, JULIA A. et al. **Pharyngitis associated with herpes simplex virus in college students.** The Pediatric infectious disease journal, v. 12, n. 4, p. 280-284, 1993. Disponível em: <<https://europepmc.org/abstract/med/8387178>>. Acesso em: 01 out. 2019.

MOURA, Fernanda Edna Araújo et al. **Estudo de infecções respiratórias agudas virais em crianças atendidas em um centro pediátrico em Salvador (BA).** Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/jbpml/v39n4/18539.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2019.

NORTH, D. A. et al. **Analysis of costs of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease in Auckland.** The New Zealand medical journal, v. 106, n. 964, p. 400-403, 1993. Disponível em: <<https://europepmc.org/abstract/med/8377955>>. Acesso em: 01 out. 2019.

O'SULLIVAN, Jack W. et al. **Written information for patients (or parents of child patients) to reduce the use of antibiotics for acute upper respiratory tract infections in primary care.** Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 11, 2016. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011360.pub2/abstract>>. Acesso em: 06 out. 2019.

PARADISE, Jack L.; WALD, Ellen R. **Tonsillectomy and/or adenoidectomy in children: indications and contraindications.** UpToDate, 2016. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/tonsillectomy-and-or-adenoidectomy-in-children-indications-and-contraindications>>. Acesso em: 02 out. 2019.

PATEL, Zara M.; HWANG, Peter H.; DESCHLER, Daniel G. **Uncomplicated acute sinusitis and rhinosinusitis in adults: Treatment.** UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/uncomplicated-acute-sinusitis-and-rhinosinusitis-in-adults-treatment>>. Acesso em: 25 set. 2019.

PEARSON, K. **On the Criterion that a Given System of Deviations from the Probable in the Case of a Correlated System of Variables is Such that it Can be Reasonably Supposed to have Arisen from Random Sampling.** In: S. Kotz; N. L. Johnson (Eds.); Breakthroughs in Statistics: Methodology and Distribution. p.11–28, 1992.

PICHICHERO, Michael E. **Complications of streptococcal tonsillopharyngitis.** CD-ROM: Up to Date electronic clinical reference for medicine subspecialists and internists, v. 7, n. 2, 2016. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/complications-of-streptococcal-tonsillopharyngitis>>. Acesso em: 28 set. 2019.

PICHICHERO, Michael E.; EDWARDS, Morven S. **Treatment and prevention of streptococcal pharyngitis.** 2019. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-streptococcal-pharyngitis>>. Acesso em: 27 set. 2019.

PITREZ, Paulo MC; PITREZ, José LB. **Infecções agudas das vias aéreas superiores: diagnóstico e tratamento ambulatorial.** J Pediatr, v. 79, n. Suppl 1, p. S77-S86, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v79s1/v79s1a09.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2016.

PONTIN, Isabela P. Olivetti; SANCHEZ, Daniela Cristina Janolli; DI FRANCESCO, Renata. **Asymptomatic group A Streptococcus carriage in children with recurrent tonsillitis and tonsillar hypertrophy.** International journal of pediatric otorhinolaryngology, v. 86, p. 57-59, 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165587616300490>>. Acesso em: 06 out. 2019.

RACERO, Laura et al. **Epidemiología de la faringitis aguda bacteriana en un hospital general de agudos.** Acta bioquím. clín. latinoam, v. 52, n. 1, p. 71-77, 2018.

REBELO, Rita CC. **Vírus Epstein-Barr e mononucleose infecciosa. Complicações da doença.** 2016. Trabalho de Conclusão de Curso. Disponível em: <<https://repositoriocientifico.uatlantica.pt/handle/10884/1032>>. Acesso em: 02 out. 2019.

REITER, Rudolf et al. **Hoarseness - causes and treatments.** Deutsches Ärzteblatt International, v. 112, n. 19, p. 329, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4458789/>>. Acesso em: 02 out. 2019.

REVEIZ, Ludovic; CARDONA, Andrés Felipe. **Antibiotics for acute laryngitis in adults.** Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 5, 2015.

REZENDE, Arthur Gomes. **Infecção por rinovírus humano (HRV): resposta imune hospedeira e favorecimento de pneumonia por Streptococcus pneumoniae.** 2016. Disponível em: <<http://www.repositorio-bc.unirio.br:8080/xmlui/bitstream/handle/unirio/11263/2016-002%20-TCC-%20ARTHUR%20GOMES%20REZENDE.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 01 out. 2019.

ROSENFELD, Richard M. et al. **Clinical practice guideline (update): adult sinusitis.** Otolaryngology–Head and Neck Surgery, v. 152, n. 2_suppl, p. S1-S39, 2015. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0194599815572097>>. Acesso em: 24 set. 2019.

ROSENFELD, Richard M. **Acute sinusitis in adults.** New England Journal of Medicine, v. 375, n. 10, p. 962-970, 2016. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1601749>>. Acesso em: 27 set. 2019.

SADEGHIRAD, Behnam et al. **Corticosteroids for treatment of sore throat: systematic review and meta-analysis of randomised trials.** BMJ, v. 358, p. j3887, 2017. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/358/bmj.j3887.full>>. Acesso em: 24 set. 2019.

SEXTON, Daniel J.; MCCLAIN, Micah T. **The common cold in adults: Treatment and prevention.** Official reprint from UpToDate, 2016. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/the-common-cold-in-adults-treatment-and-prevention>>. Acesso em: 05 de out. 2019.

SILVA, Maria João Pitta F. **Serão os testes de diagnóstico de antigénio rápido um método preciso e fiável no diagnóstico da faringite por Streptococcus b haemolyticus do grupo A?** Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, v. 31, n. 2, p. 145-147, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S2182-51732015000200012&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 01 out. 2019.

STEAD, Wendy; ARONSON, M. D.; PARK, L. **Symptomatic treatment of acute pharyngitis in adults.** UpToDate, 2011. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/symptomatic-treatment-of-acute-pharyngitis-in-adults>>. Acesso em: 20 set. 2019.

SULAIMAN, Wale; NGUYEN, Doan H. **Transforming growth factor beta 1, a cytokine with regenerative functions.** Neural regeneration research, v. 11, n. 10, p. 1549, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5116823/>>. Acesso em: 02 de out. 2019.

THE R CORE TEAM. **R: A Language and Environment for Statistical Computing.** Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2018.

THOMAS, Micah; BOMAR, Paul A. **Upper Respiratory Tract Infection.** In: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532961/>>. Acesso em: 02 de out. 2019.

THOMAS, Michael; DEL MAR, Chris; GLASZIOU, P. A. U. L. **How effective are treatments other than antibiotics for acute sore throat?.** Br J Gen Pract, v. 50, n. 459, p. 817-820, 2000. Disponível em: <<https://bjgp.org/content/50/459/817.short>>. Acesso em: 02 out. 2019.

TINDALL, Brett et al. **Characterization of the acute clinical illness associated with human immunodeficiency virus infection.** Archives of internal medicine, v. 148, n. 4, p. 945-949, 1988. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/609738>>. Acesso em: 02 out. 2019.

TOVAR PADUA, L. J.; CHERRY, J. D. **Croup (laryngitis, laryngotracheitis, spasmodic croup, laryngotracheobronchitis, bacterial tracheitis, and laryngotracheobronchopneumonitis) and epiglottitis (supraglottitis).** Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 8th Ed, Cherry JD, Harrison GJ, Kaplan SL, Steinbach WJ, Hotez PJ (Eds), Elsevier, Philadelphia, p. 175, 2019.

VAN DRIEL, Mieke L. et al. **What treatments are effective for common cold in adults and children?.** BMJ, v. 363, p. k3786, 2018. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/363/bmj.k3786.full>>. Acesso em: 05 out. 2019.

VORNHAGEN, Jay; WALDORF, Kristina M. Adams; RAJAGOPAL, Lakshmi. **Perinatal group B streptococcal infections: virulence factors, immunity, and prevention strategies.** Trends in microbiology, v. 25, n. 11, p. 919-931, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0966842X17301270>>. Acesso em: 06 out. 2019.

WEBER, Ruth. **Pharyngitis**. Primary Care: Clinics in Office Practice, v. 41, n. 1, p. 91-98, 2014. Disponível em: <[https://www.primarycare.theclinics.com/article/S0095-4543\(13\)00106-1/abstract](https://www.primarycare.theclinics.com/article/S0095-4543(13)00106-1/abstract)>. Acesso em: 26 set. 2019.

WEINTRAUB, Benjamin. **Upper Respiratory Tract Infections**. Pediatrics in Review. 2015.

WOOD, John M.; ATHANASIADIS, Theodore; ALLEN, Jacqui. **Laryngitis**. BMJ, v. 349, p. g5827, 2014. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/349/bmj.g5827>>. Acesso em: 28 set. 2019.

WOODS, Charles R.; MESSNER, Anna H. **Croup: Approach to management**. Section Editors: Sheldon L Kaplan, MD; Ellen M Friedman, MD. Deputy Editor: Mary M Torchia, MD. Literature review current through: Feb, 2014. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/management-of-croup>>. Acesso em: 01 out. 2019.

Croup: Pharmacologic and supportive interventions. UpToDate, Waltham, MA, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/croup-pharmacologic-and-supportive-interventions>>. Acesso em: 02 out. 2019.

WOODS, Charles R.; MESSNER, Anna H.; KAPLAN, Sheldon L. **Croup: Clinical features, evaluation, and diagnosis**. UpToDate, Waltham, MA, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/croup-clinical-features-evaluation-and-diagnosis>>. Acesso em: 26 set. 2019.

ZHOU, Zhong-Xin et al. **Anti-inflammatory activity of resveratrol prevents inflammation by inhibiting NF- κ B in animal models of acute pharyngitis**. Molecular medicine reports, v. 17, n. 1, p. 1269-1274, 2018. Disponível em: <<https://www.spandidos-publications.com/mmr/17/1/1269?text=fulltext>>. Acesso em: 27 set. 2019.