

Uso racional de antimicrobianos em pediatria — quando, qual e por quanto tempo

Quando não prescrever, qual antibiótico escolher pela classificação AWaRe da OMS e por quanto tempo tratar, com o quadro-resumo das doses do site, a observação vigilante, a alergia à penicilina e a receita retida

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Resfriado, bronquiolite, quase todas as faringites abaixo de 3 anos e a diarreia aguda não precisam de antibiótico. Uso racional é prescrever **só com diagnóstico bacteriano provável**, com o antibiótico de **espectro mais estreito** (grupo **Acesso** da classificação AWaRe da OMS — amoxicilina, penicilina benzatina, cefalexina), na **dose certa** e pelo **menor tempo eficaz**: pneumonia não complicada **cerca de 5 dias**, otite **5–10 dias conforme idade e gravidade**, faringite estreptocócica **10 dias**. Na otite leve, a **observação vigilante por 48–72 h** com retorno garantido é segura. Amoxicilina em **90 mg/kg/dia** quando o pneumococo é o alvo. Mais de **90% das crianças rotuladas como alérgicas à penicilina toleram o medicamento** quando investigadas (SBP 2020): registrar a reação e encaminhar ao alergista para desrotulagem. A receita de antimicrobiano é **em 2 vias, retida e válida por 10 dias** (RDC 471/2021). Tratam-se em casa (🟢/🟡) as infecções localizadas em criança em bom estado, com reavaliação em 48–72 h; **toxemia, hipoxemia, lactente pequeno febril, complicação ou falha do antibiótico oral vão ao pronto-socorro** (🔴).

1. O que é e como se apresenta

O uso excessivo de antibióticos gera **resistência bacteriana** e, para a criança, efeitos adversos, alteração do microbioma e rótulos falsos de alergia. **Uso racional (stewardship)** é prescrever só quando necessário e, então, com o agente, a dose, a via e a duração adequados (AAP, declaração de política 2021).

Classificação AWaRe da OMS (2017, atualizada em 2025; *AWaRe antibiotic book*, 2022):

- **Acesso** (*Access*) — espectro estreito, seguro, menor potencial de resistência; primeira escolha nas infecções comuns: amoxicilina, amoxicilina-clavulanato, penicilina benzatina, cefalexina, sulfametoxazol-trimetoprima, nitrofurantoína, clindamicina.
- **Vigilância** (*Watch*) — espectro amplo; só em quadros graves ou com maior chance de resistência: macrolídeos, cefuroxima, ceftriaxona, fluoroquinolonas, vancomicina.
- **Reserva** (*Reserve*) — última escolha para multirresistentes: linezolida, ceftazidima-avibactam, polimixinas.

Metas: a ONU (2024) fixou **≥ 70% do consumo humano de antibióticos no grupo Acesso até 2030**; o **PAN-BR 2026–2030** do Ministério da Saúde (versão preliminar) propõe ampliar para 70% o grupo Acesso e **reduzir em 10% o consumo de antimicrobianos na saúde humana até 2030**.

Infecções que não pedem antibiótico (documentos do site):

- **Resfriado e IVAS** (coriza purulenta não é critério) e **bronquiolite** (AAP, NICE, Ministério da Saúde 2026).
- **Faringite com sinais virais e a maioria abaixo de 3 anos**, idade em que o estreptococo do grupo A é raro.
- **Diarreia aguda** — antibiótico só na disenteria com comprometimento do estado geral, na cólera grave e em situações especiais; nunca na suspeita de *E. coli* produtora de toxina Shiga.
- **Bronquite aguda, bacteriúria assintomática.**

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Quadro viral provável, ou OMA leve elegível para observação; bom estado geral, SpO2 ≥ 95%	Sem antibiótico ; sintomáticos; observação vigilante (OMA, sinusite persistente); sinais de alerta por escrito
● Moderada	Infecção bacteriana localizada com critério de antibiótico (OMA, sinusite grave ou com piora, faringite estreptocócica confirmada, pneumonia com SpO2 ≥ 95%, ITU febril > 3 meses em bom estado, impetigo extenso, celulite sem sinais sistêmicos); SpO2 92–94% na pneumonia	Antibiótico oral do grupo Acesso conforme o quadro-resumo; reavaliação em 48–72 h (24–48 h na celulite e na ITU); SpO2 92–94%: observação/reavaliação em serviço
● Grave	Toxemia, sinais de sepse, púrpura febril, tiragem subcostal ou SpO2 < 92%, desidratação, vômitos que impedem a via oral, lactente < 2–3 meses febril, complicação (mastoidite, sinal orbitário, abscesso profundo, fasciite) ou falha do antibiótico oral em 48–72 h	Pronto-socorro ou hospital ; antibiótico parenteral conforme o documento da condição

Risco de falha ou resistência: antibiótico nos últimos 30 dias, creche, idade < 2 anos, vacinação incompleta, internação recente, imunodepressão, uropatia.

3. Diagnóstico no consultório

Antes de prescrever, **confirmar o diagnóstico bacteriano** pelos critérios dos documentos do site:

- **OMA:** abaulamento da membrana timpânica ou otorreia nova; **hiperemia isolada não confirma** (AAP 2013).
- **Sinusite:** persistente (> 10 dias), com piora após melhora, ou grave (≥ 39 °C e secreção purulenta ≥ 3 dias); sem radiografia.

- **Faringite:** sem sinais virais e ≥ 3 anos, **teste rápido para estreptococo** e, se negativo, cultura (IDSA/CDC).
- **Pneumonia:** frequência respiratória em 1 minuto e **SpO2 em toda criança com tosse e febre**; sibilância difusa sugere vírus ou atípico.
- **ITU:** urocultura por método confiável antes do antibiótico; saco coletor só exclui.

Febre (axilar $\geq 37,5$ °C, SBP) ou coriza colorida em criança em bom estado **não indicam antibiótico. Não deixar passar:** doença meningocócica, sepse, ITU no lactente com febre sem foco, pneumonia com hipoxemia, mastoidite, celulite orbitária, abscesso cervical profundo, Kawasaki e tuberculose.

4. Tratamento e seguimento

Princípios: um antibiótico, espectro estreito, dose adequada, **indicação e duração na receita**; reavaliar em 48–72 h; suspender se o diagnóstico cair; ajustar pela cultura.

Observação vigilante na OMA (AAP 2013; "espera vigilante" da SBP): para **6–23 meses com OMA unilateral não grave** e **≥ 2 anos com OMA não grave**, com decisão compartilhada, analgesia e **reavaliação garantida em 48–72 h** (retorno ou prescrição adiada). Antibiótico imediato em **< 6 meses**, OMA bilateral abaixo de 2 anos, otorreia ou quadro grave. Na sinusite persistente em bom estado, observar mais 3 dias também é aceitável.

Quadro-resumo — indicações, doses e durações do site (iguais às dos documentos citados, onde estão as alternativas):

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
OMA — amoxicilina	90 mg/kg/dia (máx. 3 g/dia)	12/12 h	< 2 anos ou grave: 10 dias; 2–5 anos: 7 dias; ≥ 6 anos: 5–7 dias	AAP 2013; sem resposta em 48–72 h, + clavulanato 6,4 mg/kg/dia (14:1). <i>Otite média aguda</i>
Sinusite — amoxicilina (± clavulanato)	50 mg/kg/dia (AIDPI/SBP) ou, preferencialmente, 90 mg/kg/dia (AAP/IDSA; máx. 2 g/dose)	12/12 h (ou 8/8 h com 50)	10–14 dias, ou 7 dias após a resolução (AAP 2013 sem duração ótima)	<i>Rinossinusite aguda</i>
Faringite estreptocócica — amoxicilina	50 mg/kg/dia (máx. 1 g/dia)	1x/dia ou 12/12 h (máx. 500 mg/dose)	10 dias	IDSA 2012/CDC. <i>Faringoamigdalite</i>
Faringite — penicilina G benzatina IM	< 20 kg 600.000 UI; ≥ 20 kg 1.200.000 UI	Dose única	—	AIDPI; Diretrizes Brasileiras de Febre Reumática
Pneumonia não complicada — amoxicilina	50 mg/kg/dia (AIDPI/SBP) ou, preferencialmente, 90 mg/kg/dia (AAP/IDSA); máx. 4 g/dia	12/12 h ou 8/8 h	Cerca de 5 dias com reavaliação (5–7 dias em <i>Antibioticoterapia na Pneumonia</i>)	Casa só com SpO2 ≥ 95%. <i>Pneumonia adquirida na comunidade</i>
Pneumonia, suspeita de atípico — azitromicina	10 mg/kg no 1º dia (máx. 500 mg); 5 mg/kg/dia do 2º ao 5º (máx. 250 mg)	1x/dia	5 dias	Padrão do site (IDSA/PIDS 2011); em geral escolar
ITU febril — cefuroxima axetil	30 mg/kg/dia (SBP)	12/12 h	7–10 dias (10 na SBP)	<i>Infecção urinária</i> ; ajustar pela urocultura
ITU — cefalexina	50 mg/kg/dia (SBP); 50–100 (AAP)	6/6 ou 8/8 h	Febril 7–10 dias; cistite 3–5 dias	<i>Infecção urinária</i>
ITU — amoxicilina-clavulanato	20–40 mg/kg/dia de amoxicilina (AAP; SBP 2023)	8/8 h	Febril 7–10 dias	Alvo é <i>E. coli</i> ; a dose alta vale para o pneumococo
Impetigo localizado — mupirocina, ácido fusídico ou retapamulina	Tópico	2–3x/dia	5–10 dias, até a resolução (SBP)	<i>Impetigo, celulite e abscessos</i>
Impetigo extenso/bolhoso ;	50–100 mg/kg/dia (SBP, DC nº 12/2022;	6/6 h (SBP) ou 8/8 h	Impetigo e celulite 7–10 dias (SBP, DC	<i>Impetigo, celulite e abscessos</i>

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
celulite — cefalexina	máx. 4 g/dia)		nº 12/2022); IDSA: celulite 5 dias	

Por que a dose alta: a resistência do pneumococo decorre da alteração das proteínas ligadoras de penicilina (PBP), não de betalactamase — é vencida pela dose alta, não pelo clavulanato. **Nunca amoxicilina-clavulanato com 40–50 mg/kg/dia de amoxicilina quando o pneumococo é o alvo** (exceções do site: alvo *H. influenzae* e aspiração, 50 mg/kg/dia).

Duração curta baseada em evidência:

- **Pneumonia:** no **SCOUT-CAP** (2022; 380 crianças de 6 a 71 meses com melhora precoce), **5 dias** tiveram resposta e efeitos adversos semelhantes aos de 10, com **menos genes de resistência** na orofaringe; **SAFER** e **CAP-IT** (2021) foram na mesma direção.
- **ITU febril:** no **SCOUT** (2023), 5 dias tiveram falha baixa ($\approx 4\%$), mas maior que 10 dias (0,6%); o site mantém 7–10 dias.
- **Faringite estreptocócica:** 10 dias, pela prevenção da febre reumática, ainda presente no Brasil.

Alergia à penicilina — rotular corretamente:

- **75% das crianças são rotuladas antes dos 3 anos e mais de 90% toleram** quando investigadas (SBP 2020); o exantema de uma virose é a causa mais comum do rótulo falso (consenso SEIP/SEICAP/AEPap/SEPEAP 2017). O rótulo leva a antibióticos de segunda linha, menos eficazes e mais caros.
- **Registrar** o medicamento, os sinais, a gravidade e a data da reação (NICE CG183); separar **reação imediata** (até 1 h: urticária, angioedema, broncoespasmo, anafilaxia) de **não imediata** (exantema horas a dias depois) e das graves (Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica, DRESS), que contraindicam reexposição.
- **Desrotulagem: teste de provocação oral**, padrão-ouro, em **ambiente com monitorização** (Alergia a Medicamentos). Encaminhar ao alergista, com prioridade após anafilaxia ou reação cutânea grave ou se a criança precisará de betalactâmico com frequência (NICE CG183).
- **Até a investigação**, alternativas do site: OMA não anafilática, cefuroxima 30 mg/kg/dia 12/12 h (AAP); faringite não anafilática, cefalexina 20 mg/kg/dose 12/12 h (máx. 500 mg); faringite com alergia imediata, clindamicina 7 mg/kg/dose 8/8 h (máx. 300 mg) ou azitromicina 12 mg/kg/dia por 5 dias (máx. 500 mg) (IDSA/CDC).

Efeitos adversos e microbioma: diarreia (maior com clavulanato), candidíase, exantema, *C. difficile* e, com macrolídeos, QT longo; o antibiótico seleciona flora resistente no próprio paciente e altera o microbioma intestinal.

Receita retida (Anvisa, RDC nº 471/2021): legível, sem rasuras, **em 2 vias**, com **nome completo, idade e sexo** do paciente, medicamento pela DCB, concentração, forma farmacêutica, posologia e quantidade, identificação do prescritor e data. **Validade de 10 dias** em todo o país; pode incluir outros medicamentos não sujeitos a controle especial; atendida **uma só vez**, com **retenção da 2ª via**. Em tratamento prolongado (como a profilaxia urinária), indicar **"uso contínuo"** e a quantidade para cada 30 dias: a receita vale por **até 90 dias**.

Automedicação: não usar antibiótico guardado ou indicado por terceiros, não interromper nem prolongar por conta própria, descartar sobras em ponto de coleta. Explicar a evolução do quadro viral e marcar reavaliação reduz a pressão por antibiótico.

Não fazer: antibiótico "para o caminho" na bronquiolite; amoxicilina-clavulanato em dose baixa quando o pneumococo é o alvo; azitromicina como primeira escolha sem alergia ou atípico; cefalosporina de 3ª geração oral ou quinolona em infecção simples; tratar bacteriúria assintomática; trocar de antibiótico antes de 48–72 h sem piora.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Critérios: toxemia ou sepse; **púrpura febril**; **tiragem subcostal ou SpO2 < 92%**, gemência, cianose; lactente ≤ 28 dias febril (sempre) e de 29 dias a 2–3 meses conforme os documentos de febre e de ITU; vômitos que impedem a via oral, desidratação; complicação (mastoidite, sinal orbitário, trismo, estridor, fasciite); **falha do antibiótico oral em 48–72 h**; imunodepressão ou neutropenia febril.

Como encaminhar:

- SAMU 192 nos graves; **oxigênio para manter SpO2 ≥ 94%**; acesso venoso ou intraósseo; glicemia capilar.
- **Antibiótico antes da remoção, se não atrasá-la**, conforme o documento da condição: na suspeita de doença meningocócica ou meningite, **ceftriaxona 100 mg/kg (máx. 4 g) IV ou IM** (Sepse e choque séptico); na ITU com toxemia ou transporte demorado, 1ª dose de ceftriaxona após contato com o serviço (Infecção urinária).
- **Relatório:** diagnóstico, antibióticos dos últimos 30 dias, **reação alérgica descrita** (não só "alérgico"), vacinas e culturas.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "A maioria das infecções é viral; o antibiótico não encurta o resfriado, a bronquiolite nem a diarreia e tem efeitos adversos."
- "Na otite em observação, dê o analgésico e volte (ou inicie o antibiótico combinado) se não melhorar em 48 a 72 horas."

- "Dê o antibiótico pelos dias da receita; não guarde sobras. Manchas na pele durante o antibiótico: anote o nome e o dia — muitas vezes não é alergia."
- **Retornar** se a febre persistir após 48–72 h de antibiótico, piora ou diarreia com sangue.
- **Pronto-socorro** se houver dificuldade para respirar, lábios roxos, manchas roxas que não somem ao apertar, sonolência excessiva, convulsão, vômitos que impedem o remédio, inchaço atrás da orelha ou em volta do olho, ou inchaço de lábios e falta de ar após uma dose.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉRIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAMBRIDGE
Quando não prescrever	Infecções virais; espera vigilante na OMA	AIDPI; PAN-BR (meta de 70% do grupo Acesso)	Só quando necessário, espectro estreito (política 2021)	Autocuidado e prescrição adiada (NG15)	Observação na OMA > 24 meses sem fatores de risco	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Dose de amoxicilina (pneumococo)	50 mg/kg/dia (OMA 40–50)	50 mg/kg/dia (AIDPI)	80–90 mg/kg/dia	Doses fixas por idade	80–90 mg/kg/dia	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Duração	OMA 7–10 dias; PAC < 7 dias admitido (2021); ITU febril 10 dias	PAC 7 dias (norma)	OMA 5–10 dias por idade	Menor curso eficaz; PAC 5 dias; OMA 5–7 dias	OMA 5–7 dias ≥ 2 anos; PAC 7 dias	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Alergia à penicilina	> 90% toleram após investigação (2020)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Registrar; encaminhar ao especialista (CG183)	Consenso 2017; provocação se baixo risco	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Receita	—	Anvisa RDC 471/2021: 2 vias, 10 dias	—	Registrar indicação e duração	—	—	—	Segue o NICE

Leitura: as referências concordam em não tratar infecção viral, confirmar o diagnóstico bacteriano, preferir o espectro estreito (grupo Acesso) e usar o menor curso eficaz. Divergem na **dose de amoxicilina** (50 mg/kg/dia na SBP e no AIDPI; 80–90 na AAP e na AEP; doses fixas no NICE), na **duração** (SBP 7–10 dias na OMA, AIDPI 7 dias na pneumonia; NICE e OMS 5 dias) e na **observação** (o NICE parte de prescrição adiada na maioria; AAP e SBP a restringem a grupos definidos). Johns Hopkins e Harvard sem posição pública localizada; Oxford e Cambridge seguem o NICE. **O site adota a posição da SBP** (amoxicilina primeiro, espera vigilante, investigar antes de rotular a alergia), com as decisões já registradas nos documentos do site: **amoxicilina 90 mg/kg/dia quando o pneumococo é o alvo** (decisão do site, acima dos 50 da SBP), OMA escalonada pela idade (AAP) e cerca de 5 dias na pneumonia não complicada (SCOUT-CAP, SAFER, CAP-IT); na sinusite, o site mantém 10–14 dias (AEP e NICE: 5).

PONTOS PRÁTICOS

1. Resfriado, bronquiolite, faringite com sinais virais, quase todas as faringites abaixo de 3 anos e diarreia sem sangue: sem antibiótico.
2. Confirmar o diagnóstico bacteriano antes de prescrever: abaulamento timpânico, padrões da sinusite, teste rápido na faringite, SpO2 e frequência respiratória na pneumonia, urocultura na ITU.
3. Grupo Acesso primeiro; amoxicilina 90 mg/kg/dia quando o pneumococo é o alvo — o clavulanato não vence a resistência por PBP.
4. Duração curta: pneumonia não complicada cerca de 5 dias; OMA 5–10 dias pela idade; faringite estreptocócica 10 dias; ITU febril 7–10 dias.
5. "Alérgico à penicilina" exige história detalhada e registro; a maioria tolera — encaminhar para desrotulagem.
6. Receita em 2 vias, com idade e sexo, válida por 10 dias; orientar contra automedicação e sobras.

Veja também, nesta Biblioteca: **Antibioticoterapia na Pneumonia** (Pneumologia); **Otite média aguda**, **Faringoamigdalite**, **Rinossinusite aguda**, **Pneumonia adquirida na comunidade**, **Infecção urinária**, **Impetigo**, **celulite e abscessos**, **Resfriado comum e infecções de vias aéreas superiores**, **Bronquiolite viral aguda** e **Diarreia aguda e desidratação** (Patologias do consultório); **Alergia a Medicamentos** (Alergia); **Como Conduzir uma Criança com Febre** (Pediatria geral).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria. Alergia à Penicilina (documento científico), 2020. sbp.com.br; [notícia de lançamento](#)
- Ministério da Saúde. PAN-BR 2026–2030 — Plano de Ação Nacional de Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos no Âmbito de Uma Só Saúde (versão preliminar), 2026. [PDF](#)
- Anvisa. RDC nº 471, de 23 de fevereiro de 2021 (prescrição, dispensação e controle de antimicrobianos). [PDF](#)
- World Health Organization. The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book, 2022. who.int; AWaRe classification 2023. who.int; AWaRe classification 2025. iris.who.int
- American Academy of Pediatrics e PIDS. Gerber JS et al. Antibiotic Stewardship in Pediatrics (policy statement). Pediatrics, 2021. publications.aap.org
- NICE. Antimicrobial stewardship (NG15), 2015. [PDF](#)

- NICE. Drug allergy — diagnosis and management (CG183), 2014. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- SEIP, SEICAP, AEPap, SEPEAP. Baquero-Artigao F et al. Documento de consenso sobre antibioterapia en alergia a penicilina o amoxicilina. An Pediatr, 2017. [analesdepediatria.org](https://www.analesdepediatria.org)
- Williams DJ et al. The SCOUT-CAP Randomized Clinical Trial. JAMA Pediatr, 2022. jamanetwork.com
- Documentos do site citados no quadro-resumo.

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.