

Pneumonia adquirida na comunidade

Reconhecer a pneumonia pela frequência respiratória e pela tiragem, classificar a gravidade, tratar em casa com amoxicilina por curto prazo e encaminhar sem demora os casos graves

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

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

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
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

A PAC é diagnóstico **clínico**: tosse ou dificuldade respiratória com **taquipneia para a idade** (≥ 60 irpm < 2 meses; ≥ 50 irpm de 2 a 11 meses; ≥ 40 irpm de 1 a 4 anos), com ou sem febre e achados focais. A **tiragem subcostal**, a **SpO₂ $< 92\%$** , os sinais de perigo (não consegue beber, convulsão, letargia, gemência, cianose) e a idade **< 2 meses** definem a pneumonia grave, que vai ao hospital. A criança com apenas taquipneia, bom estado geral, hidratada e com **SpO₂ $\geq 95\%$** é tratada **em casa com amoxicilina oral** — 50 mg/kg/dia (AIDPI/SBP; em 2 ou 3 tomadas) ou 90 mg/kg/dia (dose alta; AAP/IDSA; a OMS 2024 usa 80 mg/kg/dia), esta preferível pelo mecanismo de resistência do pneumococo — e **reavaliada em 48–72 h**; SpO₂ de 92–94% pede observação e reavaliação em serviço. A radiografia de tórax **não é rotina** no paciente ambulatorial. A duração tende a ser curta: a SBP (2021) já admite cursos menores que 7 dias, o NICE recomenda 5 dias e os ensaios SAFER e CAP-IT (2021) mostraram que cursos de 3 a 5 dias não são inferiores. Macrolídeo fica para a suspeita de pneumonia atípica, em geral no escolar. Veja também, nesta Biblioteca: **Antibioticoterapia na Pneumonia** (Pneumologia).

1. O que é e como se apresenta

Infecção aguda do parênquima pulmonar adquirida fora do hospital, em criança previamente hígida; importante causa de internação e morte abaixo dos 5 anos.

• Etiologia

- **Vírus** predominam no lactente e no pré-escolar (VSR, rinovírus, metapneumovírus, influenza, parainfluenza, adenovírus, SARS-CoV-2). Coinfecção vírus–bactéria é comum.
- **Streptococcus pneumoniae** é a principal bactéria; *S. aureus* e *S. pyogenes* são menos frequentes e associam-se a formas complicadas.
- **Mycoplasma pneumoniae** e *Chlamydia pneumoniae* ("atípicos") predominam no escolar e no adolescente.
- Abaixo de 2 meses entram agentes perinatais (estreptococo do grupo B, gram-negativos, *Chlamydia trachomatis*) e a coqueluche no diagnóstico diferencial.

• Quadro típico

- Febre, tosse e **taquipneia** — a taquipneia é o sinal isolado mais sensível (é a base do algoritmo AIDPI/OMS).
- Tiragem subcostal, batimento de asa de nariz, gemência, crepitações ou sopro tubário localizados, macicez (derrame).
- Dor abdominal ou torácica pleurítica; no lactente, recusa alimentar.

- Sibilância difusa com febre baixa sugere etiologia viral ou atípica, e não pneumococo.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Idade $\geq$ 2 meses; taquipneia para a idade sem tiragem subcostal ; SpO ₂ $\geq$ 95% em ar ambiente; bebe e se alimenta; hidratada; estado geral preservado; sem sinais de perigo; família com condições de cuidar e voltar	Amoxicilina oral em casa, antitérmico, hidratação; retorno em 48–72 h (ou antes, se piora)
● Moderada	Taquipneia mais intensa ou esforço leve a moderado, febre alta persistente, ingesta reduzida mas ainda aceitando líquidos, SpO ₂ limítrofe (92–94%: observação/reavaliação em serviço), lactente de 2–6 meses, dúvida sobre adesão ou retorno, falha de 48–72 h de antibiótico sem sinais de gravidade	Observação no consultório ou PS, oximetria seriada, radiografia e reavaliação em 24 h; baixo limiar para internar
● Grave	Tiragem subcostal ; SpO ₂ $<$ 92%; FR $>$ 70 irpm ($<$ 12 meses) ou $>$ 50 irpm (maiores); gemência, batimento de asa de nariz, apneia, cianose; não consegue beber, vômitos de tudo, convulsão, letargia ou inconsciência; desidratação; aspecto toxêmico; idade $<$ 2 meses ; suspeita de complicação (derrame, abscesso, pneumotórax)	Encaminhar ao hospital : oxigênio, primeira dose de antibiótico quando indicado, transporte monitorado

Limiares de taquipneia: AIDPI/OMS, adotados pela SBP (2018). Os critérios de internação por FR ($>$ 70 e $>$ 50 irpm) e SpO₂ $<$ 92% constam do documento da SBP de 2021 e da BTS (2011); a IDSA/PIDS usa **SpO₂ $<$ 90%** e a OMS também adota $<$ 90% como hipoxemia. **Conduta adotada**: tratamento em casa somente com SpO₂ $\geq$ 95%; 92–94% = observação/reavaliação em serviço; $<$ 92% = internação.

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade $<$ 6 meses.
- Prematuridade, displasia broncopulmonar, cardiopatia congênita, doença neuromuscular, fibrose cística, imunodeficiência, anemia falciforme, desnutrição.
- Esquema vacinal incompleto (pneumocócica, Hib, influenza, coqueluche).
- Pneumonias de repetição no mesmo lobo (corpo estranho, malformação).
- Contexto social: dificuldade de retorno ou de compreensão das orientações.

3. Diagnóstico no consultório

O diagnóstico é clínico. Contar a FR por **um minuto inteiro**, com a criança calma e sem febre alta no momento (a febre eleva a FR), observar a tiragem e medir a **SpO₂ em toda**

criança com suspeita de pneumonia (IDSA/PIDS; a OMS reforça a oximetria na atenção primária).

- **Radiografia de tórax: não é rotina** na criança que será tratada em casa (SBP 2018/2021, BTS 2011, IDSA/PIDS 2011). Indicar se hipoxemia ou esforço importante, dúvida diagnóstica, falha terapêutica em 48–72 h, suspeita de complicação ou internação.
- **Laboratório:** hemograma, PCR e procalcitonina não são necessários no caso leve; têm mais utilidade no paciente internado.
- **Pesquisa viral** (teste rápido ou painel de nasofaringe): quando disponível, ajuda a evitar antibiótico em quadro claramente viral (SBP 2021; a IDSA/PIDS recomenda testar influenza).
- **Micoplasma:** considerar em escolar com febre, tosse arrastada, sibilos ou manifestações extrapulmonares; testes específicos têm acesso limitado no consultório.

Diferenciais que não podem passar

- **Bronquiolite e asma/sibilância induzida por vírus** (taquipneia com sibilos difusos, sem sinais focais).
- **Corpo estranho** (início súbito, engasgo, sinais unilaterais persistentes).
- **Coqueluche** no lactente (paroxismos, apneia, linfocitose).
- **Tuberculose** (tosse > 2–3 semanas, contato, perda de peso, pneumonia que não responde).
- **Insuficiência cardíaca, sepse** e cetoacidose diabética (taquipneia sem doença pulmonar).

4. Tratamento em casa

A **amoxicilina oral** é a primeira escolha em todas as diretrizes consultadas. Nos pré-escolares com quadro claramente viral, a IDSA/PIDS lembra que o antibiótico **não é rotineiramente necessário**.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Amoxicilina (AIDPI/SBP)	50 mg/kg/dia (máx. 4 g/dia)	Em 2 ou 3 tomadas (12/12 h ou 8/8 h)	7 dias na norma nacional; SBP 2021 admite cursos menores (5 dias com eficácia equivalente)	Dose baseada em estudos brasileiros; primeira escolha a partir de 2 meses
Amoxicilina (dose alta — AAP/IDSA; AEP 80–90)	90 mg/kg/dia (máx. 4 g/dia)	12/12 h (IDSA) ou 8/8 h (AEP)	OMS 2024: 5 dias (3 dias na pneumonia de respiração rápida em áreas de baixa prevalência de HIV); NICE: 5 dias	Preferível (ver nota abaixo), sobretudo com pneumococo de sensibilidade reduzida, criança < 2 anos em creche ou uso recente de betalactâmico
Azitromicina (suspeita de atípico)	IDSA: 10 mg/kg no 1º dia, depois 5 mg/kg/dia do 2º ao 5º dia; SBP 2021: 10 mg/kg/dia	1 vez ao dia	5 dias (AEP: 10 mg/kg/dia por 3 dias; máx. 500 mg/dia)	Reservar para suspeita clínica de atípico, sobretudo > 5 anos
Claritromicina (alternativa)	15 mg/kg/dia (máx. 1 g/dia)	12/12 h	7–10 dias (SBP); 7 dias (AEP)	Alternativa à azitromicina
Alergia não IgE à penicilina	Cefalosporina (cefuroxima) conforme bula	—	Mesma duração	SBP 2021
Alergia IgE (tipo 1)	Macrolídeo ou clindamicina conforme bula	—	Mesma duração	SBP 2021

Dose de amoxicilina — conduta adotada: 50 mg/kg/dia (AIDPI/SBP; em 2 ou 3 tomadas) ou 90 mg/kg/dia (dose alta; AAP/IDSA; a OMS 2024 usa 80 mg/kg/dia); a dose de 90 mg/kg/dia é preferível pelo tipo de resistência do pneumococo: a resistência se deve à alteração das proteínas ligadoras de penicilina (PBP), e não à betalactamase — por isso é vencida por concentrações mais altas de amoxicilina e não pelo clavulanato.

Duração — o que mudou. O ensaio **SAFER** (JAMA Pediatrics, 2021; crianças de 6 meses a 10 anos tratadas em ambulatório) comparou 5 × 10 dias de amoxicilina em dose alta: cura clínica de 85,7% × 84,1%. O **CAP-IT** (JAMA, 2021; > 6 meses e até 24 kg, Reino Unido e Irlanda) comparou dose baixa (35–50 mg/kg/dia) × alta (70–90 mg/kg/dia) e 3 × 7 dias: retratamento, eventos adversos e colonização por pneumococo não suscetível foram semelhantes; a tosse resolveu um pouco mais depressa com 7 dias. Em conjunto, sustentam **cursos de cerca de 5 dias** para a PAC não complicada tratada em casa, com reavaliação obrigatória.

Não usar

- Antitussígenos, mucolíticos, descongestionantes e anti-histamínicos.
- Corticoide sistêmico de rotina (exceto se houver asma associada, conforme protocolo próprio).
- Broncodilatador sem sibilância.
- Amplo espectro ou macrolídeo de rotina "para cobrir tudo".

Suporte: antitérmico/analgésico conforme bula, líquidos fracionados, lavagem nasal com soro fisiológico, manter aleitamento materno.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Idade < **2 meses** com suspeita de pneumonia (SBP/AIDPI); considerar internação no lactente de **3–6 meses** com suspeita de pneumonia bacteriana (IDSA/PIDS).
- **Tiragem subcostal**, gemência, batimento de asa de nariz, apneia ou cianose.
- **SpO2 < 92%** (SBP, BTS; < 90% na IDSA/PIDS e OMS).
- FR > 70 irpm no lactente ou > 50 irpm na criança maior.
- Não consegue beber, vômitos persistentes, desidratação; convulsão, letargia.
- Aspecto toxêmico; suspeita de derrame pleural, abscesso, pneumotórax ou pneumonia necrosante.
- Doença de base relevante; falha de 48–72 h de tratamento oral adequado; impossibilidade de retorno ou de cuidado seguro em casa.

Como encaminhar

1. **Oxigênio** por cateter nasal ou máscara se SpO2 < 92% ou esforço importante; manter a criança no colo, em posição confortável (semisentada).
2. Aspirar ou lavar as narinas se obstrução nasal no lactente.
3. **Antitérmico** se febre; não oferecer via oral se rebaixamento ou esforço grave.
4. Se o transporte for demorado, considerar a **primeira dose de antibiótico** conforme protocolo local, sem atrasar o encaminhamento.
5. **Contatar o serviço** de destino (FR, SpO2, sinais de gravidade, medicações); transporte em ambulância com oxigênio nos casos graves.

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

- **Retorno obrigatório em 48–72 h** (SBP), mesmo se a criança parecer melhor. Cerca de 90% ficam sem febre em 48–72 h de tratamento adequado.
- A tosse pode durar 2 a 3 semanas sem significar falha.

- **Voltar imediatamente ou procurar o pronto-socorro se:**
 - Respiração muito rápida, "barriga afundando" abaixo das costelas, gemido ao respirar ou lábios arroxeados.
 - Não consegue mamar ou beber, vomita tudo, urina pouco.
 - Muito sonolenta, difícil de acordar, ou teve convulsão.
 - Febre que persiste após 48–72 h de antibiótico, ou volta depois de ter cessado.
 - Dor no peito que piora, ou falta de ar ao falar.
- Completar o antibiótico conforme orientado; não guardar sobras para outra ocasião.
- Conferir a caderneta: vacinas pneumocócica, Hib, influenza e coqueluche.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Crítérios de gravidade	AIDPI: taquipneia por idade, tiragem, sinais de perigo; SpO2 < 92%	IDSA/PIDS 2011: desconforto moderado a grave e SpO2 < 90%	BTS 2011: SpO2 < 92%, FR > 70 (lactente) ou > 50	Segue o NICE/BTS	Reavaliação clínica em 48 h (consenso SEIP/SENP 2015)
Radiografia	Não rotineira no ambulatorial	Não rotineira no ambulatorial	Não rotineira; não fazer se não internar (BTS)	Segue o NICE	Não necessária no caso não complicado
Antibiótico de 1ª escolha	Amoxicilina 50 mg/kg/dia	Amoxicilina 90 mg/kg/dia em 2 doses	Amoxicilina (doses pelo BNFC)	Segue o NICE	Amoxicilina 80–90 mg/kg/dia de 8/8 h
Duração	7 dias na norma; SBP 2021 admite menos	10 dias os mais estudados (2011); cursos curtos em revisão	5 dias, prolongar se instável	Segue o NICE	7 dias
Atípico	Macrolídeo se suspeita, > 5 anos	Azitromicina no escolar com suspeita	Considerar macrolídeo associado	Segue o NICE	Azitromicina 3 dias ou claritromicina 7 dias
Internação	< 2 meses, tiragem, SpO2 < 92%, toxemia, desidratação	< 3–6 meses com suspeita bacteriana, hipoxemia, desconforto	BTS: SpO2 < 92% encaminhar ao hospital	Segue o NICE	Não detalhada no documento ambulatorial consultado

Leitura. Há ampla convergência em três pontos: diagnóstico clínico com oximetria, radiografia dispensável no paciente ambulatorial e **amoxicilina oral** como primeira escolha. As divergências estão na **dose** — a SBP (com OMS/AIDPI) usa 50 mg/kg/dia com base em estudos nacionais, enquanto IDSA/PIDS (AAP) e AEP preferem 80–90 mg/kg/dia (o CAP-IT não mostrou diferença entre dose baixa e alta); a conduta adotada aceita as duas e prefere 90 mg/kg/dia, porque a resistência do pneumococo (alteração de PBP) é vencida por concentração mais alta — e na **duração**, em que a norma brasileira e a AEP ainda falam em 7 dias, a IDSA/PIDS de 2011 em 10 dias, e o NICE e a OMS em 5 dias (ou 3). O limiar de hipoxemia varia entre 90% e 92%; a conduta adotada exige SpO2 ≥ 95% para tratamento em casa (92–94%: observação em serviço).

PONTOS PRÁTICOS

1. Contar a FR por um minuto inteiro e medir a SpO₂ em toda criança com tosse e febre; tiragem subcostal ou SpO₂ < 92% significam hospital; SpO₂ de 92–94% pede observação em serviço, e só com ≥ 95% trata-se em casa.
2. Toda criança < 2 meses com suspeita de pneumonia deve ser encaminhada.
3. Amoxicilina oral é a primeira escolha — 50 mg/kg/dia ou, preferencialmente, 90 mg/kg/dia; macrolídeo só com suspeita de atípico.
4. Cinco dias de amoxicilina bastam na maioria dos casos leves, desde que haja reavaliação.
5. Reavaliar em 48–72 h; febre persistente pede radiografia e busca de complicação (derrame, abscesso) ou de diagnóstico alternativo.

8. Fontes

- SBP, Departamento de Pneumologia. Abordagem diagnóstica e terapêutica das pneumonias adquiridas na comunidade não complicadas. Documento Científico nº 6, 2021. sbp.com.br
- SBP, Departamento de Pneumologia. Pneumonia adquirida na comunidade na infância. Documento Científico nº 3, 2018. sbp.com.br
- OMS. Guideline on management of pneumonia and diarrhoea in children up to 10 years of age, 2024. [NCBI Bookshelf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK569482/)
- NICE. Pneumonia (community-acquired): antimicrobial prescribing (NG138), 2019. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- British Thoracic Society. Guidelines for the management of community acquired pneumonia in children: update 2011. brit-thoracic.org.uk
- Bradley JS et al. (PIDS/IDSA). Management of community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age. Clin Infect Dis, 2011. academic.oup.com
- American Family Physician. PIDS and IDSA issue management guidelines for community-acquired pneumonia in infants and young children, 2012. aafp.org
- Pernica JM et al. Short-course antimicrobial therapy for pediatric community-acquired pneumonia: the SAFER randomized clinical trial. JAMA Pediatrics, 2021. [PMC](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34484441/)
- CAP-IT Trial Group (Bielicki JA et al.). Amoxicillin duration and dose for community-acquired pneumonia in children: the CAP-IT factorial non-inferiority RCT, 2021. [NCBI Bookshelf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK569482/)
- Moreno-Pérez D et al. (SEIP/SENP/AEP). Neumonía adquirida en la comunidad: tratamiento ambulatorio y prevención. An Pediatr, 2015. analesdepediatria.org

- Oxford Handbook of Paediatrics, 3ª ed., Oxford University Press, 2021 (obra de referência).

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · 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.