

# *O Papel da Medicina Complementar e Alternativa nas Infecções de Vias Aéreas Superiores em Crianças*

*Paola Marchisio, Elena Baggi, Monica Ragazzi,  
Elisa Dusi e Sonia Bianchini*

As infecções das vias aéreas, especialmente as que envolvem as vias aéreas superiores (IVAS), são muito comuns no primeiro ano de vida (Carr, 2006). Apesar das crianças não apresentarem nenhuma deficiência maior na resposta imunológica, algumas parecem ser particularmente propensas a essas doenças e desenvolvem significativamente mais episódios recorrentes que seus pares. Em média, uma criança saudável, de três anos de idade, sofre de seis a 10 resfriados por ano, cada um com duração de sete a nove dias.

As IVAS são, usualmente, leves, auto-limitadas e causadas por vírus; entretanto, os sintomas podem ter um impacto significativo na vida da criança e da sua família. Os sintomas geralmente requerem atenção médica e quase 40% das consultas pediátricas de crianças com menos de cinco anos são devidas a sintomas de IVAS. Para aliviar esses sintomas, são prescritos fármacos às crianças, tais como descongestionantes, anti-histamínicos, antitussígenos, mesmo havendo pouca ou nenhuma evidência de que essas medicações sejam eficazes para crianças menores que 12 anos. A falta de eficácia dos medicamentos convencionais para as IVAS é, possivelmente, a maior causa para o uso amplo de formas alternativas de tratamento.

## **Definição**

A Medicina Complementar e Alternativa (MCA) é referida como uma terapêutica não-alopática, não convencional, holística ou natural. O *Cochrane Collaboration* define a MCA como “um grande conjunto de recursos curativos que engloba todos os sistemas de saúde, modalidades e práticas e suas teorias e credos, outras que não as intrínsecas ao sistema de saúde politicamente dominante, em uma sociedade particular ou cultura em um período histórico definido” (AAP, 2001). Geralmente, os produtos da MCA são utilizados tanto como adicionais quanto como substitutos à terapêutica clínica e tratamento cirúrgicos utilizados no Ocidente. O termo MCA, na verdade, inclui uma vasta gama de tratamentos diferentes, tais como ervas, acupuntura, manipulação por quiropatas, homeopatia, técnicas de relaxamento, dietas, hipnose e cura espiritual.

## **Uso crescente da MCA**

As pesquisas recentes sugerem que entre 33 e 50% da população adulta já tentou ou fez uso de alguma forma de MCA durante o último ano. Enquanto a quantidade de informações do uso da MCA em adultos são substanciais, dados pertinentes à população pediátrica são escassos, já que muitos estudos têm, por anos, excluído as crianças. Entretanto, informações mais recentes indicam um aumento no uso

de terapêuticas de MCA em pacientes pediátricos: estima-se que cerca de 2% das crianças dos Estados Unidos são tratadas com MCA. No entanto, a frequência do uso da MCA, nos Estados Unidos, mostrou ser bem maior (entre 8 e 80%) em crianças com infecções, com doenças crônicas, em jovens sem moradia fixa, e entre crianças e suas famílias oriundas de países estrangeiros. Um estudo realizado em um Departamento de Emergência Pediátrica nos Estados Unidos observou que os problemas respiratórios foram a principal razão para o uso da MCA; em segundo lugar apareciam os problemas de ouvido, nariz e garganta. Atualmente este fenômeno disseminou-se, e também as informações sobre o uso crescente da MCA acumularam-se nesses últimos anos. Em 2005, em hospitais pediátricos terciários de Cardiff, Wales e Melbourne, na Austrália, a MCA era utilizada em cerca de metade de todas as crianças com doenças respiratórias (*Cincotta, 2005*). Na Itália, em 2000, uma pesquisa mostrou que os tratamentos não convencionais são ofertados a cerca de 9% das crianças menores de 14 anos de idade (*Menniti-Ippolito, 2002*). Em 2006, dentre as crianças italianas atendidas numa clínica de otorrinolaringologia pediátrica, mais de 2/3 delas já haviam utilizado alguma forma de MCA antes da sua primeira consulta.

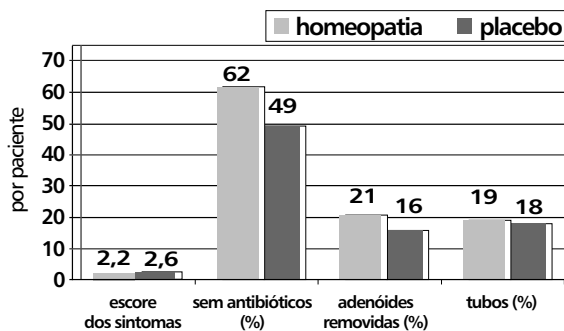
O objetivo deste capítulo é, primordialmente, resumir as informações e dados disponíveis relacionados ao uso e eficácia da MCA nas IVAS.

### Homeopatia

A homeopatia tem como base o “princípio dos similares”, e define que preparações altamente diluídas de substâncias que podem causar determinados sintomas em voluntários saudáveis, estimulam a cura em doentes que apresentam sintomas similares.

Foi realizado um estudo randomizado, controlado por placebo, em 175 crianças entre 18 meses e 10 anos de idade, com relação ao efeito de medicamentos homeopáticos individualizados, na melhora diária dos sintomas destas crianças com IVAS recorrentes (*de Lange de Klerk, 1994*) (**Figura 1**). Não foi observada nenhuma diferença estatisticamente significativa nos escores dos sintomas, no uso de antibióticos, indicação de adenoidectomia ou de inserção de tubos de ventilação.

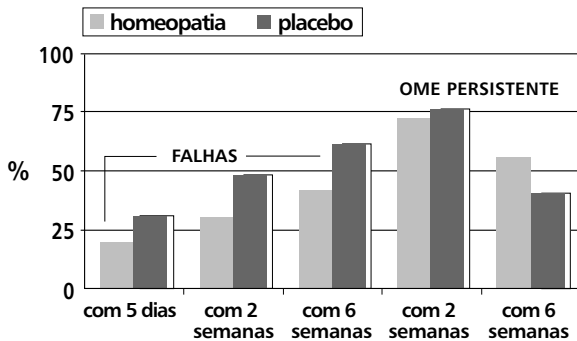
**Figura 1.** Efeito da medicina homeopática na melhora diária dos sintomas em crianças com IVAS



Um estudo preliminar realizado na cidade de Boston, em 24 crianças com otite média aguda (OMA), com idades entre oito e 77 meses, tratadas de um a três dias com um único tratamento homeopático prescrito para cada paciente, utilizando-se indicações homeopáticas padrão, individualizadas (*Pulsatilla*, *Arsenicum album*, *Calcarea sulphurica*), demonstrou que apenas duas crianças necessitaram receber antimicrobianos e foram, então, consideradas como falhas no tratamento (Barnett, 2000).

Subseqüentemente, um estudo piloto, comparando o tratamento homeopático com placebo para a OMA, foi conduzido em 75 crianças, com idades entre 18 meses e seis anos de idade, em Seattle (Jacobs, 2001) (Figura 2). As crianças foram tratadas com diversos medicamentos homeopáticos, dependendo dos sintomas iniciais apresentados, sendo então seguidas por um período de seis semanas. Não foram evidenciadas diferenças estatisticamente significantes e os autores concluíram que “um efeito positivo da homeopatia em casos de OMA não complicada não pode ser excluído, e que um estudo mais aprofundado estaria justificado”.

Figura 2. Tratamento homeopático da otite média aguda



Modificado, a partir de Jacobs J et al. PIDJ 2001;20:177 - 183

Desde então, não foram publicados outros estudos sobre o uso da homeopatia nas IVAS em crianças.

Ainda, uma revisão sistemática publicada recentemente acerca da homeopatia para crianças e adolescentes mostrou que “evidências de estudos clínicos rigorosos de qualquer tipo, testando intervenções homeopáticas terapêuticas e preventivas em crianças e adolescentes não são suficientemente convincentes para recomendá-las sob qualquer condição” (Altunc et al., 2007). O que está de acordo com a meta-análise de Shang (Shang et al., 2005) que concluiu que, considerando a pouca evidência de efeitos específicos dos remédios homeopáticos, “os efeitos clínicos da homeopatia são efeitos placebo”.

### Própolis

A própole é um produto natural coletado pelas abelhas de várias fontes de plantas e é extensivamente utilizado na abordagem das infecções respiratórias. A própole

é composta de 50% de resina, 30% cera, 10% de óleos essenciais e aromáticos (flavonóides) e 5% de pólen. Os efeitos benéficos parecem ser devidos a suas atividades imunomoduladoras. Ainda, atividades antimicrobianas, antivirais e antifúngicas também foram atribuídas ao própolis. Entretanto, apesar de seu uso amplo, os dados sobre a eficácia e segurança do própolis são limitados.

Recentemente, foi avaliada a atividade antimicrobiana de um extrato seco de própole contra cepas isoladas de infecções das vias aéreas superiores: a própole demonstrou uma boa atividade *in vitro* contra patógenos considerados os mais comumente encontrados, incluindo as bactérias associadas à etiologia das infecções respiratórias. (Drago, 2001). Nós avaliamos a eficácia e a segurança de uma preparação contendo própole, um produto natural das abelhas, com boa ação antimicrobiana *in vitro* contra patógenos respiratórios, na prevenção da otite média aguda recorrente (OMAR). Durante o período do inverno de 2003 e 2004, crianças de 12 meses a cinco anos com história de otite média nos últimos 12 meses, foram randomizadas para receber, por 12 semanas, uma preparação de própole (Flogoflu®, Pharbenia, 0,3ml/Kg/dia, contendo 1mg/kg/dia do componente ativo galangin) uma vez ao dia ou então um placebo. As otoscopias pneumáticas e timpanometrias foram realizadas a cada 4 semanas e também quando as crianças apresentavam sintomas de IVAS. Foram avaliadas 122 crianças: 61 (47,6% meninos, idade média de 31,6 meses) receberam própole e 61 (54,3% meninos, idade média de 35 meses) placebo. No período de três meses de tratamento, a OMA foi diagnosticada em 74 crianças: 31 (50,8%) crianças que utilizaram própole e 43 (70,5%) das que utilizaram placebo ( $p=0,04$ ). O número médio de episódios de OMA foi de  $0,70 \pm 0,78$  no grupo do própole e  $1 \pm 0,85$  no grupo placebo (redução de 29,5%, 95% CI 58,9 a -0,01). Nenhum evento adverso foi notado. Esses resultados sugerem que a própole pode ter efeitos benéficos na redução dos episódios de OMA em crianças com história de OMAR. Estudos adicionais com amostras maiores são necessários para confirmar nossos dados e excluir efeitos adversos potenciais em crianças alérgicas.

#### *Echinacea*

A *Echinacea* é um dos fármacos mais comuns derivados de ervas (fitoterápicos). Já se acredita que ela estimula o sistema imunológico (principalmente pela ativação de macrófagos e potencialização da fagocitose dos neutrófilos) sendo usualmente utilizada na prevenção e no tratamento das IVAS. Em 2000 a *Cochrane Library* concluiu que “havia algumas evidências positivas da sua eficácia, mas, a heterogeneidade e a qualidade e consistência limitadas das evidências não permitem delinear conclusões claras”. Poucos estudos pediátricos estão disponíveis. Recentemente, em um estudo randomizado, duplo-cego, controlado com placebo, envolvendo 407 crianças (idades entre dois e 11 anos) foi avaliada a eficácia da *E. purpurea* na redução da duração e/ou da gravidade dos sintomas respiratórios em crianças (Taylor, 2003). A *Echinacea* e o placebo foram ofertados no início dos sintomas e mantidos durante o episódio de IVAS, por um tempo máximo de 10 dias. A duração média dos episódios foi de nove dias, sem nenhuma diferença na duração ou gravidade entre os dois grupos avaliados. Além disso, os exantemas ocorreram com frequência maior nas crianças que receberam

a *Echinacea* (7,1% dos casos) que nas do grupo placebo (2,7%) ( $p=0.008$ ). É preciso lembrar que a dose da *Echinacea* utilizada neste estudo derivou das doses de adultos e teve como base a variação das idades, portanto, possivelmente levou a doses subterapêuticas e, conseqüentemente, à falta de eficácia. No que concerne ao resfriado comum, ainda há um grande debate sobre a eficácia da *Echinacea*. Uma revisão recente do *Cochrane* concluiu que, apesar de alguns estudos terem demonstrado benefícios, ainda não há evidências sólidas nas quais produtos da *Echinacea* tratem ou previnam eficientemente o resfriado comum (Linde, 2006). Devido à existência de três espécies diferentes de *Echinaceas* para uso médico (*E. purpurea*, *E. angustifolia*, *E. pallida*), as partes das plantas utilizadas e seus métodos de extração diferem, e algumas preparações contêm outras substâncias, o que torna difícil produzir um produto específico ou recomendações sobre a posologia. São necessários mais estudos prospectivos.

É importante mencionar que combinações da *Echinacea* com própole e ácido ascórbico (preparação de *Chizukit*) mostraram ter um efeito preventivo na ocorrência das IVAS em crianças, com idades entre um e cinco anos. Cohen *et al.* (2004) foram capazes de demonstrar uma diminuição significativa das doenças (50% de redução nas IVAS, 68% nas OMAs, 60% nas faringotonsilites) durante um período de 12 semanas em 400 crianças. Eles também observaram uma diminuição no número total de dias de febre, uso de antitérmicos, de antibióticos, de visitas não agendadas ao médico e faltas a creches no grupo que recebeu a preparação de *Chizukit*. Foram relatados efeitos adversos dos fármacos, como sintomas gastrointestinais transitórios e leves, sendo similares nos grupos que receberam o tratamento e o placebo.

### **Gotas otológicas fitoterápicas para otalgia**

Conforme estabelecido, para os casos de OMA, no *Guideline* da Academia Americana de Pediatria de 2004, “a abordagem da OMA deve incluir o controle da dor”. Neste caso, tratamentos para reduzir a dor de ouvido são fortemente recomendados. Entretanto, o melhor tipo de tratamento ainda está para ser definido. Uma revisão recente do *Cochrane* sobre analgesia tópica na OMA (Foxlee, 2006), encontrou três trabalhos (todos de co-autoria de Sarrell E.M., de Tel Aviv, Israel) que compararam gotas otológicas anestésicas com gotas otológicas fitoterápicas (naturopáticas, contendo *Allium sativum*, *Verbascum thapsus*, *Calendula flores*, *Hypericum perforatum*, *Lavender*, e vitamina E em óleo de oliva) em 274 crianças: houve diferença estatisticamente significativa na otalgia (entre 15 minutos da administração inicial ou 30 minutos após a instilação, ou mesmo em ambos) do primeiro ao terceiro dia do diagnóstico, sempre favorecendo o grupo naturopático em cada estudo. É necessário enfatizar que as crianças avaliadas tinham entre cinco e 18 anos de idade, excluindo-se, então, pacientes mais jovens, nos quais a dor pode ser igualmente importante.

### **Segurança**

Quando se considera a terapia por meio da MCA, especialmente os medicamentos derivados de ervas, os médicos devem encarar não só a perspectiva clínica mas também a legal. Nos Estados Unidos, assim como em muitos países europeus, produtos derivados de ervas não são regulamentados por lei como medicamentos

e são considerados suplementos alimentares. Desse modo, eles não seguem necessariamente a análise de controle de qualidade que documente a quantidade e a pureza dos ingredientes ativos que possam promover a sua eficácia e segurança. A segurança desses produtos deve, então, ser considerada: uma pesquisa realizada com pais em um departamento de emergência pediátrica verificou que 77% dos que ofertaram medicina fitoterápica para suas crianças desconheciam qualquer efeito adverso potencial ou interações medicamentosas e consideravam que os produtos eram seguros. Alguns produtos de MCA, tais como os derivados de ervas, podem causar, ao contrário, efeitos adversos graves devido a interações farmacocinéticas e farmacodinâmicas com outros fármacos. O conceito de que “natural” é sinônimo de “seguro e não tóxico” deve ser reavaliado. Como sugerido por *Woolf* (2003), os pais devem “buscar conselhos de especialistas quando considerarem o uso de práticas de MCA, e evitar a auto-medicação, já que as plantas podem ter efeitos benéficos esperados, bem como, algumas vezes, podem ser inesperadamente tóxicas”.

### **Conclusão**

Os dados disponíveis e as informações atuais são inconclusivos para apoiar o uso disseminado da MCA na prevenção ou tratamento de IVAS em crianças. Diversos assuntos ainda estão sem solução: a) necessidade de produtos que tenham sido extensamente avaliados (existem lacunas na regulamentação e muitas diferenças estão presentes entre vários países); b) necessidade de estudos clínicos controlados (estudos rigorosos, ao menos nos de delimitação cega, com propósitos claros e definidos); c) necessidade de uma avaliação rigorosa de custo-eficácia e custo-benefício para as IVAS, que usualmente são auto-limitadas.

Neste meio tempo, devido a ampla auto-administração desses tratamentos, facilmente disponíveis em quase todos os lugares, tanto pediatras como otorrinolaringologistas precisam estar atentos ao fato de que alguns de seus pacientes podem estar utilizando medicina alternativa e estes profissionais devem estar aptos a oferecer informações científicas, e de maneira imparcial a seus pacientes.

### **Leituras recomendadas**

1. Altunc U, Pittler MH, Ernst E. Homeopathy for childhood and adolescence ailments: systematic review of randomized clinical trials. *Mayo Clin Proc* 2007; 82:69-75.
2. American Academy of Pediatrics. Counseling children who choose complementary and alternative medicine for their child with chronic illness or disability. *Pediatrics* 2001; 107:598-601.
3. Barnett ED, Levatin JL, Chapman EH et al. Challenge of evaluating homeopathic treatment of acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19:273-275.
4. Carr RR, Nahata MC. Complementary and alternative medicine for upper-respiratory-tract infection in children. *Am J Health-Syst Pharm* 2006;63:33-39.

5. Caruso TJ, Gwaltney JM Jr. Treatment of the common cold with Echinacea: a structured review. *CID* 2005;40:807-810.
6. Cincotta DR, Crawford NW, Lim A, et al. Comparison of complementary and alternative medicine use: reasons and motivations between two tertiary children's hospitals. *Arch Dis Child* 2006;91:153-158.
7. Cohen HA, Varsano I, Kahan E, Sarrel M, Uziel Y. Effectiveness of an herbal preparation containing Echinacea, propolis, and vitamin C in preventing respiratory tract infections in children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 138: 158: 217-221.
8. Davis MP, Darden PM. Use of complementary and alternative medicine by children in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:393-396.
9. De Lange de Klerk ESM, Blommers J, Kuik DJ, Bezemer PD, Feenstra L. Effect of homeopathic medicine on daily burden of symptoms in children with recurrent upper respiratory tract infections. *BMJ* 1994; 309: 1329-1332.
10. Drago L, Mombelli B, De Vecchi E, Fascina MC, Tocalli L, Gismondo MR. In vitro antimicrobial activity of propolis dry extract. *J Chemother* 2000, 12: 390-395.
11. Foxlee R, Johansson A, Weifalk J, Dawkins J, Dooley I, Del Mar C. Topical analgesia for acute otitis media. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD005657.
12. Jacobs J, Springer DA, Crothers D. Homeopathic treatment of acute otitis media in children: a preliminary randomized placebo-controlled trial. *Pediatr Infect Dis J* 2001; 20:177-183.
13. Linde K, Barrett B, Wölkart K, Bauer R, Melchart D. Echinacea for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD000530.
14. McCann LJ, Newell SJ. Survey of paediatric complementary and alternative medicine use in health and chronic illness. *Arch Dis Child* 2006; 91:173-174.
15. Menniti-Ippolito F, Forcella E, Bologna E, Gargiulo L, Traversa G, Raschetti R. Use of unconventional medicine in children in Italy. *Eur J Pediatr* 2002;161:690.
16. Schoop R, Klein P, Suter A, Johnston SL. Echinacea in the prevention of induced rhinovirus colds: a meta-analysis. *Clin Ther* 2006; 28:174-183.
17. Shang A, Huwiler-Muntener K, Nartey L, et al. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homeopathy and allopathy. *Lancet* 2005; 366:726-732.
18. Taylor JA, Weber W, Standish L, et al. Efficacy and safety of Echinacea in treating upper respiratory tract infections in children. *JAMA* 2003; 290:2824-2830.
19. Woolf AD. Herbal remedies and children: do they work? Are they harmful? *Pediatrics* 2003; 112:240-246.