Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Análise dos fatores de prevalência de faringotonsilites em adultos jovens

Analysis of prevalence factors of pharyngotonsillitis in young adults

Análisis de los factores de prevalencia de la faringotonsilitis en adultos jóvenes

Izadora Librelato[1], Heloisa de Fatima Furman Haiduk[1], Rita de Cassia Ribeiro Penha Arruda[2].

RESUMO

Objetivo: Identificar os principais fatores de risco associados à ocorrência de faringotonsilites em jovens adultos, considerando histórico de infecções, tratamentos prévios e hábitos de vida. **Métodos:** Estudo observacional e transversal realizado com 102 jovens adultos de diferentes cursos universitários da cidade de Guarapuava-PR. Aplicou-se um questionário estruturado com base nos critérios de Paradise, abordando sexo, idade, frequência de episódios, tipo de tratamento, consumo de álcool e tabaco, além de impactos sobre atividades diárias. Os dados foram analisados por estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas. **Resultados:** A maioria dos participantes era do sexo feminino (66,7%) e tinha entre 21 e 25 anos (47%). Cerca de 36% relataram diagnóstico de faringotonsilite nos últimos três anos, sendo o tratamento mais comum o uso de anti-inflamatórios e antibióticos, como amoxicilina com clavulanato e azitromicina. Observou-se que 20,6% eram fumantes e 73,5% consumiam bebidas alcoólicas. **Conclusão:** A faringotonsilite em jovens adultos mostrou relação com o uso inadequado de antibióticos e hábitos de risco, como tabagismo e consumo de álcool, ressaltando a importância de medidas preventivas e manejo racional da doença.

Palavras-chave: Faringotonsilites, Prevalência, Adultos, Tratamento.

ABSTRACT

Objective: To identify the main risk factors associated with the occurrence of pharyngotonsillitis in young adults, considering history of infections, previous treatments, and lifestyle habits. **Methods:** Observational, cross-sectional study conducted with 102 young adults from different university programs in the city of Guarapuava, Paraná. A structured questionnaire based on the Paradise criteria was administered, addressing sex, age, frequency of episodes, type of treatment, alcohol and tobacco consumption, and impacts on daily activities. Data were analyzed using descriptive statistics, with calculation of absolute and relative frequencies. **Results:** Most participants were female (66.7%) and between 21 and 25 years old (47%). Approximately 36% reported a diagnosis of pharyngotonsillitis in the last three years, with the most common treatment being anti-inflammatory drugs and antibiotics, such as amoxicillin with clavulanate and azithromycin. It was observed that 20.6% were smokers and 73.5% consumed alcoholic beverages. **Conclusion:** Pharyngotonsillitis in young adults was associated with inappropriate antibiotic use and risky habits, such as smoking and alcohol consumption, highlighting the importance of preventive measures and rational management of the disease.

Keywords: Pharyngotonsillitis, Prevalence, Adults, Treatment.

[1] Centro Universitário Campo Real, Guarapuava – PR.
[2] Docente do Centro Universitário Campo Real, Guarapuava – PR.

SUBMETIDO EM: 10/2025 | **ACEITO EM: 11/2025** | **PUBLICADO EM: 12/2025**

RESUMEN

Objetivo: Identificar los principales factores de riesgo asociados a la aparición de faringoamigdalitis en adultos jóvenes, considerando antecedentes de infecciones, tratamientos previos y hábitos de vida. **Métodos:** Estudio observacional, transversal, realizado con 102 adultos jóvenes de diferentes programas universitarios en la ciudad de Guarapuava, Paraná. Se administró un cuestionario estructurado basado en los criterios de Paradise, abordando sexo, edad, frecuencia de episodios, tipo de tratamiento, consumo de alcohol y tabaco, e impactos en las actividades diarias. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, con cálculo de frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** La mayoría de los participantes eran mujeres (66,7%) y tenían entre 21 y 25 años (47%). Aproximadamente el 36% reportó un diagnóstico de faringoamigdalitis en los últimos tres años, siendo el tratamiento más común los antiinflamatorios y antibióticos, como amoxicilina con clavulanato y azitromicina. Se observó que el 20,6% eran fumadores y el 73,5% consumía bebidas alcohólicas. **Conclusión:** La faringoamigdalitis en adultos jóvenes se asoció al uso inadecuado de antibióticos y a hábitos de riesgo, como el tabaquismo y el consumo de alcohol, destacando la importancia de las medidas preventivas y el manejo racional de la enfermedad.

Palabras clave: Faringoamigdalitis, Prevalencia, Adultos, Tratamiento.

INTRODUÇÃO

A faringotonsilite (FT) é um processo infeccioso agudo que acomete a faringe e as tonsilas palatinas, sendo esta nomenclatura mais precisa por refletir o envolvimento típico de todo o tecido linfóide da orofaringe, incluindo o anel de Waldeyer. Trata-se de uma condição comum e, em geral, autolimitada, mas que gera um volume expressivo de atendimentos médicos e custos consideráveis ao sistema de saúde. Clinicamente, a FT pode ser classificada como específica, quando há uma correlação definida entre o agente etiológico e o quadro clínico, ou inespecífica, na ausência dessa relação direta (HOEKELMAN RA, et al., 1983).

A faringotonsilite apresenta etiologia predominantemente viral, com quadros clínicos benignos, autolimitados e tratados sintomaticamente. Em contraste, a infecção pelo Streptococcus pyogenes do grupo A (EBGA) exige antibioticoterapia para a prevenção de complicações graves, como a febre reumática. O quadro clínico viral geralmente se manifesta com febre, exsudato faríngeo e tonsilar, mialgia, coriza e obstrução nasal, apresentando uma evolução benigna e autolimitada, com tratamento focado em cuidados gerais, hidratação e medicação sintomática (analgésicos e antitérmicos). Desta forma, a diferenciação etiológica é o alvo primordial no manejo da FT, uma vez que esta síndrome clínica é um dos exemplos mais notórios da prescrição inadequada de antibióticos (CARDOSO DM, 2013; ABORL-CCF, 2017).

Por outro lado, a faringotonsilite bacteriana apresenta maior potencial de complicações, podendo ser causada por diversos patógenos, com destaque para o *Streptococcus pyogenes* do grupo A (GAS), principal agente etiológico de faringotonsilite bacteriana aguda. Segundo as diretrizes da Infectious Diseases Society of America (SHULMAN ST, et al,, 2012), o GAS é responsável por aproximadamente 20% a 30% dos casos em crianças e 5% a 15% em adultos, sendo importante devido à possibilidade de complicações supurativas (abscesso peritonsilar, otite média, sinusite) e não supurativas (febre reumática e glomerulonefrite pós-estreptocócica). Outros agentes, como *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* e *Fusobacterium necrophorum*, também têm sido associados a casos em adolescentes e adultos jovens, podendo, inclusive, evoluir para complicações sistêmicas graves, como sepse e tromboflebite jugular (JENSEN A, HAGELSKJAER KL, 2009).

Ademais, a faringotonsilite é uma condição multifatorial, e diversos fatores de risco estão associados ao seu desenvolvimento e recorrência. Entre os principais, destacam-se a exposição a agentes infecciosos, especialmente em ambientes fechados e com aglomerações, como escolas e universidades, que favorecem a disseminação de vírus e bactérias por gotículas respiratórias. A imunidade reduzida, seja por estresse, má alimentação, privação de sono ou doenças crônicas, aumenta a vulnerabilidade às infecções. Mudanças climáticas e exposição ao ar frio ou seco podem causar irritação da mucosa e predispor à infecção. Além

disso, hábitos de vida inadequados, como o tabagismo, tanto convencional quanto o uso de cigarros eletrônicos, representam fatores de risco relevantes, pois a inalação de fumaça e aerossóis ricos em substâncias irritantes e pró-inflamatórias compromete a integridade da mucosa e a função ciliar, facilitando a colonização microbiana e agravando quadros inflamatórios (CINAMON U, et al., 2016). Outros fatores associados incluem má higiene oral, respiração bucal crônica, exposição a poluentes ambientais e histórico de alergias respiratórias.

O quadro clínico da faringotonsilite bacteriana inespecífica é caracterizado por dor de garganta, disfagia, febre e linfonodos cervicais submandibulares aumentados e dolorosos. O exame físico revela hiperemia orofaríngea e tonsilas com exsudato ou pontos purulentos. No entanto, o diagnóstico baseado unicamente na clínica é notoriamente difícil, exigindo a associação de bases clínicas e epidemiológicas com a confirmação laboratorial. Esta confirmação é realizada por meio de testes de detecção antigênica rápida ou, idealmente, pela cultura de orofaringe (KAPLAN et al., 2009).

O diagnóstico inicia-se pela avaliação clínica, que distingue a etiologia viral (sugerida por coriza, conjuntivite e rouquidão) da infecção estreptocócica (indicada por dor de garganta súbita, febre, linfonodos dolorosos e ausência de sintomas respiratórios superiores). O teste rápido para detecção de antígeno estreptocócico, com alta especificidade, é recomendado para pacientes com suspeita clínica de infecção bacteriana. Em caso de resultado positivo, o tratamento antimicrobiano é iniciado; se negativo, a cultura de orofaringe — o padrão-ouro diagnóstico — deve ser realizada para a confirmação etiológica (WESSELS MR, 2011).

Para refinar a suspeita clínica de faringotonsilite bacteriana e racionalizar o uso de testes diagnósticos, são amplamente utilizados os critérios de Centor modificados por McIsaac. Essa ferramenta de pontuação avalia a presença de cinco indicadores: febre superior a 38°C, ausência de tosse, linfonodos cervicais anteriores dolorosos, exsudato tonsilar e idade do paciente (pontos adicionais para crianças de 3 a 14 anos). Uma pontuação baixa (0 ou 1) sugere etiologia viral, não requerendo testes adicionais. Pontuações intermediárias (2 ou 3) indicam a necessidade de investigação com teste rápido ou cultura, enquanto uma pontuação alta (4 ou 5) apresenta elevada probabilidade de infecção por GAS, podendo justificar o início do tratamento empírico em certas situações, embora a confirmação laboratorial continue sendo a prática recomendada para evitar o uso desnecessário de antibióticos e o desenvolvimento de resistência bacteriana (PÉREZ PR, et al., 2020).

O tratamento da faringoamigdalite abrange medidas sintomáticas, como analgésicos e anti-inflamatórios, e antibioticoterapia, reservada para casos de infecção estreptocócica confirmada ou fortemente suspeita. As penicilinas e seus derivados (como a amoxicilina - utilizada na dose de 40 a 50 mg/kg/dia por 7 a 10 dias) constituem a primeira escolha (VAN DRIEL et al., 2016), sendo os macrolídeos, cefalosporinas ou clindamicina indicados para pacientes alérgicos.

A principal complicação a ser prevenida é a febre reumática, cujo diagnóstico é estabelecido pelos critérios de Jones modificados, surgindo tipicamente entre duas e três semanas após a infecção estreptocócica. Considerando a alta prevalência, o amplo espectro de idades acometidas, o uso indiscriminado de antibióticos e o impacto dessa patologia na qualidade de vida, torna-se imperativo analisar os fatores que influenciam o desenvolvimento e o prognóstico da doença (CASEY JR e PICHICHERO ME, 2005).

Nesse contexto, o objetivo deste estudo é investigar e descrever a influência dos hábitos de vida e outros fatores associados ao desenvolvimento de faringotonsilites na população de Guarapuava-PR, com a intenção de compreender como esses elementos podem contribuir para a ocorrência da condição e, assim, auxiliar na formulação de estratégias de prevenção e manejo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, que teve como objetivo identificar os fatores de risco e o impacto da faringotonsilite em jovens adultos de Guarapuava-PR. A pesquisa é de natureza aplicada, visando compreender o perfil epidemiológico, hábitos de vida e condutas terapêuticas, subsidiando estratégias de prevenção e manejo clínico.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário estruturado elaborado pelos pesquisadores, aplicado de forma online através de plataforma digital, divulgado em instituições de ensino superior de Guarapuava. O instrumento abordou aspectos sociodemográficos, histórico clínico de faringotonsilite, fatores de risco e comportamentos relacionados à saúde. A população-alvo incluiu jovens adultos entre 18 e 30 anos, resultando em 102 participantes que responderam integralmente ao questionário, obtidos por amostragem não probabilística e por conveniência.

Foram incluídos indivíduos matriculados em cursos de graduação da cidade de Guarapuava-PR, independentemente de relatos prévios de faringotonsilite e que concordaram em participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos menores de 18 anos, participantes que não concordaram com o TCLE ou não completaram o questionário.

O questionário abordou sexo, idade, curso de graduação, histórico de diagnóstico de faringotonsilite nos últimos três anos, número de episódios, tratamento realizado, antibióticos utilizados, hábitos de vida, como tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e uso de substâncias ilícitas, evolução clínica, impacto sobre as atividades diárias e possível realização de cirurgia de amigdalectomia.

Os dados obtidos foram organizados em planilhas do Microsoft Excel analisados estatisticamente por meio de frequências, médias e desvios padrão. As associações entre variáveis categóricas foram avaliadas pelo teste do Qui-quadrado (χ^2), com $p < 0,05$. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos para facilitar a interpretação.

O estudo seguiu os princípios éticos da Resolução CNS nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo o anonimato e a confidencialidade. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 7.694.618 (CAAE: 88930225.7.0000.8947).

RESULTADOS

A análise dos dados permitiu identificar o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico dos participantes quanto à ocorrência de faringotonsilite nos últimos três anos. A seguir, são destacados os resultados sobre as características demográficas, diagnóstico, hábitos de vida, modalidades de tratamento e os impactos.

Observou-se predominância do sexo feminino e maior concentração de jovens entre 21 e 25 anos, com média de 23 ± 2,0 anos. A maioria era estudante de Medicina (56,9%), seguida por Agronomia (7,8%), Arquitetura (5,9%), Direito (3,9%), Medicina Veterinária (4,9%), Engenharia de Software (5,9%),

Enfermagem (2,9%), Biomedicina (2,9%), Fisioterapia (2,0%), Psicologia (2,0%), Farmácia (1,0%) e Engenharia Mecânica (1,0%), além de uma participante formada em Direito (1,0%). A distribuição detalhada encontra-se na **Tabela 1**.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra, n=102. Guarapuava - PR, 2025.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	68	66,7
Masculino	34	33,3
Idade		
18-20	32	31,4
21-25	48	47,1
26-30	16	15,7
31 anos ou mais	5	4,9
Prefiro não responder	1	1
Curso		
Medicina	58	56,9
Outros cursos	44	43,1
Total	102	100,0

Fonte: Librelato I e Haiduk HFF, 2025.

Em relação ao diagnóstico de faringotonsilite, 36 participantes relataram ter recebido diagnóstico, 60 não tiveram diagnóstico e 6 não souberam informar. O número de episódios variou de 1 a mais de 5, sendo 27 participantes com 1 a 3 episódios, 2 com 3 a 5 episódios e 6 com mais de 5 episódios; 59 participantes não tiveram diagnóstico e 8 não souberam informar. A distribuição detalhada encontra-se na **Tabela 2**.

Tabela 2 - Diagnóstico e número de episódios de faringotonsilite, n=102. Guarapuava - PR, 2025.

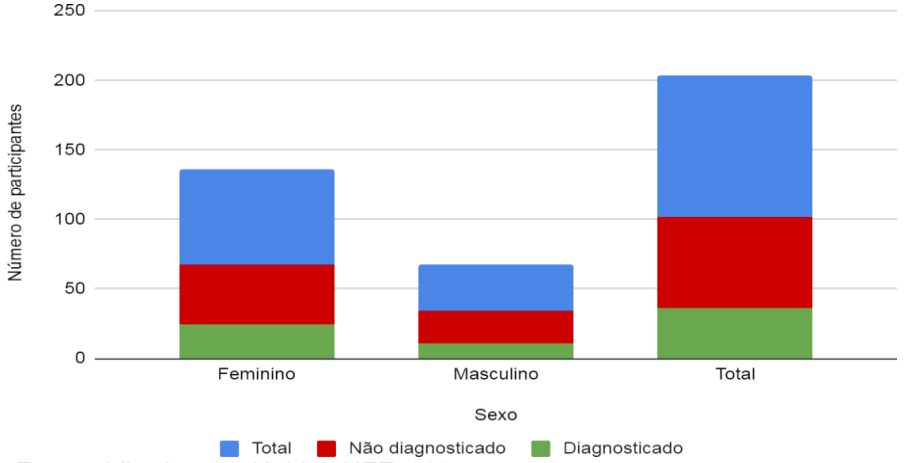
Variável	N	%
Diagnóstico		
Sim	36	35,3
Não	60	58,8
Não sei	6	5,9
Número de episódios		
1-3	27	26,5
3-5	2	2,0
Mais de 5	6	5,9
Não tive diagnóstico	59	57,8
Não sei	8	7,8
Total	**102**	**100,0**

Fonte: Librelato I e Haiduk HFF, 2025.

Em relação ao sexo, 25 mulheres (69,4%) e 11 homens (30,6%) relataram diagnóstico de faringotonsilite. O teste Qui-Quadrado ($\chi^2 = 0,84$; $p = 0,36$) não indicou diferença estatisticamente significativa, sugerindo que o sexo não influenciou a ocorrência da infecção. O **Gráfico 1** apresenta a distribuição do diagnóstico por sexo.

A mediana de episódios por faixa etária mostrou variação, 18–20 anos, 1 episódio (mínimo 1; máximo 3); 21–25 anos, 2 episódios (mínimo 1; máximo 5); 26–30 anos, 1 episódio (mínimo 1; máximo 2); e 31 anos ou mais, 1 episódio (mínimo 1; máximo 1). O teste de Kruskal-Wallis não indicou diferença significativa entre faixas etárias ($H = 3,21$; $p = 0,36$) (**Tabela 2**).

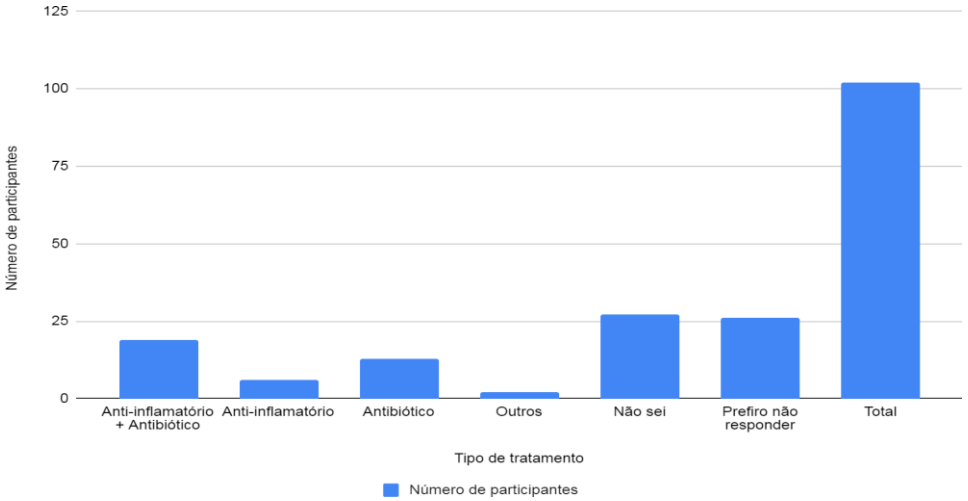
Gráfico 1 - Distribuição do diagnóstico de faringotonsilite segundo o sexo, n=102. Guarapuava - PR, 2025.



Fonte: Librelato I e Haiduk HFF, 2025.

Quanto ao tratamento, observou-se diversidade nas condutas, 19 participantes (18,6%) utilizaram anti-inflamatório associado a antibiótico, 6 (5,9%) apenas anti-inflamatório, 13 (12,7%) apenas antibiótico e 2 (2,0%) combinaram anti-inflamatório, antibiótico e outros medicamentos. Parte dos respondentes não informou (26; 25,5%) ou não soube especificar (27; 26,5%) o tratamento. O **Gráfico 2** apresenta a distribuição das condutas terapêuticas.

Gráfico 2 - Tipos de tratamento utilizados, n=102. Guarapuava - PR, 2025.



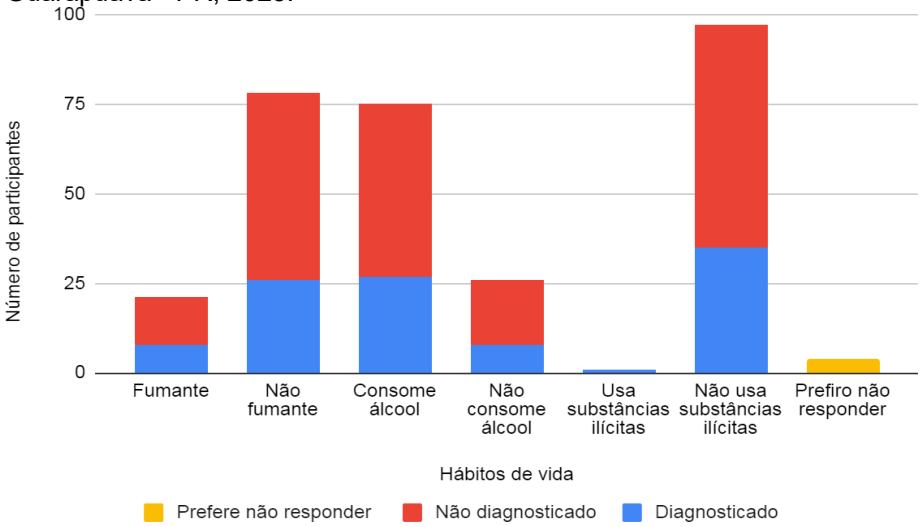
Fonte: Librelato I e Haiduk HFF, 2025.

Entre os participantes que utilizaram antibióticos, o mais citado foi a amoxicilina com clavulanato (13; 12,7%), isoladamente ou associada a outras substâncias. Também foram relatados esquemas combinando azitromicina e amoxicilina com clavulanato (5; 4,9%), além de azitromicina (1; 1,0%), ampicilina com clavulanato (1; 1,0%) e cefalexina (1; 1,0%). No total, 52 participantes (51,0%) não utilizaram antibióticos, e 19 não souberam informar ou não responderam.

Quanto aos hábitos de vida, 21 participantes (20,6%) relataram fumar, incluindo 15 usuários de Pod/Vape ou cigarro eletrônico, 1 fumante de cigarro convencional, 3 com outros produtos e 1 sem resposta; 78 (76,5%) não fumam e 3 (2,9%) não responderam. Entre fumantes, 8 receberam diagnóstico de faringotonsilite e 13 não. Entre os 78 não fumantes, 26 receberam diagnóstico e 52 não receberam. O teste de Qui-Quadrado não indicou associação significativa entre tabagismo e faringotonsilite ($\chi^2 = 1,92$; $p = 0,17$) nem entre consumo de álcool e faringotonsilite ($\chi^2 = 0,74$; $p = 0,39$). A distribuição encontra-se no **Gráfico 3**.

O consumo de bebidas alcoólicas foi relatado por 75 participantes (73,5%), sendo mais frequente 1 vez por mês (34,3%) ou 1 a 3 vezes por semana (28,4%), enquanto 26 (25,5%) não consomem álcool. Entre os consumidores, 27 foram diagnosticados e 48 não, enquanto entre os 26 não consumidores, 8 apresentaram diagnóstico e 18 não foram diagnosticados. Em relação ao uso de substâncias ilícitas, apenas 1 participante diagnosticado utilizou cannabis.

Gráfico 3 - Diagnóstico de faringotonsilite segundo hábitos de vida, n=102. Guarapuava - PR, 2025.

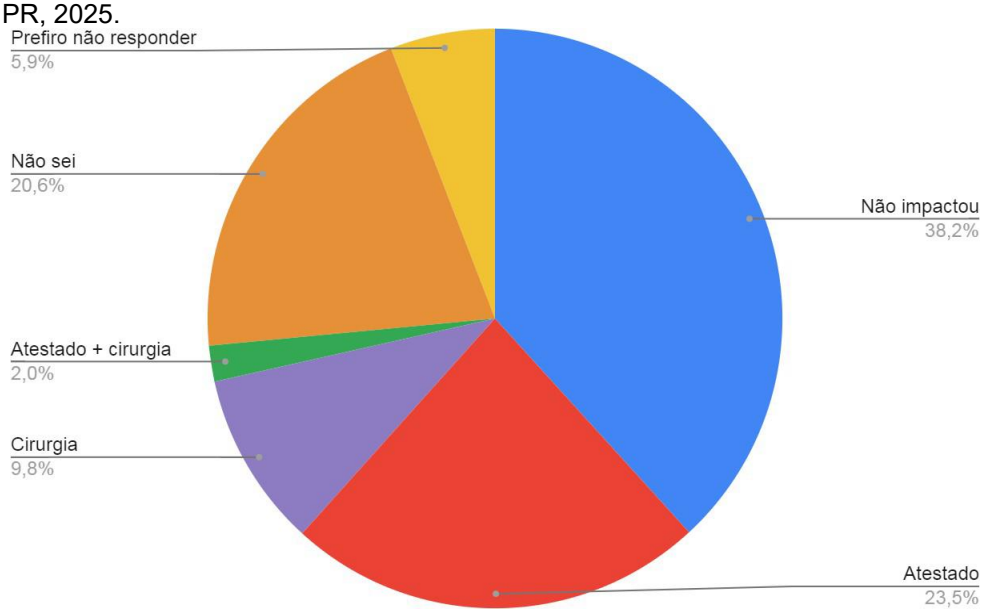


Fonte: Librelato I e Haiduk HFF, 2025.

Quanto ao impacto das infecções nas atividades diárias, 24 participantes (23,5%) necessitaram de atestado médico, 10 (9,8%) realizaram cirurgia de amígdalas e 2 combinaram atestado e cirurgia. Por outro lado, 39 (38,2%) não tiveram prejuízos, 21 (20,6%) não souberam informar e 6 (5,9%) preferiram não responder. O **Gráfico 4** apresenta a distribuição detalhada.

Em relação à evolução clínica, 47 participantes (46,1%) relataram melhora completa, 7 (6,9%) referiram melhora parcial, 28 (27,5%) não souberam informar, 19 participantes (18,6%) preferiram não responder e 1 caso combinou “Não sei” com “Prefiro não responder”.

Gráfico 4 - Impactos do diagnóstico nas atividades diárias, n=102. Guarapuava - PR, 2025.



Fonte: Librelato I e Haiduk HFF, 2025.

Por fim, os resultados permitiram identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes, além de padrões quanto à frequência do diagnóstico, tratamentos empregados e hábitos de vida, contribuindo para compreender o comportamento dessa condição em uma população predominantemente jovem.

DISCUSSÃO

A faringotonsilite é uma das principais causas de procura por serviços de saúde em adultos jovens, frequentemente associada a dor de garganta, febre e disfagia. Este estudo avaliou o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de adultos jovens diagnosticados com faringotonsilite nos últimos três anos, na cidade de Guarapuava - PR, caracterizando padrões de tratamento, hábitos de vida e desfechos clínicos.

Observou-se maior concentração de participantes entre 21 e 25 anos e predomínio do sexo feminino, perfil compatível com estudos nacionais em populações universitárias (NUNES GSFB, et al., 2024). Embora o sexo feminino tenha apresentado discretamente maior frequência de casos, não houve significância estatística, indicando distribuição homogênea entre os gêneros, conforme apontado por Andersen C, et al. (2023) e de Sousa BDM, et al. (2024).

A faixa etária predominante de 21 a 25 anos denota o caráter autolimitado e recorrente das faringotonsilites nesse público, associado à maior exposição a fatores de risco em ambientes de aglomeração, como universidades, facilitando a transmissão de agentes etiológicos, como descrito nas Diretrizes da Infectious Diseases Society of America (IDSA, 2025). A alta representatividade de estudantes de Medicina (56,9%) pode refletir viés de seleção ou maior autopercepção de sintomas e busca por diagnóstico devido ao conhecimento na área de saúde.

Quanto à frequência de episódios, a maioria dos participantes relatou entre 1 e 3 episódios nos últimos três anos, enquanto uma minoria apresentou recorrência superior a cinco episódios. A faringotonsilite recorrente é definida por critérios clínicos específicos, como os estabelecidos pela IDSA (2025), envolvendo múltiplos episódios em um ou dois anos. A taxa observada reforça a importância de investigar fatores de risco e o impacto da condição na qualidade de vida dos jovens.

Em relação ao tratamento, a maioria dos participantes diagnosticados utilizou antibióticos, principalmente penicilinas e macrolídeos, com destaque para amoxicilina com clavulanato e azitromicina, padrão consistente com estudos nacionais sobre prescrição empírica (GRANDIN FILHO PG, et al., 2024). Apesar de indicados apenas em infecções estreptocócicas confirmadas para prevenir febre reumática e complicações, o uso indiscriminado permanece frequente, reforçando a necessidade de diagnóstico correto e prescrição adequada para evitar resistência bacteriana (IDSA, 2025; CARVILLE KS, et al., 2024).

O excesso de prescrição e automedicação contribui para resistência e infecções polimicrobianas, especialmente por Streptococcus pyogenes e Fusobacterium necrophorum (TAY RWH & VASOO S, 2023). A diversidade de cepas de *Streptococcus* encontradas em casos de faringotonsilite aguda recorrente evidencia que a infecção não é uniforme e pode ser influenciada por fatores individuais do hospedeiro e pela pressão seletiva dos antibióticos (BRAGA CA, et al., 2015). As diretrizes da IDSA (2025) enfatizam a importância de métodos diagnósticos rápidos e precisos para racionalizar a antibioticoterapia superior. A exposição contínua a substâncias irritantes e aerossóis pode comprometer a integridade da mucosa orofaríngea e reduzir a eficácia dos mecanismos de defesa locais.

Ao analisar os hábitos de vida, nota-se que o tabagismo foi relatado por 20,6% dos participantes, com uma alta prevalência do uso de Pod/Vape ou cigarro eletrônico (15 dos 21 fumantes). Embora não tenha sido observada diferença estatisticamente significativa entre fumantes e não fumantes na amostra analisada, o tabagismo, inclusive o uso de cigarros eletrônicos, é reconhecido na literatura como um importante fator de risco para doenças infecciosas do trato respiratório. A exposição à fumaça e aos aerossóis, mesmo que de dispositivos eletrônicos, pode causar irritação crônica da mucosa orofaríngea e comprometer os mecanismos de defesa locais, tornando o indivíduo mais suscetível a infecções respiratórias (TAY RWH e VASOO S, 2023). Dessa forma, fica notável a importância de novas pesquisas que aprofundem a relação entre o uso de dispositivos eletrônicos e a ocorrência de faringotonsilites, especialmente em populações jovens.

O consumo de bebidas alcoólicas foi elevado (73,5%), podendo estar associado a comportamentos de risco e também impactar no comprometimento imunológico. O achado reforça a importância de estratégias de prevenção que considerem comportamentos de risco, especialmente em populações jovens. A faringotonsilite demonstrou ter um impacto significativo nas atividades diárias dos participantes, demonstrando que quase um quarto dos participantes (23,5%) relataram a necessidade de atestado médico. Mais relevante ainda, 9,8% dos participantes que tiveram diagnóstico relatou ter realizado amigdalectomia, que é o tratamento definitivo para casos de faringotonsilite recorrente grave ou complicações. Segundo Carville, et al. (2024), o tratamento da doença em questão representa uma parcela relevante das prescrições e afastamentos em atenção primária, justificando medidas de prevenção e diagnóstico correto e precoce.

No que se refere à evolução clínica, 46,1% dos participantes relataram melhora completa, em acordo com o caráter autolimitado da infecção e com estudos que mostram evolução favorável em mais de 80% dos casos tratados adequadamente (CARVILLE KS, et al., 2024; CDC, 2025). O alto percentual de participantes que não souberam informar (27,5%) a evolução clínica sugere uma falta de acompanhamento ou percepção incompleta da cura, podendo estar relacionado à ausência de diagnóstico etiológico e ao tratamento inadequado.

Entre as limitações deste estudo, destacam-se o uso de questionário autorreferido com eventuais lacunas de registro, devido ao relato retrospectivo dos participantes, o que pode estar sujeito a viés de memória e de informação, e a ausência de confirmação laboratorial dos diagnósticos, o que pode implicar na imprecisão quanto ao agente etiológico. Ademais, a amostra, composta majoritariamente por estudantes universitários, restringe a generalização dos resultados para outras populações. Ainda assim, o estudo

fornece uma visão relevante sobre o perfil clínico e comportamental dos jovens acometidos e suas práticas terapêuticas.

Por fim, ressalta-se a importância de estratégias de educação em saúde, voltadas à orientação sobre o uso racional de antibióticos e aos sinais de recorrência que indicam necessidade de reavaliação médica. A adoção de protocolos diagnósticos baseados em evidências e o incentivo ao uso de testes rápidos, conforme sugerido por Pallon, et al. (2024) e Supper, et al. (2024), podem contribuir na redução do uso inadequado de antimicrobianos e na resistência bacteriana, melhorando o manejo clínico e epidemiológico da faringotonsilite.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu compreender que a faringotonsilite em adultos jovens é uma condição prevalente com impacto significativo, exigindo atenção ao diagnóstico, manejo clínico e aos fatores de risco. Observou-se que a infecção impacta substancialmente as atividades diárias, evidenciado pela alta taxa da necessidade de atestados e pela necessidade de amigdalectomia em uma parcela considerável dos casos diagnosticados, reforçando, assim, a relevância clínica desta condição. Embora o tratamento com antibióticos de amplo espectro, como a amoxicilina com clavulanato, seja frequentemente utilizada, os achados deste estudo levantam preocupações acerca do uso inadequado desses antimicrobianos, podendo contribuir com a resistência bacteriana. Desse modo, destaca-se a importância da avaliação criteriosa do quadro, da adesão aos protocolos de diagnóstico etiológico, como o uso de testes rápidos para Streptococcus pyogenes, e da adoção de estratégias de saúde pública focadas na conscientização sobre o uso racional de antimicrobianos e na mitigação de fatores de risco, como o uso de cigarros eletrônicos, a fim de otimizar o manejo clínico e reduzir a prevalência e morbidade na população de jovens adultos.

REFERÊNCIAS

1. ANDERSEN C, et al. Bacterial findings in patients referred to hospital for the treatment of acute tonsillitis with or without peritonsillar phlegmon. BMC Infect Diseases, 2023; 23(1):439.
2. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICOFACIAL. Tratado de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvicofacial da ABORL-CCF. São paulo: Elsevier, 2017.
3. BRAGA CASB, et al. Streptococcus spp. em faringotonsilite aguda recorrente: frequência e perfil de suscetibilidade a antimicrobianos. Revista de Patolologia Tropical, 2015; 44(3): 259–266
4. CARDOSO DM. Impacto do uso da prova rápida para detecção do estreptococo beta-hemolítico do grupo A no diagnóstico e tratamento da faringotonsilite aguda em pronto-socorro de Pediatria. Revista Paulista de Pediatria, 2013 ; 31(4): 507–512.
5. CARVILLE KS, et al. Burden of antimicrobial prescribing in primary care attributable to sore throat: a retrospective cohort study of patient record data. BMC Primary Care, 2024; 25(1): 55.
6. CASEY JR, PICHICHERO ME. Metaanalysis of short course antibiotic treatment for group a streptococcal tonsillopharyngitis. Pediatric Infectious Disease Journal, 2005; 24(10): 909–917.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Clinical Guidance for Group A Streptococcal (GAS) Pharyngitis. 2024.
8. CINAMON U, et al. The impact of tobacco smoking upon chronic/recurrent tonsillitis and post-tonsillectomy bleeding. International Archives of Otorhinolaryngology, 2017; 21(2): 165–170.
9. GRANDIN FILHO PG, et al. Agentes etiológicos de faringotonsilites agudas e resistência dos agentes bacterianos aos antimicrobianos em pacientes adultos em São Carlos. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), 2024.
10. HEDIN K, et al. Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2023; 11(11): CD004406.
11. HOEKELMAN RA, et al. A profile of pediatric practice in United States. American Journal of Diseases of Children, 1983; 137(5): 429–434.

12. IDSA PRACTICE GUIDELINES. Clinical Practice Guideline Update by the Infectious Diseases Society of America on Group A Streptococcal (GAS) Pharyngitis. Clinical Infectious Diseases, 2025.
13. JENSEN A, HAGELSKJAER KL. The role of Fusobacterium necrophorum in pharyngotonsillitis: a review. Clinical Microbiology and Infection, 2009; 15(4): 325–332.
14. KAPLAN EL, et al. Streptococcal pharyngitis and its complications. Clinical Microbiology Reviews, 2009; 22(3): 469–489.
15. NUNES GSFB, et al. Prevalência das doenças crônicas das amígdalas e adenoides: uma avaliação epidemiológica e clínica. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2024; 6(9): e24561.
16. PALLON J, SUNDQVIST M, HEDIN K. The use and usefulness of point-of-care tests in patients with pharyngotonsillitis: an observational study in primary health care. BMC Primary Care, 2024; 25(1): 62.
17. PÉREZ PR, et al. Actualización del documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. Anales de Pediatría, 2020; 93(3): 221–230.
18. SHULMAN ST, et al. Diretriz de prática clínica para diagnóstico e tratamento da faringite estreptocócica do grupo A: atualização de 2012 pela Infectious Diseases Society of America. Clinical Infectious Diseases, 2012; 55(10): e86–102.
19. SOUSA BDM, et al. Análise epidemiológica das internações por faringite aguda e amigdalite aguda em crianças de até 9 anos no Brasil, entre 2019 e 2023. PBPC Journal of Health Sciences, 2024; 8(1): e0123.
20. SUPPER I, et al. A critical appraisal of acute sore throat guidelines using the AGREE II instrument: a scoping review. Family Practice, 2024; 41(2): 181–192.
21. TAY RWH, VASOO S. Fusobacterium necrophorum pharyngitis complicated by sepsis and extrapharyngeal dissemination in two young adults. Singapore Medical Journal, 2023; 64(4): 211–214.
22. VAN DRIEL ML, et al. Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016; 9: CD004406.
23. WESSELS MR. Diagnosis and Treatment of Pharyngitis in Adults. Infectious Disease Clinics of North America, 2011; 25(2): 335-348.