



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Ernesto Valdes Gordillo

Intervenção Educativa sobre Infecção Respiratória
Aguda em crianças de 0 a 12 anos atendidas na UBS
Bela Vista no Município de Guairá, Paraná

Florianópolis, Março de 2018

Ernesto Valdes Gordillo

Intervenção Educativa sobre Infecção Respiratória Aguda em
crianças de 0 a 12 anos atendidas na UBS Bela Vista no Município
de Guairá, Paraná

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Camila Biribio Woerner
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Ernesto Valdes Gordillo

Intervenção Educativa sobre Infecção Respiratória Aguda em
crianças de 0 a 12 anos atendidas na UBS Bela Vista no Município
de Guairá, Paraná

Essa monografia foi julgada adequada para
obtenção do título de “Especialista na aten-
ção básica”, e aprovada em sua forma final
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-
versidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Camila Biribio Woerner
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: As infecções respiratórias agudas, atualmente revelam-se como importante causa de hospitalização, sendo as crianças um dos grupos de risco. Das queixas mais comuns que levaram a população a procurar a unidade de saúde Bela Vista, no município de Guaíra - PR, nos últimos seis meses, as doenças respiratórias agudas perfizeram um total de 36,2%. **Objetivo:** Diante de tal quadro, nosso objetivo neste projeto de intervenção é desenvolver estratégias e ações de intervenção com vistas a diminuir a incidência de doenças respiratórias agudas, na população de 0 a 12 anos, da comunidade do Bela Vista, no município de Guaíra - PR. **Metodologia:** Foi realizado estudo do tipo transversal retrospectivo dos pacientes que tiveram diagnósticos de IRA, atendidos no período de janeiro a outubro de 2017 e a realização de encontros educativos. **Resultados esperados:** Foram realizados dois encontros com os pais e/ou responsáveis das crianças, totalizando 46 crianças. Compareceu no primeiro encontro trinta e seis pais e sete responsáveis, no segundo encontro, houve falta de cinco pais. Verificou-se que 39% (18) crianças eram do sexo feminino e 62% (28) crianças do sexo masculino. Sendo de 0 a 28 dias total de uma; 29 dias a 2 anos duas crianças; de 2 a 6 anos trinta e duas; e onze crianças de 6 a 12 anos. As doenças que mais prevaleceu foi o resfriado comum 26 casos (56,5%), amigdalite com 12 casos (27%), bronquite aguda – 6 casos (13%) e a rinite com 2 casos (4%). Nos encontros foi realizado acolhimento, orientações de fatores higiênicos, transmissão e uso correto dos medicamentos e entregue plano de cuidado, elaborada pela equipe de saúde. Com essa intervenção ficou claro a necessidade de abordar, nas consultas, itens fundamentais referentes as infecções respiratórias agudas. Concluindo-se que as ações realizadas alcançaram o objetivo proposto.

Palavras-chave: Criança, Infecções Respiratórias, Intervenção Precoce (Educação)

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	23
5	RESULTADOS ESPERADOS	25
	REFERÊNCIAS	31

1 Introdução

Guaira é um município brasileiro da região Sul, localizado no estado do Paraná. Situa-se na fronteira do Brasil com o Paraguai, sendo dividida, pelo Rio Paraná, da cidade paraguaia de Salto del Guairá. A cidade está localizada às margens do Rio Paraná, e o trecho ostenta o título de Maior Arquipélago da América do Sul. O município conta com uma Área de 560,508 km², Área urbana 44,889 km² e uma População estimada de 3290 habitantes. Na comunidade de Bela Vista encontra-se localizada a Unidade de Saúde da Família Bela Vista. Uma comunidade rural localizada a 35 km da cidade. Inaugurada em 1991 e reinaugurada em 2000, com adequação da estrutura física dentro das Normas do Manual de Estrutura Física de uma Unidade pelo Ministério da Saúde e pela Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Contém sala de curativo, inalação, aplicação, esterilização, expurgo, vacina, reunião, farmácia, cozinha para a equipe, contempla quatro consultórios para atendimento individual do médico, enfermeiro, dentista e NASF, cada consultório possui maca, cadeira, mesa e os equipamentos necessários para o atendimento. Possui uma sala de recepção com espaço adequado para a quantidade da população. É adaptada para o usuário com deficiência física. Possui 888 pessoas ou 338 famílias, sendo 341(52,6%) masculinos e 547(47,4%) femininos, 34,6% crianças e adolescentes, 55,1% adultos e 10,2% idosos. A comunidade do Bela Vista obtém renda familiar advindo da agricultura e indústrias presentes, perfazendo assim uma baixa condição socioeconômica, sendo a renda familiares de um a dois salários mínimos, uma grande maioria com casas próprias, sem saneamento básico, com baixo nível de escolaridade (ensino fundamental incompleto).

A equipe é composta por uma enfermeira, um médico, uma auxiliar de enfermagem, um dentista, uma auxiliar bucal e quatro agentes comunitárias de saúde. O tamanho da população está adequado para a composição da equipe, obtendo assim um bom vínculo, sendo possível prestar o atendimento a todos que necessitam da unidade, não havendo demanda reprimida, livre demanda. Obtendo 100% da cobertura da área adstrita. A unidade atende cinco dias da semana, sendo de oito horas / dia, totalizando 40 horas/semanais a toda de enfermagem e ACS e 32 horas atendimento médico. A dentista atende uma vez por semana pelo motivo de falta de profissional nessa categoria, os existentes no município suprem com agendas a todas as UBS com dias reduzidos.

Visto a extensão da abrangência da UBS, há a dificuldade quanto o acesso ao posto de saúde, já que algumas casas chegam a uma distância de até 40 km da unidade. Com isso, há (2) dois mini- posto de apoio, onde é realizado atendimento uma vez por semana em meio período, ficando os demais dias a unidade Central para o atendimento.

Quanto à saúde materno-infantil, percebe-se os resultados de um maior e melhor acompanhamento da saúde materno-infantil por equipe de saúde ao não ter óbitos em menores de um ano de idade. A proporção de crianças com até 1 ano de vida com esquema vacinal

em dia no último mês e atendimento conforme manual preconizado pelo Ministério da Saúde é de 100% ao mês. Há uma adesão e um vínculo bom com as mães, o que faz com esse programa seja acompanhado com êxito.

A proporção de gestantes que tiveram sete ou mais consultas foi de 100 % de 27 atendidas no ano, em trabalho conjunto com especialidade de ginecologia. Perfazendo 100% no mês atendimento do pré-natal, solicitação de exames preconizado pelo guia Mãe Paranaense e atendimento Odontológico.

Quantas as doenças crônicas, possui ao menos uma doença crônica para 30,2% do total da população, destacando-se 236 casos de hipertensão arterial (HÁ), 28 com diabetes mellitus (DM), a prevalência de Hipertensão Arterial foi de 18% em um período de seis meses, Diabetes Mellitus de 4.1% por cada 100 casos.

As cinco queixas mais comuns que levaram a população a procurar a unidade de saúde nos últimos seis meses são as doenças respiratórias agudas 36.20%, as enfermidades do sistema osteomioarticular 30.69%, hipertensão arterial 29.74%, diabetes mellitus 2.84% e saúde mental 0.94%.

Nossa população conta com alto número de idosos (210) destacando-se em 2016 entre as principais cinco causas de internações nesta população, as infecções respiratórias, cardiopatias isquêmicas, acidentes vasculares encefálicos, diabetes mellitus descompensadas e hipertensão arterial descompensada. As cinco principais causas de morte foram IAM - Infarto Agudo do Miocárdio, AVE - Acidente Vascular Cerebral, Neoplasias, causas externas como acidentes e as Broncopneumonias.

A procura pelo serviço de saúde nessa UBS - Unidade Básica de Saúde, ainda infelizmente é com a visão da troca de receita de medicamento controlado. Mesmo havendo grupo de Saúde Mental, durante a semana, várias vezes são os mesmos pacientes que encontram nessa busca, ocupando o tempo para ações de prevenção em outros programas. Em nosso entendimento, a existência de especialistas no município possibilitaria que muitas das dificuldades poderiam ser sanadas, visto que o apoio de um profissional especialista vai auxiliar no manejo desses pacientes. Todos os pacientes encaminhados para especialistas passam pela avaliação da auditoria e, conseqüentemente, alguns nunca serem atendidos. As vagas são para atendimento em cidades vizinhas, sendo a cota do município não suprindo a sua necessidade.

Quanto à relação com a comunidade em geral, ainda que exista uma estrutura física para o atendimento, se faz necessário mais tempo disponível para a população, porém ainda é preciso mobilizar a comunidade para que consigam aproveitar mais estes espaços em prol da melhoria da qualidade da assistência.

A Atenção Básica/Saúde da Família é organizada por meio do trabalho interdisciplinar em equipe, mediante a responsabilização de Equipes de Saúde da Família (ESF) num dado território – área de abrangência de uma população adstrita. Trabalha com foco nas famílias, por intermédio de vínculos estabelecidos, desenvolvendo ações de promoção,

prevenção, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, pauta-se nos princípios do SUS. É o primeiro contato dos usuários, deve estar apta a manejar os problemas de maior frequência e relevantes presentes na comunidade.

A busca por atendimento médico de crianças (0 a 12 anos) com infecção respiratória aguda é o problema mais frequente e relevante presente nessa comunidade, acendendo um alerta, com vários questionamentos a respeito do porque um índice elevado dessas patologias. Com esse quadro, despertou o interesse em realizar um levantamento com fatores associados para uma intervenção clínica, que venha minimizar e/ou radicar o problema existente neste público alvo específico.

Dentre alguns desafios para se alcançar integralidade na assistência ao paciente com doenças respiratórias há abordagem restrita ao tratamento sintomático exacerbado, eleva o número de internações desnecessárias, alta morbidade, visita frequentes a serviços de urgência, além de recorrentes faltas ao trabalho e à escola resultando em um enorme custo econômico e social. Bem como fatores sanitários inadequados, falta de adesão ao tratamento, faz com muitas patologias respiratórias, evoluam para crônico, comprometendo a qualidade de vida do paciente.

Nesse momento uma intervenção com os pacientes dessa localidade, vira de encontro com a necessidade dos pacientes, visto que a falta de adesão do tratamento, aborda um pouco a falta do conhecimento. Anteriormente, o atendimento médico na Unidade de Saúde se dava somente duas vezes na semana, não havendo tempo para ações com a aqui proposta. Atualmente, com organização de agenda, é possível criar grupo com esses pacientes, abordando as dúvidas frequentes dos pacientes, bem como o vínculo profissional/pacientes, tornando com êxito a melhora clínica do paciente.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Desenvolver estratégias e ações de intervenção com vistas a diminuir a incidência de doenças respiratórias agudas, na população de 0 a 12 anos, da comunidade do Bela Vista, no município de Guaíra - PR.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar grupos educativos, com pais/ responsáveis, em parceria com a vigilância sanitária e equipe de saúde, visando orientação de fatores higiênicos. prevenção e de cuidado.
- Adotar estratégias educativas visando a adesão ao tratamento das doenças respiratórias e vinculação com a equipe de saúde.
- Possibilitar a melhoria na qualidade de vida dos pacientes com quadros respiratórios agudos.

3 Revisão da Literatura

Doenças Respiratórias

Nosso projeto de intervenção possui como foco a atuação frente às ações de cuidados e prevenção relacionadas às doenças respiratórias agudas. As doenças respiratórias, de forma geral, são aquelas que atingem órgãos do sistema respiratório (pulmões, boca, faringe, fossas nasais, laringe, brônquios, traquéia, diafragma, bronquíolos e alvéolos pulmonares (MCMICHAEL, 2003). Constituí-se por uma infecção que atinge desde as vias aéreas superiores até as vias aéreas inferiores. As infecções do trato respiratório superiores são as mais comuns e na sua maioria contagiosas, destacando as virais, as do trato respiratório inferiores que atingem os brônquios e pulmões, costumam ser mais graves e atingem, prioritariamente, grupos de risco como crianças e idosos.

As doenças respiratórias, atualmente revelam-se como as principais causas de incapacidades no mundo, sendo responsáveis por 59% dos 56,5 milhões de registros anuais. Essas doenças são responsáveis por 30% a 60% das consultas ambulatoriais e também são importante causa de hospitalização (MONTEIRO et al., 2016). Responsáveis por mais de 4 milhões de mortes anualmente, sendo a principal causa de morte nos países em desenvolvimento (OMS, 2013).

Estima-se que aproximadamente 70.000 crianças com menos de cinco anos morram anualmente no continente americano em consequência de infecções respiratórias agudas. Essas doenças causam, aproximadamente, 15% de todas as mortes que ocorrem anualmente de crianças com menos de cinco anos, porém sua importância como causa de óbito difere de país para país, conforme as especificidades de cada localidade. (MS, 2015).

No contexto das doenças respiratórias, a questão ambiental é de grande relevância. Mais de uma em cada quatro mortes de crianças menores de 5 anos são atribuíveis a ambientes insalubres. Todos os anos, os riscos ambientais – como a poluição do ar interior e exterior, fumo passivo, água não segura, falta de saneamento e higiene inadequada – tiram a vida de 1,7 milhão de crianças com menos de 5 anos, destacam dois novos relatórios da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017).

As infecções respiratórias são classificadas como o maior contribuidor individual para a carga geral de doenças no mundo, conforme medido em Esperança de vida corrigida pela incapacidade (EVCI) perdida, que estima a quantidade de perda de vida ativa e produtiva devido a alguma doença. A carga de EVCI é composta de duas medidas: anos de perda de vida (YLL), que é o potencial de anos de perda de vida para a pessoa através de sua morte prematura, e anos vividos com incapacidade (YLD), para levar em consideração os anos de vida com incapacidade. O EVCI é calculado pela soma dos dois: $EVCI = YLL + YLD$. Essa medida é às vezes chamada de carga da doença. (FMP, 2010, p. 6)

Infecções respiratórias, como a gripe e outras causas de pneumonia, provocam o óbito

de aproximadamente 4,25 milhões de pessoas por ano, sendo muitas delas crianças, essas infecções representam 6% de todas as mortes no planeta, causa 20% das mortes de crianças no mundo, ou 1,6 milhão em 2008 - mais do que o dobro das 732 mil mortes causadas na infância pela malária, e muito mais do que as 200 mil mortes de crianças pela aids (IG, 2010).

No Brasil, as doenças respiratórias agudas e crônicas também ocupam posição de destaque. Entre as principais causas de internação no Sistema Único de Saúde – SUS, em 2001, estas doenças ocuparam o segundo lugar em frequência, sendo responsáveis por cerca de 16% de todas as internações do sistema (KAKITANI et al., 2005). Nesse grupo, 30 a 50% das consultas ambulatoriais, mais de 50% das hospitalizações e 10 a 15% dos óbitos são atribuídos às IRA, sendo 80% destes por pneumonia. No Brasil, ainda que nos entre os anos de 2000 a 2017 indentificou-se uma redução nas hospitalizações decorrentes, especialmente, dos casos de pneumonia, “[...] os custos com as hospitalizações cresceram, atingindo R\$ 189 milhões e 20,5% dos gastos com hospitalização em menores de 5 anos”(CARDOSO, 2010, p. 1270).

Conforme dados extraídos da plataforma DATASUS (MS, 2017), no município de Guaíra - PR – Paraná, do ano de 2012 a outubro/2017 os dados da morbidade hospitalar pelo CID-10 - X, indicam um total de 1.691 internamentos das doenças do aparelho respiratório. O número de óbitos nesse mesmo período, foi de 124 casos para todas as idades.

”Os fatores de risco para internação hospitalar por doenças respiratórias incluem a exposição a poluentes ambientais (especialmente o tabagismo), a aglomeração domiciliar, o déficit no estado nutricional, a sazonalidade climática, os esquemas de imunização incompletos, a baixa condição socioeconômica e a exposição a agentes biológicos, como o pólen. Tais fatores atingem principalmente os indivíduos nos extremos de idade, como crianças menores de 5 anos ou idosos maiores de 65 anos”(SOUZA et al., 2012, p. 708). Neste sentido, é importante observar que são necessárias intervenções que para além da questão biológica, isoladamente, também verifique e intervenha sobre esses demais fatores de risco.

Identificar e melhorar os fatores que causam ou promovem doenças respiratórias pode preveni-las, especialmente porque as doenças respiratórias estão frequentemente ligadas ao ambiente. Condições respiratórias são muito mais evitáveis do que doenças em outros sistemas, ou seja, ações de prevenção são requeridas e extremamente viáveis de serem realizadas. O custo da prevenção é apenas uma fração do custo do tratamento. Como prevenir e combater as doenças respiratórias é tão econômico, visar as doenças respiratórias representa uma “melhor compra”, conforme descrito pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013). Ou seja, um investimento governamental no que diz respeito a prevenção do como exemplo claro de tal proposta é possível citar a vacinação é um marco da conquista da saúde pública, através de prevenção dos grupos de vulneráveis as doenças respiratórias,

por meio da imunização disponível para toda população alvo.

Infecções Respiratórias Agudas - IRA

Considerando que nossa proposta de intervenção se dá junto a população que apresenta o quadro de Infecções Respiratórias Agudas - IRA, é importante compreender conceitualmente que condição é essa. As infecções respiratórias podem ser classificadas como agudas, quando surgem de forma repentina e tem a piora rápida, ou como crônicas, quando tem uma duração longa, o que leva a falta de ar em alguns casos como pneumonia, bronquite, indicando que o quadro pode ser grave. Nossa proposta de intervenção estará direcionada para as infecções respiratórias classificadas como agudas, tendo em vista o contexto da UBS - Unidade Básica de Saúde, já exposto em item anterior.

O que difere a aguda da crônica, é o quadro apresentado como sintomatologia, agente causador e histórico patológico do paciente. Na aguda o diagnóstico é confirmado através de uma boa anamnese e exame físico durante a consulta médica, ao contrário a infecção respiratória crônica necessita além de um bom exame físico, apoio com exames complementares como raio x, exames laboratoriais, broncoscopia entre outros.

Em termo conceituais, "[...] as infecções respiratórias agudas (IRA) constituem uma síndrome clínica cujos agentes infecciosos mais comuns são vírus respiratórios, como o vírus sincicial respiratório, ou bactérias, como *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*. São particularmente suscetíveis as crianças, os idosos e populações socialmente menos favorecidas de países em desenvolvimento e minorias étnicas, em decorrência, também, das questões ambientais, conforme indicado anterioremente"(CARDOSO, 2010, p. 1270).

"O órgão afetado em ambas as infeções é os pulmões, são os maiores órgãos internos do corpo e único órgão interno constantemente exposto ao ambiente externo. Sendo um dos órgãos mais vitais e vulneráveis. Todos que respiram estão vulneráveis aos agentes tóxicos e infecciosos presentes no ar. Embora as doenças respiratórias causem mortes em todas as regiões e em todas as classes sociais, certas pessoas são mais vulneráveis a exposições ambientais do que outras"(FMP, 2010, p. 6).

Dentre as enfermidades respiratórias aguda mais comuns estão à bronquite, rinite, sinusite, gripe, resfriado, faringite, amigdalite, pneumonia, entre outras. As causas destas doenças podem ser distintas, tais como fumo, alergias (provocada por substâncias químicas ou ácaros), infecção por vírus e mais recentemente associadas às variações climáticas, bem como, os agentes ambientais, conforme já indicado anteriormente. Provocando sintomas como coriza, espirros, tosse, dor torácica, cefaleia, obstrução das narinas, febre ou dor de garganta.

Abaixo iremos apresentar breve especificação a respeito das enfermidades respiratórias agudas mais comuns.

Pneumonia

A pneumonia é a infecção respiratória grave mais comum, atinge maioria das vezes

idosos e crianças menores de 5 anos. Em crianças com menos de 5 anos de idade, a pneumonia é responsável por 18% do total de mortes, ou mais de 1,3 milhão anualmente (FMP, 2010). Segundo a Organização Mundial da Saúde, a cada ano morre 1,6 milhão de pessoas no mundo. A doença, atinge maioria das vezes idosos e crianças menores de 5 anos. Mas nada a impede de levar pessoas de diferentes idades a óbito. (DATASUS, 2014)

Na África, a pneumonia é uma das razões mais frequentes de internamento hospitalar de adultos; um em cada dez desses pacientes morrem por conta da doença (FMP, 2010). Em nações desenvolvidas, é uma preocupação recorrente para a população com mais de 65 anos. Nos Estados Unidos em 2010, aproximadamente 1,1 milhão pacientes foram hospitalizados para a pneumonia e o comprimento médio da estada do hospital era 5,2 dias (LIFE, 2015).

A doença, que é provocada pela bactéria *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae* tipo b pode ainda levar a doenças respiratórias crônicas, como bronquiectasia, infecções respiratórias virais podem ocorrer em epidemias e podem se espalhar rapidamente em comunidades por todo o mundo.

Fatores de risco para pneumonia incluem viver em condições de superlotação, desnutrição, carência de imunização, HIV e exposição ao tabaco ou fumaça em ambientes internos. A prevenção para a pneumonia é a vacinação contra o agente *Streptococcus pneumoniae*. Além disso, outras ações também são centrais, como melhorar a nutrição infantil, promover e inventivar o aleitamento materno, garantir a plena imunização da população de forma geral; melhorar as condições de vida para evitar superpopulação, evitar a exposição à fumaça do tabaco; reduzir a poluição do ar em ambientes internos; e tratar HIV e prevenir a transmissão do HIV de mãe para filho.

A maioria das infecções respiratórias bacterianas são tratáveis com antibióticos e a maioria das infecções virais são autolimitadas. A maneira mais eficaz de gerenciar essas doenças é através da gestão dos casos padrão. A gestão de casos é definida como “um processo colaborativo de avaliação, planejamento, facilitação, coordenação de cuidados, e apoio a opções e serviços para atender as amplas necessidades de um indivíduo ou família através da comunicação e recursos disponíveis para promover resultados eficientes e de qualidade” (INTERNACIONALES, 2017). A pedra fundamental da gestão da pneumonia é o diagnóstico apropriado e o uso de antibióticos de forma acertada. Entretanto, a prevenção ainda continua sendo a questão central.

Gripe

A gripe é uma enfermidade viral febril, aguda e geralmente afeta mais crianças, idosos e gestantes. A intervenção mais importante para a redução do impacto da influenza ainda é a vacinação. Medidas severas de controle da infecção reduziram a propagação e estão mostrando-se eficazes. A cada ano, a gripe causa infecções no trato respiratório em 5 a 15% da população e doenças graves em 3 a 5 milhões de pessoas (FMP, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (OMS, 2012), existem três tipos de vírus que causam

a doença: A, B e C. O vírus influenza C causa apenas infecções respiratórias brandas, não possui impacto na saúde pública e não está relacionado com epidemias. Já o vírus influenza A e B são responsáveis por epidemias sazonais, sendo o vírus influenza A responsável pelas grandes pandemias. Estes são ainda classificados em subtipos, como os A(H1N1) e A(H3N2), que circulam atualmente em humanos. Alguns vírus influenza A de origem aviária também podem infectar humanos causando doença grave, como no caso do A (H7N9).

A medida profilática mais eficaz é a vacinação. Em adultos jovens saudáveis, a vacina para a prevenção da influenza tem demonstrado eficácia, com índice moderadamente nos idosos. Ainda há uma recusa por partes dos idosos para o uso da vacina, devido mitos existentes pela população. No Brasil, as recomendações do Ministério da Saúde para a vacinação contra a influenza sazonal abrange a população alvo de vulnerabilidade para o vírus, que são as crianças, idosos acima de 60 anos, gestantes, população com comorbidade crônica, indígenas, profissionais de saúde.

Sinusite

Tanto sinusite quando rinite podem significar diminuição da qualidade de vida, agravo de comorbidades e exigir significativos gastos com saúde. Também podem criar custos indiretos para a sociedade, fazendo com que os dias de escola perdidos reduzam a aprendizagem escolar. Ainda que a rinite e a sinusite ocorram com frequência na população, pouco se conhece sobre a epidemiologia dessas doenças(SOUSA et al., 2010).

Estima-se que a sinusite afete cerca de 20 milhões de pessoas anualmente no Brasil, uma das afecções mais prevalentes das vias aéreas superiores, com custo financeiro elevado para a sociedade (MS, 2015).

Os sintomas mais característicos da sinusite é febre, coriza nasal, dor nos olhos, cefaleia. Tratamento na maioria das vezes com antibióticos. A prevenção depende do fator externo e interno, sendo de suma importância a investigação clínica.

Bronquite

A bronquite é uma doença aguda, entretanto pode se tornar crônica, onde ocorre à inflamação dos brônquios, está se manifesta por tosse acompanhada de expectoração (OMS, 2012).

No início, ela afeta o nariz, os seios da face e a garganta, depois, se espalha para os pulmões. Às vezes, pode-se contrair uma infecção bacteriana secundária nas vias respiratórias. Isso significa que a bactéria infectou as vias respiratórias, além do vírus. Essa doença frequentemente refere-se a processo infeccioso propagado pelas vias respiratórias superiores e é uma complicação de rinite ou faringite, mais comuns em indivíduos atópicos (IG, 2010).

”Segundo o Ministério da Saúde, de janeiro a novembro de 2011, o SUS registrou 86.980 internações por bronquite, ”pessoas com 60 anos ou mais. Cerca de 30% dos casos da doença estão concentrados nos idosos a partir de 80 anos”(CAMPOS, 2012).

Os sintomas da bronquite incluem tosse com muco espesso e falta de ar. No Brasil há mais de 2 milhões casos por ano da doença. O tratamento é feito por meio de cuidados individuais e do uso de medicamentos para a tosse, que pode durar semanas (OMS, 2017).

Faringite

Infecção da região da garganta, causando inflamação local, além de coriza, tosse, febre, mal estar, odinofagia, entre outros. Acentuada pelo desconforto ou pela dor na garganta pode ocorrer devido às causas infecciosas e não infecciosas (NET, 2017). A faringite infecciosa aguda é a principal causa de dor de garganta e mais de 50% das faringites são de etiologia viral. Os vírus que comumente causam faringite incluem: vírus influenza, parainfluenza, rinovírus, coronavírus, adenovírus, vírus sincicial respiratório, vírus Epstein-Barr, enterovírus e herpesvírus. A principal causa bacteriana de faringite é o *Streptococcus B hemolítico do grupo A (Streptococcus pyogenes)* (SAÚDE, 2012).

O diagnóstico das faringites virais é predominantemente clínico. O tratamento é sintomático, semelhante ao do resfriado comum, não necessitando de uso de antibióticos a não ser que apresente complicações como amigdalite, adenite, faringoamigdalite, entre outros.

A prevenção inclui orientação ao paciente sobre a higiene sanitária, exclusão do uso do tabagismo.

Amigdalite

Doença inflamatória que pode ser causada por vírus e bactéria, atinge a região da amígdala e garganta, com presença de exsudato purulento e petéquias no palato (PITREZ, 2003). Ela aparece com frequência na infância e juventude, sendo o inchaço, dor e vermelhidão dos gânglios do pescoço, febre e mau hálito os sintomas mais comuns (SAÚDE, 2017a). Funcionam como filtros para agentes infecciosos, ajudando o sistema imunológico a produzir anticorpos, estão expostas a um grande número de microorganismos diferentes. Os principais vírus são, parainfluenzae 1, 2 e 3, influenzae A e B, paramyxovírus, echovírus, adenovírus, vírus Epstein-Barr (mononucleose), Herpes e coxsackie.

O tratamento consiste dependendo da sintomatologia apresentada durante o exame físico, em casos de inflamação causada por vírus, que atinge amígdalas e faringe, a indicação medicamentosa é de antiinflamatórios não hormonais, em amigdalite bacteriana necessário o uso de antibióticos.

No entanto, quando as amigdalites aparecem com muita frequência e não respondem ao tratamento clínico, o paciente recebe indicação médica para a retirada da glândula. (SAÚDE, 2017a). A prevenção consiste em evitar contato com cigarro, ambientes com ventiladores e ar-condicionado, que ressecam as mucosas e diminuem a resistência das glândulas.

Políticas Públicas

Ao final da década de 70, o Brasil, iniciou as primeiras políticas de saúde no sentido de definir as medidas necessárias para o controle e assistências das Infecções Respiratórias

Agudas (IRA). Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Assistência Integral de Saúde da Criança (PAISC), composto por várias ações para reduzir a mortalidade Infantil, dentre elas o controle das Infecções Respiratórias Agudas (SAÚDE, 2002). Nesse mesmo ano publicou a primeira versão das Normas para a Assistência e Controle das IRA, que obteve um dos objetivos a redução do número de casos graves e de complicações de infecções de vias respiratórias superiores e inferiores, com estratégias definidas a prevenção e o manejo de casos. (SAÚDE, 1993).

Em 1994, o Ministério da Saúde, lançou as normas para a assistência e controle das IRA na infância e, em 1997, a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS, 2000) propôs a inclusão dessas normas na estratégia de atenção integral às doenças prevalentes na infância. Entre os objetivos desta estratégia encontra-se o de simplificar o diagnóstico de pneumonia. (SAÚDE, 2017b).

Em 2002 foi constituído pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência (UNICEF), uma estratégia como parte da política de saúde da criança, denominada Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), na qual são sugeridas as principais intervenções para avaliação e classificação das situações de crianças com agravos respiratórios. O manual promovido pelo Ministério da Saúde, destinados principalmente a profissionais de saúde que atendem crianças nos serviços de atenção básicas no Brasil. (SAÚDE, 2002).

Em 2004, o MS lança a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, destacando a necessidade de reorganização da rede de assistência à infância nos vários níveis. O desafio de obter uma rede única integrada de assistência, apresentou a linha de cuidado integral, incluindo a atenção às doenças prevalentes, entre elas as respiratórias, consideradas como o primeiro motivo de consulta em ambulatórios e serviços de urgência. A pneumonia é destacada como uma das principais doenças e a segunda causa de morte em menores de um ano. (SAÚDE, 2004)

Foi realizada uma projeção para 2030, a qual incluiu queda do número de mortalidade por infecção respiratória no mundo e aumento desta taxa para doenças respiratórias crônicas. No entanto, doenças respiratórias permanecerão entre as cinco principais causas de mortalidade nos países de baixa e alta renda.

RELAÇÃO COM O CLIMA

Ao falarmos sobre as doenças respiratórias, o clima é o elemento essencial que necessita ser pensando. No início do século XX, os estudos da relação do homem com o meio natural, principalmente o clima, passaram a ser mais valorizados. Neste período, a teoria da unicausalidade declinou, pois cada vez mais estavam constatando que somente a presença do agente etiológico não era suficiente para a produção da enfermidade (FMP, 2010).

Dados da Organização de Saúde (OMS, 2012) apontam que o clima tem papel fundamental na transmissão de diversas doenças que estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade no mundo. Sendo o clima um importante agente de disseminação de

diversas doenças, as variáveis meteorológicas, tais, como temperatura do ar, precipitação pluviométrica e umidade relativa do ar, são importantes objetos de investigação. Tal fato é ainda mais relevantes quando tratamento das doenças respiratórias agudas.

Segundo (SOUZA et al., 2012) as variáveis meteorológicas têm sido pesquisadas devido a potenciais riscos à saúde humana, especialmente em relação ao sistema respiratório. Os riscos à saúde incluem aqueles que são relacionados diretamente ao clima e aqueles que ocorrem indiretamente, devido a sensíveis sistemas biológicos, tais como infecções dependentes de vetores, patógenos que contaminam alimentos, produção de aeroalérgenos e doenças adquiridas com a água (AMORIM, 2014).

Temperatura é inversamente proporcional, ou seja, na medida em que a temperatura do ar cai, ocorre um incremento do número de casos de internação, concentrando-se, principalmente, em estações de outono e inverno. Dessa forma, conhecer como o tempo atmosférico influi sobre a saúde é um importante método de prevenção de patologias.(MONTEIRO et al., 2016). As infecções respiratórias agudas (IRA) são mais comuns no inverno, pois é o período em que há maior circulação dos microorganismos, já que a temperatura fica mais baixa e há uma maior tendência em ficar em ambientes fechados.

Na região do município de Guaíra, os verões costumam ser muito quentes, com máximas médias em torno dos 35 °C as vezes superando a marca dos 40 ° C, levando ao aumento das infecções respiratórias do trato superior. Os invernos são considerados amenos, mais ainda assim podem sofrer quedas bruscas de temperatura, fazendo-as cair repentina durante a passagem de frentes frias, com diminuição da chuva nesse período, prevalecendo nessa estação as infecções respiratórias agudas do trato inferior, com aumento na busca por atendimento médico de crianças e idosos.

Na UBS Bela Vista, as infecções respiratórias com maior ocorrência é a amigdalite e bronquite aguda. Por ser uma das infecções respiratórias que afetam mundialmente toda a população, nossa comunidade não escapa desse contexto, sendo necessário a existência de estratégias e intervenções bem-sucedida junta a comunidade, para assim estar reduzindo danos causados por essas infecções, bem como custo de insumos ao município e governo, de forma geral. Faz se necessário o reconhecimento tanto da parte da população com a prevenção das doenças bem como da equipe no processo de reconhecimento precoce do quadro apresentado. A IRA na criança requer esforço por parte da família quanto ao cuidado para que ocorra uma cura . Nossa comunidade apresenta na sua maioria baixo nível socioeconômico e cultural, o que traz consigo a necessidade de abordagem profissional/paciente para o êxito do tratamento e a não sua recorrência, propondo estratégias de prevenção e de cuidado para além da questão fisiológica em si, mas também para os fatores correlacionados.

Considerando o contexto exposto e a relevância da questão, entedemos que o nosso Projeto de Internveção com o objetivo de "Desenvolver estratégias e ações de interven-

ção com vistas a diminuir a incidência de doenças respiratórias agudas na população da comunidade do Bela Vista, no município de Guaíra - PR”, será de grande valia para a comunidade atendida.

4 Metodologia

A metodologia para o desenvolvimento do presente Projeto de Intervenção teve como fonte de dados inicial, um estudo do tipo transversal retrospectivo que tem como fonte o banco de dados do Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde – SIGSS, que integra a Secretaria Municipal de Saúde, relativa ao município de Guairá - PR. Este sistema é alimentado pelas informações das Estratégias Saúde da Família, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). No que se refere aos procedimentos para a análise dos dados, será realizada a análise descritiva dos dados, utilizando-se dos prontuários de atendimento da unidade de todos os pacientes de ambos os sexos, dentro da idade de 0 a 12 anos, que tiveram diagnóstico de IRA, atendidos na ESF Bela Vista. A escolha da estrutura do modelo de coleta baseia-se nos próprios dados registrado em atendimento nessa unidade de saúde. Realizado o total de todos atendimentos pelo CID - Classificação Internacional de Doenças correspondente, referentes as consultas realizadas no período entre primeiro de janeiro de 2017 e 31 de outubro de 2017. Incluídos todos os pacientes atendidos com diagnósticos de IRA e excluídos as demais patologias.

A partir destes dados iniciais, foi construída uma planilha no programa Microsoft Excel, na qual cada linha da mesma correspondia os seguintes procedimentos efetuados: todos os prontuários dos pacientes atendidos foram separados e agrupados por mês do atendimento; dentre tais prontuários, foram separados os que tiveram diagnóstico de IRA e outros diagnósticos. Os seguintes dados foram anotados do prontuário estudado: sexo, idade; diagnóstico (IRA, IVAS Infecções das Vias Aéreas Superiores ou IVAI - Infecções das Vias Aéreas Inferiores e outros).

No total, o levantamento indicou 87 atendimentos dentro dos diagnósticos propostos, bem como, idade. Destes houve pacientes com repetição de consulta no período pesquisado, sendo a contagem final de 52 pacientes, destes, 38 são menores de 5 anos. Constituíndo-se estes, e respectivos familiares/ responsáveis, nosso público alvo. Estima-se assim o alcance de forma direta de 52 pessoas, sendo, essencialmente, os familiares e/ou responsáveis dos pacientes.

Foi formulado um instrumento para análise dos dados selecionados e estes foram analisados e, após, discutidos com a equipe, para levantar os itens necessários para intervenção junto à comunidade.

Definiu-se pela realização de duas intervenções educativas junto aos pais e responsáveis das crianças de 0 a 12 anos, a ser realizada na Unidade Básica de Saúde - UBS Bela Vista, com a finalidade de orientações quanto ao manejo da doença, prevenção, disseminação da transmissão, uso correto do medicamento indicado. Estas ações irão ocorrer no prazo de dezembro/17 a janeiro/2018, uma em cada mês, com duração aproximada de 2 horas. Irão participar das atividades o médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde.

O grupo irá se desenvolver da seguinte forma: No primeiro encontro será inicialmente realizada uma atividade de interação entre os participantes, com uma dinâmica, após será abordado o manejo da doença e as formas de prevenção. No segundo encontro será abordado as informações sobre a disseminação e o uso correto do medicamento indicado em consulta médica. Em ambos aos encontros, será entregue folder informativo, e realizada uma roda de conversas para serem suprimidas dúvidas dos pacientes, pais e responsáveis quanto as doenças.

Tais atividades possuem como objetivo o esclarecimento de dúvidas, bem como, possibilitar maior aproximação com a população, por este motivo a proposta da participação de diversos membros da equipe multiprofissional, possibilitando-se de tal forma a criação de vínculo e/ou fortalecimento desse.

5 Resultados Esperados

As Infecções Respiratórias Agudas - IRA são as doenças mais frequentes durante a infância, acometendo um número elevado de crianças, de todos os níveis socioeconômicos. A IRA tem despertado uma crescente preocupação, devido a ampla circunscrição de eventos distintos que comprometem o trato respiratório, além de constituírem uma das principais causas de morbimortalidade em crianças em todo o mundo. Tal realidade também foi observada entre as crianças de 0 a 12 anos da comunidade do Bela Vista, no município de Guaíra - PR.

Diante de tal diagnóstico, considerando a idade das crianças, a equipe de saúde optou por realizar ações educativas junto aos pais e/ou responsáveis deste. Tais ações tinha como intuito estabelecer vínculo com a equipe de saúde, prestar informações com relação a prevenção, cuidado e tratamento da IRA entre as crianças, bem como, elucidar dúvidas.

Seriam realizados dois (2) encontros com os pais e/ou responsáveis das crianças, a princípio seria um encontro em dezembro/2017 e outro em janeiro/2018, mas devido as férias das crianças e o relato dos pais que no mês de janeiro muitos iriam viajar, foi realizados os dois encontros em dezembro/2017. No levantamento inicial identificou-se um total de 52 crianças, entretando, 6 família mudaram-se, não estando mais na área de abrangência. Sendo assim, nosso total ficou em 46 crianças de 0 a 12 anos atendidos no período de janeiro a outubro de 2017. Destes, compareceu nos encontros, quarenta e dois (42) pais e/ou responsável pelas crianças , sendo no primeiro encontro trinta e seis (36) pais e sete (7) responsáveis. E, no segundo encontro, houve falta de 5 (cinco) pais.

No total destas 46 crianças, verificou – se que 39% (18) crianças eram do sexo feminino e 62%(28) crianças do sexo masculino. Sendo de 0 a 28 dias total de uma (1), 29 dias a 2 anos - (2) duas crianças, no pré – escolar, 2 a 6 anos- (32) trinta e duas crianças e no período escolar de 6 a 12 anos (11) onze crianças, perfazendo dessa forma, em relação a idade, 6 % das crianças pertenciam a fase lactente, 70 % se encontravam na fase pré – escolar, 24 % estavam na fase escolar. Para a classificação das crianças, conforme a idade, foi utilizada a divisão proposta pelo Ministério da Saúde ([SAÚDE, 2017c](#)).

As doenças que mais prevaleceu foi o resfriado comum 26 casos (56,5%), amigdalite com 12 casos (27 %), bronquite aguda – 6 casos (13%) e a rinite com 2 casos (4 %). O resfriado possui como causas predisponentes: convívio ou contágio ocasional com pessoas infectadas, desnutrição, clima frio ou úmido, condições da habitação e dormitório da criança, quedas bruscas e acentuadas da temperatura atmosférica, susceptibilidade individual, relacionada à capacidade imunológica. As amigdalites são frequentes na faixa etária de 3 a 6 anos, seu quadro clínico assemelha -se a um resfriado comum. As bronquites agudas caracterizadas por tosse e aumento da secreção mucosa dos brônquios, acompanhada ou não de febre, predominando em idades menores .A rinite geralmente causada

por alergia respiratória. Possui como fatores predisponentes: episódios muito frequentes de resfriado, crianças de pais fumantes; diminuição da umidade relativa do ar.

No primeiro encontro foi realizado o acolhimento dos mesmos, junto com a enfermeira e Agente Comunitária de Saúde, abordando orientações de fatores higiênicos como: lavagem das mãos, higiene corporal e bucal, limpeza dos domicílios. Apresentando também, em linguagem simples, a fisiologia de cada infecção e a prevenção, bem como cuidado com a criança quando estiver adoecida, sinais e sintomas de alerta para busca a consulta médica.

No segundo encontro, foi abordado sobre a transmissão e uso correto dos medicamentos, algumas orientações de cuidados como aliviar o quadro clínico apresentado pela criança, que não seja medicamentoso. Em ambos, foi realizado uma roda de conversa para elucidar as dúvidas dos pais e/ ou responsável quanto os temas abordados, a mesma durou mais que o esperado, surgindo várias dúvidas entre os participantes.

Dentre as dúvidas, a mais comum foi com relação ao alívio da angústia dos pais quanto a crise noturna e como prevenir para que a doença não seja recessiva. Para que ocorra a diminuição das incidências das doenças respiratórias agudas, alguns fatores importantes devem ser abordados como: controle ambiental, procurando afastar elementos alergênicos; higiene alimentar e o vínculo entre paciente/ família e equipe de saúde para esclarecimento das dúvidas ao cuidado com a criança. Durante uma crise a criança precisa de um respaldo medicamentoso para interferir na sintomatologia e de uma pessoa segura e tranquila ao seu lado. Pensando nisso foi elaborado um plano de cuidado \intervenções e entregue aos pais e ou responsáveis e orientações com os cuidados com o ambiente para o controle das infecções respiratórias agudas.

Com essa intervenção juntamente aos pais das crianças e adolescente ficou claro a necessidade nas consultas médicas e de enfermagem, abordar itens fundamentais, como a dar atenção à queixa principal; revisar os problemas já apresentados; enfatizar a prevenção e a promoção oportunas e estimular a mudança de hábito na busca por cuidado. É fundamental que o profissional de saúde, a família e a criança estabeleçam uma relação de confiança ao longo do acompanhamento da criança.

Segue abaixo o Plano de Cuidado/ Intervenção que foi elaborado e distribuídos aos pais/ responsáveis:

Plano de Cuidado / Intervenção

ESF BELA VISTA

- Proporcionar ambiente umidificado, colocar uma bacia com água no quarto, no tempo seco;
- Posicionar para prevenir aspiração;
- Para fluidificar as secreções: aumentar oferta de líquido, inalação com soro fisiológico estéril, conforme orientação médica;

-
- Para mobilizar as secreções: estimular a tosse;
 - **Para remover as secreções nasais:**
 - Instilar 0,5-1,0 ml de SF morno nas narinas;
 - Limpar as narinas com cotonete, papel absorvente ou pano macio e limpo;
 - Estimular espirro;
 - Ensinar a criança a assoar o nariz;
 - **Para estimular a hidratação:**
 - Oferecer líquidos frequentemente;
 - Líquidos de boa aceitação por parte da criança;
 - Líquidos nutritivos e calóricos: sucos, gelatinas, caldos de legumes, carne ou galinha;
 - Usar brincadeiras para estimular a aceitação;
 - **Para estimular o repouso e conforto**
 - Garantir maiores períodos de repouso;
 - Posicionar com tórax elevado e manter alinhamento do corpo.;
 - Manter roupas confortáveis;
 - Fracionar alimentação, oferecendo menores volumes em intervalos mais curtos;
 - Em crise, manter a criança em repouso;
 - **Para prevenir infecção cruzada**
 - Manter a criança em ambiente ventilado;
 - Lavar as mãos;
 - Usar lenço descartável e objetos pessoais individualizados;
 - Proteger a boca quando tossir e espirrar;
 - Encorajar respiração e tosse profundas;
 - Tomar os medicamentos corretamente, conforme prescrição médica, dosagem certa, horário certo;
 - Higienizar brinquedos compartilhados com outras crianças diariamente;

- Dormir em quarto/cama separada;
- Monitorar sinais de infecção, como piora do quadro e surgimento ou piora de febre;
- **Em caso de febre**
- Até 38,0°C dar banho, de preferência de imersão, morno (por 15 minutos);
- Aplicar compressa com água morna e álcool nas regiões inguinal e axilar; retirar excessos de roupa;
- Se ultrapassar este valor oferecer antitérmico recomendado pelo médico;

Cuidados com o ambiente para o controle das infecções respiratórias Agudas

- Quanto ao Dormitório da criança :
- Manter arejado;
- Mobiliário mínimo e de material de fácil limpeza;
- Evitar tecidos; cama e travesseiro revestidos de material sintético (poliéster);
- Lençóis e cobertores lavados semanalmente;
- Quanto a limpeza da casa:
- Com a criança ausente;
- Diária;
- Pano úmido em água (água sanitária);
- Aspirar a casa, nunca VARRER;
- Janelas fechadas nas estações polínicas (pólio);
-
- Quanto aos Aparelhos:
- Ar condicionado e umidificadores são contraindicados;
- Desumidificadores indicados;
- Quantas as Plantas em casa:
- Vasos/xaxim fora de casa;

- **Eliminar o cigarro**, a fumaça no interior da casa, o cigarro é um dos vilões para a complicação das infecções respiratórias, faz tanto mal a quem fuma como a quem está ao lado.

Referências

- AMORIM, J. R. G. Relação entre variáveis meteorológicas e doenças respiratórias (asma e bronquite) em crianças na cidade macapá- ap. Macapá, n. 55, 2014. Curso de CURSO DE CIÊNCIAS AMBIENTAIS, Departamento de DEPARTAMENTO DE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO, UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ. Citado na página 21.
- CAMPOS, J. D. dos. *Bronquite é responsável por mais de 86 mil internações*. 2012. Disponível em: <<http://www.diariodoscamos.com.br>>. Acesso em: 19 Nov. 2017. Citado na página 19.
- CARDOSO, A. M. A persistência das infecções respiratórias agudas como problema de saúde pública. *Caderno de Saúde Pública*, p. 1270–1271, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- DATASUS. *Pneumonia é a maior responsável pelas hospitalizações de acordo com relatório do sistema do DATASUS*. 2014. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br>>. Acesso em: 19 Nov. 2017. Citado na página 17.
- FMP, F. M. do P. *O atlas das Infecções Respiratórias Agudas*. Nova Iorque: Fundação Mundial do Pulmão, 2010. Citado 4 vezes nas páginas 15, 17, 18 e 21.
- IG, S. *Infecções Respiratória*. 2010. Disponível em: <<http://saude.ig.com.br>>. Acesso em: 02 Nov. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 19.
- INTERNACIONALES, F. de las S. R. *El impacto global de la Enfermedad Respiratoria*. México: Asociación Latinoamericana de Tórax, 2017. Citado na página 18.
- KAKITANI, M. T. et al. Morbidade por doenças respiratórias em pacientes hospitalizados em são paulo/ sp. *Rev Assoc Med Bras*, v. 51, p. 209–213, 2005. Citado na página 16.
- LIFE, N. M. *Epidemiologia da Pneumonia*. 2015. Disponível em: <<https://www.news-medical.net>>. Acesso em: 19 Nov. 2017. Citado na página 18.
- MCMICHAEL, A. J. *Climate change and human health*. Geneva: WHO Library, 2003. Citado na página 15.
- MONTEIRO, C. C. et al. Monitorio de vírus respiratórios en la región metropolitana de belo horizonte, 2011-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, p. 233–242, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 22.
- MS, M. da S. *Boletim Epidemiológico*. 2015. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br>>. Acesso em: 03 Nov. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 19.
- MS, M. da S. *Sistema de Informações Hospitalares do SUS(SIH/SUS)*. 2017. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br>>. Acesso em: 30 Out. 2017. Citado na página 16.
- NET, M. *Faringite*. 2017. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br>>. Acesso em: 02 Dez. 2017. Citado na página 19.

- OMS. *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. 2012. Disponível em: <<http://www.paho.org/hq/>>. Acesso em: 07 Nov. 2017. Citado 3 vezes nas páginas 18, 19 e 21.
- OMS, O. M. da S. *Da carga às “melhores compras”: reduzindo o impacto econômico das doenças não transmissíveis em países de baixa e média renda*. 2013. Disponível em: <<http://www.paho.org/bra/>>. Acesso em: 24 Out. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- OMS, O. M. da S. *Poluição do ar*. 2017. Disponível em: <<http://www.paho.org>>. Acesso em: 05 Nov. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 19.
- PITREZ, P. M. C. Infecções agudas das vias aéreas superiores – diagnóstico e tratamento ambulatorial. *Jornal de Pediatria*, p. 77–86, 2003. Citado na página 20.
- SAÚDE, B.-M. da. *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2004. Citado na página 21.
- SAÚDE, M. da. *Manual de Normas para Controle e Assistência das Infecções Respiratórias Agudas*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Citado na página 20.
- SAÚDE, M. da. *AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância*. Brasília: Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 2002. Citado 2 vezes nas páginas 20 e 21.
- SAÚDE, M. da. *Acolhimento á demanda Espontânea: Queixas mais comuns na atenção básica*. Brasília: Cadernos de Atenção Básica, 2012. Citado na página 20.
- SAÚDE, M. da. *Amigdalite*. 2017. Blog da Saúde. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br>>. Acesso em: 01 Dez. 2017. Citado na página 20.
- SAÚDE, M. da. *Assistência e Controle das Infecções Respiratórias Agudas*. 2017. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 02 Dez. 2017. Citado na página 21.
- SAÚDE, O. P. A. da. *Melhorando a Saúde das Crianças- AIDIP, o enfoque integrado*. 2017. Disponível em: <<http://www.paho.org>>. Acesso em: 01 Dez. 2017. Citado na página 25.
- SOUSA, C. A. de et al. Doenças respiratórias e fatores associados: estudo de base populacional em são paulo, 2008-2009. *Revista Saúde Pública*, p. 1–14, 2010. Citado na página 19.
- SOUZA, A. de et al. Potenciais impactos da variabilidade climática sobre a morbidade respiratória em crianças, lactentes e adultos. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 38, p. 708–715, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 21.