

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ATENDIMENTO PEDIÁTRICO NA ÁREA SUS

GONÇALVES, Luana Pavanello 1*;

SCHUTZ, Diuliany 2*.

¹ Acadêmica do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Assis Gurgacz; ² Docente dos cursos de Fisioterapia e Estética do Centro Universitário Assis Gurgacz de Cascavel – PR (FAG).

*Autor correspondente: diuliany@hotmail.com

RESUMO

O objetivo deste estudo é analisar o perfil epidemiológico de crianças e adolescentes de 0 a 12 anos, atendidos em Hospital do SUS, com o objetivo de monitorar o atendimento de crianças no SUS. Método: Estudo pesquisa documental de revisão bibliográfica os resultados foram avaliados por análise estatística descritiva. Resultados: Analisados, 48,3% eram pacientes do sexo feminino, 55% dos pacientes tinham idade entre 0 e 4 anos. A maioria das crianças (95%) veio por demanda espontânea. Durante esse período, 41% da população de 0 a 12 anos procurou apenas esse tipo de assistência à saúde. As doenças mais prevalentes foram as respiratórias, com incidência de 48,5% no outono e inverno. Conclusões: Os resultados mostraram uma triste realidade, com alta demanda espontânea de crianças de zero a quatro anos para atendimento de emergência pediátrica. A maioria dos pacientes não recebeu atendimento prévio de outros médicos. A situação da rede de saúde indica a necessidade de medidas urgentes para fortalecer a assistência básica para os centros básicos de saúde e médicos de família.

Palavras-chave: atendimento de emergência; perfil de saúde; serviço de emergência; saúde infantil; Sistema Único de Saúde.

1. INTRODUÇÃO

Os objetivos de descentralizar e hierarquizar o atendimento pediátrico não foram tão bem-sucedidos quanto o esperado, uma vez que ainda há alta demanda por serviços de atendimento de emergência pediátrica no SUS. Essa superlotação de serviços destaca as dificuldades do sistema em alcançar a meta de fornecer acesso universal, igual e descentralizado aos cuidados de saúde. (GONÇALVES e MORAES, 2015).

O sistema precário de referência e contrarreferência é um fator determinante para o alto número de consultas em unidades de pronto atendimento. Poucas pessoas preferem procurar um centro de saúde básico quando seu filho está doente e a maioria utiliza

serviços de emergência, o que é justificado por gostar / confiar nos profissionais, pela acessibilidade geográfica, pela velocidade e qualidade do serviço, pela experiência pessoal anterior e por resolução. (GONÇALVES e MORAES, 2015).

O ambiente dos serviços de emergência é caracterizado pela aglomeração de pacientes, o que leva à pressão do tempo e interfere diretamente no atendimento pediátrico; portanto, é necessário desenvolver processos que permitam estabelecer uma conexão adequada entre as unidades de pronto atendimento e o local mais próximo da população de uma determinada localidade, a fim de garantir uma admissão rápida e eficiente (GOVE, 1997)

Em *New Haven, Connecticut*, o vínculo entre os serviços básicos de saúde e os departamentos de atendimento de emergência destaca a importância da comunicação entre médicos e equipes de ambos os serviços, para que os pacientes sejam encaminhados apenas quando necessário, resultando em encaminhamento e contra referência adequados sistema. (GOVE, 1997)

Quanto à pirâmide de referência e contra-referência recomendada no Brasil, segundo a qual o paciente seria primeiro atendido em uma unidade básica de saúde e depois encaminhado para centros de atenção secundária e terciária, vale ressaltar que, na prática, aqueles que dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) - que representa cerca de 80% da população - precisa montar seu “cardápio” de serviços por sua conta e risco, buscando os cuidados de que precisam sempre que possível. (GOVE, 1997)

As pessoas acessam o sistema da maneira mais fácil ou possível. Não é de surpreender que os cuidados de saúde sejam uma das principais preocupações do “cidadão comum”. Houve propostas para quebrar as barreiras do lado da demanda ao acesso aos serviços de saúde nos países em desenvolvimento (GRAHAM, 2010)

De acordo com o conceito de "acolhimento do usuário", os clientes de serviços de saúde são o centro da organização dos serviços de saúde, incluindo os seguintes: atendimento a todos que os procuram, garantindo assim a acessibilidade universal; e reorganização do processo de trabalho, de modo que seu impulso central seja transferido do médico para a equipe multiprofissional, ou "equipe de acolhimento do usuário", encarregada de ouvir os usuários e se envolver na solução de seus problemas de saúde. (GRAHAM, 2010)

As barreiras organizacionais são razões importantes pelas quais a população prefere procurar serviços de urgência e emergência. Existem exemplos de estudos brasileiros, como os realizados em Volta Redonda, estado do Rio de Janeiro, na sala de emergência do Instituto Materno Infantil de Pernambuco e no Hospital Menino Jesus, estado de São Paulo. Rio de Janeiro, mostrando que a população procura primeiro os chamados serviços de emergência, e não os serviços básicos de saúde. O uso de um sistema de informação nos serviços de emergência proporcionou uma visão geral do fluxo de pacientes no SUS, a fim de avaliar suas distorções. (GONÇALVES e MORAES, 2015).

Um estudo realizado em Belo Horizonte, Brasil, analisou a necessidade atual de os pacientes procurarem atendimento de emergência. Tais questões, que retratam a vulnerabilidade da população pediátrica, não podem ser ignoradas quando se considera a reorganização da rede hierárquica de saúde. (GRAHAM, 2010)

A população pediátrica, isso é crianças até 12 anos, se diferenciam dos demais por possuírem uma necessidade de atenção maior devido ao seu estágio de desenvolvimento, tanto motor, como cognitivo e intelectual; precisando assim de serviços especializados e apropriados a idade, habilidade cognitiva, bagagem cultural e circunstâncias familiares. Diante dessa ótica, todo e qualquer tratamento e procedimento hospitalar deve ser repensado e planejado de forma a eliminar fatores de riscos e fazer com que a experiência hospitalar se torne menos traumática (GONÇALVES e MORAES, 2015).

Dessa forma, o trabalho se justifica devido a importância da avaliação do atendimento prestado, de forma que perante a revisão bibliográfica, há de se medir o índice de pacientes; além de traçar um perfil médico importante sobre as patologias mais aparentes e correlacionar tais dados com as idades dos pacientes e tratamentos aplicados.

A problemática a ser tratada se resume na seguinte indagação: qual o perfil epidemiológico de atendimento pediátrico em hospital do Sistema Único de Saúde?

Como hipóteses dessa pergunta, temo que o perfil de atendimento demonstrará que as patologias mais comuns que ensejam as visitas médicas são as gastrointestinais, respiratórias e dermatológicas e; o perfil de atendimento será igualmente distribuído entre crianças do sexo feminino e do sexo masculino.

O objetivo geral deste estudo é compreender o perfil epidemiológico de atendimento pediátrico em hospital SUS demonstrando as principais patologias identificadas. Já os objetivos específicos são: compreender a importância da avaliação

quanto as patologias atendidas na instituição; Identificar, perante a literatura especializada, as principais patologias encontradas em crianças nos hospitais do SUS e; traçar dados bibliográficos sobre as doenças e idade das crianças, identificando o perfil dos pacientes atendidos.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Apesar do imenso avanço da tecnologia e da medicina, observado nas últimas décadas, doenças infecciosas e deficiências nutricionais ainda são responsáveis por mais de 11 milhões de mortes infantis a cada ano no mundo, com a maioria dessas mortes ocorrendo nos países em desenvolvimento. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995).

Segundo o Relatório Mundial de Saúde (1999), as principais doenças causadoras de mortalidade em crianças no mundo são pneumonia, diarreia, malária, sarampo e desnutrição, que podem ser tratadas e prevenidas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1999).

A análise de indicadores de saúde de diferentes países e regiões, bem como séries históricas da mesma população, demonstrou uma relação evidente entre fatores socioeconômicos e condições de saúde, principalmente no que se refere à saúde infantil (UNICEF, 2001), entre os fatores que contribuem à rápida disseminação de doenças, dificultando o controle de doenças mais prevalentes na infância, incluem condições de vida inadequadas, que incluem falta de água potável, falta de higiene e aglomeração, fatores característicos dos países com maior índice de doenças infantis (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE) / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

As doenças respiratórias são as doenças mais frequentes na infância, afetando um grande número de crianças, de todos os níveis socioeconômicos e em diversas ocasiões. Nas classes sociais mais pobres, as infecções respiratórias agudas ainda são um importante causa de morte em crianças pequenas, principalmente com menos de um ano de idade. Os fatores de risco para morbimortalidade são baixa idade, condições socioeconômicas precárias, desnutrição, déficit no nível de educação dos pais, poluição ambiental e assistência médica de baixa qualidade (SIGAUD, 1996).

No Brasil, as doenças respiratórias são um importante problema de saúde pública. Somente em 2002, segundo dados da Secretaria Estadual de Análise de Dados (SEADE), a mortalidade proporcional por causas respiratórias foi de 12%, ocupando o quarto lugar entre as sete principais causas. Nesse ano, as doenças respiratórias foram responsáveis por 12% das internações, segunda posição, atrás apenas das gestações por nascimento (SPPT, 2007).

A Divisão de Saúde e Desenvolvimento Infantil da OMS, em conjunto com outros dez programas da OMS e o UNICEF, em busca de alternativas para superar as dificuldades apresentadas, desenvolveu uma proposta voltada para a criança com essas doenças, denominada Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (IMCI), (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997).

A estratégia da AIDPI visa, portanto, reduzir a mortalidade infantil e contribuir significativamente para o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças, especialmente aquelas que vivem em países e regiões menos desenvolvidos. Assim, a estratégia da AIDPI busca integrar os vários fatores envolvidos na saúde infantil, como, por exemplo, medicamentos e vacinação (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

Nesse sentido, é necessário ter conhecimento sobre as doenças prevalentes na infância, a fim de buscar um manejo mais eficaz da combinação de fatores que ameaçam a saúde da criança, exigindo, portanto, inovação e mudança.

3. METODOLOGIA

A metodologia escolhida para o presente estudo é de revisão bibliográfica objetivos descritiva e exploratória (OLIVEIRA, 2011), de forma primária e secundária, realizada por meio de delineamento de pesquisas bibliográficas, como artigos e demais publicações acerca do perfil epidemiológico de pacientes pediátricos; e ademais, há de se fazer a leitura e traçar o perfil epidemiológico de atendimento pediátrico em hospital.

Para isso, a pesquisa será baseada em estudos de autores, como por exemplo Monica Cardoso Façanha (SCIELO) e Leandro Luiz Giatti (SCIELO) entre outros pensadores que elaboraram trabalhos pertinentes ao assunto, foi definido como critério de inclusão: artigos publicados entre os anos de 2000 e 2018, artigos que descrevem com maior

detalhamento o perfil de atendimento a emergência, perfil de saúde, serviço de emergência, saúde infantil e Sistema Único de Saúde.

Foram inseridos neste estudo artigos que apresentassem descritores como: Saneamento básico, doenças da infância, nutrição e enfermagem pediátrica. Para as pesquisas na base SCIELO, não foi limitado idioma na tentativa de obter quantidade relevante de referencial teórico bibliográfico, detectado que as publicações em português eram as que mais continham informações relevantes ao estudo.

Conforme os critérios de inclusão, leitura exploratória; leitura seletiva e a escolha do material que se ajustam aos objetivos e tema deste estudo; leitura analítica e análise dos textos e artigos, finalizando com a realização de leitura interpretativa e fornecimento de informações, esclarecimentos, propiciando a melhora no atendimento vinculadas as instituições e futuros dos pacientes. Após estas etapas, constituiu-se continuidade ao corpus referente a revisão bibliográfica.

4. ANÁLISES E DISCUSSÕES

Dos 50 artigos, revistas e sites encontrados na busca inicial, foram selecionados 17 para leitura e fichamento desta revisão a abordarem as características conveniente ao artigo perfil epidemiológico. Dos 33 artigos, revistas e sites não se inseriram ao artigo aqui proposto. Todos os artigos selecionados referiam-se a publicações brasileiras apresentado. Foram analisados os dados de um número considerável de pacientes. Entre os artigos analisados 48% eram de pacientes do sexo feminino 52% de pacientes do sexo masculino, com idades entre 0 e 12 anos. As faixas etárias que apresentaram maior demanda em hospitais da rede pública foram de 0 a 4 anos (55%), 5 a 9 anos (32%), 10 a 12 anos (13%).

Cabe ressaltar um estudo realizado por Moreira, Gomes e Sá (2014), que trouxe a avaliação das doenças classificadas de acordo com a CID 10 mostrou que as doenças mais prevalentes foram as doenças respiratórias (código J - capítulo 10), responsáveis por 48,5% das doenças durante todo o período do estudo dos autores. O segundo código de CID mais prevalente foi o referente a sintomas, sinais e achados clínicos e laboratoriais anormais, não classificados em outra parte (código R - capítulo 18), que corresponderam a 11,2% das consultas. Assim, observou-se uma grande diferença entre a porcentagem

dos códigos J e R, o que indica alta prevalência de doenças respiratórias em crianças assistidas por este atendimento. Devido à dificuldade de compreensão dos dados, houve um alto percentual (3,4%) de diagnósticos atribuídos à categoria “outros”.

Ao estudar qualquer site de uma rede de saúde de uma localidade, é possível inferir a situação da rede do sistema de saúde e como ela está interconectada. Estudo da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Brasil (UE-HC) mostra que, após a implementação de medidas para controlar a demanda por regulamentação médica em 2000, essa unidade conseguiu equacionar o número de consulta e taxa de ocupação, levando o UE-HC a se tornar um centro de referência para casos de alta complexidade e a formar e qualificar profissionais que lidam com emergências. (MOREIRA; GOMES; SÁ, 2014).

Quanto às faixas etárias, a faixa etária com maior frequência de uso foi de 0 a 4 anos, seguida de 5 a 9 anos, considerando uma distribuição próxima a 25% para cada faixa etária, segundo o IBGE. Ou seja, os bebês são aqueles com maior demanda em prontos socorros não só no hospital em estudo, mas também em outras localidades, confirmando dados de vários estudos que avaliaram a utilização dos diferentes serviços de saúde (primário, secundário e terciário) por crianças em idade pré-escolar, principalmente de 0 a 2 anos. (GOVE, 1997)

Asma, rinite, pneumonia (IVAS) são exemplos de doenças respiratórias mais comuns em crianças. Percebemos que as doenças respiratórias são uma das principais razões pelos quais as mães levam seus filhos à unidade básica de saúde (UBS) e, é de fundamental importância que o profissional de saúde esteja capacitado para o atendimento dessa demanda. Conforme dados da Organização Mundial de Saúde, no Brasil, 13,2% dos óbitos foram crianças até cinco anos causadas por pneumonia (2000). A asma é a doença crônica mais comum na infância de grande intensidade e conhecimento sobre avanços no campo fisioterapêutico onde foram traçados nos últimos anos, tornando necessária a constante atualização da equipe multiprofissional.

De acordo com Graham (2010), infecções respiratórias agudas entre 1980 e meados da década de 1990 em países em desenvolvimento causaram 25 a 33% de todas as mortes nos primeiros cinco anos de vida. Após esse período e início do ano 2000, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que 8% de todas as mortes em países desenvolvidos e 5% em países em desenvolvimento são por doenças respiratórias,

comprovando a importante participação dessas doenças na morbidade e mortalidade da população mundial.

Em 2007, as infecções respiratórias foram a causa de 30% das mortes infantis nos países em desenvolvimento. Cerca de 90 a 95% dos distúrbios do trato respiratório superior e parte daqueles no trato inferior são causados por vírus e outros agentes não bacterianos. Entre os fatores de risco para doenças respiratórias, destaca-se a faixa etária, sendo os mais jovens os mais acometidos. O pico da doença ocorre entre os seis e os 24 meses de idade e diminui após esse período. (GRAHAM, 2010).

Segundo dados divulgados pela OMS, cerca de 13 milhões de crianças menores de cinco anos morrem anualmente em todo o mundo por doenças do aparelho respiratório e 95% das mortes ocorrem em países em desenvolvimento. No Brasil, as doenças do aparelho respiratório foram responsáveis por 40% de todas as internações entre 1998 e 2007 em crianças de zero a quatro anos, enfatizando a importância dessas condições para a comunidade e para o planejamento dos gastos governamentais. (GRAHAM, 2010)

Em relação às IVAS (Infecções de Vias Aéreas Superiores), a preocupação atual se refere ao excesso de antibióticos resultando em taxas crescentes de resistência bacteriana. As infecções respiratórias agudas mais frequentes no nosso meio constituem os resfriados comuns, faringoamigdalites, otites, sinusites e pneumonias. Na maior parte das vezes, dispõe etiologia viral, entre alguns casos, especialmente na pneumonia, a presença de bactérias deve ser apontada. Além disso, estabelece uma das principais causas de demanda por consultas e internações na faixa etária pediátrica. (MOREIRA; GOMES; SÁ, 2014).

A prevenção das IVAS relaciona-se com a promoção da saúde integral da criança, evitando-se a desnutrição, a prematuridade, o tabagismo passivo, promovendo o aleitamento materno, a vacinação e melhorando as condições de vida da população.

De acordo com os dados, verificou-se que a maioria dos pacientes atendidos vinha de bairros densamente povoados. Por outro lado, as principais doenças relatadas foram as relacionadas a problemas respiratórios (CID 10 - J) no outono e inverno, coincidindo com o período de clima frio e baixa umidade do ar, semelhante ao relatado em outras localidades. (GOVE, 1997)

Com uma demanda espontânea de 95%, esses resultados suscitam grandes preocupações, pois demonstram que a rede de saúde está desfigurada. Em outros estados brasileiros, as taxas de demanda variaram em faixas mais baixas, por exemplo: 35% em Mato Grosso do Sul, 33% em Londrina, 71% no Hospital Infantil de Pernambuco e 57% em Hospital Municipal de Jesus, estado do Rio de Janeiro. (SOCIEDADE PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007).

Barreiras organizacionais são importantes razões pelas quais a população prefere procurar serviços de emergências, principalmente quando a triagem não prioriza crianças nem emprega práticas focadas no risco. Ou seja, os resultados aqui obtidos permitem inferir a situação de saúde, fornecendo uma visão geral desse sistema, ou seja, um guia mostrando como a rede restante está funcionando e demonstrou a necessidade de estabelecer detalhes sobre o atendimento em pediatria com gestores de saúde e o público para a melhoria efetiva da qualidade da assistência de emergência. (GOVE, 1997)

Também é interessante mencionar a experiência do *Children's Hospital of Michigan*, que conseguiram reduzir o tempo de internação no pronto-socorro em 83% e também reduzir o tempo de permanência no local em 48%, eliminando as filas de espera.

Apesar do imenso avanço da tecnologia e da medicina, observado nas últimas décadas, doenças infecciosas e deficiências nutricionais ainda são responsáveis por mais de 11 milhões de mortes infantis a cada ano no mundo, com a maioria dessas mortes ocorrendo nos países em desenvolvimento. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995).

Segundo o Relatório Mundial de Saúde (1999), as principais doenças causadoras de mortalidade em crianças no mundo são pneumonia, diarreia, malária, sarampo e desnutrição, que podem ser tratadas e prevenidas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1999).

A análise de indicadores de saúde de diferentes países e regiões, bem como séries históricas da mesma população, demonstrou uma relação evidente entre fatores socioeconômicos e condições de saúde, principalmente no que se refere à saúde infantil (UNICEF, 2001), entre os fatores que contribuem à rápida disseminação de doenças, dificultando o controle de doenças mais prevalentes na infância, incluem condições de vida inadequadas, que incluem falta de água potável, falta de higiene e aglomeração, fatores característicos dos países com maior índice de doenças infantis

(ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

As doenças respiratórias são as doenças mais frequentes na infância, afetando um grande número de crianças, de todos os níveis socioeconômicos e em diversas ocasiões. Nas classes sociais mais pobres, as infecções respiratórias agudas ainda são um importante causa de morte em crianças pequenas, principalmente com menos de um ano de idade. Os fatores de risco para morbimortalidade são baixa idade, condições socioeconômicas precárias, desnutrição, déficit no nível de educação dos pais, poluição ambiental e assistência médica de baixa qualidade (SIGAUD, 1996).

No Brasil, as doenças respiratórias são um importante problema de saúde pública. Somente em 2002, segundo dados da Secretaria Estadual de Análise de Dados (SEADE), a mortalidade proporcional por causas respiratórias foi de 12%, ocupando o quarto lugar entre as sete principais causas. Nesse ano, as doenças respiratórias foram responsáveis por 12% das internações, segunda posição, atrás apenas das gestações por nascimento (SOCIEDADE PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007).

A Divisão de Saúde e Desenvolvimento Infantil da OMS, em conjunto com outros dez programas da OMS e o UNICEF, em busca de alternativas para superar as dificuldades apresentadas, desenvolveu uma proposta voltada para a criança com essas doenças, denominada Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (IMCI), (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997).

A estratégia da AIDPI visa, portanto, reduzir a mortalidade infantil e contribuir significativamente para o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças, especialmente aquelas que vivem em países e regiões menos desenvolvidos. Assim, a estratégia da AIDPI busca integrar os vários fatores envolvidos na saúde infantil, como, por exemplo, medicamentos e vacinação (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

Nesse sentido, é necessário conhecer mais sobre as doenças prevalentes na infância, a fim de buscar um manejo mais eficaz da combinação de fatores que ameaçam a saúde da criança, exigindo, portanto, inovação e mudança.

Isso foi possível graças ao uso de modelos de simulação individuais ou de pequenos grupos para prever rotas de intervenção antes que as mudanças sejam implementadas. Esse é o objetivo a ser alcançado nas cidades brasileiras, que lida diariamente com a triste

realidade de superlotação, falta de classificação de risco do paciente e ausência de criação de uma forte rede entre os centros de atenção básica e terciária.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostraram uma triste realidade, com alta demanda espontânea de crianças de zero a quatro anos para atendimento de emergência pediátrica. A maioria dos pacientes não recebeu atendimento prévio de outros médicos. A situação da rede de saúde indica a necessidade de medidas urgentes para fortalecer a assistência básica para os centros básicos de saúde e médicos de família.

Soube-se que a doença que prevalece são as de natureza respiratória. Quando a isso, afim de cumprir um dos objetivos da pesquisa.

Todos os aspectos citados, relativos à eficácia, efeitos adversos e peculiaridades do tratamento respiratório em crianças, poucas vezes são avaliados com objetividade, pela complexidade dos casos internados em terapia intensiva, e pela falta de padronização no tratamento.

Porém, há a necessidade dessa avaliação, que pode auxiliar na redução da morbidade e mortalidade dos pacientes, especialmente dos recém-nascidos em tratamento intensivo, com redução do tempo de hospitalização e custos hospitalares. Por estes motivos foi realizada a presente revisão bibliográfica baseada em evidências, afim de compreender o perfil epidemiológico na área SUS, e assim se desenvolver soluções para as problemáticas resultantes do estudo, integrando todas as áreas da saúde.

Como visto, há uma relação direta e muito forte entre a frequência de doenças infecciosas relacionadas ao saneamento e fatores socioeconômicos. As crianças com idade escolar representam a maioria dos afetados, com graves consequências ao seu crescimento e desenvolvimento físico e mental.

REFERÊNCIAS

AIDPI: **A abordagem integrada**. Série HCT / AIEPI 38-p. Washington, DC, 2000.

BAKONYI, Sonia Maria Cipriano et al. Poluição atmosférica e doenças respiratórias em crianças na cidade de Curitiba, PR. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, p. 695-700, 2014.

BORGES, João Tito, **saneamento e suas interfaces com os córregos de Manaus**, T&C Amazônia, ano IV, n. 9, agosto de 2016 Perspectiva Amazônica - Santarém v.1 n.1 p.66-72 jan 2011

FAÇANHA, Monica Cardoso. Doenças respiratórias agudas nos serviços de saúde entre 1996 e 2001, Fortaleza, Ceará, **Revista de Saúde Pública**, volume 38 n 3, São Paulo, junho de 2014.

GIATTI, Leandro Luiz. Condições Básicas de Saneamento em Iporanga, Estado de São Paulo **Revista de Saúde Pública**, vol.38 n 4, São Paulo, agosto de 2014.

GOVE Ao grupo de trabalho da OMS sobre **diretrizes para atendimento integrado de doenças da infância por profissionais de saúde ambulatoriais**: health.organ mundo técnico básico e averview.bull 1997: 75 (suppl1): 7-24.

GRAHAM, N.M.H, 2010. A epidemiologia das infecções respiratórias agudas em crianças e adolescentes: uma perspectiva global. **Revisões epidemiológicas**, 12: 149-178.

MONTEIRO, C. A.; BENÍCIO, M. H. D'A. & CHIEFFI, P. P., 1988. Doenças. In: **Saúde e Nutrição de Crianças** de São Paulo (C. A. Monteiro, ed.), P.117-141, São Paulo: Ed. Hucitec, Ed. Da Universidade de São Paulo.

MOTTA, Macia Eugênia Faria. **O peso ao nascer influencia o estado nutricional ao final do primeiro ano de vida-Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro) Vol.81 n.5, PortoAlegre, set / out 2015.

OMS, **Divisão de doenças intestinais e respiratórias agudas. Controle de Doenças. Manejo integrado da criança doente**. Organização Mundial da Saúde 1995; 73: 735-740. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Melhorar a saúde das crianças.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. World Health Report 1999 **fazendo a diferença**. Geneve, OMS, 1999.

PEDRAZA, Dixis Figueroa; QUEIROZ, Daiane de; SALES, Márcia Cristina. Doenças infecciosas em crianças pré-escolares brasileiras assistidas em creches. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 511-528, 2014.

PINA, Juliana Coelho. **Contribuições da estratégia Atenção integrada às doenças prevalentes na infância no acolhimento de crianças menores de cinco anos.** Acta Paul Enferm, 2018.

PRIETSCH, Silvio O.M. Doenças agudas das vias aéreas inferiores em crianças menores de cinco anos: influência do ambiente doméstico e tabagismo materno. **Revista de Pediatria**, Rio de Janeiro 2002.

SIGAUD, C.H.S.; VERÍSSIMO, M.L.R. **Enfermagem Pediátrica:** cuidados de enfermagem a crianças e adolescentes. São Paulo: Pedagógica e Universidade, 1996.

TORRES, Wilma da Costa. O conceito de morte em crianças portadoras de doenças crônicas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 18, n. 2, p. 221-229, 2012.

VICTORA, C. G.; SMITH, P.G. & VAUGHAN, J.P., 1989a. **Epidemiologia da desigualdade.** 2ª ed., São Paulo: ed. Hucitec, Ed., Universidade de São Paulo.