INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR PNEUMONIA EM CRIANÇAS NA PARAÍBA

NOME DO ALUNO: MICHELE SAMARA SOUZA FARIA

ORIENTADOR: PROF. ME. CÉLIO DINIZ MACHADO NETO

PATOS – PB

2026.1

MICHELE SAMARA SOUZA FARIA

INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR PNEUMONIA EM CRIANÇAS NA PARAÍBA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação de Trabalho de Conclusão de Curso do Centro Universitário de Patos - UNIFIP, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em fisioterapia pela referida instituição.

Orientador:

Prof. Me. Célio Diniz Machado Neto

PATOS – PB
2026

MICHELE SAMARA SOUZA FARIA

INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR PNEUMONIA EM CRIANÇAS NA PARAÍBA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário UNIFIP de Patos, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia pela referida instituição.

Aprovado em: _____/_____/_____

PROF. ME. CÉLIO DINIZ MACHADO NETO

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS-UNIFIP

(ORIENTADOR)

PROF. ESP. HELDER ITALO DANTAS DE SOUSA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS-UNIFIP

(1° MEMBRO)

PROF. MA. LAYSA GABRIELLE SILVA MEDEIROS

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS-UNIFIP

(2° MEMBRO)

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados de Acordo com AACR2, CDU e CUTTER
Biblioteca Central - UNIFIP

Faria, Michele Samara Souza.
F224i Internação Hospitalar por Pneumonia em Crianças na Paraíba. / Michele Samara Souza Faria. – Patos – PB UNIFIP, 2026.
59 fls.

Orientador (a): Prof. Me. Célio Diniz Machado Neto.
Monografia, Graduação Bacharelado em Fisioterapia.

1. Pneumonia. 2. Criança. 3. Paraíba. 4. Vacinas. 5. Internação.
I. Título. II. Centro Universitário - UNIFIP

UNIFIP/BC CDU: 615.8

Yasmim Caroline A. Nóbrega – Bibliotecária. CRB 15/1086

A Deus, minha família, e a todos que fizeram parte da minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é reconhecer que ninguém caminha sozinho — e que cada conquista carrega muitas mãos, muito amor e muita fé.

Primeiramente, agradeço a Deus, que foi meu sustento em todos os momentos. Sem Ele, eu tenho certeza de que não teria conseguido chegar até aqui. Foi Ele quem me deu forças nos dias difíceis, serenidade nos momentos de incerteza e coragem para não desistir quando tudo parecia impossível.

Ao meu orientador, Professor Mestre Célio Diniz, deixo minha profunda gratidão por toda paciência, dedicação e por nunca medir esforços para me ajudar. Sua orientação foi essencial não só para a construção deste trabalho, mas também para o meu crescimento acadêmico e pessoal.

Ao meu marido, meu companheiro de vida, obrigada por todo apoio, compreensão e por estar ao meu lado em cada etapa dessa caminhada. Seu suporte foi fundamental, principalmente nos cuidados com nosso filho, permitindo que eu seguisse em frente com meus estudos.

À minha mãe, minha eterna base, não existem palavras suficientes para expressar minha gratidão. Obrigada por ter aberto mão de seus momentos de descanso, de suas folgas e do seu lazer para cuidar do meu filho enquanto eu estava nos estágios. Seu amor e sua entrega foram essenciais para que eu chegasse até aqui.

E, de forma muito especial, à Vitória, meu porto seguro dentro da faculdade. Obrigada por estar ao meu lado em todos os momentos, por cada palavra de incentivo, por cada ajuda e por me mostrar, na prática, que a amizade sincera e verdadeira ainda existe — e que é, sem dúvida, um presente de Deus.

A todos vocês, o meu mais sincero e eterno obrigada. Esta conquista também é de vocês.

“Às estrelas que ouvem e aos sonhos
que são atendidos”

Corte de Névoa e Fúria

RESUMO

A pneumonia permanece como uma das principais causas de morbimortalidade infantil no mundo, representando um grave problema de saúde pública, especialmente em regiões de vulnerabilidade socioeconômica, como o Nordeste do Brasil. Este estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico das internações hospitalares por pneumonia em crianças menores de um ano no estado da Paraíba, no período de 2019 a 2024, avaliando aspectos de morbidade, mortalidade, média de permanência hospitalar e impacto financeiro para o Sistema Único de Saúde (SUS).Trata-se de um estudo descritivo com delineamento de série temporal e espacial, utilizando dados secundários extraídos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) para o período estabelecido. Os resultados revelaram um total de 8.575 internações por pneumonia (CID-10 J18) em crianças menores de um ano na Paraíba, com predomínio do sexo masculino (58%). A média de permanência hospitalar foi de 6,4 dias, e a taxa de mortalidade hospitalar alcançou 1,21%. Em termos de impacto financeiro, as internações nessa faixa etária geraram um custo total de R$ 9.906.626,81 ao SUS, representando 12,27% das despesas totais analisadas. Concluiu-se que as internações por pneumonia em lactentes na Paraíba configuram um importante indicador de fragilidade da Atenção Primária à Saúde (APS) e de vulnerabilidade social. Os achados reforçam a necessidade urgente de fortalecimento da APS, com foco em medidas preventivas, como imunização adequada, incentivo ao aleitamento materno e aprimoramento do acompanhamento da puericultura, visando a redução de hospitalizações evitáveis e a melhoria dos indicadores de saúde infantil no estado.

.

Palavras-chave: Doenças respiratórias. Fatores de risco. Estratégias de prevenção

ABSTRACT

ABSTRACT: Pneumonia remains one of the leading causes of infant morbidity and mortality globally, representing a serious public health problem, especially in regions of socioeconomic vulnerability, such as the Northeast of Brazil. This study aimed to analyze the epidemiological profile of hospitalizations due to pneumonia in children under one year old in the state of Paraiba, Brazil, between 2019 and 2024, evaluating aspects of morbidity, mortality, average length of hospital stay, and financial impact on the Unified Health System (SUS). This was a descriptive study with a time series and spatial design, utilizing secondary data extracted from the SUS Hospital Information System (SIH/SUS) for the established period. The results revealed a total of 8,575 hospitalizations for pneumonia (ICD-10 J18) in children under one year old in Paraíba, with a predominance of the male sex (58%). The average length of hospital stay was 6.4 days, and the hospital mortality rate reached 1.21%. In terms of financial impact, hospitalizations in this age group generated a total cost of R$ 9,906,626.81 for the SUS, representing 12.27% of the total expenses analyzed. It was concluded that hospitalizations due to pneumonia in infants in Paraiba constitute an important indicator of the fragility of Primary Health Care (PHC) and social vulnerability. The findings emphasize the urgent need to strengthen PHC, focusing on preventive measures such as adequate immunization, promoting exclusive breastfeeding, and improving child development follow-up (puericulture), aiming to reduce avoidable hospitalizations and improve child health indicators in the state.

Keywords: Pneumonia; Morbidity; Infant Mortality; Hospitalization; Primary Health Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Morbidade hospitalar do SUS na Paraíba referentes à CID-10: Pneumonia, com base nas AIHs (Autorizações de Internação Hospitalar) por faixa etária e sexo, no período de 2019 a 2024..... 21

Tabela 2: Média de permanência hospitalar devido Pneumonia na Paraíba por faixa etária e sexo (2019-2024)..... 22

Tabela 3: Taxa de mortalidade hospitalar devido a Pneumonia na Paraíba por faixa etária e sexo (2019-2024)..... 22

Tabela 4: Valor total das internações hospitalares devido a Pneumonia na Paraíba por faixa etária e sexo (2019-2024) (Valor em reais)..... 23

LISTA DE ABREVIATURAS

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

OMS - Organização mundial da saúde

PAC - pneumonia adquirida na comunidade

RXT - Radiografia de tórax

SIHMS - Sistema de Informações Hospitalares

SUS - Sistema único de saúde

TC - Tomografia computadorizada

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

VSR - vírus sincicial respiratório

PNPI - Plano Nacional pela Primeira Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....1
2 OBJETIVOS 3
2.1 OBJETIVO GERAL 3
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 3
3 REFERENCIAL TEÓRICO 4
3.1 DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA INFÂNCIA 4
3.1.1 Bronquite aguda.....6
3.1.2 Bronquiolite aguda 6
3.1.3 Asma 8
3.2 PNEUMONIA 9
3.3 INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR PNEUMONIA NO MUNDO E NO BRASIL..... 13
4 METODOLOGIA.....15
4.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO.....15
4.2 POPULAÇAO 15
4.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....15
4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....15
4.5 PROCEDIMENTO ÉTICO 15
5 ARTIGO.....16
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 28
REFERÊNCIAS 29
6 ANEXOS.....36

1 INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias são consideradas os principais agentes de morbidade e mortalidade em lactentes, estando entre as principais causas de hospitalizações nos países desenvolvidos devido a insuficiência respiratória e outras complicações adjuntas, representando um desafio significativo para os sistemas de saúde (Andrade et al., 2016; Dutra et al.,2024).

Alguns fatores que podem ser considerados de risco para infecções respiratórias em crianças são condições sanitárias e socioeconômicas precárias, baixo peso ao nascer, desnutrição e prematuridade (Costa et al., 2023).

As doenças do trato respiratório são responsáveis por 90 % das mortes decorrentes de afecções respiratórias em crianças menores de cinco anos nos países em desenvolvimento. Dentre as infecções respiratórias a pneumonia é uma das principais causas de internação hospitalar e morte de crianças no mundo (Mendes, 2020; Magalhães et al.,2022).

A pneumonia é uma doença respiratória que consiste na infecção do Parênquima pulmonar, onde compromete a árvore brônquica e alvéolos. Essa patologia pode ser causada por agentes infecciosos como bactérias, fungos, vírus e outros microrganismos patogênicos. Dentre os principais fatores de risco está a vulnerabilidade social, baixa renda, exposição a agentes infecciosos, poluição do ar, cobertura vacinal inadequada e privação sanitária (Rossi et al.,2023; Megiani et al.,2024).

Crianças são mais vulneráveis a contrair pneumonia em virtude das singularidades anatômicas das vias aéreas e das características fisiológicas e imunológicas e os sintomas da pneumonia podem incluir dor torácica, fraqueza, febre e dispneia. A tosse pode iniciar seca, evoluindo para uma tosse purulenta (Rossi et al.,2023; Ribeiro et al.,2024).

Para o diagnóstico da pneumonia é importante que os profissionais de saúde estejam atentos aos sinais respiratórios apresentados, pois podem se assemelhar a outras condições patológicas (Lima, et al., 2024).

No Brasil, a pneumonia em crianças é uma preocupação persistente, com impactos nos sistemas de saúde e na saúde das crianças. A incidência da doença varia de acordo com fatores socioeconômicos, geográficos e ambientais, contribuindo

para uma carga desproporcional de morbidade e mortalidade em certas populações e regiões do país (Guimarães, 2023).

Portanto, o conhecimento acerca da pneumonia em crianças é de suma importância, pois essa patologia é considerada um grande problema de saúde pública e a maior causa de morte por doenças infecciosas no mundo (Rossi et al., 2023).

A pneumonia é uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil, especialmente em países em desenvolvimento, e na Paraíba apresenta altas taxas de internações hospitalares. Apesar de existirem estudos sobre pneumonia em crianças, faltam dados específicos sobre o perfil epidemiológico no estado, especialmente em hospitais públicos. Este estudo busca preencher essa lacuna ao investigar os fatores associados aos casos de pneumonia em crianças menores de um ano e seus desfechos clínicos, fornecendo subsídios para políticas públicas e estratégias de prevenção que promovam a saúde e qualidade de vida infantil.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a morbidade hospitalar por pneumonia em crianças menores de um ano na Paraíba no período de 2019 a 2024.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar sexo que mais interna;
- Descrever a média de permanência,
- Demostrar a taxa de mortalidade hospitalar;
- Analisar o valor total gasto com as internações.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA INFÂNCIA

As doenças respiratórias compreendem uma variedade de condições que afetam o sistema respiratório, incluindo seus órgãos e estruturas e englobam uma variedade ampla de condições, que vão desde infecções leves, como resfriados e pneumonias, até quadros mais complexos, como asma, bronquiolite e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Essas enfermidades se diferenciam conforme a região atingida, os sintomas apresentados, a causa envolvida e a gravidade do quadro clínico. Pesquisas indicam que, a partir do século XX, essas doenças passaram a figurar entre as principais responsáveis pela mortalidade infantil, afetando, sobretudo, crianças em fase pré-escolar (Melo et al., 2023; Neto et al., 2024).

As doenças respiratórias afetam milhões de crianças por ano. Nos países em desenvolvimento condições de moradia inadequadas, falta de acesso a cuidados médicos e a exposição a poluentes ambientais podem agravar o quadro de saúde. (Jorge et al., 2025).

No período de inverno, a queda na umidade do ar contribui para o ressecamento das vias respiratórias, elevando a vulnerabilidade a infecções. Além dos fatores climáticos e ambientais, o comportamento social também desempenha um papel importante na disseminação das doenças respiratórias. Isso porque, durante essa estação, é comum que as pessoas passem mais tempo em locais fechados e com pouca ventilação, favorecendo a propagação de agentes infecciosos e tornando essas enfermidades uma preocupação relevante para a saúde pública (Scmitt et al., 2023).

Em crianças com menos de quatro anos, as doenças respiratórias mais comuns incluem pneumonia, bronquite aguda, bronquiolite aguda, asma e gripe (influenza). Essas enfermidades costumam apresentar maior incidência durante os meses de outono e inverno, embora a sazonalidade possa variar conforme a região do país, influenciada por fatores como alterações climáticas e níveis de umidade do ar. Durante esse período, é comum que as pessoas permaneçam em locais fechados e com maior concentração de indivíduos, o que facilita a disseminação de agentes infecciosos, como vírus, bactérias e poluentes presentes no ambiente (Schmitt et al., 2023).

3.1.1 Bronquite Aguda

Bronquite aguda consiste em uma inflamação das vias respiratórias, que se caracteriza pela inflamação e irritação dos brônquios, tubos cartilaginosos resposáveis pela condução do ar até os pulmões (Singh; Avula; Zahn, 2025). Na maioria dos casos, essa inflamação é provocada por infecções virais, a exemplo do vírus da gripe e/ou de resfriados comuns, contudo, também pode ser causado por outros fatores, como por infecções bacterianas, exposição a fumaça de cigarro, poluição e substâncias químicas (Barbosa *et al*., 2024).

Os vírus da gripe, adenovírus, rinovírus, coronavírus e o vírus sincicial respiratório (VSR), são os mais comuns que causam a bronquite aguda. Embora em menor incidência, também pode ser causada por infecões bacterianas (Kazama; Nakajima, 2019). Apesar de ser causado por diversos vírus, o VSR representa a principal causa de casos de bronquite aguda em todo o mundo, em torno de 75% dos quadros, sobretudo em lactentes (Mazur *et al*., 2021). Dentre as bactérias que podem causar a bronquite aguda, *Mycoplasma pneumoniae* e *Bordetella pertussis,* geralmente acometem pacientes que apresentam alguma comorbidade respiratória ou sistema imunológico enfraquecido (Kazama; Nakajima, 2019).

Com relação ao quadro, a bronquite aguda pode variar em intensidade, ocorrendo de forma leve a casos mais severos (Barbosa *et al.*, 2024). A principal manifestação clínica dos sintomas inicia-se com episódios de tosse persistente, seca ou acompanhada de secreção espessa (Singh; Avula; Zahn, 2025), podendo apresentar sintomas como ruídos respiratórios identificados em ausculta, além de quadros de febre e falta de ar (Barbosa *et al.,* 2024).

Embora apresente essas condições, a bronquite aguda é considerada uma enfermidade autolimitada, o que implica dizer que, na maioria dos casos, tende a melhorar por conta própria por um certo período, embora possa persistir durante alguns dias até semanas (Singh; Avula; Zahn, 2025). Na maioria dos casos, o tratamento envolve repouso e hidratação, aliviando os sintomas, e em quadros mais graves, é indicado o uso de medicamentos para controlar a inflamação ou a tosse. O diagnóstico da bronquite aguda pode ser esclarecido por radiografia de tórax, na ausência de evidência de pneumonia (Singh; Avula; Zahn, 2025).

Diversos estudos mostram que a maior prevalência de bronquite aguda ocorre em crianças com idade inferior a cinco anos (Curzio *et al.*, 2024; Rossi *et al.*, 2023;

Bueno *et al*., 2020). De acordo com Bueno *et al*. (2020), quanto menor a faixa etária da criança, maiores são as taxas de internação pela doença. Isso se explica pelo fato de crianças com idade entre um e quatro anos tem maio contato com outras crianças, o que favorece uma maior propagação e contágio de patógenos (Rossi *et al.,* 2023).

Nesse sentido, algumas medidas são importantes para minimizar a incidência e as complicações dessas doenças, como a vacinação, melhoria do saneamento básico e condições de higiene, amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida da criança, além de práticas saudáveis, sobretudo em crianças mais vulneráveis (Curzio *et al.,* 2024).

3.1.2 Bronquiolite aguda

A bronquiolite aguda é uma doença inflamatória de menor calibre que acomete as vias aéreas, causando obstrução das vias respiratórias em diferentes níveis de gravidade (Soares *et al.,* 2024). É caracterizada pelo aumento da produção de broncoespasmo e muco, manifestando-se com quadros de tosse, febre, falta de ar e sibilos (Soares *et al.,* 2024), redução de apetite e em alguns casos febre abaixo de 39 ºC (Lima, 2021). Em casos mais graves, pode levar a insuficiência respiratória, condição que exige uma atenção mais urgente, necessitando de intervenção médica imediata (Bonifácio *et al*.,2024). Pacientes lactentes, especialmente com idade inferior a dois meses, pode ocorrer apneia, tornando-se mais evidente entre o terceiro e o quinto dia, com aumento do esforço respiratório e tosse persistente (Lima, 2021).

Na maioria dos casos, a bronquiolite aguda é causada por agentes virais, sendo o vírus sincicial respiratório (VSR) seu maior agente, respondendo por até 75% dos casos. Além do VSR, também pode ser causado pelo rinovírus e pelos vírus infuenza e parainfluenza (Lima, 2021). Em crianças menores de um ano de idade, a bronquiolite viral aguda responde como uma das principais infecções que causam hospitalização (Dallabrida *et al*., 2025).

Um dos fatores que contribui para o aumento nos casos dessa inflamação é a sazonalidade da infecção, com picos nos meses mais frios, contribuindo com uma alta demanda de leitos pediátricos nesses períodos (Lanari *et al.,* 2020). Em regiões de clima temperado, as infecções ocorrem em surtos anuais previsíveis, com duração de quatro a seis meses, variando conforme país, região ou estado (Alnajar *et al.,* 2021; House *et al.,* 2021). No Brasil, a bronquiolite aguda causada pelo VSR é responsável

pelo aumento das internações hospitalares, considerando especialmente a amplitude de ocorrência em crianças com idade inferior a dois anos (Rodríguez *et al.,* 2021; Tan *et al.,* 2021).

A infecção por bronquiolite aguda pode evoluir de quadros leves e autolimitado, até casos mais graves que necessitam de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Alguns fatores podem influenciar na gravidade do quadro, a exemplo da idade da criança, a presença de comorbidades e a resposta inflamatória provocada pelo vírus (Souza *et al.,* 2025).

Devido a sua elevada incidência, tem sido amplamente estudada, sobretudo em grupos mais vulneráveis, a exemplo de prematuros e crianças com comorbidades, como imunodeficiências e cardiopatias congênitas (Souza *et al.,* 2025). Isso se confirma em cerca de 30% dos lactentes quando acometidos com a bronquiolite aguda, necessitam de internação hospitalar, condição que sobrecarrega o sistema de saúde, provocando impacto emocional e financeiro nos familiares dos pacientes (Lanari *et al.,* 2020).

Um cenário que reflete tais achados foi relatado em estudo realizado por Vieria *et al.* (2024), que observaram maior prevalência de casos de bronquiolite aguda ocorrendo em crianças com menos de um ano de idade (57,80%), seguido por crianças com idade entre um e dois anos (16,80%). Com relação aos casos de óbito, Quadros *et al.* (2024), avaliando as taxas de mortalidade por bronquiolite aguda no Brasil, observaram que a região Sudesste apresentou o maior percentual (53,56%) em crianças menores de um ano de idade, seguido pela região Nordeste (16,64%), e maior predominância de óbitos em crianças do sexo masculino (56,97%).

Nesse contexto, o diagnóstico para bronqueolite aguda é basicamente clínico, pois é baseado principalmente em verificar os sinais clínicos e sintomas, como falta de ar e sibilância. Contudo, em quadros em que o diagnóstico não é preciso, é fundamental realizar exames laboratoriais para certificar a infecção (Pereira *et al.,* 2024). E a escolha do tratamento está relacionado com a gravidade dos sintomas, da avaliação clínica e do quadro, sendo geralmente de suporte, incluindo medidas hidratação, oxigenoteraapia, e em alguns casos, o suporte ventilatório (Pereira *et al.,* 2024). Portanto, a identificação precoce dos fatores considerados de risco e a implementação de medidas preventivas são fundamentais para mitigar as complicações da doença (Souza *et al.,* 2025)

3.1.3 Asma

Dentre as doenças crônicas de maior prevalência na infância, a asma é uma enfermidade que afeta milhões de crianças em todo o mundo. A asma é caracterizada pela inflamação crônica das vias aéreas, que provoca quadros recorrentes de sibilos, tosse, falta de ar e aperto no peito (Silva, 2023). Os sintomas se manifestam mais frequentemente à noite, pela manhã após acordar e também ao realizar algum esforço físico (Gina, 2025; Barbosa, 2021).

A asma é considerada um problema de saúde global grave, afeta cerca de 300 milhões de pessoas, e causa aproximadamente mil mortes por dia, sendo a maioria desses óbitos em países de baixa e média renda. A doença provoca diversas interferências na vida do indivíduo, prejudicando o desempenho no trabalho, na vida familiar e na educação, especialmente as crianças (Gina, 2025).

Nas crianças, mesmo as mais velhas e os adolescentes, a asma causa diversas interferências na qualidade do sono, aumenta a probabilidade de insônia inicial (latência do sono), despertares frequentes e prolongados e sono agitado. Alem disso, também é relatado pelos pais a existência e maior frequência de apneias e roncopatia, o que resulta em fadiga, sonolência diúrna e cefaleias matinais (Oliveira *et al.,* 2021).

Sua etiologia está relacionada com a interação de fatores genéticos, inflamação crônica, sistema imunológico, como também exposição precoce a agentes ambientais (Gina, 2023). Pode ser classificada em asma intermitente ou persistente, sendo esta subdividida em leve, moderada e grave, de acordo com a gravidade dos sintomas, necessidade de medicação para alívio, limitação de atividades, despertar noturno e parâmetros espirométricos (Brasil, 2023).

Com relação ao fator genético, soma-se uma diversidade de determinantes ambientais considerados fatores de risco, sendo asism, a asma pode ser classificada como uma doença multifatorial (Roncada *et al.,* 2020). Pois, a exposição a alérginos inaláveis, sobretudo em ambiente domiciliar, como poeira, mofo, baratas e animais de estimação, configuram importantes fatores de risco para quem possui asma. A presença de alergia alimentar também configura um fator de risco para asmáticos, em contrapartida, o aleitamento materno exerce efeito protetor (Shipp *et al.*, 2022).

Devido sua seriedade, a asma grave é considerada um subtipo de asma de tratamento compelexo (Carvalho-Pinto *et al.,* 2021), o que significa que se não for controlada, mesmo com terapia máxima e uma abordagem de fatores modificáveis,

pode piorar quando o tratamento com doses altas é reduzido (Chong-Neto *et al*., 2020). Além dessa categoria, em ambiente de emergência, a asma grave pode ser definida como uma crise severa de broncoespasmo, provocando dificuldade respiratória, sendo difícil controlar mesmo quando utilizado oxigênio, corticoides e broncodilatadores, podendo levar o paciente a risco de morte (SPC, 2021).

Segundo dados levantados entre 2016 e 2020, no Brasil foram registrados aproximadamente 400 mil casos de internações por asma, com maior prevalência para a região Nordeste, sobretudo entre crianças com idade entre um e nove anos (Marques *et al.,* 2022). O maior desafio no diagnóstico de asma está associado a identificação precoce em lactentes e crianças em idade pré-escolar, pois cerca de dois terços de crianças que apresentam chiado nos primeiros anos de vida desenvolvem uma condição transitória da asma, e podem ficar assintomáticas na idade escolar (Moral *et al.,* 2021). Isso ocorre pois, nessa faixa etária de idade pré-escolar, as infecções virais são muito frequentes, o que pode causar sintomas relacionados à asma, em virtude das vias aéreas ainda serem de pequeno calivre (Moral *et al.,* 2021).

Assim, o tratamento da asma busca manter e atingir o controle da doença, visando previnir riscos futuros, como instabilidade da doença, perda da função pulmonar, agravamentos e efeitos adversos do tratamento (Gina, 2025).

Portanto, uma estratégia eficiente da asma em crianças é fundamental para previnir agravamentos, reduzir o risco de complicações a longo prazo e assim melhorar a qualidade de vida do paciente. Dentre as opções de tratamento terapêutico, o uso de prednisolona (corticosteróide oral), é prescrito frequentemente como manejo de exacerbações asmáticas agudas, bem como no controle a longo prazo da doença (Barros, 2023).

3.2 PNEUMONIA

A pneumonia é uma infecção aguda que acomete os pulmões, atingindo especificamente os alvéolos, que são pequenas estruturas responsáveis pelas trocas gasosas. A doença pode ser provocada por diversos agentes infecciosos, incluindo bactérias, vírus, fungos e outros microrganismos. Os sintomas mais comuns incluem tosse com secreção, febre elevada, calafrios, dor no peito, dificuldade para respirar e sua incidência está fortemente relacionada a aspectos individuais, socioeconômicos e ambientais. Entre os principais fatores de risco destacam-se a vulnerabilidade social,

baixa renda familiar, baixo nível de escolaridade dos responsáveis, habitações superlotadas, baixa cobertura vacinal, poluição atmosférica, condições inadequadas de higiene, falta de saneamento básico e exposição ao tabaco, tanto de forma ativa quanto passiva (Rossi et al., 2023; Megiane et al., 2024).

Aproximadamente 40% das crianças são levadas ao atendimento médico em decorrência de infecções respiratórias agudas (IRA), que figuram entre as cinco principais causas de mortalidade em menores de cinco anos em países em desenvolvimento. Dentro desse grupo de doenças, a pneumonia adquirida na comunidade (PAC) destaca-se como a principal responsável por casos de adoecimento, internações e mortes nessa faixa etária. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), citados por Chiesa, Westphal e Akerman, estima-se que aproximadamente 13 milhões de crianças já perderam a vida em decorrência de doenças respiratórias ao redor do mundo, sendo que a grande maioria desses óbitos — cerca de 95% — ocorreu em países em desenvolvimento (Magalhães et al., 2022).

Estima-se que a pneumonia adquirida na comunidade (PAC) seja responsável por mais de um milhão de óbitos por ano em todo o mundo, afetando com maior intensidade idosos e pessoas com doenças crônicas, como diabetes, enfermidades cardíacas e insuficiência renal crônica. Em grupos populacionais mais vulneráveis, a PAC não apenas eleva o risco de complicações, como também gera custos expressivos para os sistemas de saúde, devido à necessidade de hospitalizações prolongadas e tratamentos complexos. No Brasil, a PAC se destaca como uma das principais causas de internação hospitalar por enfermidades respiratórias (Valera et al., 2025).

A pneumonia pode ser viral ou bacteriana e a distinção entre as duas é fundamental para a escolha do tratamento mais adequado. O diagnóstico costuma ser feito por meio de exames clínicos e de imagem, como radiografia de tórax (RXT), tomografia computadorizada (TC) e broncoscopia. Dentre esses métodos, a radiografia de tórax é amplamente empregada devido ao seu baixo custo, rapidez e capacidade de identificar sinais da doença (Gomes et al., 2024).

No entanto, a interpretação manual dessas imagens por especialistas pode ser desafiadora, exigindo tempo e estando sujeita à fadiga, o que aumenta o risco de erros diagnósticos. Diante disso, muitos pesquisadores têm investido em soluções

baseadas em Inteligência Artificial (IA) para automatizar a análise das radiografias e oferecer suporte aos profissionais da saúde (Gomes et al., 2024).

A principal manifestação radiológica da pneumonia é a presença de áreas de opacificação nos campos pulmonares, geralmente associadas à consolidação alveolar. A radiografia de tórax, além de ser essencial para o diagnóstico inicial, permite avaliar a extensão do comprometimento pulmonar. Trata-se também de um exame amplamente utilizado para o acompanhamento da evolução clínica da doença e para a verificação da resposta ao tratamento instituído (Bomfim et al., 2023).

Em crianças, o quadro clínico da pneumonia pode variar conforme o agente causador, as condições do paciente e sua faixa etária. De modo geral, é comum a presença de febre, tosse, prostração, falta de apetite e sinais respiratórios como taquipneia, esforço respiratório aumentado, alterações em exames físicos e achados radiológicos que indicam comprometimento pulmonar. Nos recém-nascidos e lactentes, a manifestação pode ser menos específica, com sinais como dificuldade para mamar, irritabilidade ou agitação, em vez de tosse ou ruídos respiratórios anormais. Nessas faixas etárias, as pneumonias de origem bacteriana tendem a evoluir de forma mais grave. (De Paula et al.,2024).

A pneumonia em crianças é uma enfermidade de natureza complexa, podendo ser causada por diversos agentes etiológicos. O Streptococcus pneumoniae permanece como a principal bactéria associada à doença em diferentes faixas etárias. Já o Mycoplasma pneumoniae e a Chlamydia pneumoniae têm papel relevante nos casos de pneumonia adquirida na comunidade, especialmente em crianças com mais de 4 ou 5 anos. Para menores de 5 anos, os vírus são os patógenos mais comuns, com destaque para o vírus sincicial respiratório (VSR), frequentemente identificado como causador. Em ambientes de terapia intensiva, os principais agentes envolvidos incluem Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii e Klebsiella pneumoniae. Um fator preocupante é o aumento contínuo da resistência antimicrobiana entre esses microrganismos (Santos et al., 2025).

O uso excessivo e inadequado de antibióticos, seja por prescrições médicas incorretas ou pela automedicação comum na população, tem contribuído significativamente para o crescimento da resistência bacteriana. Esse fenômeno ocorre quando as bactérias sofrem alterações adaptativas devido à exposição repetida aos medicamentos, desenvolvendo mecanismos que as tornam imunes à ação dos antibióticos. Como consequência, os tratamentos tornam-se menos eficazes, as

infecções se prolongam e o risco de complicações e mortalidade aumenta consideravelmente (Neves et al., 2024).

Nas crianças a pneumonia pode ser classificada, com base em critérios clínicos, como grave ou não grave. Em pacientes com dois meses de idade ou mais, alguns sinais indicam maior gravidade da infecção. Entre esses sinais estão: presença de tiragem subcostal (movimento de retração abaixo das costelas durante a respiração), episódios de convulsões, sonolência excessiva, estridor em repouso (ruído respiratório), desnutrição severa, recusa ou incapacidade de ingerir líquidos, sinais de hipoxemia (baixo nível de oxigênio no sangue), existência de doenças crônicas debilitantes, presença de derrame pleural ou abscesso pulmonar e falha no tratamento realizado em nível ambulatorial. A identificação precoce desses sinais é fundamental para definir a conduta médica e evitar complicações (Andrade et al., 2025).

A imunização contra o Streptococcus pneumoniae tem desempenhado um papel fundamental na redução dos casos de doenças pneumocócicas. No Brasil, a introdução da vacina pneumocócica 10-valente, que protege contra dez sorotipos do pneumococo, foi aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 2009, marcando um avanço significativo nas estratégias de prevenção. Informar a população sobre os fatores de risco e as formas de prevenção, como parar de fumar e fortalecer o sistema imunológico, é fundamental para diminuir a incidência da doença. Além disso, o uso criterioso de antibióticos deve ser monitorado de forma rigorosa, a fim de conter o avanço da resistência bacteriana. Também é essencial manter e aprimorar continuamente os protocolos de controle de infecções nos serviços de saúde, com o objetivo de reduzir a transmissão hospitalar da doença (Vanzella et al.,2021; Andrade et al., 2025).

As ações de saúde pública exercem papel essencial na diminuição dos casos de pneumonia. Iniciativas voltadas à educação da população, à vigilância contínua e à valorização da vacinação, associadas à disseminação de práticas adequadas de higiene e à detecção precoce da doença, têm contribuído significativamente para a prevenção. A promoção de campanhas educativas e a ampliação do acesso à vacinação em massa são medidas estratégicas que reforçam a importância da higiene das mãos e da etiqueta respiratória no controle da transmissão. A eficácia dessas abordagens está condicionada ao engajamento conjunto entre profissionais da saúde,

população e instâncias governamentais, garantindo que as ações preventivas sejam amplamente acessíveis e efetivas para toda a sociedade (Andrade et al., 2025).

3.3 INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR PNEUMONIA NO MUNDO E NO BRASIL

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a pneumonia afeta anualmente cerca de 156 milhões de crianças com menos de cinco anos em todo o mundo. Em nações desenvolvidas, a incidência é estimada em 33 casos por 10.000 crianças nessa faixa etária. No Brasil, a doença figura entre as cinco principais causas de mortalidade em menores de cinco anos. A pneumonia é uma infecção que gera elevados custos para as instituições de saúde, tanto no setor público quanto no privado e de acordo com dados do Sistema Único de Saúde (SUS) foi a segunda principal causa de hospitalização em 2017, correspondendo a aproximadamente 14% do total de internações (Hassan e neto., 2023; Brito et al., 2025).

Atualmente, a hospitalização por pneumonia é vista como um indicativo de fragilidade nos sistemas de saúde, uma vez que essa enfermidade é amplamente tratável e evitável em escala global. Portanto, taxas elevadas de mortalidade e morbidade relacionadas à doença não seriam esperadas. Contudo, esses números podem estar inflacionados, principalmente pela dificuldade em se obter um diagnóstico preciso, frequentemente decorrente de erros na interpretação de exames radiológicos (Magalhães et al., 2022).

Cerca de 150 milhões de brasileiros utilizam majoritariamente os serviços públicos de saúde como principal forma de acesso à assistência médica. O Sistema Único de Saúde (SUS) responde por aproximadamente 65% de todas as internações realizadas no país, segundo dados do IBGE e do Ministério da Saúde (2021). No caso das doenças respiratórias, estima-se que metade dos recursos públicos voltados a esse tipo de internação seja empregada no tratamento da pneumonia, com um custo acumulado superior a 1 bilhão de reais na última década (Megiane et al., 2024).

Quinze países concentram a maior parte dos casos de pneumonia em crianças com menos de cinco anos de idade, e o Brasil ocupa a 15ª colocação nesse ranking. Estima-se que, anualmente, cerca de 4 milhões de episódios da doença ocorram no país nessa faixa etária, tornando a pneumonia a segunda principal causa de internações pediátricas, sendo responsável por aproximadamente 14% de todas as

hospitalizações. (Mendes et al., 2023). O Sistema Único de Saúde (SUS) continua sendo o principal prestador de assistência médica no país, respondendo por cerca de 65% das internações hospitalares. Dessas, aproximadamente metade dos recursos públicos destinados às doenças respiratórias é voltada ao tratamento da pneumonia (UFRN, 2023).

Reconhecer de forma precoce os pacientes que demandam internação hospitalar é essencial, já que esses indivíduos possuem maior probabilidade de agravamento clínico e, frequentemente, requerem cuidados terapêuticos mais complexos e intensivos (Bastos et al., 2024).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo epidemiológico descritivo, considerando a série temporal e a espacial. Os dados utilizados foram secundários, isto é, relacionados aos eventos vitais, disponíveis em domínio público (Rouquayrol, Gurgel, 2021). No estudo das internações hospitalares, foram consideradas as internações hospitalares por Pneumonia.

4.2 POPULAÇÃO

A população foi composta pelas internações hospitalares devido a pneumonia em crianças menor de 1 ano no estado da Paraíba no período de 2019 a 2024.

4.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados de internação foram extraídos do site do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-MS) para o período compreendido entre 2019 e 2024. As seguintes informações foram utilizadas: ano (2019 a 2024), levando em conta faixa etária de menores de 1 ano e ambos os sexos, causa da internação pneumonia (CID-J12). A seleção dos indicadores foi realizada em função da disponibilidade dos dados em anos de interesse e considerada sua possível influência nas condições de saúde.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A construção dos indicadores esteve apoiada nos Programas Tabwin® e Excel®.

4.5 PROCEDIMENTO ÉTICO

Por tratar-se de um estudo epidemiológico descritivo, a coleta de informações foi realizada em banco de dados de domínio público, razão pela qual não houve necessidade de submissão da pesquisa a um comitê de ética para sua realização.

5 ARTIGO A SER SUBMETIDO À REVISTA PERIÓDICOS BRASIL PESQUISA CIENTÍFICA (PBPC)

INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR PNEUMONIA EM CRIANÇAS NA PARAÍBA

Revista Periódicos Brasil pesquisa científica (PBPC)

INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR PNEUMONIA EM CRIANÇAS NA PARAÍBA

HOSPITALIZATION FOR PNEUMONIA IN CHILDREN IN PARAÍBA

Michele Samara Souza Faria

Célio Diniz Machado Neto

RESUMO: A pneumonia permanece como uma das principais causas de morbimortalidade infantil no mundo, representando um grave problema de saúde pública, especialmente em regiões de vulnerabilidade socioeconômica, como o Nordeste do Brasil. Este estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico das internações hospitalares por pneumonia em crianças menores de um ano no estado da Paraíba, no período de 2019 a 2024, avaliando aspectos de morbidade, mortalidade, média de permanência hospitalar e impacto financeiro para o Sistema Único de Saúde (SUS).Trata-se de um estudo descritivo com delineamento de série temporal e espacial, utilizando dados secundários extraídos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) para o período estabelecido. Os resultados revelaram um total de 8.575 internações por pneumonia (CID-10 J18) em crianças menores de um ano na Paraíba, com predomínio do sexo masculino (58%). A média de permanência hospitalar foi de 6,4 dias, e a taxa de mortalidade hospitalar alcançou 1,21%. Em termos de impacto financeiro, as internações nessa faixa etária geraram um custo total de R$ 9.906.626,81 ao SUS, representando 12,27% das despesas totais analisadas. Concluiu-se que as internações por pneumonia em lactentes na Paraíba configuram um importante indicador de fragilidade da Atenção Primária à Saúde (APS) e de vulnerabilidade social. Os achados reforçam a necessidade urgente de fortalecimento da APS, com foco em medidas preventivas, como imunização adequada, incentivo ao aleitamento materno e aprimoramento do acompanhamento da puericultura, visando a redução de hospitalizações evitáveis e a melhoria dos indicadores de saúde infantil no estado.

Palavras-chave: Pneumonia; Morbidade; Mortalidade Infantil; Hospitalização; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: Pneumonia remains one of the leading causes of infant morbidity and mortality globally, representing a serious public health problem, especially in regions of socioeconomic vulnerability, such as the Northeast of Brazil. This study aimed to analyze the epidemiological profile of hospitalizations due to pneumonia in children under one year old in the state of Paraíba, Brazil, between 2019 and 2024, evaluating aspects of morbidity, mortality, average length of hospital stay, and financial impact on the Unified Health System (SUS). This was a descriptive study with a time series and spatial design, utilizing secondary data extracted from the SUS Hospital Information System (SIH/SUS) for the established period. The results revealed a total of 8,575 hospitalizations for pneumonia (ICD-10 J18) in children under one year old in Paraíba, with a predominance of the male sex (58%). The average length of hospital stay was 6.4 days, and the hospital mortality rate reached 1.21%. In terms of financial impact,

hospitalizations in this age group generated a total cost of R$ 9,906,626.81 for the SUS, representing 12.27% of the total expenses analyzed. It was concluded that hospitalizations due to pneumonia in infants in Paraíba constitute an important indicator of the fragility of Primary Health Care (PHC) and social vulnerability. The findings emphasize the urgent need to strengthen PHC, focusing on preventive measures such as adequate immunization, promoting exclusive breastfeeding, and improving child development follow-up (puericulture), aiming to reduce avoidable hospitalizations and improve child health indicators in the state.
Keywords: Pneumonia; Morbidity; Infant Mortality; Hospitalization; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A pneumonia constitui uma das principais causas de morbimortalidade infantil no mundo, especialmente entre crianças menores de um ano, representando um grave problema de saúde pública, sobretudo em países de baixa e média renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023). No Brasil, apesar dos avanços alcançados nas políticas públicas de saúde e da ampliação do acesso aos serviços de atenção básica, a doença ainda responde por um número expressivo de hospitalizações pediátricas, impactando significativamente os indicadores de saúde infantil (Mendoça et al., 2022).

Na região Nordeste, particularmente no estado da Paraíba, as internações por pneumonia em crianças menores de um ano refletem desigualdades sociais, barreiras de acesso aos serviços de saúde, fragilidades na cobertura vacinal e insuficiência no acompanhamento das doenças respiratórias agudas (Silva et al., 2023). Esse contexto revela a necessidade de compreender os fatores que contribuem para essas internações e de identificar possíveis falhas na atenção primária à saúde, sobretudo no primeiro ano de vida, fase marcada pela imaturidade do sistema imunológico e maior vulnerabilidade às infecções respiratórias.

A relevância científica deste estudo reside na escassez de investigações regionais que abordem especificamente o perfil epidemiológico das internações por pneumonia em menores de um ano na Paraíba, considerando suas particularidades socioeconômicas e geográficas. Assim, a pesquisa propõe-se a contribuir para a produção de conhecimento científico aplicado, subsidiando estratégias de prevenção e aprimoramento das ações de atenção primária, com vistas à redução das hospitalizações evitáveis.

Do ponto de vista social, compreender a dinâmica das internações por pneumonia nessa faixa etária possibilita o fortalecimento de políticas públicas e práticas assistenciais, como o acompanhamento sistemático da puericultura, o incentivo à vacinação e a promoção de ações educativas voltadas às famílias e cuidadores. Dessa forma, este trabalho busca oferecer subsídios para intervenções que promovam a redução da morbimortalidade infantil e o fortalecimento da equidade no cuidado, alinhando-se aos objetivos de desenvolvimento sustentável e às diretrizes do Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI) (Brasil, 2023).

Diante desse contexto, este estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico das internações hospitalares por pneumonia em crianças menores de um ano no estado da Paraíba, no período de 2019 a 2024, considerando aspectos de morbidade, mortalidade, média de permanência hospitalar e impacto financeiro para o Sistema Único de Saúde (SUS).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, considerando a série temporal e a espacial. Os dados utilizados foram secundários, isto é, relacionados aos eventos vitais, disponíveis em domínio público (Rouquayrol, Gurgel, 2021). No estudo das internações hospitalares, foram consideradas as internações por pneumonia. As informações utilizadas abrangeram o período de 2019 a 2024, levando em consideração a faixa etária, o sexo e a doença responsável pela internação. A seleção dos indicadores foi realizada com base na disponibilidade dos dados nos anos de interesse e em sua possível influência sobre as condições de saúde, além de permitir comparações entre os indicadores nos diferentes períodos analisados. A construção dos indicadores foi realizada com o auxílio dos programas Tabwin® e Excel®.

A fonte de coleta de dados foi Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) os dados de internação foram extraídos do *site* do SIH-MS. E a seleção dos indicadores foi realizada em função da disponibilidade dos dados em anos de interesse e considerada sua possível influência nas condições de saúde

Por tratar-se de um estudo descritivo com dados secundários provenientes de domínio público, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a coleta os dados foram analisados através da estatística descritiva e analisados por meio de tabelas.

Conforme observado na tabela 1, entre os anos de 2019 e 2024, o estado da Paraíba registrou um total de 8.575 internações hospitalares por pneumonia (CID-10 J18) em crianças menores de um ano, de acordo com dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Observa-se que o sexo masculino apresentou o maior número de internações (4.971 casos), correspondendo a aproximadamente 58% do total, enquanto o sexo feminino registrou 3.604 casos (42%). Esse predomínio masculino é consistente com achados de estudos epidemiológicos, que indicam maior vulnerabilidade respiratória entre meninos no primeiro ano de vida (Silva et al., 2023).

Tabela 1 – morbidade hospitalar do SUS na Paraíba referentes à CID-10: Pneumonia, com base nas AIHs (Autorizações de Internação Hospitalar) por faixa etária e sexo, no período de 2019 a 2024.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	4.971	3.604	8.575
Total	4.971	3.604	8.575

Fonte: Ministério da saúde – sistemas de informações hospitalares do SUS (SIH/ SUS)

Bueno et al. (2020) encontraram perfil semelhante e associaram esse resultado a fatores anatômicos e imunológicos que podem favorecer maior predisposição às infecções respiratórias. Entretanto, Magalhães et al. (2022) e Costa et al. (2022) observaram diferenças menos expressivas entre os sexos, indicando que fatores sociais, ambientais e o acesso aos serviços de saúde podem exercer maior influência sobre as hospitalizações do que o sexo isoladamente. Dessa forma, embora exista predominância masculina, condições socioeconômicas desfavoráveis permanecem como importantes determinantes desse perfil epidemiológico.

Na tabela 2 podemos observar que no período de 2019 a 2024, a média de permanência hospitalar por pneumonia entre crianças menores de um ano na Paraíba foi de 6,4 dias, de acordo com o Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

Tabela 2 – Média de permanência hospitalar devido Pneumonia na Paraíba por faixa etária e sexo (2019-2024)

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	6,4	6,3	6,4
Total	6,4	6,3	6,4

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A média de permanência hospitalar encontrada foi de 6,4 dias, indicando importante demanda assistencial e sobrecarga para os serviços hospitalares. Esse resultado se aproxima dos achados de Lima et al. (2022), que observaram tempo semelhante de internação em crianças hospitalizadas por pneumonia, relacionando esse período à gravidade clínica, presença de comorbidades e atraso no início do tratamento. Mendonça et al. (2022) destacam que a pneumonia é uma condição sensível à atenção primária, e quando o diagnóstico e o manejo precoce não ocorrem adequadamente, há maior probabilidade de internações prolongadas. Isso reforça a importância da atuação preventiva da atenção básica para reduzir o tempo de hospitalização e evitar complicações.

De acordo com a tabela 3 a taxa de mortalidade hospitalar entre crianças menores de 1 ano na Paraíba foi de 1,21%, sendo 1,03% para o sexo masculino e 1,47% para o feminino. Este valor revela a vulnerabilidade desse grupo diante de agravos como a pneumonia, principal causa de internações infantis.

Tabela 3 – Taxa de mortalidade hospitalar devido a Pneumonia na Paraíba por faixa etária e sexo (2019-2024).

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	1,03	1,47	1,21
Total	1,03	1,47	1,21

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A taxa de mortalidade observada demonstra que a pneumonia continua sendo uma importante causa de óbito infantil, especialmente em populações mais vulneráveis. Esse achado está em consonância com Dallabrida et al. (2025), que identificaram as doenças respiratórias como uma das principais causas de mortalidade infantil no Brasil, com destaque para pneumonia, bronquiolite, bronquite e asma. Barbosa et al. (2024) também reforçam que infecções respiratórias agudas

podem evoluir para quadros graves quando há falhas no diagnóstico precoce e no acompanhamento contínuo. Além disso, fatores como desnutrição, baixa cobertura vacinal e dificuldades no acesso aos serviços de saúde contribuem significativamente para o agravamento clínico e aumento da mortalidade.

Observa-se na tabela 4 que o valor total gasto com internações hospitalares de crianças menores de 1 ano na Paraíba foi de R$ 9.906.626,81. Esse montante expressivo reflete a alta complexidade e o custo dos cuidados necessários nessa faixa etária, frequentemente associados a doenças respiratórias graves, como pneumonia.

Tabela 4 – Valor total das internações hospitalares devido a Pneumonia na Paraíba por faixa etária e sexo (2019-2024) (Valor em reais)

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	5.749.932,81	4.156.694	9.906.626,81
Total	5.749.932,81	4.156.694	9.906.626,81

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

O elevado custo total das internações demonstra o impacto econômico significativo da pneumonia pediátrica para o Sistema Único de Saúde. O valor de R$ 9.906.626,81 evidencia não apenas a alta frequência das hospitalizações, mas também a complexidade assistencial envolvida no tratamento desses pacientes. Esse achado corrobora os resultados de Vieira et al. (2024), que destacaram o alto custo das síndromes respiratórias agudas graves em crianças e adolescentes, especialmente em períodos de maior demanda hospitalar. Silva et al. (2023) também apontaram que as internações por pneumonia representam importante carga financeira para o SUS, sobretudo em regiões com maiores desigualdades sociais, como o Nordeste brasileiro.

A redução desses custos depende diretamente do fortalecimento da atenção primária, ampliação da cobertura vacinal e implementação de estratégias preventivas voltadas à saúde infantil. Dessa forma, investir em prevenção mostra-se mais eficaz e economicamente viável do que atuar apenas no tratamento hospitalar.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a redução das internações por pneumonia em crianças menores de um ano depende diretamente do fortalecimento da rede de atenção básica, da melhoria da qualidade do cuidado neonatal e infantil e da integração das políticas públicas de saúde. Tais medidas podem contribuir para a diminuição da mortalidade infantil, otimização dos recursos hospitalares e melhoria dos indicadores de saúde da infância no estado da Paraíba.

Diante do exposto recomenda-se a realização de novos estudos regionais que avaliem a efetividade das políticas públicas implementadas, identifiquem fatores de risco associados e proponham intervenções direcionadas para garantir o direito à saúde e à sobrevivência saudável das crianças.

Em síntese, este estudo reforça a importância de se investir em ações preventivas e integradas de saúde infantil, garantindo não apenas a redução de hospitalizações evitáveis, mas também a equidade no acesso ao cuidado e a melhoria da qualidade de vida das crianças paraibanas.

REFERÊNCIAS

ALNAJJAR, A. A.; DOHAIN, A. M.; ABDELMOHSEN, G. A.; ALAHMADI, T. S.; ZAHER, Z. F.; ABDELGALIL, A. A. Clinical characteristics and outcomes of children with COVID-19 in Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, v. 42, n. 4, p. 391-398, 2021. DOI: https://doi.org/10.15537/smj.2021.42.4.20210011.

BARBOSA, A. V. A.; TALIN, A. T.; PORTO, V. S.; FREITAS, C. M. Bronquite e bronquiolite aguda em crianças do Sul: epidemiologia das internações entre 2019 e 2023. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 9, p. 753-764, 2024. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p753-764.

BARBOSA, F. I.; OLIVEIRA, S. N. P.; MOREIRA, G. O. Diagnóstico e manifestações precoces na asma pediátrica: o que sabemos? **Revista Extensão & Cidadania**, v. 9, n. 16, p. 33-51, 2021. Doi: https://doi.org/10.22481/recuesb.v9i16.8679.

BARROS, B. G. F. *Análise do potencial anti-inflamatório, antitumoral e antimetastático do extrato de Sorghum bicolor L. Moench*. 2022. 104 f. Tese (Doutorado em Tecnologias Energéticas e Nucleares) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/52025. Acesso em: 30 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional pela Primeira Infância: ações intersetoriais para redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Asma*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2025/relatorio-preliminar-pcdt-asma-cp-77. Acesso em: 31 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS: **Morbidade Hospitalar por local de residência, Paraíba (2019–2024)**. Brasília, 2024. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br. Acesso em: 4 out. 2025.

BUENO, N. F. F.; SOUSA, B. S.; SANTOS, M. N.; FRANÇA, L. A.; REIS JÚNIOR, P. M. Perfil epidemiológico de internações por pneumonia em crianças no Tocantins entre 2014 e 2018. *Revista de Patologia do Tocantins*, v. 7, n. 3, p. 3–6, 2020. DOI: https://doi.org/10.20873/uft.2446-6492.2020v7n3p3.

CURZIO, R. L.; RIBEIRO, L. F. T.; SOUSA, D. S.; RANGEL, M. E. M.; SILVA, F. J. A. Perfil epidemiológico dos óbitos infantis por doenças do aparelho respiratório no estado de São Paulo no período de 2017 a 2021. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 1, p. 2196-2212, 2024. Doi: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n1p2196-2212.

DALLABRIDA, C. P.; ARRAES, F. C.; AHN, F. M. D.; PEREIRA, M. E.; DARTE, V. M. V.; LIMA, U. T. S. Perfil epidemiológico da mortalidade infantil por doenças respiratórias no Brasil: bronquiolite, bronquite, asma e pneumonia. *Revista Ibero-*

Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 11, n. 7, 2025. DOI: https://doi.org/10.51891/rease.v11i7.20153.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA). *Global strategy for asthma management and prevention*. 2023. Disponível em: https://ginasthma.org/2023-gina-main-report/. Acesso em: 30 mar. 2026.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA). *Global strategy for asthma management and prevention*. Updated Aug. 2025. Disponível em: https://ginasthma.org/2025-gina-strategy-report/. Acesso em: 31 mar. 2026.

HOUSE, S. A.; MARIN, J. R.; HALL, M.; RALSTON, S. L. Trends over time in use of non recommended tests and treatments since publication of the American Academy of Pediatrics bronchiolitis guideline. *JAMA Network Open*, v. 4, n. 2, p. e2037356, 2021.

KAZAMA, I.; NAKAJIMA, T. Acute bronchitis caused by *Bordetella pertussis* possibly co-infected with *Mycoplasma pneumoniae*. *American Journal of Case Reports*, v. 15, n. 20, p. 60–64, 2019. DOI: https://doi.org/10.12659/AJCR.913430

LANARI, M.; VANDINI, S.; CAPRETTI, M. G. Respiratory syncytial virus infections in infants affected by primary immunodeficiency. *Journal of Translational Medicine*, v. 18, n. 1, p. 1–12, 2020. DOI: https://doi.org/10.1155/2014/850831.

LIMA, F. A. et al. Perfil clínico e epidemiológico de crianças hospitalizadas por pneumonia em um hospital público. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 22, n. 4, p. 843–852, 2022.

LIMA, R. Bronquiolite aguda. *Life Saving: Separata Científica*, v. 8, n. 19, p. 50-55, 2021.

MARQUES, J. A.; BLOISE, R. F.; LOPES, L. B. M.; GODÓI, L. F.; SOUZA, P. R. P.; ROSA, I. M. S.; COSTA, S. S.; BARROS, M. C.; SOUZA, A. C. L.; CARVALHO, B. M. M. Asthma hospitalization rates in Brazil: trends from 2016 to 2020. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 25, p. 1–11, 2022. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.28825.

MAZUR, N. I.; LÖWENSTEYN, Y. N.; WILLEMSEN, J. E.; GILL, C. J.; FORMAN, L.; MWANANYANDA, L. M.; BLAU, D. M. *et al*. Global respiratory syncytial virus–related infant community deaths. **Clin Infect Dis,** v. 73, n. 3, p. S229–S237, 2021. Doi: https://doi.org/10.1093/cid/ciab528.

MENDONÇA, A. M. et al. Condições sensíveis à atenção primária e hospitalizações de crianças no Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 22, n. 3, p. 643–653, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1806-93042022000300005.

MORAL, L.; MONZÓ, M. A.; BENITO, J. C. J.; CASANUEVA, C. O.; CALZÓNE, N. M. P.; GARCÍA, M. I. P.; FERNÁNDEZ-OLIVA, C. R. R.; ORTEGA, J. S.; NAVARRETE, L. V.; VALVERDE-MOLINA, J. Pediatric asthma: The REGAP consensus. Anales de Pediatría (English Edition), v. 95, n. 2, p. 125.e1, 2021. Doi: https://doi.org/10.1016/j.anpede.2021.02.007.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. *Cough (acute): antimicrobial prescribing*. England: NICE, 2019. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/ng120. Acesso em: jan. 2022.

OLIVEIRA, D. R.; CARVALHO, C.; OLIVEIRA, S. Hábitos e perturbações do sono numa população pediátrica. *Gazeta Médica*, v. 8, n. 2, p. 87–93, 2021. DOI: https://doi.org/10.29315/gm.v8i2.432.

PEREIRA, C. P.; VALDIER JÚNIOR, M. J. V.; SANTOS, T. L. L.; FERREIRA, M. V.; FERREIRA, M. F. G. H. Bronquiolite viral: uma revisão narrativa. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 6, p. 1571–1586, 2024. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n6p1571-1586.

QUADROS, B. F.; SOUTO, L. S.; TAKAI, J. N. R.; FONSECA, M. T.; MACIEL, J.P. S. D.; OLIVEIRA, L. H.; GARCIA, E. M. N. Bronquiolite Aguda: Panorama descritivo das taxas de mortalidade em crianças com idade inferior a 1 ano. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences,** v. 6, n. 7, p. 1241-1251, 2024. Doi: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/2565/2764.

RODRÍGUEZ, L. B. D. T.; BENÍTEZ, I. M.; MORALES, I. M.; AGUILERA, A. G.; AVID, M. A. D. Caracterização clínico-epidemiológica da bronquiolite em pacientes pediátricos. *Multimed*, v. 25, n. 2, p. e1448, 2021. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000200005.

RONCADA, C.; SOUZA, R. G.; COSTA, D. D.; PITREZ, P. M. Pediatric asthma: impact of the disease in children receiving outpatient treatment in southern Brazil. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 38, p. e2018398, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018398.

ROSSI, D. L.; OMAIRI, A.; NICÉZIO, B. A.; ROSSI, L.; FRANCO, C.; RAUBER, R. Perfil epidemiológico de internações por pneumonia em crianças no Paraná entre 2018 e 2022. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 5 p. 2596-2604, 2023. Doi: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p2596-2604.

SHIPP, C. L.; GERGEN, P. J.; GERN, J. E.; MATSUI, E. C.; GUILBERT, T. W. Asthma management in children. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, v. 11, n. 1, p. 9, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jaip.2022.10.031.

SILVA, K. L. F.; ASSIS, A. F. Q.; ANGEL, D. J. Critérios para a realização de diagnóstico e tratamento da criança com sintomatologia respiratória aguda. **Research, Society and Development,** v. 12, n. 4, p. e28312441266-e28312441266, 2023. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i4.41266.

SILVA, L. C. et al. Hospitalizações por pneumonia em menores de cinco anos no Nordeste do Brasil: análise temporal e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, e00234921, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT234921.

SINGH, A.; AVULA, A.; ZAHN, E. Acute bronchitis. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448067/. Acesso em: 31 mar. 2026.

SOCIEDADE PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SPC). Diretrizes para manejo da asma na infância e adolescência. São Paulo, 2021. Disponível em: https://sbpt.org.br/portal/manejo-asma-grave-2021-jbp/. Acesso em: 30 mar. 2026.

SOUZA, A. W.; CABELLINO, L. F.; BARBIERI, M. C.; THIENGO, P. G. C.; VOLPATO, A. M.; FRIEDRICH, V. F.; SIMÃO, L. C.; PIMENTEL, D. S.; PEREIRA, A. C. S.; FREITAS, J. A. M. Bronquiolite viral aguda: atualizações no diagnóstico, manejo e prevenção. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 7, n. 3, p. 1181–1190, 2025. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n3p1181-1190.

TAN, J.; WU, J.; JIANG, W.; HUANG, L.; JI, W.; YAN, Y.; WANG, M.; SHAO, X. Etiology, clinical characteristics and coinfection status of bronchiolitis in Suzhou. *BMC Infectious Diseases*, v. 21, n. 1, p. 135, 2021. DOI: https://doi.org/10.1186/s12879-021-05772-x.

VIEIRA, C. C. A. R.; REIS, A. T.; OLIVEIRA, L. P. A.; RAMOS, G. F. S.; TAVARES, R. C. M.; MENDONÇA, H. S. L. Estudo epidemiológico de crianças e adolescentes acometidas por síndrome respiratória aguda grave na pandemia da covid-19. *Revista Contexto & Saúde*, v. 24, n. 48, p. e14451, 2024. DOI: https://doi.org/10.21527/2176-7114.2024.48.14451.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Pneumonia fact sheet**. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia. Acesso em: 4 out. 2025.

ZHANG, J.; WURZEL, D. F.; PERRET, J. L.; LODGE, C. J.; WALTERS, E. H.; DHARMAGE, S. C. Chronic bronchitis in children and adults: definitions, pathophysiology, prevalence, risk factors, and consequences. *Journal of Clinical Medicine*, v. 13, n. 8, p. 2413, 2024. DOI: https://doi.org/10.3390/jcm13082413

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu compreender, de forma ampliada, o cenário das internações hospitalares por pneumonia em crianças no estado da Paraíba, evidenciando não apenas a magnitude do problema, mas também suas implicações sociais, assistenciais e econômicas. A análise dos dados demonstrou que a pneumonia permanece como uma condição sensível à atenção primária, refletindo fragilidades na promoção, prevenção e acompanhamento da saúde infantil.

Observou-se que crianças menores de um ano constituem o grupo mais vulnerável, concentrando maior número de internações, maior tempo de permanência hospitalar e impacto significativo nos custos ao sistema de saúde. Esses achados reforçam a necessidade de um olhar mais atento para essa faixa etária, sobretudo no que diz respeito à integralidade do cuidado e à detecção precoce de agravos respiratórios.

Além disso, os resultados destacam a importância da atuação multiprofissional, incluindo a fisioterapia, tanto na prevenção quanto na recuperação dessas crianças, contribuindo para a redução de complicações, tempo de internação e possíveis reinternações. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde se mostra essencial nesse contexto, especialmente por meio de estratégias como ampliação da cobertura vacinal, incentivo ao aleitamento materno, educação em saúde e acompanhamento contínuo do crescimento e desenvolvimento infantil.

Dessa forma, este estudo contribui para o campo científico ao fornecer dados relevantes em nível regional, podendo subsidiar gestores e profissionais de saúde na elaboração de políticas públicas mais eficazes e direcionadas. No entanto, ressalta-se a limitação do uso de dados secundários, que podem estar sujeitos a subnotificações ou inconsistências.

Por fim, reforça-se a necessidade de novos estudos que aprofundem a análise dos determinantes sociais e assistenciais envolvidos nas internações por pneumonia, bem como a avaliação da efetividade das intervenções implementadas. Investir na saúde infantil, especialmente na prevenção de doenças evitáveis como a pneumonia, é fundamental para garantir melhores condições de vida e desenvolvimento para a população.

REFRÊNCIAS

ALNAJJAR, A. A.; DOHAIN, A. M.; ABDELMOHSEN, G. A.; ALAHMADI, T. S.; ZAHER, Z. F.; ABDELGALIL, A. A. Clinical characteristics and outcomes of children with COVID-19 in Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, v. 42, n. 4, p. 391-398, 2021. DOI: https://doi.org/10.15537/smj.2021.42.4.20210011.

ALVES BARBOSA, A. V.; TORRES TALIM, A.; STURZENEKER PORTO, V.; MARTINS DE FREITAS, C. Bronquite e bronquiolite aguda em crianças do Sul: epidemiologia das internações entre 2019 e 2023. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [São Paulo], v. 6, n. 9, p. 753–764, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p753-764. Acesso em: 4 maio 2025.

ANDRADE, B. M. et al. Pneumonia adquirida na comunidade: epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico e abordagem terapêutica. **Revista Brasileira de Residência & Educação Médica**, [São José dos Pinhais], v. 1, n. 1, 2025. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/bjrme/article/view/78136. Acesso em: 7 maio 2025.

ANDRADE, V. N. D.; AMORETTI, C. F.; TORREÃO, L. A.; SOUSA, I. T. Perfil das internações por causas respiratórias em duas unidades de terapia intensiva pediátricas em Salvador, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 40, n. 1, p. 250–262, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n1.a2020. Acesso em: 22 mar. 2025.

AULA, A. C. R. B. de et al. Análise do perfil epidemiológico de crianças hospitalizadas com pneumonia bacteriana em um hospital de referência antes e após a reabertura das escolas em decorrência da pandemia de COVID-19. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [São Paulo], v. 6, n. 7, p. 3233–3263, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n7p3233-3263. Acesso em: 4 maio 2025.

BARBOSA, A. V. A.; TALIN, A. T.; PORTO, V. S.; FREITAS, C. M. Bronquite e bronquiolite aguda em crianças do Sul: epidemiologia das internações entre 2019 e 2023. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 9, p. 753-764, 2024. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p753-764.

BARBOSA, F. I.; OLIVEIRA, S. N. P.; MOREIRA, G. O. Diagnóstico e manifestações precoces na asma pediátrica: o que sabemos? **Revista Extensão & Cidadania**, v. 9, n. 16, p. 33-51, 2021. Doi: https://doi.org/10.22481/recuesb.v9i16.8679.

BARROS, B. G. F. *Análise do potencial anti-inflamatório, antitumoral e antimetastático do extrato de Sorghum bicolor L. Moench*. 2022. 104 f. Tese (Doutorado em Tecnologias Energéticas e Nucleares) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/52025. Acesso em: 30 mar. 2026.

BASTOS, Maria Caroline Moyses et al. Pneumonia adquirida na comunidade: um estudo sobre tratamento em regime de internação. **Brazilian Journal of**

Implantology and Health Sciences, [São Paulo], v. 6, n. 10, p. 2024–2035, 2024. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n10p2024-2035.

BOMFIM, V. V. B. da S. et al. Aspectos radiológicos no diagnóstico de pneumonia. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [São Paulo], v. 9, n. 5, p. 2523–2532, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.51891/rease.v9i5.9999. Acesso em: 10 maio 2025.

BONIFÁCIO, M. A. M.; FONTES, N. O.; NEGRINI, L. N.; CUNHA, M. G. C. Bronquiolite aguda em lactentes: uma revisão dos tratamentos atuais e impacto na evolução clínica. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [São Paulo], v. 10, n. 9, p. 2523–2532, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.51891/rease.v10i9.15768. Acesso em: 4 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional pela Primeira Infância: ações intersetoriais para redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Asma*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2025/relatorio-preliminar-pcdt-asma-cp-77. Acesso em: 31 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS: **Morbidade Hospitalar por local de residência, Paraíba (2019–2024)**. Brasília, 2024. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br. Acesso em: 4 out. 2025.

BRITO, E. dos S. et al. Epidemiologia das internações por pneumonia na região Sudeste do Brasil: tendências entre 2013 a 2023. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [São Paulo], v. 11, n. 5, p. 1156–1168, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.51891/rease.v11i5.18950. Acesso em: 10 maio 2025.

BRITTO NETO, S. A. G. et al. Perfil epidemiológico das internações pediátricas por doenças respiratórias em um município do interior da Amazônia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [São Paulo], v. 24, n. 10, e17214, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.25248/reas.e17214.2024. Acesso em: 4 maio 2025.

BUENO, N. F. F.; SOUSA, B. S.; SANTOS, M. N.; FRANÇA, L. A.; REIS JÚNIOR, P. M. Perfil epidemiológico de internações por pneumonia em crianças no Tocantins entre 2014 e 2018. *Revista de Patologia do Tocantins*, v. 7, n. 3, p. 3–6, 2020. DOI: https://doi.org/10.20873/uft.2446-6492.2020v7n3p3.

COSTA, C. et al. Análise epidemiológica dos casos de pneumonia na população pediátrica brasileira nos últimos 10 anos. **Revista de Saúde**, [Santa Maria], v. 13, n. 2, p. 72–77, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.21727/rs.v13i2.2923. Acesso em: 27 abr. 2025.

CURZIO, R. L.; RIBEIRO, L. F. T.; SOUSA, D. S.; RANGEL, M. E. M.; SILVA, F. J. A. Perfil epidemiológico dos óbitos infantis por doenças do aparelho respiratório no

estado de São Paulo no período de 2017 a 2021. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 1, p. 2196-2212, 2024. Doi: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n1p2196-2212.

DALLABRIDA, C. P.; ARRAES, F. C.; AHN, F. M. D.; PEREIRA, M. E.; DARTE, V. M. V.; LIMA, U. T. S. Perfil epidemiológico da mortalidade infantil por doenças respiratórias no Brasil: bronquiolite, bronquite, asma e pneumonia. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 11, n. 7, 2025. DOI: https://doi.org/10.51891/rease.v11i7.20153.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA). *Global strategy for asthma management and prevention*. 2023. Disponível em: https://ginasthma.org/2023-gina-main-report/. Acesso em: 30 mar. 2026.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA). *Global strategy for asthma management and prevention*. Updated Aug. 2025. Disponível em: https://ginasthma.org/2025-gina-strategy-report/. Acesso em: 31 mar. 2026.

GOMES, G. M.; SILVA, K. A. L. da; SOARES, F.; FONSECA, A. U. de; FERNANDES, D. Uma visão sobre a classificação de pneumonia viral e bacteriana por radiografias de tórax. **Journal of Health Informatics**, [São Paulo], v. 16, ed. especial, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.59681/2175-4411.v16.iEspecial.2024.1341. Acesso em: 4 maio 2025.

GUIMARÃES, E. G. et al. Perfil epidemiológico das crianças com pneumonia no Espírito Santo entre 2018 e 2023. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [São Paulo], v. 5, n. 5, p. 6104–6112, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p6104-6112. Acesso em: 22 mar. 2025.

HOUSE, S. A.; MARIN, J. R.; HALL, M.; RALSTON, S. L. Trends over time in use of non recommended tests and treatments since publication of the American Academy of Pediatrics bronchiolitis guideline. *JAMA Network Open*, v. 4, n. 2, p. e2037356, 2021.

JORGE, A. C. et al. Estratégias efetivas para prevenção e manejo de doenças respiratórias na infância. **Periódicos Cedigma**, [Porto Alegre], v. 1, n. 2, p. 27–34, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.5281/zenodo.15015880. Acesso em: 4 maio 2025.

KAZAMA, I.; NAKAJIMA, T. Acute bronchitis caused by *Bordetella pertussis* possibly co-infected with *Mycoplasma pneumoniae*. *American Journal of Case Reports*, v. 15, n. 20, p. 60–64, 2019. DOI: https://doi.org/10.12659/AJCR.913430

LANARI, M.; VANDINI, S.; CAPRETTI, M. G. Respiratory syncytial virus infections in infants affected by primary immunodeficiency. *Journal of Translational Medicine*, v. 18, n. 1, p. 1–12, 2020. DOI: https://doi.org/10.1155/2014/850831.

LIMA, F. A. et al. Perfil clínico e epidemiológico de crianças hospitalizadas por pneumonia em um hospital público. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 22, n. 4, p. 843–852, 2022.

LIMA, R. Bronquiolite aguda. *Life Saving: Separata Científica*, v. 8, n. 19, p. 50-55, 2021.

LIMA, T. A. de et al. Perfil epidemiológico dos óbitos na faixa etária pediátrica por pneumonia, no Brasil, no período de 2019 a 2023. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [São Paulo], v. 6, n. 4, p. 259–271, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n4p259-271. Acesso em: 2 maio 2025.

MAGALHÃES, C. F. C. et al. Análise epidemiológica dos casos de pneumonia na população pediátrica brasileira nos últimos 10 anos. *Revista de Saúde*, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 72–77, 2022.

MARQUES, J. A.; BLOISE, R. F.; LOPES, L. B. M.; GODÓI, L. F.; SOUZA, P. R. P.; ROSA, I. M. S.; COSTA, S. S.; BARROS, M. C.; SOUZA, A. C. L.; CARVALHO, B. M. M. Asthma hospitalization rates in Brazil: trends from 2016 to 2020. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 25, p. 1–11, 2022. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.28825.

MAZUR, N. I.; LÖWENSTEYN, Y. N.; WILLEMSEN, J. E.; GILL, C. J.; FORMAN, L.; MWANANYANDA, L. M.; BLAU, D. M. *et al*. Global respiratory syncytial virus–related infant community deaths. **Clin Infect Dis,** v. 73, n. 3, p. S229–S237, 2021. Doi: https://doi.org/10.1093/cid/ciab528.

MEGIANI, I. N. et al. Temporal and financial analysis of hospitalizations for pneumonia in the Brazilian childhood population. **Research, Society and Development**, [Vargem Grande Paulista], v. 13, n. 2, p. e7713245031, 2024. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/45031. Acesso em: 27 abr. 2025.

MENDES, A. C. L. Internação por pneumonia em crianças menores de cinco anos de idade: uma análise espaço-temporal e de condições nutricionais. 2020. 103 f. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/30618/1/AmandaDeConceicaoLeaoMendes_DISSERT.pdf. Acesso em: 22 mar. 2025.

MENDES, A. C. L.; SOUZA, T. A.; MEDEIROS, A. A.; BARBOSA, I. R. Pneumonia in children under 5 years: temporal trends and spatial patterns of hospitalizations in Brazil. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, [Deerfield], v. 108, n. 5, p. 916–926, 2023. DOI: https://doi.org/10.4269/ajtmh.21-0664.

MENDONÇA, A. M. et al. Condições sensíveis à atenção primária e hospitalizações de crianças no Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 22, n. 3, p. 643–653, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1806-93042022000300005.

MELO, C. C. V. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com doenças respiratórias atendidos na enfermaria pediátrica do Hospital Municipal de Araguaína de janeiro de 2019 a dezembro de 2021. **JNT Facit Business and Technology Journal**, Araguaína, ed. 44, v. 1, p. 70–79, ago. 2023. Fluxo contínuo. ISSN 2526-4281. Disponível em: http://revistas.faculdadefacit.edu.br. Acesso em: 4 maio 2025.

MORAL, L.; MONZÓ, M. A.; BENITO, J. C. J.; CASANUEVA, C. O.; CALZÓNE, N. M. P.; GARCÍA, M. I. P.; FERNÁNDEZ-OLIVA, C. R. R.; ORTEGA, J. S.; NAVARRETE, L. V.; VALVERDE-MOLINA, J. Pediatric asthma: The REGAP consensus. Anales de Pediatría (English Edition), v. 95, n. 2, p. 125.e1, 2021. Doi: https://doi.org/10.1016/j.anpede.2021.02.007.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. *Cough (acute): antimicrobial prescribing*. England: NICE, 2019. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/ng120. Acesso em: jan. 2022.

NEVES, D. L. et al. Resistência bacteriana devido ao uso indiscriminado de antibióticos. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [São Paulo], v. 10, n. 12, p. 2595–2606, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.51891/rease.v10i12.17273. Acesso em: 4 maio 2025.

NETO, W. M. R.; EL HASSAN, S. Impacto da vacina pneumocócica conjugada na redução das internações hospitalares por pneumonia em crianças menores de cinco anos: uma revisão literária. **Revista Corpus Hippocraticum**, [São José do Rio Preto], v. 2, n. 1, 2023. Disponível em: https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-medicina/article/view/967. Acesso em: 4 maio 2025.

OLIVEIRA, D. R.; CARVALHO, C.; OLIVEIRA, S. Hábitos e perturbações do sono numa população pediátrica. *Gazeta Médica*, v. 8, n. 2, p. 87–93, 2021. DOI: https://doi.org/10.29315/gm.v8i2.432.

PEREIRA, C. P.; VALDIER JÚNIOR, M. J. V.; SANTOS, T. L. L.; FERREIRA, M. V.; FERREIRA, M. F. G. H. Bronquiolite viral: uma revisão narrativa. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 6, p. 1571–1586, 2024. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n6p1571-1586.

QUADROS, B. F.; SOUTO, L. S.; TAKAI, J. N. R.; FONSECA, M. T.; MACIEL, J.P. S. D.; OLIVEIRA, L. H.; GARCIA, E. M. N. Bronquiolite Aguda: Panorama descritivo das taxas de mortalidade em crianças com idade inferior a 1 ano. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences,** v. 6, n. 7, p. 1241-1251, 2024. Doi: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/2565/2764.

RIBEIRO, M. C. F. et al. Análise epidemiológica da pneumonia em crianças e adolescentes: período de 2019 a 2023. **Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, [Rio de Janeiro], v. 16, n. 2, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.36692/V16N2-85. Acesso em: 2 maio 2025.

RODRÍGUEZ, L. B. D. T.; BENÍTEZ, I. M.; MORALES, I. M.; AGUILERA, A. G.; AVID, M. A. D. Caracterização clínico-epidemiológica da bronquiolite em pacientes pediátricos. *Multimed*, v. 25, n. 2, p. e1448, 2021. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000200005.

RONCADA, C.; SOUZA, R. G.; COSTA, D. D.; PITREZ, P. M. Pediatric asthma: impact of the disease in children receiving outpatient treatment in southern Brazil. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 38, p. e2018398, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018398.

ROSSI, D. L. et al. Perfil epidemiológico de internações por pneumonia em crianças no Paraná entre 2018 e 2022. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [São Paulo], v. 5, n. 5, p. 2596–2604, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p2596-2604. Acesso em: 22 mar. 2025.

ROSSI, D. L.; OMAIRI, A.; NICÉZIO, B. A.; ROSSI, L.; FRANCO, C.; RAUBER, R. Perfil epidemiológico de internações por pneumonia em crianças no Paraná entre 2018 e 2022. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 5 p. 2596-2604, 2023. Doi: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p2596-2604.

SANTOS, L. L. dos et al. Perfil epidemiológico e medicamentoso das internações por pneumonia pediátrica em um hospital do alto sertão paraibano. **Revista Delos**, [Ponta Grossa], v. 18, n. 64, e4165, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.55905/rdelosv18.n64-139. Acesso em: 4 maio 2025.

SCHMITT, M. G. B.; PINCULINI, A. P. G.; HABERMANN, M. A. M. Análise de internações por doenças respiratórias em crianças menores de 4 anos no estado de Santa Catarina-SC. **Observatório de la Economía Latinoamericana**, [Ponta Grossa], v. 21, n. 11, p. 19552–19567, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.55905/oelv21n11-052. Acesso em: 4 maio 2025.

SHIPP, C. L.; GERGEN, P. J.; GERN, J. E.; MATSUI, E. C.; GUILBERT, T. W. Asthma management in children. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, v. 11, n. 1, p. 9, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jaip.2022.10.031.

SILVA, L. C. et al. Hospitalizações por pneumonia em menores de cinco anos no Nordeste do Brasil: análise temporal e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, e00234921, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT234921.

SINGH, A.; AVULA, A.; ZAHN, E. Acute bronchitis. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448067/. Acesso em: 31 mar. 2026.

SOCIEDADE PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SPC). Diretrizes para manejo da asma na infância e adolescência. São Paulo, 2021. Disponível em: https://sbpt.org.br/portal/manejo-asma-grave-2021-jbp/. Acesso em: 30 mar. 2026.

SOUZA, A. W.; CABELLINO, L. F.; BARBIERI, M. C.; THIENGO, P. G. C.; VOLPATO, A. M.; FRIEDRICH, V. F.; SIMÃO, L. C.; PIMENTEL, D. S.; PEREIRA, A. C. S.; FREITAS, J. A. M. Bronquiolite viral aguda: atualizações no diagnóstico, manejo e prevenção. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 7, n. 3, p. 1181–1190, 2025. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n3p1181-1190.

TAN, J.; WU, J.; JIANG, W.; HUANG, L.; JI, W.; YAN, Y.; WANG, M.; SHAO, X. Etiology, clinical characteristics and coinfection status of bronchiolitis in Suzhou. *BMC Infectious Diseases*, v. 21, n. 1, p. 135, 2021. DOI: https://doi.org/10.1186/s12879-021-05772-x.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE (UFRN). **Análise econômica das internações por pneumonia no Brasil entre 1998 e 2021**. Natal, 2023. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/60125. Acesso em: 7 maio 2025.

VALERA, G. G. et al. O papel da procalcitonina na diferenciação de pneumonia bacteriana: uma revisão da literatura atual. **Revista Delos**, [Ponta Grossa], v. 18, n. 63, e3590, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.55905/rdelosv18.n63-080. Acesso em: 4 maio 2025.

VANZELLA, Z. C.; PELIZARI, G. M. Impacto da vacina pneumocócica conjugada nas internações hospitalares por pneumonia em crianças de 0 a 4 anos em Presidente Prudente / Impact of pneumococcal conjugate vaccine on hospital admissions for pneumonia in children aged 0 to 4 years in Presidente Prudente. **Brazilian Journal of Health Review**, [Curitiba], v. 4, n. 3, p. 10371–10389, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n3-062. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/29660. Acesso em: 4 maio 2025.

VIEIRA, C. C. A. R.; REIS, A. T.; OLIVEIRA, L. P. A.; RAMOS, G. F. S.; TAVARES, R. C. M.; MENDONÇA, H. S. L. Estudo epidemiológico de crianças e adolescentes acometidas por síndrome respiratória aguda grave na pandemia da covid-19. *Revista Contexto & Saúde*, v. 24, n. 48, p. e14451, 2024. DOI: https://doi.org/10.21527/2176-7114.2024.48.14451.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Pneumonia fact sheet**. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia. Acesso em: 4 out. 2025.

ZHANG, J.; WURZEL, D. F.; PERRET, J. L.; LODGE, C. J.; WALTERS, E. H.; DHARMAGE, S. C. Chronic bronchitis in children and adults: definitions, pathophysiology, prevalence, risk factors, and consequences. *Journal of Clinical Medicine*, v. 13, n. 8, p. 2413, 2024. DOI: https://doi.org/10.3390/jcm13082413

ANEXO

NORMAS REVISTA PBPC

Normas

RESUMO DAS INFORMAÇÕES MAIS ÚTEIS PARA SUBMISSÃO

Resumo: 320 palavras, podendo exceder esse número quando for muito necessário. O resumo pode ser estruturado ou não. Caso o resumo ultrapasse as 320 palavras, uma justificativa deve ser enviada ao Editor do jornal.

Número de autores: O limite de autores por publicação é de 10.

Formatação: Não há necessidade de se preocupar com o processo de formatação, basta seguir o template que o BJIHS disponibiliza.

Número de laudas ou caracteres do texto: Não há limites

Referências: o texto pode ser referenciado em ABNT ou Vancouver. Não há limites para o número de referências.

Envio: Os artigos devem ser enviados pelo sistema de submissão do jornal**. Artigos enviados pelo email serão avaliados e caso aceito o autor correspondente será convidado a submeter o artigo pelo sistema de submissão do jornal.**

Artigos enviados pelo sistema de submissão que não tiverem todos os seus coautores devidamente inseridos no momento da submissão serão excluídos e o autor correspondente convidados a submeter novamente o artigo com todos os coautores devidamente preenchidos.

Durante o processo de submissão na Plataforma do jornal o Autor deve preencher corretamente a aba **NOME e SOBRENOME**, não inserindo em hipótese nenhuma o nome completo na aba **NOME** e não deixando em hipótese nenhuma a aba **SOBRENOME** vazia, pois isso gera inconsistência irreparável ao DOI do artigo na Plataforma Lattes, não podendo o autor utilizar este DOI em seu Lattes. A correção

deste problema só é possível com uma nova numeração de DOI, que custará ao autor responsável o valor de R$ 50,00

É desejável que a aba **SOBRENOME** contenha apenas o ultimo sobrenome do autor, para melhores fins de citação do artigo e na Plataforma Lattes.

CATEGORIAS E REQUISITOS DE MANUSCRITO

Artigos originais de pesquisa: Artigos inéditos com estudos originais em todas as áreas das ciências.

Artigos de revisão: Artigos que abordem os temas mais atuais da literatura médica vigente. Estas revisões podem ser Artigos de revisão ou Artigos de Revisão Sistemática. Artigos de Revisão crítica só serão aceitos caso sejam solicitados pelo Editor Chefe.

Relatos de casos: Casos em todas as áreas das ciências

Comunicações curtas: Resultados importantes ou anúncio de pesquisa, em um formato conciso e para publicação rápida.

Anais de conferências: Também podem ser considerados para publicação, a critério do Editor-Chefe.

Cópias e compartilhamentos CC: Só podem ser submetidas pelo corpo editorial do BJIHS e devem seguir rigorosamente todos os protocolos e diretrizes Creative Commons.

Cartas ao Editor: Podem ser submetidas pelo sistema de submissão do jornal ou enviadas via email. Cabe exclusivamente ao Editor Chefe aceitar ou não a publicação de uma carta enviada a redação do jornal.

Opinião: Artigo com a opinião de autores relevantes na literatura.

Experiência: Artigo narrando a experiência sobre algum fato relevante.

PREPARAÇÃO DA APRESENTAÇÃO

Cartas de apresentação

As cartas de apresentação não são obrigatórias; no entanto, elas podem ser fornecidas a critério do autor.

Partes do manuscrito

O manuscrito deve ser submetido em arquivo único, contendo texto imagens e tabelas.

Arquivo do texto principal

O arquivo de texto deve ser apresentado na seguinte ordem:

Normas

RESUMO DAS INFORMAÇÕES MAIS ÚTEIS PARA SUBMISSÃO

Resumo: 320 palavras, podendo exceder esse número quando for muito necessário. O resumo pode ser estruturado ou não. Caso o resumo ultrapasse as 320 palavras, uma justificativa deve ser enviada ao Editor do jornal.

Número de autores: O limite de autores por publicação é de 10.

Formatação: Não há necessidade de se preocupar com o processo de formatação, basta seguir o template que o BJIHS disponibiliza.

Número de laudas ou caracteres do texto: Não há limites

Referências: o texto pode ser referenciado em ABNT ou Vancouver. Não há limites para o número de referências.

Envio: Os artigos devem ser enviados pelo sistema de submissão do jornal. Artigos enviados pelo email serão avaliados e caso aceito o autor correspondente será convidado a submeter o artigo pelo sistema de submissão do jornal.

Artigos enviados pelo sistema de submissão que não tiverem todos os seus coautores devidamente inseridos no momento da submissão serão excluídos e o autor correspondente convidados a submeter novamente o artigo com todos os coautores devidamente preenchidos.

Durante o processo de submissão na Plataforma do jornal o Autor deve preencher corretamente a aba NOME e SOBRENOME, não inserindo em hipótese nenhuma o nome completo na aba NOME e não deixando em hipótese nenhuma a aba SOBRENOME vazia, pois isso gera inconsistência irreparável ao DOI do artigo na Plataforma Lattes, não podendo o autor utilizar este DOI em seu Lattes. A correção deste problema só é possível com uma nova numeração de DOI, que custará ao autor responsável o valor de R$ 50,00

É desejável que a aba SOBRENOME contenha apenas o ultimo sobrenome do autor, para melhores fins de citação do artigo e na Plataforma Lattes.

CATEGORIAS E REQUISITOS DE MANUSCRITO

Artigos originais de pesquisa: Artigos inéditos com estudos originais em todas as áreas das ciências.

Artigos de revisão: Artigos que abordem os temas mais atuais da literatura médica vigente. Estas revisões podem ser Artigos de revisão ou Artigos de Revisão Sistemática. Artigos de Revisão crítica só serão aceitos caso sejam solicitados pelo Editor Chefe.

Relatos de casos: Casos em todas as áreas das ciências

Comunicações curtas: Resultados importantes ou anúncio de pesquisa, em um formato conciso e para publicação rápida.

Anais de conferências: Também podem ser considerados para publicação, a critério do Editor-Chefe.

Cópias e compartilhamentos CC: Só podem ser submetidas pelo corpo editorial do BJIHS e devem seguir rigorosamente todos os protocolos e diretrizes Creative Commons.

Cartas ao Editor: Podem ser submetidas pelo sistema de submissão do jornal ou enviadas via email. Cabe exclusivamente ao Editor Chefe aceitar ou não a publicação de uma carta enviada a redação do jornal.

Opinião: Artigo com a opinião de autores relevantes na literatura.

Experiência: Artigo narrando a experiência sobre algum fato relevante.

PREPARAÇÃO DA APRESENTAÇÃO

Cartas de apresentação

As cartas de apresentação não são obrigatórias; no entanto, elas podem ser fornecidas a critério do autor.

Partes do manuscrito

O manuscrito deve ser submetido em arquivo único, contendo texto imagens e tabelas.

Arquivo do texto principal

O arquivo de texto deve ser apresentado na seguinte ordem:

i.. Um título informativo curto, contendo as principais palavras-chave.
ii. Um título de curta duração com menos de 120 caracteres;
iii. Os nomes completos dos autores;
iv. As afiliações institucionais dos autores
v. agradecimentos, se houver;
vi. Resumo e palavras-chave;
vii. Texto principal;
viii. Referências;
ix. Tabelas (cada tabela completa com título e notas de rodapé);
x. Legendas das figuras;
xi. Apêndices (se relevante).
Figuras e informações de suporte devem ser fornecidas no mesmo arquivo do texto e podem vir no final ou no meio do texto.

Agradecimentos

As contribuições de qualquer pessoa que não atenda aos critérios de autoria devem ser listadas, com permissão do colaborador, na seção Agradecimentos. Suporte financeiro e material também deve ser mencionado. Graças a revisores anônimos, não são adequados.

Declaração de conflito de interesse

Os autores serão solicitados a fornecer uma declaração de conflito de interesses durante o processo de envio. Os autores que enviaram devem garantir a ligação com todos os co-autores para confirmar o acordo com a declaração final.

Resumo

Os resumos preferencialmente devem ter no máximo 320 palavras. Pode ser estruturado ou não. Deve ter introdução, objetivos, material e métodos, resultados,

conclusões e nenhuma outra informação. Os nomes comerciais de produtos não devem ser incluídos no resumo.

Todo resumo em português ou espanhol deve obrigatoriamente ser seguido de um resumo em Inglês com palavras-chave também em inglês e todo resumo em inglês deve obrigatoriamente vir seguido de um resumo e palavras-chave em português.

Palavras-chave

Forneça de 3 a 8 palavras-chave separadas por uma vírgula.

Texto principal de artigos originais de pesquisa

O texto principal deve incluir Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Introdução: Resuma a lógica e o objetivo do estudo, fornecendo apenas referências estritamente pertinentes. Não revise a literatura existente extensivamente. Declare claramente a hipótese e objetivos do artigo.

Material e Métodos: O material e os métodos devem ser apresentados em detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações. Os métodos publicados devem ser referenciados e discutidos apenas brevemente, a menos que modificações tenham sido feitas. Indique os métodos estatísticos utilizados, se aplicável.

Resultados: apresente seus resultados em uma sequência lógica no texto, tabelas e ilustrações. Não repita no texto todos os dados nas tabelas e ilustrações. As observações importantes devem ser enfatizadas.

Discussão: Resuma as descobertas sem repetir detalhadamente os dados fornecidos na seção Resultados. Relacione suas observações com outros estudos relevantes e

aponte as implicações dos resultados e suas limitações. Cite outros estudos relevantes.

Conclusão: Uma breve e sucinta análise sobre qual conclusão chegou o trabalho.

Texto Principal de Comunicações Curtas

As comunicações breves são limitadas a duas páginas impressas, incluindo ilustrações e referências, e não precisam seguir a divisão usual em material e métodos, etc. mas devem ter um resumo.

Referências

- As referências podem ser numeradas no estilo Vancouver ou escritas estilo ABNT.

- Obrigatoriamente a numeração devem convergir com o numeral citado no corpo do artigo.

- Caso a citação no corpo do texto seja numerada, a forma como referenciar o estudo na categoria REFERÊCIA será no estilo Vancouver e caso a citação seja escrita no corpo do texto, a forma como referenciar o estudo deve ser ABNT.

Tabelas

As tabelas devem ser independentes e complementar, e não duplicar, as informações contidas no texto. Eles devem ser fornecidos como arquivos editáveis, não colados como imagens. As legendas devem ser concisas.

Legendas

As legendas devem ser concisas.

Figuras

Todas as figuras devem esclarecer o texto e seu número deve ser reduzido ao mínimo. Os detalhes devem ser grandes o suficiente para manter sua clareza após a redução no tamanho. Cada figura deve ter uma legenda.

Embora os autores sejam encorajados a enviar imagens da mais alta qualidade possível, para fins de revisão por pares, uma grande variedade de formatos, tamanhos e resoluções são aceitos.

Formatação

Não é necessário preocupar-se com a formatação do texto, basta seguir o modelo de artigo.

Tamanho e tipo de fonte, espaço entre linhas, colunas e etc. não devem ser levados em consideração no texto do artigo, pois caso o artigo seja aceito o proprio sistema de editoração do jornal já deixa o texto adequado as normas.

Apêndices

Os apêndices serão publicados após as referências.

Informações de Apoio

Informações de suporte são informações que não são essenciais para o artigo, mas fornecem maior profundidade e histórico. Está hospedado online e aparece sem editar ou digitar. Pode incluir tabelas, figuras, vídeos, conjuntos de dados, etc.

Submissão de manuscritos revisados

Ao enviar manuscritos revisados, solicita-se aos autores que realcem as revisões em amarelo, em vez de usar os recursos de alteração de faixa. Além disso, uma carta de resposta do autor deve ser fornecida, incluindo uma resposta detalhada a cada ponto de cada revisor.Figuras e informações de suporte devem ser fornecidas no mesmo arquivo do texto e podem vir no final ou no meio do texto.

Agradecimentos

As contribuições de qualquer pessoa que não atenda aos critérios de autoria devem ser listadas, com permissão do colaborador, na seção Agradecimentos. Suporte financeiro e material também deve ser mencionado. Graças a revisores anônimos, não são adequados.

Declaração de conflito de interesse

Os autores serão solicitados a fornecer uma declaração de conflito de interesses durante o processo de envio. Os autores que enviaram devem garantir a ligação com todos os co-autores para confirmar o acordo com a declaração final.

Resumo

Os resumos preferencialmente devem ter no máximo 320 palavras. Pode ser estruturado ou não. Deve ter introdução, objetivos, material e métodos, resultados, conclusões e nenhuma outra informação. Os nomes comerciais de produtos não devem ser incluídos no resumo.

Todo resumo em português ou espanhol deve obrigatoriamente ser seguido de um resumo em Inglês com palavras-chave também em inglês e todo resumo em inglês deve obrigatoriamente vir seguido de um resumo e palavras-chave em português.

Palavras-chave

Forneça de 3 a 8 palavras-chave separadas por uma virgula.

Texto principal de artigos originais de pesquisa

O texto principal deve incluir Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Introdução: Resuma a lógica e o objetivo do estudo, fornecendo apenas referências estritamente pertinentes. Não revise a literatura existente extensivamente. Declare claramente a hipótese e objetivos do artigo.

Material e Métodos: O material e os métodos devem ser apresentados em detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações. Os métodos publicados devem ser referenciados e discutidos apenas brevemente, a menos que modificações tenham sido feitas. Indique os métodos estatísticos utilizados, se aplicável.

Resultados: apresente seus resultados em uma sequência lógica no texto, tabelas e ilustrações. Não repita no texto todos os dados nas tabelas e ilustrações. As observações importantes devem ser enfatizadas.

Discussão: Resuma as descobertas sem repetir detalhadamente os dados fornecidos na seção Resultados. Relacione suas observações com outros estudos relevantes e aponte as implicações dos resultados e suas limitações. Cite outros estudos relevantes.

Conclusão: Uma breve e sucinta análise sobre qual conclusão chegou o trabalho.

Texto Principal de Comunicações Curtas

As comunicações breves são limitadas a duas páginas impressas, incluindo ilustrações e referências, e não precisam seguir a divisão usual em material e métodos, etc. mas devem ter um resumo.

Referências

- As referências podem ser numeradas no estilo Vancouver ou escritas estilo ABNT.

- Obrigatoriamente a numeração deve convergir com o numeral citado no corpo do artigo.

- Caso a citação no corpo do texto seja numerada, a forma como referenciar o estudo na categoria REFERÊCIA será no estilo Vancouver e caso a citação seja escrita no corpo do texto, a forma como referenciar o estudo deve ser ABNT.

Tabelas

As tabelas devem ser independentes e complementar, e não duplicar, as informações contidas no texto. Eles devem ser fornecidos como arquivos editáveis, não colados como imagens. As legendas devem ser concisas.

Legendas

As legendas devem ser concisas.

Figuras

Todas as figuras devem esclarecer o texto e seu número deve ser reduzido ao mínimo. Os detalhes devem ser grandes o suficiente para manter sua clareza após a redução no tamanho. Cada figura deve ter uma legenda.

Embora os autores sejam encorajados a enviar imagens da mais alta qualidade possível, para fins de revisão por pares, uma grande variedade de formatos, tamanhos e resoluções são aceitos.

Formatação

Não é necessário preocupar-se com a formatação do texto, basta seguir o modelo de artigo.

Tamanho e tipo de fonte, espaço entre linhas, colunas e etc. não devem ser levados em consideração no texto do artigo, pois caso o artigo seja aceito o proprio sistema de editoração do jornal já deixa o texto adequado as normas.

Apêndices

Os apêndices serão publicados após as referências.

Informações de Apoio

Informações de suporte são informações que não são essenciais para o artigo, mas fornecem maior profundidade e histórico. Está hospedado online e aparece sem editar ou digitar. Pode incluir tabelas, figuras, vídeos, conjuntos de dados, etc.

Submissão de manuscritos revisados

Ao enviar manuscritos revisados, solicita-se aos autores que realcem as revisões em amarelo, em vez de usar os recursos de alteração de faixa. Além disso, uma carta de resposta do autor deve ser fornecida, incluindo uma resposta detalhada a cada ponto de cada revisor.