

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E PADRÃO SAZONAL DA FARINGITE E AMIGDALITE NO CENTRO DE SAÚDE DOM ÓSCAR BRAGA, 2024.

AUTORES:

António Jaime Kanganjo Manuel ¹

Kiangebeni Ndombasi "Manuel"²

1. António Jaime Kanganjo Manuel, MD

2. Kiangebeni Ndombasi Manuel, MD, Ph.D. e Pós- Doutorado

Faculdade de Medicina da Universidade Katyavala Bwila, ✉ kiangemanuel63@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6797-7039>

Autor Correspondente

Kiangebeni Ndombasi "Manuel"

✉ kiangemanuel63@gmail.com

RESUMO

A faringite e a amigdalite estão entre as infecções mais frequentes do trato respiratório superior, com elevada procura nos serviços de atenção primária, especialmente em populações pediátricas. Este estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos casos de faringite e amigdalite atendidos no Centro de Saúde Dom Óscar Braga, entre janeiro e dezembro de 2024. Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e transversal, de abordagem quantitativa, baseado na análise de dados secundários provenientes de registos clínicos. Foram incluídos todos os casos com diagnóstico de faringite ou amigdalite no período em estudo. As variáveis analisadas incluíram idade, sexo, mês de ocorrência, sintomas e terapêutica instituída. Foram identificados 198 casos, dos quais 87 (43,9%) corresponderam a faringite e 111 (56,1%) a amigdalite. A maior frequência ocorreu em crianças de 5–9 anos, com ligeiro predomínio do sexo feminino. A febre (69,7%) e a odinofagia (57,6%) foram os sintomas mais comuns. A antibioticoterapia foi prescrita em 32,8% dos casos, com predominância de amoxicilina e amoxicilina associada ao ácido clavulânico. Identificou-se padrão sazonal distinto, com pico de faringite nos meses de julho e agosto e de amigdalite no mês de maio. Conclui-se que as faringoamigdalites apresentam elevada frequência na atenção primária, com predominância pediátrica e comportamento sazonal definido. Os achados reforçam a necessidade de vigilância epidemiológica e uso racional de antibióticos.

Palavras-chave: Faringite; Amigdalite; Epidemiologia; Atenção primária.

ABSTRACT

Pharyngitis and tonsillitis are among the most common upper respiratory tract infections, accounting for a high demand in primary care services, especially among pediatric populations. This study aimed to describe the epidemiological profile of pharyngitis and tonsillitis cases treated at the Dom Óscar Braga Health Center between January and December 2024. This is a retrospective, descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, based on secondary data from clinical records. A total of 198 cases were identified, including 87 (43.9%) cases of pharyngitis and 111 (56.1%) of tonsillitis. The highest frequency was observed among children aged 5–9 years, with a slight predominance of females. Fever (69.7%) and odynophagia (57.6%) were the most frequent symptoms. Antibiotic therapy was prescribed in 32.8% of cases, mainly amoxicillin and amoxicillin-clavulanate. A seasonal pattern was identified, with peaks in pharyngitis during July and August and tonsillitis in May. These findings highlight the high burden of pharyngotonsillitis in primary care and reinforce the importance of epidemiological surveillance and rational antibiotic use.

Keywords: Pharyngitis; Tonsillitis; Epidemiology; Primary Health Care.

1. INTRODUÇÃO

As infecções do trato respiratório superior, particularmente a faringite e a amigdalite, estão entre as principais razões pelas quais as pessoas procuram ajuda médica em todo o mundo (Vos et al., 2020; World Health Organization, 2019). Esses problemas afectam mais crianças e adolescentes, causando bastante mal-estar, faltas à escola e o uso frequente de antibióticos (Kenealy & Arroll, 2013; Hayward et al., 2017).

Na maioria das vezes, a causa dessas infeções são vírus. No entanto, bactérias, como a *Streptococcus pyogenes*, também têm um papel importante em certos casos, especialmente nas crianças (Shulman et al., 2012; Bisno et al., 2002). É crucial saber se a infeção é causada por vírus ou bactérias para escolher o tratamento certo e evitar dar antibióticos quando não são necessários (Snow et al., 2001; Shulman et al., 2012). Em países como Angola, há uma carência de informações detalhadas e organizadas sobre como estas doenças se espalham, principalmente nos cuidados de saúde mais básicos (Akinyemi & Bamgboye, 2018).

Assim, este estudo pretende mostrar como a faringite e a amigdalite se comportam no Centro de Saúde Dom Óscar Braga ao longo de um ano completo.

1. 1. Problema de investigação

Qual é o perfil epidemiológico e o padrão sazonal da faringite e amigdalite no Centro de Saúde Dom Óscar Braga durante o ano de 2024?

1. 2. Hipótese

Crianças entre 5 – 14 anos apresentam maior frequência de faringoamigdalite, com variação sazonal significativa ao longo do ano.

1. 3. Objectivo geral

Descrever o perfil epidemiológico dos casos de faringite e amigdalite atendidos no Centro de Saúde Dom Óscar Braga, entre janeiro e dezembro de 2024.

1. 4. Objectivos específicos

- Caracterizar os casos de faringite e amigdalite segundo **idade, sexo e frequência mensal**
- Determinar a **distribuição sazonal** das infecções ao longo do ano
- Identificar os **períodos de maior incidência**
- Avaliar a **proporção de casos tratados com antibióticos** (se tiver esse dado)
- Descrever a **tendência temporal dos casos ao longo dos meses**
- Comparar a frequência entre **grupos etários (crianças vs adultos)**

2. METODOLOGIA

2. 1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal, de abordagem quantitativa.

2. 2. Local e período do estudo

Centro de Saúde Dom Óscar Braga, município da Catumbela, Angola.

2. 3. População e amostra

A população do estudo foi constituída por todos os pacientes diagnosticados com faringite e/ou amigdalite durante o período em análise.

A amostra foi não probabilística, do tipo consecutiva, incluindo todos os casos elegíveis registados nos livros clínicos e fichas de atendimento, totalizando 198 casos.

2. 3. Critérios de inclusão e exclusão

Inclusão:

- Pacientes com diagnóstico clínico de faringite e/ou amigdalite
- Registos completos no período de estudo

Exclusão:

- Registos incompletos
- Diagnósticos duvidosos.

2. 4. Variáveis do Estudo

- Dados epidemiológicos: idade, sexo, mês de diagnóstico e morada.
- Características clínicas: Sintomas, suspeita de infecção bacteriana ou viral.
- Abordagem terapêutica: Uso de antibióticos, manejo dos sintomas.
- Variável temporal: mês de ocorrência.

2. 5. Coleta de Dados

Os dados foram obtidos por meio de análise documental dos livros de registo clínico, utilizando formulário padronizado para extração de dados.

2. 6. Análise Estatística

Foram analisadas variáveis demográficas, clínicas e sazonais, utilizando o software SPSS versão 25 e análise descritiva com cálculo de frequências absolutas e relativas. Os dados foram organizados em tabelas para melhor interpretação.

2. 7. Ética

Aprovado pelo conselho científica da Faculdade de Medicina da Universidade a Bwila, garantindo confidencialidade dos dados.

3. RESULTADOS

3. 1. Apresentação e Análise dos Resultados

Foram analisados 198 casos de infecções do trato respiratório superior, dos quais 56,1% (111 casos) corresponderam a amigdalite e 43,9% (87 casos) a faringite, evidenciando uma ligeira predominância da amigdalite. A distribuição destes casos é apresentada de seguida, de acordo com as variáveis demográficas e a sazonalidade. A Tabela 1 apresenta as variáveis do estudo.

Tabela 1 - Variáveis do estudo

Variável	Tipo	Codificação
ID	Numérica	Sequencial
Idade	Numérica	Em anos
Faixa etária	Categórica	1=0-4; 2=5-9; 3=10-14; 4= \geq 15
Sexo	Categórica	1=Masculino; 2=Feminino
Diagnóstico	Categórica	1=Faringite; 2=Amigdalite
Mês	Categórica	1=Jan ... 12=Dez
Febre	Binária	0=Não; 1=Sim
Dor de garganta	Binária	0=Não; 1=Sim
Aumento das amígdalas	Binária	0=Não; 1=Sim
Uso de antibiótico	Binária	0=Não; 1=Sim
Tipo de antibiótico	Categórica	1=Amoxicilina; 2=Amox+Clav; 3=Outro

Fonte: Livro de registos médicos do Centro de Saúde, 2024.

Tabela 2 - Distribuição dos casos por género

Género	N	%
Masculino	97	48,99
Feminino	101	51,01
Total	198	100

Fonte: Livro de registos médicos do Centro de Saúde, 2024.

Conforme os dados apresentados na tabela 2, Observou-se predominância do sexo feminino (51,0%), embora com distribuição relativamente equilibrada entre os sexos.

A Tabela 3 Distribuição dos casos de Faringite por faixa etária e sexo

Faixa Etária (anos)	Masculino (n)	M (%)	Feminino (n)	F (%)	Total (n)	% Total
0 – 4	5	5,74	4	4,59	9	10,34
5 – 9	13	14,94	15	17,24	28	32,18
10 – 14	9	10,34	10	11,49	19	21,83
15 – 19	4	4,59	6	6,89	10	11,49
20 – 24	3	3,44	5	5,74	8	9,19
25 – 29	3	3,44	-	-	3	3,44
30 – 34	1	1,14	3	3,44	4	4,59
35 – 39	-	-	2	2,29	2	2,29
40 – 44	2	2,29	1	1,14	3	3,44
> 45	-	-	1	1,14	1	1,14
Total	40	46	47	54	87	100

Fonte: Livro de registos médicos do Centro de Saúde, 2024.

A análise da Tabela 3 revela que, a faixa etária mais afectada foi dos 5 aos 9 anos, confirmando maior vulnerabilidade da população pediátrica escolar.

Tabela 4 - Distribuição dos casos de Amigdalite por faixa etária e sexo

Faixa Etária (anos)	Masculino (n)	M (%)	Feminino (n)	F (%)	Total (n)	% Total
0 – 4	14	12,6	10	9	24	21,6
5 – 9	15	13,5	17	15,3	32	28,8
10 – 14	8	7,2	7	6,3	15	13,5
15 – 19	4	3,6	6	5,4	10	9
20 – 24	3	2,7	10	9	13	11,7
25 – 29	1	0,9	4	3,6	5	4,5
30 – 34	3	2,7	3	2,7	6	5,4
35 – 39	-	-	1	0,9	1	0,9
40 – 44	-	-	2	1,8	2	1,8
45 – 49	1	0,9	1	0,9	2	1,8
> 50	-	-	1	0,9	1	0,9

Fonte: Livro de registos médicos do Centro de Saúde, 2024.

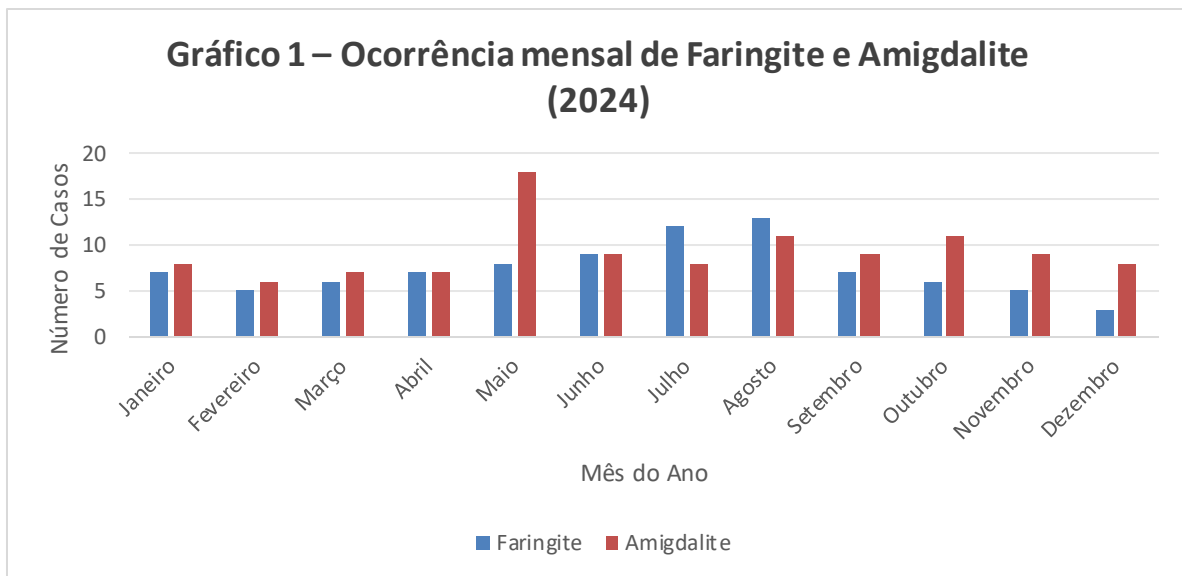
A análise da Tabela 4 indica um perfil de ocorrência ainda mais concentrado nas idades mais jovens em comparação com a faringite. O grupo etário dos 5 aos 9 anos foi o mais prevalente, A predominância do sexo feminino (56%) é ligeiramente mais acentuada nos casos de amigdalite, com destaque para a elevada proporção feminina s na faixa etária dos 20 aos 24 anos.

Tabela 5 - Tabela comparativa de Distribuição Mensal dos Casos

Mês	Faringite (n)	%	Amigdalite (n)	%
Janeiro	7	7,95	8	7,21
Fevereiro	5	5,68	6	5,41
Março	6	6,82	7	6,31
Abril	7	7,95	7	6,31
Maio	8	9,09	18	16,22
Junho	9	10,23	9	8,11
Julho	12	13,64	8	7,21
Agosto	13	14,77	11	9,91
Setembro	7	7,95	9	8,11
Outubro	6	6,82	11	9,91
Novembro	5	5,68	9	8,11
Dezembro	3	3,41	8	7,21
Total	87	100	111	100

Fonte: Livro de registos médicos do Centro de Saúde, 2024.

Gráfico 1 - Ocorrência mensal de Faringite e Amigdalite



Fonte: Livro de registos médicos do Centro de Saúde, 2024.

A análise sazonal revelou que:

- A faringite apresentou maior incidência nos meses de julho e agosto, período associado a temperaturas mais baixas (Cacimbo).
- A amigdalite teve pico no mês de maio.

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes segundo a proveniência

Proveniência	N	(%)
Urbana	132	67
Suburbana	66	33
Total	198	100

Fonte: Livro de registos médicos do Centro de Saúde, 2024.

Conforme demonstrado na Tabela 6, a maioria dos pacientes atendidos com diagnóstico de faringite ou amigdalite provém da zona urbana, correspondendo a dois terços (67%) do total da amostra.

Tabela 7 - Frequência dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes

Sinais e Sintomas	N	%
Febre	138	69,7
Dor /irritação na garganta	114	57,6
Aumento das amígdalas	111	56,1
Cefaleia (dor de cabeça)	65	32,8
Tosse	30	15,2

Fonte: Livro de registos médicos do Centro de Saúde, 2024. Nota: A percentagem foi calculada sobre o total de 198 pacientes. A soma é superior a 100% pois cada paciente pode apresentar múltiplos sintomas.

Quanto às manifestações clínicas:

- Febre foi o sintoma mais frequente (69,7%)
- Seguida de dor de garganta (57,6%)
- E aumento das amígdalas (56,1%).

Tabela 8 - Frequência dos antibióticos prescritos nos 65 pacientes medicados

Antibióticos	N	(%)
Amoxicilina + ácida clavulânico	36	55
Amoxicilina	14	22
Azitromicina	8	12
Cefalexina	5	8
Penicilina Cristalina	1	1,5
Co-trimoxazol	1	1,5
Total	65	100

Fonte: Livro de registos médicos do Centro de Saúde, 2024.

Relativamente ao tratamento: A antibioticoterapia foi prescrita em 32,8% dos casos e os antibióticos mais utilizados foram: Amoxicilina e Amoxicilina associada ao ácido clavulânico.

4. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstram que a amigdalite apresentou maior frequência em relação à faringite, o que está em consonância com a literatura nacional e internacional e com estudos realizados em contextos africanos, onde infecções bacterianas das vias aéreas superiores tendem a ser mais prevalentes devido a factores como acesso limitado a cuidados primários e diagnóstico tardio.

Do ponto de vista padrão sazonal, algo que chamou bastante a atenção neste estudo foi descobrir que a faringite e a amigdalite seguem padrões diferentes ao longo do ano na população que analisamos em Benguela. Notamos que a faringite tem um pico de casos em julho e agosto, que é justamente quando o "Cacimbo" está no auge – a época mais fria e seca do ano em boa parte da costa de Angola. Esse comportamento sazonal é bastante comum para muitas infecções respiratórias.

A ciência já nos diz que, mesmo em lugares tropicais, quando o clima está mais seco e as temperaturas caem um pouco, é normal ver mais casos de infecções virais nas vias respiratórias. Isso acontece porque a baixa humidade do ar pode fazer com que os vírus fiquem mais tempo "no ar" e se espalhem com mais facilidade. Além disso, as pessoas tendem a se aglomerar mais em ambientes fechados nesses períodos, o que acaba ajudando ainda mais na transmissão (como apontado por Azziz-Baumgartner e equipe em 2018).

Este resultado nos faz pensar que a maioria das dores de garganta que vemos se espalha principalmente por vírus, e isso muda com o tempo da estação seca. Mas, de um jeito bem interessante, o número de casos de amigdalite atingiu o seu ponto mais alto e de forma bem mais cedo, já em maio. Esse mês, que é quando a estação das chuvas termina e o tempo frio e seco (Cacimbo) começa, não segue o modelo típico de como os vírus respiratórios se espalham.

Essa chegada antecipada pode ser uma pista importante para entender o cenário das doenças. Uma boa teoria é que a forma como a principal bactéria causadora, o *Streptococcus pyogenes*, se espalha, é influenciada por outros factores. Pesquisas sobre o GAS nos contam que quando ele mais aparece não é só por causa da temperatura, mas também pela umidade do ar e como as pessoas se juntam e interagem depois da estação das chuvas. Essas coisas podem influenciar se a bactéria consegue se instalar na nossa garganta e nariz, e se ficamos mais propensos a pegá-la (Shaikh, N., Leonard, E., & Martin, J. M. (2010)).

Assim, é provável que o clima de maio seja ideal para a transmissão do GAS, enquanto a estação seca que segue favorece mais os vírus respiratórios. E essa distribuição que notamos, com mais dores de garganta nos meses mais frios (julho-agosto), está de acordo com o que se viu em pesquisas de países africanos de clima tropical (como as de M. M. Bamgboye), que ligam a ocorrência de infecções respiratórias às mudanças do tempo, especialmente quando a temperatura cai e a umidade sobe.

No contexto clínico, a febre como sintoma predominante, reforça a ideia de que essas doenças são infecções que afectam o corpo todo. Estudos (como os de K. O. Ibekwe) mostram que a febre e a dor ao engolir são pistas importantes para tentar descobrir se a infecção é por vírus

ou bactéria, embora essa distinção tenha suas dificuldades em lugares onde não se tem acesso fácil a exames de laboratório.

O perfil demográfico identificado no estudo, com uma marcada concentração de casos nas faixas etárias pediátrica e adolescente, confirma um padrão que já é bem conhecido no mundo todo para casos de dor de garganta e amigdalite (como apontado por Simon, A. K., Hollander, G. A., & McMichael, A. (2015)).

Os miúdos são mais propensos a ficar doentes por uma série de razões, que juntam as características do seu sistema de defesa e a forma como se comportam.

Primeiro, olhando para a sua imunidade, as crianças pequenas têm um sistema imunitário que ainda não está totalmente desenvolvido e tem pouca "memória" de ter encontrado vírus e bactérias antes. Esta "inexperiência" das suas defesas faz com que sejam mais fáceis de apanhar a primeira vez que entram em contacto com muitos tipos diferentes de germes.

Em segundo lugar, os seus hábitos são muito importantes: o facto de frequentarem ambientes de grupo, como creches e escolas, cria uma rede de contacto muito próxima. Isto torna estes locais extremamente eficazes a espalhar vírus e bactérias que causam problemas respiratórios. Vários estudos confirmam que estes sítios funcionam como verdadeiros "amplificadores" da circulação de germes na comunidade.

É interessante notar que a **amigdalite** (potencialmente de etiologia bacteriana) foram ainda mais comuns nos grupos mais jovens, em especial entre os 5 e os 14 anos. Esta observação é bastante relevante e está de acordo com o que se sabe sobre a bactéria **Streptococcus pyogenes**.

Estudos em todo o mundo mostram que a infecção de garganta por estreptococos é mais comum justamente nessa faixa etária, diminuindo bastante quando as pessoas chegam à idade adulta. Isso reforça o que já havíamos observado sobre as estações do ano: a forma como a amigdalite se espalha parece ser muito ligada ao comportamento do *Streptococcus* do Grupo A, que é um pouco diferente do que vemos com outros vírus respiratórios. Também confirma a nossa própria hipótese segundo a qual as crianças entre 5 – 14 anos apresentam maior frequência de faringoamigdalite, com variação sazonal significativa ao longo do ano. Pesquisas na Nigéria também mostraram o mesmo, ou seja, mais casos em crianças, indicando uma relação forte com o ambiente e a quantidade de pessoas que vivem juntas.

O facto de ser mais comum entre os 5 e os 9 anos vai ao encontro do que B. O. Afolabi descobriu. Ele aponta que crianças que vão à escola ficam mais expostas a germes, por estarem em contacto muito próximo umas com as outras no ambiente escolar.

Do ponto de vista terapêutica prescrita, olhando para os tratamentos receitados no Centro de Saúde Dom Óscar Braga, temos uma visão animadora sobre o que é feito aqui. É muito interessante ver que somente 32,8% das pessoas com dor de garganta (faringoamigdalite) receberam antibióticos. Isso mostra que, sem perceber, eles estão seguindo as orientações para usar antibióticos com sabedoria e somente quando necessário – o que é uma das formas mais importantes de lutar contra o problema mundial das bactérias que não respondem mais aos remédios, como a Organização Mundial da Saúde recomenda.

O facto de **se prescreverem poucos antibióticos** está de acordo com o que se sabe: a maioria destas situações é causada por vírus e, por isso, melhora **sozinha sem precisar de antibióticos**. É provável que a decisão de receitar se tenha baseado numa **observação clínica cuidadosa**, talvez usando ferramentas como as escalas de Centor ou Mclsaac para identificar quem teria maior probabilidade de ter uma infeção bacteriana.

Notar sinais como as amígdalas inchadas e com secreções, algo muito comum no estudo, pode ter sido um dos principais guias para esta escolha de tratamento (Panahandeh, S. et al, (2024)). Além disso, a escolha dos remédios dados reforça esta **boa impressão**.

A preferência pela amoxicilina, com ou sem ácido clavulânico, **está perfeitamente alinhada** com as recomendações internacionais, como as da Sociedade Americana de Doenças Infecciosas (IDSA). Essas recomendações indicam a amoxicilina como o tratamento principal para a infeção na garganta causada pela bactéria **Streptococcus pyogenes**, por ser **eficaz, segura, ter um alcance adequado e ser barata** (Chiappini, E., et al. (2021)).

A forma como as coisas são feitas no Centro de Saúde mostra, assim, **um bom alinhamento com as melhores práticas a nível mundial**, algo muito significativo para a saúde em Benguela e em Angola. No entanto, a taxa de prescrição de antibióticos de 32,8% observada neste estudo **ainda levanta questões importantes sobre o uso consciente desses medicamentos**. Embora seja mais baixa do que em alguns estudos africanos, onde as prescrições chegam a ultrapassar os 60%, **ainda reflete uma tendência para prescrever "por tentativa e erro"**. Segundo a Organização Mundial da Saúde, **o uso inadequado de antibióticos** em infeções respiratórias comuns contribui bastante para que **as bactérias se tornem mais resistentes**, um problema sério no continente africano.

Especialistas como S. Y. Essack nos lembram que usar antibióticos como a amoxicilina com muita frequência, mesmo que às vezes seja preciso, pode acelerar um problema sério: as bactérias ficando 'imunes' aos remédios, especialmente quando não temos certeza da causa da infeção.

As descobertas deste estudo trazem ideias bem diretas e úteis para como o Centro de Saúde Dom Óscar Braga e outros lugares parecidos em Benguela podem cuidar melhor da saúde e planejar seus serviços.

Ao perceber que a dor de garganta (faringite) aparece mais em julho/agosto e a inflamação nas amígdalas (amigdalite) em maio, o estudo mostra que podemos usar essa informação como uma maneira esperta de nos preparar. Assim como a Organização Mundial da Saúde sugere, analisar os dados das diferentes épocas do ano ajuda os postos de saúde a se adiantarem e estarem prontos quando mais pessoas precisarem de ajuda (Centers for Disease Control and Prevention. (2024)).

Com isso, o centro de saúde consegue se organizar para ter mais materiais importantes – como testes rápidos para ver se é Streptococcus e antibióticos para crianças (tipo amoxicilina) – antes mesmo dessas épocas de maior movimento. Além disso, podem planejar melhor onde cada profissional de saúde vai actuar e colocar em prática medidas para evitar que as infeções se espalhem, como organizar o caminho que os pacientes fazem e separar os lugares de

espera, diminuindo o risco de alguém pegar outra doença ali mesmo na clínica (Jefferson, T., et al. (2023)).

Para a saúde de toda a comunidade, o estudo reforça a ideia de que precisamos criar campanhas para ensinar as pessoas a se prevenirem. Afinal, já sabemos que coisas simples como lavar as mãos e cobrir a boca ao tossir são super eficazes para diminuir a transmissão de doenças respiratórias, tanto nas escolas quanto em geral (Barlam, T. F., et al. (2016)).

As ações que chegam às escolas e às famílias da nossa região são um esforço acessível que gera um impacto muito significativo.

É também muito importante orientar os pais sobre os sinais a que devem estar atentos e quando procurar ajuda médica. Devemos informá-los que, muitas vezes, as doenças são de origem viral, o que ajuda a evitar a automedicação e a procura desnecessária de antibióticos.

Dentro das equipas de saúde, os resultados também destacam a importância da aprendizagem contínua. É fundamental oferecer formações para que os profissionais melhorem a utilização de ferramentas de avaliação clínica (como os escores de Centor/McIsaac), garantindo assim um uso mais consciente dos antibióticos – algo que o estudo já sugere estar no bom caminho. Fortalecer estas competências é um dos pilares dos programas de gestão de antibióticos, que visam assegurar que cada paciente receba o tratamento mais adequado, evitando problemas e a evolução de bactérias mais resistentes.

Em resumo, as conclusões deste estudo sublinham a importância de: Ter protocolos clínicos padronizados; Melhorar os diagnósticos feitos em laboratório; E implementar programas para o uso sensato dos antibióticos.

Limitações do estudo:

- Uso de dados secundários;
- Possível sub-registo de casos;
- Ausência de confirmação laboratorial;
- Impossibilidade de generalização.

5. CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico observado confirma que as faringoamigdalites representam um dos principais motivos pelos quais as pessoas buscam atendimento médico inicial, aparecendo mais em crianças em idade escolar e seguindo um padrão que se repete em certas estações do ano.

É encorajador notar que o uso de antibióticos tem sido relativamente moderado, o que sugere que a prática médica está alinhada com as recomendações mundiais. Contudo, é essencial aprimorar as formas de diagnosticar essas condições e de usar os antimicrobianos de maneira consciente, o que demanda iniciativas de saúde pública personalizadas para o contexto africano.

6. RECOMENDAÇÕES

- Implementação de protocolos clínicos padronizados;
- Fortalecimento de campanhas educativas;
- Monitorização contínua da sazonalidade;
- Capacitação dos profissionais de saúde.

8. Contribuição dos Autores

António Jaime Kanganjo Manuel: coleta de dados, análise e redação inicial.

Kiangebeni Ndombasi Manuel: concepção do estudo, revisão crítica e supervisão científica.

9. Conflito de Interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

10. Financiamento

Este estudo não recebeu financiamento externo.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Afolabi, B. B., Babah, O. A., & Adeyemo, T. A. (2022). Evidence-based obstetric management of women with sickle cell disease in low-income countries. *Hematology, American Society of Hematology Education Program*, 2022(1), 414–420. <https://doi.org/10.1182/hematology.2022000377>
2. Akinyemi, J. O., & Bamgboye, E. A. (2018). Seasonal variations in respiratory infections in sub-Saharan Africa. *Pan African Medical Journal*, 30, 45.
3. Azziz-Baumgartner, E., et al. (2018). The seasonality of respiratory syncytial virus in the tropics and subtropics. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 98(4), 1018–1027.
4. Barlam, T. F., et al. (2016). Implementing an antibiotic stewardship program: Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America. *Clinical Infectious Diseases*, 62(10), e51–e77.
5. Bisno, A. L., Gerber, M. A., Gwaltney, J. M., Kaplan, E. L., & Schwartz, R. H. (2002). Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Clinical Infectious Diseases*, 35(2), 113–125. <https://doi.org/10.1086/340949>
6. Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Infection control in healthcare settings*. <https://www.cdc.gov>
7. Chiappini, E., et al. (2021). 2021 update of the Italian pediatric society guidelines for the management of pharyngitis in children. *Italian Journal of Pediatrics*, 47(1), 198.

8. Instituto Nacional de Estatística, & Ministério da Saúde. (2017). *Inquérito de indicadores múltiplos e de saúde 2015–2016*.
9. Jefferson, T., et al. (2023). Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD006207.
10. Kenealy, T., & Arroll, B. (2013). Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000247.pub3>
11. Lessler, J., et al. (2017). Social mixing patterns and the spread of respiratory viruses in a school setting. *Nature Communications*, 8, 1468.
12. Miller, K. M., Massaccesi, G., Rogo, T., Smeesters, P. R., Steer, A. C., & Shulman, S. T. (2022). Global burden of group A streptococcal pharyngitis. *Nature Communications*, 13(1), 6427.
13. Ministério da Saúde de Angola. (2019). *Diretrizes para o manejo de infecções respiratórias agudas*.
14. Oduwole, O., Udoh, E. E., Oyo-Ita, A., & Meremikwu, M. M. (2014). Honey for acute cough in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12.
15. Panahandeh, S., Van Den Bruel, A., De Smedt, D., De Burghgraeve, T., Bartholomeeusen, S., & Aertgeerts, B. (2024). Effectiveness of a clinical decision rule with or without a rapid antigen detection test to improve antibiotic prescribing for group A streptococcal pharyngitis: A cluster randomized trial. *British Journal of General Practice*, 74(738), e1–e10.
16. Parks, T., et al. (2015). Seasonality of group A streptococcal pharyngitis and associations with weather in a subtropical climate. *Epidemiology and Infection*, 143(15), 3306–3315.
17. Shaikh, N., Leonard, E., & Martin, J. M. (2010). Prevalence of streptococcal pharyngitis and streptococcal carriage in children: A meta-analysis. *Pediatrics*, 126(3), e557–e564.
18. Shulman, S. T., Bisno, A. L., Clegg, H. W., et al. (2012). Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Clinical Infectious Diseases*, 55(10), e86–e102. <https://doi.org/10.1093/cid/cis629>
19. Simon, A. K., Hollander, G. A., & McMichael, A. (2015). Evolution of the immune system in humans from infancy to old age. *Proceedings of the Royal Society B*, 282(1821), 20143085.
20. Snow, V., Mottur-Pilson, C., & Cooper, R. J. (2001). Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis. *Annals of Internal Medicine*, 134(6), 506–508.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-134-6-200103200-00017>
21. World Health Organization. (2014). *Antimicrobial resistance: Global report on surveillance*. WHO.

22. World Health Organization. (2019). *Antimicrobial resistance: Global report on surveillance*. WHO.

23. World Health Organization. (2020). *Integrated disease surveillance and response: A regional strategy for the African Region*. WHO Regional Office for Africa.

24. World Health Organization. (2023). *Global report on antimicrobial resistance surveillance*. WHO.

12. ANEXO

QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA

Dados Demográficos

Idade: _____

Gênero: () Masculino () Feminino () Outro

Profissão: _____

Histórico Médico

Você já foi diagnosticado com faringite ou amigdalite?

() Sim

() Não

Se sim, quantas vezes você foi diagnosticado com faringite?

() 1 vez

() 2-3 vezes

() Mais de 3 vezes.

Quantas vezes você foi diagnosticado com amigdalite?

() 1 vez

() 2-3 vezes

() Mais de 3 vezes

Sintomas

Quais sintomas você experimentou durante episódios de faringite? (marque todos que se aplicam)

() Dor de garganta

() Febre

Dificuldade para engolir

Tosse

Outros: _____

Quais sintomas você experimentou durante episódios de amigdalite? (marque todos que se aplicam)

Dor de garganta

Inchaço das amígdalas

Exsudato nas amígdalas

Febre

Outros: _____

Diagnóstico e Tratamento

Como foi feito o diagnóstico da sua condição?

Exame físico

Teste rápido para estreptococos

Cultura de garganta

Outros: _____

Qual tratamento você recebeu para faringite?

Antibióticos

Analgésicos

Tratamento sintomático

Nenhum ()

Outros: _____

Qual tratamento você recebeu para amigdalite?

Antibióticos

Analgésicos

Tonsilectomia

Nenhum

Outros: _____

