



**CURSO DE MEDICINA**

**LAÍS MOREIRA LISBOA DOREA**

**PERFIL DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS  
ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DOCENTE ASSISTENCIAL DE UMA  
FACULDADE FILANTRÓPICA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR - BAHIA, DE 2019 A  
2021.**

**SALVADOR**

**2022**

**LAÍS MOREIRA LISBOA DÓREA**

**PERFIL DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS  
ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DOCENTE ASSISTENCIAL DE UMA  
FACULDADE FILANTRÓPICA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR BAHIA, DE  
2019 A 2021**

Trabalho de Conclusão de Curso do curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para aprovação no 4º ano do curso de Medicina

Orientadora: Dra. Carolina de Godoy Almeida

**Salvador**

**2022**

Dedico este trabalho à uma das pessoas mais importantes da minha vida, minha mãe, que, infelizmente, deixou o plano material durante o tempo da minha escrita. Valmira é, e sempre será, o maior exemplo de profissionalismo, integridade e caráter que terei na minha vida, o verdadeiro exemplo de tudo o que quero ser no futuro. Obrigada pelo tempo – por mais que breve – que passou junto a mim, por todos os ensinamentos, por sempre me incentivar e por me guiar ao caminho certo. Sigo com a certeza que te terei eternamente em minhas mais lindas lembranças e nas minhas melhores decisões.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus familiares e amigos que dividiram todas as emoções da construção deste trabalho, me prestando apoio e conforto em cada momento.

Agradeço à minha orientadora, Carolina Godoy, que desde o início contribuiu imensamente para a realização deste projeto, além de se fazer muito mais que uma professora para mim nesta fase. Foi um presente tê-la durante todo este processo, me guiando com sabedoria. Você é um exemplo de profissional e professora, além de referência para mim na profissão.

Agradeço aos colaboradores da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, principalmente professor Narciso, que me auxiliou nos momentos em que careci de atenção e ajuda na realização do projeto.

## RESUMO

*DÓREA, Laís Moreira Lisboa. Perfil epidemiológico dos pacientes pediátricos atendidos no ambulatório docente assistencial de uma faculdade filantrópica no município de Salvador / Bahia, de 2019 a 2021*

**INTRODUÇÃO.** O perfil das doenças na infância e adolescência e as taxas de mortalidade infantil estão passando por um processo de transição. Diversos fatores são responsabilizados pela mudança, sendo o avanço tecnológico e as políticas públicas os grandes transformadores no Brasil. **OBJETIVO.** Investigar o perfil demográfico e de saúde dos pacientes atendidos no ambulatório pediátrico assistencial, no período de 2019 a 2021. **MÉTODO.** Este trabalho é um estudo transversal, com dados secundários de uma amostra de conveniência de pacientes pediátricos atendidos entre os meses de janeiro de 2019 e setembro de 2021 no ambulatório docente assistencial de uma faculdade filantrópica em Salvador, Bahia. Utilizou-se um questionário para coleta de dados, analisando variáveis de identificação, epidemiológicas e patológicas. A análise foi feita através do programa Microsoft Excel® Windows 10. **RESULTADOS.** Dos 232 prontuários coletados, foi visto uma predominância do sexo feminino, com média de idade na primeira e última consulta de 3,5 anos, que frequentaram até 2 consultas no ambulatório, com tempo de acompanhamento médio de 8,2 meses, com vacinação completa e pré-natal realizado pela mãe de forma completa. As queixas da primeira consulta predominantes foram relacionadas a acompanhamento ambulatorial/puericultura, seguida por respiratórias. Realizaram, em sua maioria, aleitamento materno exclusivo por 6 meses, possuíam alimentação atual inadequada e, de acordo com o Escore Z da OMS, 35,0% das crianças abaixo de 5 anos e 43,1% das crianças acima de 5 anos apresentam com elevação do peso. Um menor número foi internado previamente de 1 a 2 vezes, com predominância do sexo feminino e majoritariamente por causa respiratória grave. Um maior número de pacientes apresentou histórico de, ao menos, 1 patologia pregressa, sendo mais frequentes patologias cirúrgicas. **CONCLUSÃO.** O atendimento pediátrico eficiente é de suma importância para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, fazendo-se necessário um monitoramento próximo, cuidado e orientação acerca dos aspectos que tem influenciam diretamente na saúde do paciente.

**Palavras chave:** Perfil de Saúde. Assistência Ambulatorial. Registros Eletrônicos de Saúde. Pediatria. Faculdade de Medicina. Estudante de Medicina.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION.** The profile of diseases in childhood and adolescence and infant mortality rates are undergoing a process of transition. Several factors are responsible for the change, with technological advances and public policies being the great transformers in Brazil. **GOAL.** To investigate the demographic and health profile of patients treated at the pediatric care outpatient clinic, from 2019 to 2021. **METHOD.** This work is a cross-sectional study, with secondary data from a convenience sample of pediatric patients treated between January 2019 and September 2021 at the teaching assistant clinic of a philanthropic college in Salvador, Bahia. A questionnaire was used for data collection, analyzing identification, epidemiological and pathological variables. The analysis was performed using the Microsoft Excel® Windows 10 program. **RESULTS.** Of the 232 medical records collected, there was a predominance of females, with an average age at the first and last consultation of 3.5 years, who attended up to 2 consultations at the clinic, with an average follow-up time of 8.2 months, with complete vaccination, and prenatal care performed by the mother in a complete way. The predominant first consultation complaints were related to childcare follow-up, followed by respiratory complaints. Most of them were exclusively breastfed for 6 months, had an inadequate current diet and, according to the WHO Z Score, 35.0% of children under 5 years of age and 43.1% of children over 5 years of age have with weightlifting. A smaller number of patients were previously hospitalized 1 to 2 times, with a predominance of females and mostly for severe respiratory causes. A greater number of patients had a history of at least 1 previous pathology, with surgical pathologies being more frequent. **CONCLUSION.** Efficient pediatric care is of major importance for the healthy growth and development of the child, requiring close monitoring, care and guidance on aspects that directly influence the patient's health.

**Keywords:** Health Profile. Outpatient Assistance. Electronic Health Records. Pediatrics. Faculty of Medicine. Medicine student.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1. Geral .....</b>	<b>9</b>
<b>2.2. Específicos .....</b>	<b>9</b>
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>10</b>
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>13</b>
<b>4.1. Desenho do estudo .....</b>	<b>13</b>
<b>4.2. Local e período do estudo.....</b>	<b>13</b>
<b>4.3. População do estudo.....</b>	<b>13</b>
<b>4.3.1. Critérios de inclusão.....</b>	<b>13</b>
<b>4.3.2. Critérios de exclusão.....</b>	<b>13</b>
<b>4.4. Instrumento de coleta de dados.....</b>	<b>13</b>
<b>4.5. Operacionalização da pesquisa.....</b>	<b>15</b>
<b>4.6. Variáveis.....</b>	<b>15</b>
<b>4.7. Plano de análises.....</b>	<b>17</b>
<b>4.8. Aspectos éticos.....</b>	<b>17</b>
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>18</b>
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>7. CONCLUSÃO .....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>30</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>36</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu objetivos para 2015 e 2030, baseados principalmente na melhoria das condições de vida e saúde e nos direitos para a próxima geração de adultos e grandes nomes do mundo: as crianças. Relacionando, então, com a meta 4 “Reduzir a mortalidade infantil”<sup>1</sup> e com a meta 5 “Melhorar a saúde materna”<sup>1</sup>, observa-se a necessidade de alavancar em todo o mundo as causas diretamente ao adoecimento das crianças.

Ao trazer essa questão para o Brasil, observa-se que o perfil das doenças na infância e adolescência e as taxas de mortalidade infantil estão passando por um processo de transição. Diversos fatores são responsáveis por essa mudança, sendo o avanço tecnológico e a elaboração de políticas públicas de grande importância no cenário brasileiro <sup>2</sup>.

O avanço das tecnologias disponíveis na área de saúde tem impacto direto no desenvolvimento das crianças, principalmente quando se fala do diagnóstico e tratamento precoce de doenças que ameaçam a qualidade de vida. Por exemplo, a criação do teste do pezinho, exame rápido que coleta gotas do pé do bebê e tem a capacidade de diagnosticar diversas doenças – genéticas ou metabólicas –, como por exemplo a Doença Falciforme e a Fibrose Cística <sup>2</sup>, e a criação do teste do coraçãozinho, que faz a avaliação do coração e da oxigenação do bebê, detectando Cardiopatias Congênitas Críticas, como a transposição de grandes artérias <sup>3</sup>.

O aumento da elaboração de políticas e programas de saúde, responsáveis por transmitir conhecimento em assuntos importantes, como: aleitamento materno, consulta pré-natal, imunização e alimentação, possui um grande impacto na criação e desenvolvimento das crianças <sup>3,4</sup>. Um exemplo é a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, que visa, no texto do eixo II: o estímulo ao aleitamento materno e alimentação saudável, através do uso dos Bancos de Leite Humano e das ações de Vigilância Alimentar <sup>5</sup>, e, no texto do eixo III: a atenção e estímulo no crescimento e desenvolvimento da criança, através do acompanhamento pela Caderneta da Gestante e Caderneta de Saúde da Criança <sup>5</sup>.

Fica claro, então, que a diminuição da taxa de mortalidade infantil no país apenas tornou-se possível quando a sociedade adquiriu informações que puderam trazer a reflexão acerca de que as crianças se constituem o grupo mais vulnerável da sociedade <sup>5,6</sup>, levando ao início de um trabalho efetivo de políticas públicas e investimentos em tecnologias para desenvolvimento de artifícios preventivos e educativos focados no seu desenvolvimento e na família <sup>5,6</sup>.

Dessa forma, faz-se necessário estabelecer o perfil demográfico e de saúde dos pacientes, a fim de especificar e aprimorar as linhas de cuidados e prevenções, além de relacioná-los com sua alimentação nos primeiros meses de vida e a realização de triagens neonatais, para que seja estabelecido um estudo clínico, sanitário, social e psicológico das crianças e famílias. Quando se trata dos profissionais e alunos que atuam no ambulatório assistencial de uma escola privada de Medicina, esse estudo visa também auxiliar a formação futura de um protocolo de atendimento inicial para o paciente pediátrico, possibilitando que o examinador tenha dados para acelerar o diagnóstico e tratamento da criança.

## **2. OBJETIVOS**

**2.1. Primário:** Investigar o perfil demográfico e de saúde dos pacientes atendidos do ambulatório pediátrico assistencial educacional, no período de 2019 a 2021.

### **2.2. Secundários:**

**2.2.1.** Estimar média de tempo de acompanhamento dos pacientes e qual o número de consultas nesse intervalo.

**2.2.2.** Reconhecer o motivo principal que desencadeou o primeiro atendimento desses pacientes.

**2.2.3.** Descrever o perfil nutricional através da classificação dos indicadores antropométricos conforme a OMS e do histórico alimentar pregresso e atual

**2.2.4.** Determinar o número e percentual de crianças que apresentavam patologias de base, internações progressas, bem como suas repercussões na saúde deles atualmente.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1. Cenário de saúde da criança**

A saúde das crianças e adolescentes por muito tempo foi tratada, tanto pela família quanto pelo Estado, igualmente a dos adultos <sup>6</sup>, eximindo-se as particularidades relacionadas ao desenvolvimento e crescimento infantil. Com o passar dos anos, a criança passou a ser vista como ser biopsicossocial <sup>6</sup>, exigindo transformações sociais, econômicas e políticas.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), no relatório anual de saúde, nos anos de 2000 a 2018 houve uma queda considerável nos índices de mortalidade de nascidos vivos e de recém-nascidos – 76 para 39 mortes e de 31 para 18 mortes, respectivamente – caracterizando uma redução de cerca de 50% na mortalidade infantil <sup>7</sup>. Entretanto, os números permanecem altos, sendo ainda é um grave problema para a saúde pública, exigindo transformações políticas e tecnológicas para reduzir as inequidades propulsoras.

No Brasil, a realidade acompanhou o resto do mundo, trazida na pesquisa “Nascer no Brasil”, que aponta que a mortalidade infantil passou também por uma redução considerável, alcançando em 2011 <sup>8</sup> a meta 4 do objetivo do milênio, de 1990 a 2015 <sup>8</sup>. No Nordeste e região amazônica, mais especificamente, foi criado o Pacto pela redução da mortalidade infantil, em 2009, pelo governo federal <sup>9</sup>, onde foi observado que as diferenças socioeconômicas das regiões eram um grande fator de risco à vida e saúde das crianças, exigindo uma ação intensa e singular para melhorar a escolaridade e alimentação e trazer conhecimento acerca da agricultura <sup>10</sup>.

#### **3.2. Tecnologias que influenciam na mudança no padrão da saúde**

O desenvolvimento técnico-científico está diretamente atrelado a impactos mundiais ou nacionais, como a pressão por cura e tratamento em uma guerra <sup>11</sup> ou pela vacina e medicamentos em uma pandemia. Ao levar essa informação para o contexto da saúde infantil, a necessidade de estímulos não é diferente: era preciso movimentos de tecnologia e inovação para promover o desenvolvimento e crescimento seguro das crianças.

As tecnologias de atenção à saúde tem despertado grande impacto na resolução de problemas, além de proporcionar melhores condições de vida <sup>11</sup>. Tendo em vista isso, fica claro quando se fala de pacientes pediátricos que as inovações tecnológicas devem estar atreladas, além das próprias crianças, às mães e condições de nascimento e primeiros dias de vida, para isso conta com testes de triagem neonatal e materno, exames e procedimentos e estratégias de saneamento básico. Nesse cenário, o Estado Brasileiro instala protocolos a serem realizados no pré-natal, nascimento e consultas de puericultura, como vacinação, uso de sulfato ferroso e realização testes para rastrear doenças e avaliar e acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança, além das ações de saneamento básico nos municípios, como o tratamento da rede de esgoto e da água potável, que estão intimamente ligadas à condição de saúde da criança <sup>11</sup>.

Faz-se necessário também evidenciar, além das tecnologias criadas para as crianças, as tecnologias criadas para adultos que foram readaptadas para promover saúde dos menores. Alguns exemplos são a construção de materiais cirúrgicos em tamanhos menores, como válvulas cardíacas, e criação e adaptação de aparelhos, que garantem condições necessárias para o desenvolvimento, como a incubadora, e utilização de checklist cirúrgico desde o primeiro momento da internação infantil, pois é a faixa em que o medo e ansiedade podem ter grande significado nos procedimentos <sup>12</sup>.

### **3.3. Políticas públicas assistenciais de saúde**

As políticas públicas assistenciais de saúde são conjuntos de ações e programas que visam promover assistência à população ou grupo específico. No Brasil, essas políticas são implementadas através do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o direito à integridade, universalidade e igualdade do cidadão <sup>5</sup>. No quesito saúde da criança, existem políticas assistenciais de grande impacto que merecem ser listadas.

A Política Nacional de Atenção Integral de Saúde da Criança (PNAISC), almeja a promoção e proteção da saúde da criança, por intermédio de cuidados desde a gestação aos nove anos de idade, para alcançar a redução da morbimortalidade e a garantir um ambiente favorável à vida <sup>5</sup>. A PNAISC inclui medidas como: prevenção da transmissão materno-infantil de doenças, promoção do aleitamento, cuidado humanizado no parto e ao recém-nascido, criação da rede de bancos de leite humano, distribuição da caderneta

da criança, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e elaboração de estratégias de atenção integral às crianças portadoras de doenças crônicas <sup>3</sup>.

Há também o Programa Nacional de Triagens Neonatais (PNTN), que, na verdade, está incluso na PNAISC, porém merece uma atenção especial. Este programa visa identificar distúrbios e doenças congênitas e metabólicas no bebê, em tempo hábil para realizar as intervenções necessárias <sup>2,13</sup>. A triagem é feita por testes rápidos e coleta de sangue para avaliação, como o teste do pezinho, para diagnóstico de doenças como a hipotireoidismo congênito e anemia falciforme, o teste do coraçãozinho, para diagnóstico de cardiopatias congênitas, e o teste da orelhinha, para diagnóstico de surdez.

### **3.4. Aleitamento materno e desenvolvimento**

A amamentação tem um papel fundamental na vida da mãe e da criança. Por ser considerada a principal alimentação do bebê, de acordo com a OMS, deve ser administrada exclusivamente até os 6 meses de idade <sup>14</sup>. Entretanto, ao relacionar o dado de recomendação à realidade no Brasil, as taxas de aleitamento exclusiva estão bem inferiores ao esperado: ficam em torno de 36% <sup>15</sup>.

Neste contexto, fica evidente que o país precisa entender o motivo do baixo número e estimular através de políticas públicas as mães que não possuem tanta informação acerca do assunto. O eixo II da PNAISC traz essa ideia, visando a proteção, promoção e apoio do aleitamento através da criação de bancos de leite humano e de estratégias que ensinam técnicas da amamentação para as mães, por exemplo <sup>5</sup>.

Relacionado a isso, é importante destacar o protocolo de 1000 dias da criança, que identifica a necessidade de cuidado no momento mais vulnerável e de grande potencial da vida: desde da concepção até o terceiro ano de vida <sup>16</sup>. Dentro desse conceito é estabelecido que a nutrição adequada, as relações e o ambiente são intimamente responsáveis por moldar os resultados futuros da criança. Ou seja, quando se trata de alimentação, à medida que mais deve ser estimulada, acolhida e respeitada é o aleitamento materno, já que a mudança no padrão tem potencial de salvar cerca de 820.000 vidas de crianças na primeira infância <sup>17</sup>.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Desenho de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo transversal, utilizando dados secundários.

### **4.2. Local e período do estudo**

O presente estudo foi realizado no ambulatório de Pediatria de uma unidade docente assistencial de uma escola de Medicina filantrópica de Salvador-BA no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2021.

### **4.3. População do estudo**

A população do estudo foi constituída por crianças atendidas no referido ambulatório.

#### **4.3.1. Critérios de inclusão**

Crianças e adolescentes de 0 a 16 anos

Atendimento no Ambulatório Escola Pediátrico no período do estudo

Atendimento com uso de prontuário eletrônico

Atendimento entre Janeiro de 2019 e Dezembro de 2021

#### **4.3.2. Critérios de exclusão**

Crianças e adolescentes cujos pais se recusaram a participar da pesquisa.

Dados ausentes no prontuário que impossibilitem as análises.

### **4.4. Instrumento de coleta de dados**

Para coleta de dados foi utilizado uma tabela digital elaborada em Excel® Windows 10, contendo campos de preenchimento de acordo com as variáveis, expostas no Apêndice 1.

Os participantes foram voluntários, configurando uma amostra por conveniência, abrangendo os 232 pacientes pediátricos atendidos no ambulatório no período do estudo, cujos dados foram oferecidos pela instituição, e que concordaram com o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e o Termo de assentimento livre e esclarecido (TALE), expostos nos apêndices 2 e 3, respectivamente.

#### **4.5. Operacionalização da pesquisa**

Os dados foram coletados dos prontuários eletrônicos dos pacientes (SMART®), sendo selecionados os dados demográficos, sociais e clínicos de relevância para o estudo. A análise foi feita através do programa Microsoft Excel® Windows 10. Além disso, os dados de peso e altura dos pacientes foram tabulados pelo aplicativo AntrhoPed ® IOS 15, para ter-se acesso aos Z score dos indicadores P/A e A/I, realizando, dessa maneira, avaliação nutricional segundo a classificação da OMS 2006, 2007 <sup>18</sup>.

#### **4.6. Variáveis do estudo**

As variáveis estudadas foram:

**Identificação:** idade do paciente, sexo (masculino e feminino), número de consultas já realizadas até a data atual, datas da primeira e última consulta – a fim de verificar o tempo de seguimento ambulatorial.

**Variáveis epidemiológicas, patológicas:** número de internações e causas, patologias atuais e pregressas (distribuídas de forma categórica conforme Quadro 1), cartão de vacinação atualizado para a faixa etária, aleitamento materno exclusivo, alimentação adequada para a idade de acordo com a avaliação pediátrica (sim ou não)

**Quadro 01 – Distribuição por grupo das patologias e sintomas dos pacientes**

<b>GRUPO</b>	<b>PATOLOGIAS</b>
<b>Sintomas Dermatológicos</b>	Dermatite seborreica Dermatite atópica Desidrose Escabiose Impetigo Líquen estriado Piodermite Papiloma escamoso Pitíriase versicolor Prurigo estrófulo
<b>Sintomas Urinários</b>	Bexiga hiperativa Cistite Enurese noturna Hidronefrose Infecção do trato urinário Litíase renal
<b>Sintomas Respiratórios Leves</b>	Asma Infecção de vias aéreas superiores Rinite Sinusite
<b>Sintomas Respiratórios Graves</b>	Bronquite Pneumonia
<b>Sintomas Digestórios</b>	Constipação Parasitose intestinal Refluxo gastroesofágico
<b>Sintomas Endocrinológicos</b>	Puberdade precoce Dislipidemia Hipercolesterolemia Obesidade
<b>Sintomas Cardiológicos</b>	Arritmia Cardiopatia congênita
<b>Sintomas Neurológicos</b>	Atraso no desenvolvimento Déficit cognitivo Epilepsia Hidrocefalia Transtorno do espectro autista Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade Síndrome de Dandy Walker
<b>Sintomas Infectocontagiosos</b>	Amigdalite Mononucleose Rinofaringite Roséola Sífilis congênita Toxoplasmose Varicela
<b>Sintomas Ginecológicos</b>	Vulvovaginites

**Quadro 01 – Distribuição por grupo das patologias e sintomas dos pacientes**

---

<b>Patologias Cirúrgicas</b>	Criptorquidia Fimose Hipospádia Hernia umbilical
<b>Patologias Neonatais</b>	Macrossomia Encefalopatia hipoxico isquêmica
<b>Anemias</b>	Falciforme Ferropriva
<b>Traumas</b>	TCE Quedas
<b>Quadros Psiquiátricos</b>	Alucinação auditiva Síndrome de Cutting
<b>Quadros Síndrômicos</b>	Síndrome de Goldenhar

---

**Fonte: a autora**

#### **4.7. Plano de análises**

Utilizou-se o programa estatístico IBM-SPSS (Statistical Package Social Sciences) versão 23 para Windows para armazenamento, processamento e análise dos dados. Variáveis categóricas foram descritas por meio do cálculo de frequências simples e relativas. Para variáveis contínuas, foram utilizados os parâmetros da estatística descritiva adotando-se as medidas usuais de tendência central (média e mediana) e de dispersão (amplitude, variância, desvio-padrão, intervalo interquartis e coeficiente de variação) variando em função da normalidade dos dados. Normalidade será avaliada pela análise de histograma e teste de Shapiro-Wilk.

#### **4.8. Aspectos éticos**

Este estudo seguiu a resolução N° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, referente às pesquisas envolvendo seres humanos, considerando o respeito e proteção aos dados dos participantes envolvidos no trabalho científico. Sendo aprovado sob o CAAE: 46315821.5.0000.5544, e número do parecer 4.948.012, em 01 de setembro de 2021. Os dados só foram coletados após a aprovação do projeto pelo comitê de ética e pesquisa da Plataforma Brasil e EBMSP.

## 5. RESULTADOS

No período estudado, foram atendidos no ambulatório docente assistencial 417 crianças, dessas, 232 (55,6%) tiveram seus dados coletados e analisados.

### 5.1. Dados sociodemográficos e gestacionais

Em relação aos dados sociodemográficos, a tabela 1 mostra que essa população avaliada é composta por 120 (51,7%) do sexo feminino, metade realizaram pelo menos 2 consultas e 172 (74,2%) estavam com a caderneta de vacina atualizada. (Tabela 01).

Com relação à atualização da carteira de vacinação, 172 (74,1%) dos pacientes apresentou vacinação atualizada para a faixa etária.

Com relação à realização do pré-natal, considerou-se o número mínimo de 6 consultas recomendado pelo Ministério da Saúde. Assim, 155 (66,8%) das mães dos pacientes realizaram o pré-natal de modo completo, mesmo assim ainda se percebe um quantitativo de 40 (17,2%) mães que realizaram o pré-natal de forma incompleta ou não realizaram. (Tabela 01).

A mediana de idade na primeira consulta foi de 3,2 (IIQ 0,5 - 7,4) anos com tempo mediano de seguimento de 8,2 (IIQ 0 - 13,1) anos. (Tabela 01).

**Tabela 01 – Descrição sociodemográfica e gestacional dos pacientes. Salvador - Bahia, 2019 a 2021**

<b>GÊNERO</b>		<b>N (%)</b>
Feminino		120 (51,7)
Masculino		112 ( 48,3)
<b>NÚMERO DE CONSULTAS</b>		<b>N (%)</b>
Até 2		116 (50,0)
3 a 5		89 (38,4)
Mais de 5		27 (11,6)
<b>VACINAÇÃO</b>		<b>N (%)</b>
Completa		172 (74,1)
Incompleta		52 (22,4)
Desconhecida		8 (3,5)
<b>PRÉ-NATAL</b>		<b>N (%)</b>
Completo		155 (66,8)
Incompleto		22 (9,5)
Não realizado		18 (7,8)
Desconhecido		37 (15,9)
<b>VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TEMPO</b>	<b>MED (IIQ1-IIQ3)</b>	<b>MIN-MAX</b>
Idade na 1ª consulta (anos)	3,5 (0,5 – 7,4)	0,05-15,9
Idade na última consulta (anos)	3,5 (1,6 – 7,8)	0,09-16,0
Tempo de acompanhamento (meses)	8,2 (0,0 – 13,1)	0 – 34,6

**Fonte: A autora**

MED = Mediana, IIQ = intervalo interquartil, MIN = mínimo, MAX = máximo

## 5.2. Queixas principais

Em relação aos motivos que levaram às crianças e famílias a procurar o ambulatório, nota-se que 99 (42,8%) delas vieram para um acompanhamento de rotina, mas um quantitativo importante procurou assistência com queixas específicas como sintomas respiratórios em 37 (15,9%) dos casos e sintomas gastrointestinais em 26 (11,2%). A tabela 3 demonstra as demais queixas à primeira consulta. (Tabela 02).

**Tabela 02 – Distribuição das queixas principais dos pacientes do ambulatório. Salvador - Bahia, 2019 a 2021**

QUEIXAS	N (%)
Acompanhamento/Puericultura	99 (42,8)
Respiratória	37 (15,9)
Gastrointestinais	26 (11,2)
Dermatológica	20 (8,6)
Neurológica	17 (7,3)
Ortopédica	9 (3,9)
Febre	7 (3,0)
Urinária	6 (2,6)
Ginecológica	5 (2,2)
Psiquiátrica	4 (1,7)
Oftalmológica	1 (0,4)
Cardiológica	1 (0,4)

Fonte: A autora

## 5.3. Internações e patologias

Quanto ao número de pacientes internados previamente, 36 (16,3%) foram internados uma vez, 12 (4,4%) 2 vezes e 184 (79,3%) nunca foram internados. Quanto aos internados, 25 (58,1%) eram mulheres e 23 (41,9%) eram homens. (Tabela 04).

Quanto à causa das internações, as mais prevalentes foram sintomas respiratórios graves 18 (31,6%), causas neonatais 16 (28%) e causas infectocontagiosas 8 (14%), e as outras 15 internações decorreram por causas menos prevalentes. (Tabela 03).

Em relação à associação entre internação prévia e histórico de patologia, 36 (75%) dos pacientes que foram internados, demonstraram histórico de patologias. (Tabela 03).

Em relação ao histórico de patologias, 154 (66,4%) dos pacientes apresentaram histórico de uma, duas ou 3 patologias, enquanto 78 (33,6%) não apresentaram qualquer patologia pregressa à consulta. (Tabela 03).

Quanto aos grupos das patologias apresentadas, os mais prevalentes foram as patologias cirúrgicas 44 (19,9%), sintomas dermatológicos 39 (16,3%), sintomas respiratórios leves 30 (13,6%) e anemias 22 (10%), e as 87 patologias restantes referidas foram agrupadas em 10 classes. (Tabela 03).

**Tabela 03 – Descrição dos pacientes por internações e histórico de patologias. Salvador - Bahia, 2019 a 2021**

<b>NÚMERO DE INTERNAÇÕES PRÉVIAS</b>	<b>N (%)</b>
1 internação	36 (16,3)
2 internações	12 (4,4)
Nenhuma	184 (79,3)
<b>SEXO DOS PACIENTES COM INTERNAÇÕES PRÉVIAS</b>	<b>N (%)</b>
Feminino	25 (58,1)
Masculino	23 (41,9)
<b>CAUSA DAS INTERNAÇÕES</b>	<b>N (%)</b>
Sintomas respiratórios graves	18 (31,6)
Causas neonatais	16 (28)
Sintomas infectocontagiosos	8 (14)
Sintomas digestórios	4 (7)
Sintomas respiratórios leves	3 (5,3)
Anemias	2 (3,5)
Sintomas urinários	2 (3,5)
Traumas	2 (3,5)
Sintomas dermatológicos	1 (1,8)
Sintomas neurológicos	1 (1,8)
<b>OCORRÊNCIA DE INTERNAÇÃO X HISTÓRICO DE PATOLOGIA</b>	<b>N (%)</b>
Apresentaram patologia pregressa	36 (75)
Não apresentaram	12 (25)
<b>HISTÓRICO DE PATOLOGIA</b>	<b>N (%)</b>
Não apresentou histórico	78 (33,6)
Histórico de 1 patologia	97 (41,8)
Histórico de 2 patologias	47 (20,3)

Histórico de 3 patologias	10 (4,3)
---------------------------	----------

**Tabela 03 – Descrição dos pacientes por internações e histórico de patologias. Salvador - Bahia, 2019 a 2021**

<b>GRUPOS DAS PATOLOGIAS</b>	<b>N (%)</b>
Patologias cirúrgicas	44 (19,9)
Sintomas dermatológicos	36 (16,3)
Sintomas respiratórios leves	30 (13,6)
Anemias	22 (10)
Sintomas respiratórios graves	13 (5,9)
Sintomas urinários	13 (5,9)
Sintomas infectocontagiosos	12 (5,4)
Sintomas neurológicos	12 (5,4)
Sintomas endocrinológicos	11 (5)
Sintomas digestórios	9 (4,1)
Sintomas cardiológicos	7 (3,2)
Quadro sindrômico	4 (1,8)
Sintomas ginecológicos	4 (1,8)
Quadro psiquiátrico	2 (1,7)

**Fonte: A autora**

#### **5.4. Dados nutricionais**

Quanto ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses, nota-se que 90 pacientes (38,8%) apresentavam amamentação exclusiva por pelo menos 6 meses. O desmame precoce foi visto em 68 (29.3%) das crianças, bem como o uso de fórmula láctea desde o nascimento em 31 (13,4%) dos pacientes estudados. (Tabela 04).

Quanto à alimentação atual, foi usado o critério de avaliação pelos médicos pediatras do ambulatório, de acordo com a variação e presença dos nutrientes necessários na alimentação da criança. Assim, observou-se inadequação alimentar em 157 (67,7%) dos indivíduos. (Tabela 04).

Quanto à classificação pelo escore Z, os pacientes abaixo de 5 anos foram analisados de acordo com a relação peso x altura, obtendo a mediana de 0,53 (IIQ -0,44 – 1,71). Já os pacientes acima de 5 anos foram analisados de acordo com o IMC, obtendo a mediana de 0,51 (-0,45 – 1,71). Além disso, classificou-se as crianças em categorias, obtendo 85 abaixo de 5 anos e 53 acima de 5 que são eutróficos, 48 abaixo de 5 anos e 41 acima de

5 com risco de sobrepeso, sobrepeso ou algum grau de obesidade e 4 menores de 5 anos e 1 maior de 5 anos com algum grau de desnutrição (Tabela 05).

**Tabela 04 – Descrição nutricional dos pacientes com base no histórico progresso e atual e escore Z da OMS. Salvador - Bahia, 2019 a 2021**

<b>ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO</b>		<b>N (%)</b>
Menos de 4 meses		29 (12,5)
4 meses		39 (16,8)
6 meses		90 (38,8)
Não amamentou		31 (13,4)
Desconhecido		43 (18,5)
<b>ALIMENTAÇÃO ATUAL</b>		<b>N (%)</b>
Adequada		75 (32,3)
Inadequada		157 (67,7)
<b>CLASSIFICAÇÃO PELO ESCORE Z</b>	<b>MED (IIQ1-IIQ3)</b>	<b>MIN-MAX</b>
P/A (crianças < 5 anos)	0,53 (-0,44 – 1,71)	-3,28 – 4,43
IMC/ I (crianças >= 5 anos)	0,51 (-0,45 – 1,71)	-2,02 – 4,57

**Fonte: A autora**

**Tabela 05 – Classificação dos pacientes com base no Escore Z da OMS. Salvador - Bahia, 2019 a 2021**

<b>CLASSIFICAÇÃO PELO ESCORE Z</b>	<b>MED (IIQ1-IIQ3)</b>	<b>MIN-MAX</b>	
P/A (crianças < 5 anos)	0,53 (-0,44 – 1,71)	-3,28 – 4,43	
IMC/ I (crianças >= 5 anos)	0,51 (-0,45 – 1,71)	-2,02 – 4,57	
<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>	<b>CRIANÇAS &lt; 5 ANOS (N[%])</b>	<b>CRIANÇAS &gt;= 5 ANOS (N[%])</b>	<b>TOTAL (N[%])</b>
Obesidade Grave	—	5 (5.2)	5 (2.2)
Obesidade	8 (5.8)	20 (21.1)	28 (12.1)
Sobrepeso	11 (8.0)	16 (16.8)	27 (11.6)
Risco de Sobrepeso	29 (21.2)	—	29 (12.5)
Eutrofia	85 (62.1)	53 (55.8)	138 (59.5)
Desnutrição	3 (2.2)	1 (1.1)	4 (1.7)
Desnutrição Grave	1 (0.7)	0	1 (0.4)
<b>Total</b>	<b>137</b>	<b>95</b>	<b>232</b>

**Fonte: A autora**

MED = Mediana, IIQ = intervalo interquartil, MIN = mínimo, MAX = máximo

## 6. DISCUSSÃO

O acompanhamento pediátrico visa fornecer atenção à criança durante sua fase de crescimento, prestando assistência à amamentação exclusiva, alimentação correta, doenças e aos padrões de desenvolvimento para que ela alcance a idade adulta de forma saudável nos âmbitos físico, mental e cognitivo. A elaboração de políticas e programas de saúde tem contribuído para o cenário atual de saúde das crianças, fornecendo padrões e modelos de condutas e protocolos para garantir a excelência de atendimento <sup>5</sup>. Entretanto, é sabido que, mesmo com o avanço organizacional e tecnológico na pediatria, ainda não se atingiu um padrão adequado em relação aos aspectos sócio-físico-psíquico, observando que muitas mães possuem obstáculos na realização de um pré-natal, amamentação e alimentação adequada para os filhos e as crianças<sup>2</sup>. Devido a isso, a análise do perfil de crianças atendidas no ambulatório assistencial é importante para conhecer essa população, as nuances que a cerca e os aspectos no acompanhamento que precisam ser aprimorados.

A população do estudo apresentou predominância de crianças do sexo feminino, com uma mediana de idade na primeira consulta de 3,5 (IIQ 0.5 – 7.4 ) anos e na última consulta de 3,5 (IIQ 1.6 – 7.8) anos. O tempo mediano de acompanhamento foi pequeno (8.2 [IIQ 0.0 – 13.1]), bem como o número de consultas (88,4% com menos de 5 consultas). A mediana da idade na primeira consulta é diferente recomendada para o primeiro atendimento pelo Caderno de Atenção Básica à Criança do Ministério da Saúde<sup>19</sup>, que seria logo nas primeiras semanas de vida, quando as intervenções pediátricas de puericulturas costumam ser mais eficazes. O tempo de acompanhamento também deveria segundo a mesma recomendação ser mais longa e durar pelo menos até próximo aos 17 anos de idade, quando intervenções no período da puberdade podem ser conduzidas a contento<sup>19</sup>. Possivelmente, a disparidade em relação às idades encontradas relaciona-se com a desinformação e nível socioeconômico do público alvo, onde a falta de conhecimento sobre a importância do monitoramento do crescimento e desenvolvimento, principalmente após os dois primeiros anos de vida, leva muitos pais a não praticar o acompanhamento pediátrico contínuo, restringindo-se a frequentar consultas médicas quando há queixas momentâneas ou para realizar exames periódicos<sup>20</sup>.

Foi visto que a maioria dos pacientes (74,1%) apresentou a carteira vacinal atualizada para a faixa etária, estando em consonância com a perspectiva de redução da transmissão de doenças, prevenção de morte e incapacitação e melhoria da saúde <sup>21</sup>, como pode ser observado no estudo feito na cidade de São Paulo<sup>22</sup>, que analisou a cobertura vacinal de 49.741 crianças do estado, trazendo a reflexão acerca do aumento da cobertura nos últimos anos devido ao aumento de avisos, relatórios e busca ativa das crianças. Possivelmente este fato se deve ao aumento de circulação de políticas públicas e campanhas de vacinação, além da busca ativa de crianças com calendário vacinal desatualizado feito nas consultas <sup>23</sup>.

A frequência de 17.3% (40) de mães que não realizou o pré-natal, ou o realizou de forma incompleta é um dado de grande valor, demonstrando a ineficácia do sistema público de saúde para abranger todas as gestantes, incorrendo em vulnerabilidade tanto para a mãe quanto para o recém-nascido<sup>8</sup>. O estudo realizado no Rio Grande do Sul<sup>24</sup> corrobora a importância da realização de um bom pré-natal como fator protetor para o desenvolvimento da criança, uma vez que durante esse período há transmissão de informações educativas quanto ao nascimento e crescimento do bebê, bem como a realização de triagens para patologias que podem impactar na saúde do binômio mãe e filho <sup>25</sup>. Além da falha do sistema de saúde, pôde-se aventar que esse quantitativo pode estar relacionado à uma rede de apoio frágil rodeando essa gestante, gravidez indesejada e ausência de acolhimento humanizado por parte da equipe de saúde com a gestante, ocasionando falta de vínculo<sup>24</sup>.

A principal queixa que levou as crianças a procurar assistência ambulatorial foi necessidade de consulta de puericultura/acompanhamento, seguido pelas queixas respiratórias. Esse dado ilustra a importância da assistência ao crescimento saudável da criança<sup>19,26</sup>. Estudo conduzido no Paraná<sup>27</sup> corrobora esses dados, explicitando o fluxo de queixas e encaminhamento dos pacientes pediátricos, identificando queixas como acompanhamento de puericultura e respiratória, como as mais frequentes em ambulatórios. Pode-se concluir que isso possivelmente ocorre devido à facilidade de transmissão de agentes causadores de doenças do trato respiratório, principalmente quando se trata de crianças, que estão constantemente em contato uma com as outras, causando maior transmissão oral e por contato, além de ainda não terem seu estado

imunológico plenamente formado. Outro fator importante que pode ter contribuído para esse resultado é que período do estudo coincide também com o período da pandemia do COVID-19, em que se sabe que diversas crianças foram contaminadas e expressaram sintomas respiratórios.

Entre a população estudada apenas 48/232 (20,7%) das crianças haviam sido internadas previamente, sendo as causas mais comuns os sintomas respiratórios graves. Estudo descritivo que analisou a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP)<sup>28</sup> de 2008 a 2017, concorda parcialmente com os dados encontrados no presente estudo, ao trazer como causas mais prevalentes as relacionadas aos sintomas digestórios, seguida dos sintomas respiratórios graves. Este fato pode ser decorrente ao fato que o tratamento das gastroenterites ocorrer, muitas vezes, em domicílio ou em nas emergências, sem necessidade de internar a criança. Além disso observa-se, atualmente, após a vacinação para Rotavírus uma diminuição global de casos graves de gastroenterite<sup>29</sup>. Oposto a isso, o tratamento de casos respiratórios graves exigem uma atenção mais especializada por atrapalhar bastante a qualidade de vida e o desempenho da criança, ocasionando respiração insuficiente, por exemplo, como é exposto no estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto<sup>30</sup> sobre a abordagem hospitalar da pneumonia – uma das causas listadas como sintomas respiratórios graves.

O aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida, como preconizado pela OMS<sup>14</sup>, foi observado em 38,8% das crianças estudadas. Apesar do quantitativo ainda se encontrar abaixo do esperado, está equiparado com percentual relatado pelo Estudo Nacional de alimentação e nutrição infantil de 2020<sup>31</sup>, que encontrou um percentual de 38% de crianças amamentadas até os 6 meses na população na região Nordeste e 45,7% na população brasileira como um todo. O percentual menor que o esperado deve-se, muitas vezes, ao tempo limitado de 120 dias de licença a maternidade fornecida pela legislação<sup>32</sup>, ou um tempo ainda menor, no caso de mães autônomas que necessitam da renda advinda do seu trabalho, forçando-as ao retorno à suas atividades e à interrupção precoce da amamentação. É necessário evidenciar que a interrupção precoce da amamentação exclusiva deixa de proteger a criança de um grande espectro de doenças infecciosas e aumenta o risco para obesidade, déficit cognitivo e asma, além de expor a mãe a maior risco de câncer de mama e ovário, diabetes tipo II e depressão pós-parto<sup>33</sup>.

Em contrapartida, é notável o aumento da aderência ao aleitamento materno exclusivo no primeiro ano de vida – mesmo que menor que 6 meses –, como que indicou o ENANI 2019<sup>31</sup>, trazendo um percentual de 60% em 2019 em contraponto a 4,7% em 1986.

A alimentação atual adotada pelas crianças foi apontada, em sua maioria, como inadequada qualitativamente, ou quantitativamente, ou ambos. O erro alimentar pode incorrer no comprometimento do estado nutricional, provocando magreza ou sobrepeso e afetando diretamente o crescimento e desenvolvimento da criança<sup>5</sup>. O estudo de revisão sistemática<sup>34</sup> com dados de todo Brasil em relação a adequação nutricional e consumo alimentar das crianças do país demonstrou que existe um padrão de consumo energético e de macronutrientes excessivos nessa população. Esses dados são condizentes com o encontrado no estudo presente. A má qualidade da alimentação provavelmente deve-se ao avanço da globalização e produção de produtos industrializados, com rótulos e propagandas atrativas para crianças, bem como à facilidade de compra e ingestão. Tais alimentos tem pouca ou nenhuma qualidade nutricional, mas tem um custo competitivo, sendo produtos facilmente adquiridos pelos pais por serem mais baratos e mais práticos e, conseqüentemente, facilitando a rotina dos familiares.

Paralelo ao histórico atual de alimentação, foi visto que tanto as crianças menores de 5 anos quanto as maiores pelos indicadores antropométricos “Peso para altura” e “IMC para idade” obtiveram uma média dentro do padrão eutrófico pelo escore Z de 0,53 e 0,51, respectivamente. Uma revisão de literatura sobre nutrição nas crianças no Brasil<sup>35</sup> traz um dado do Ministério da Saúde de 2019 que alerta para presença de obesidade em 15,9% das crianças menores de 5 anos e em 29,3% das maiores de 5 anos. Tais números são melhores dos obtidos neste estudo, onde 35,0% das crianças abaixo de 5 anos e 43,1% das crianças acima de 5 anos apresentam com elevação do peso. Os dados podem ser justificados pelo quadro crescente de obesidade infantil em todo o mundo nos últimos anos<sup>18</sup>, muito em decorrência da pobreza e facilidade de acesso à produtos industrializados, ultra processados, com baixo valor nutricional e alta densidade calórica. Esse conjunto de situação, mais as condições adversas e de vulnerabilidade em que as crianças vêm sendo criadas, com pouco espaço para brincar e socializar, faz com que o uso de tecnologias seja cada vez mais utilizado e a atividade física seja deixada de lado, tudo corroborando com um mau estado nutricional.

O presente estudo possui como principais limitações a qualidade de preenchimento dos prontuários eletrônicos que apresentou variáveis com campos ignorados ou deixados em branco, podendo refletir na análise dos dados; o tempo curto disponível para a coleta dos dados pela pesquisadora, com redução do quantitativo de indivíduos para análise e o modelo do estudo, com uso de amostra de conveniência, o que limita a extrapolação desses achados para outros contextos.

## 7. CONCLUSÃO

Pode-se inferir que, de modo geral, o acompanhamento pediátrico é essencial para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, além de ser extremamente útil para o monitoramento de vacinação, aleitamento correto, alimentação adequada para a faixa etária e prevenção e tratamento de patologias.

Diante dos dados coletados, pode-se inferir que o pré-natal completo, apesar de predominante, ainda apresentou número deficiente, o aleitamento materno exclusivo por 6 meses evidenciou baixa adesão, a alimentação atual das crianças mostrou-se, em maioria, inadequada para a faixa etária, porém a média dos pacientes pelo Escore Z foi classificada como eutrófica.

O presente estudo reforça dados nacionais importante nos âmbitos, sendo útil para a monitoramento de dados demográficos e clínicos no estado da Bahia e, mais precisamente, na população de alcance do ambulatório onde foi realizado o estudo. Assim, a partir do presente momento, este estudo pode ser fornecido aos estudantes e profissionais do ambulatório, para que seja possível um estudo dos temas e posterior adequação de triagem, atendimento, coleta eficiente de dados e raciocínio clínico nas consultas, além da estimulação, cuidado e orientação pelo profissional ao seu paciente nas áreas do estudo que sinalizaram déficit, desde outras áreas de atendimento, como clínica médica e obstetrícia, à pediatria.

## REFERÊNCIAS

1. Unicef. Relatório Sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2015. 2013; Acesso em: 21/02/2021; 76 páginas; Available from: [https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015\\_PT.pdf](https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015_PT.pdf)
2. BRASIL Ministério da Saúde. Triagem Neonatal Biológica. Manual Técnico Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. 2016; Acesso em: 21/02/2021; 80 p.; Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem\\_neonatal\\_biologica\\_manual\\_tecnico.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf)
3. Brasil M da SS de A à SD de APE. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Agenda. 2004. Acesso em: 21/02/2021 80 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf)
4. Duarte JG, Gomes SC, Pinto MT, Mendes Gomes MAS. Perfil dos pacientes internados em serviços de pediatria no município do Rio de Janeiro: Mudamos? *Physis*. 2012;22(1):199–214. Acesso em: 21/02/2021. 16 p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/99STtcQhddd8FH7j7DVHZTc/?format=pdf&lang=pt>
5. PORTARIA Nº 3.916 D 30 DOD 1998. Ministério da Saúde [Internet]. Vol. I, Diário da República, 1.<sup>a</sup> série — N.º 96 de 18 de maio de 2018. 2018. Acesso em: 21/02/2021. 2211–2212 p. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html%0Ahttps://data.dre.pt/eli/port/141/2018/05/18/p/dre/pt/htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html%0Ahttps://data.dre.pt/eli/port/141/2018/05/18/p/dre/pt/htm)
6. Araújo JP, Silva RMM da, Collet N, Neves ET, Tos BRG de O, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(6):1000–7. Acesso em: 21/02/2021. 8 p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rBsdPF8xx9Sjm6vwX7JLYzx/?format=pdf&lang=pt>
7. De A. Relatório anual de gestão 2018. 2019;2018. Acesso em: 22/02/2021. 95 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_anual\\_gestao\\_2019.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_2019.pdf)
8. Lansky S, Friche AA de L, Silva AAM da, Campos D, Bittencourt SD de A, Carvalho ML de, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saude Publica*. 2014;30(suppl 1):S192–207. Acesso em: 22/02/2021. 16 p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ss5zQXrMrGrGJvcVMKmJdqR/?format=pdf&lang=pt>
9. Sanders LS de C, Pinto FJM, Medeiros CRB de, Sampaio RMM, Viana RAA, Lima KJ. Mortalidade infantil: análise de fatores associados em uma capital do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Coletiva*. 2017;25(1):83–9. Acesso em: 22/02/2021. 8 p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/8JRZtmJPmYCxLkf8mVD7Lbm/?format=pdf&lang=pt>
10. Nishimura F, Sampaio B. Efeito do Programa “Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil” no Nordeste e Amazônia Legal. 42 Encontro Nac Econ. 2014;1–18. Acesso em: 22/02/2021. 24 p. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8054/1/PPE\\_v47\\_n02\\_Avalia%C3%A7%C3%A3o.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8054/1/PPE_v47_n02_Avalia%C3%A7%C3%A3o.pdf)

11. Lorenzetti J, Trindade L de L, de Pires DEP, Ramos FRS. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: Uma reflexão necessária. *Texto e Context Enferm*. 2012;21(2):432–9. Acesso em: 22/02/2021. 8 p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/63hZ64xJVrMf5fwsBh7dnnq/?format=pdf&lang=pt>
12. Pires MP de O, Pedreira M da LG, Peterlini MAS. Safe pediatric surgery: Development and validation of preoperative interventions checklist. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(5):1080–7. Acesso em: 22/02/2021. 8 p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/mf8rnPFf9HKS88T9J3XyKqt/?format=pdf&lang=pt>
13. Leão LL, De Aguiar MJB. Newborn screening: What pediatricians should know. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84(4 SUPPL.):80–90. Acesso em: 22/02/2021. 11 p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/rxQLMsYqQHGMxMw9WV4vXWv/?format=pdf&lang=pt>
14. Pereira RSV, Oliveira MIC de, Andrade CLT de, Santos Brito A dos. Factors associated with exclusive breastfeeding: the role of primary health care. *Cad Saude Publica [Internet]*. 2010;26(12):2343–54. Acesso em: 22/02/2021. 12 p. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21243229>
15. Brasil. Ministério da Saúde. MINISTÉRIO DA SAÚDE SAÚDE DA CRIANÇA : Nutrição Infantil. 2009. Acesso em: 22/02/2021. 112 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_nutricao\\_aleitamento\\_alimentacao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf)
16. da Cunha AJLA, Leite ÁJM, de Almeida IS. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. *J Pediatr (Versão em Port [Internet])*. 2015;91(6):S44–51. Acesso em: 22/02/2021. 8 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedp.2015.09.005>
17. thousanddays.org. The 1,000 days between a woman's pregnancy and her child's 2nd birthday offer a unique window of opportunity to build healthier and more prosperous futures. :1000. Acesso em: 22/02/2021. 23 p. Available from: <https://thousanddays.org/why-1000-days/>
18. Brasil. Ministério da Saude. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. 2011. Acesso em: 22/02/2021. 72 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_coleta\\_analise\\_dados\\_antropometricos.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf)
19. BRASIL M da SS de A à SD de AB. Caderno de Atenção básica Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. *Cadernos de Atenção Básica N. 33*. 2012. Acesso em: 05/01/2022. 271 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_crescimento\\_desenvolvimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf)
20. Ribas Jr R de C, Moura MLS de, Bornstein MH. Socioeconomic status in Brazilian psychological research: II. socioeconomic status and parenting knowledge. *Estud Psicol*. 2003;8(3):385–92. Acesso em: 05/01/2022. 8 p. Disponível em: <http://old.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19960.pdf>
21. Sousa CDJ, Vigo ZDL, Palmeira CS. Compreensão Dos Pais Acerca Da Importância Da Vacinação Infantil. *Rev Enferm Contemp*. 2012;1(1):44–58. Acesso em: 05/01/2022. 8 p. Disponível em:

- <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/39>
22. Ferreira VL de R, Waldman EA, Rodrigues LC, Martineli E, Costa ÂA, Inenami M, et al. Assessment of vaccination coverage of children in a medium-sized brazilian city using electronic immunization registry. *Cad Saude Publica*. 2018;34(9). Acesso em: 05/01/2022. 11 p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/JyFnkHGTfvQLcvnMqmB7Nxc/?format=pdf&lang=pt>
  23. Pereira AM, Ivo OP. Causas Do Atraso Do Calendário Vacinal Em Menores De Dois Anos. *Rev Enferm Contemp*. 2016;5(2). Acesso em: 05/01/2022. 8 p. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1068#:~:text=C onclus%C3%A3o%3A%20Ao%20final%20do%20estudo,situa%C3%A7%C3%A3o%20mais%20comumente%20citada%20pelos>
  24. Souza FL De, Saccol SDM, Carvalho T, Rolim DA, Piovesan-rosanelli LS, Conterato DM, et al. Motivos da não realização do pré-natal por gestantes Reasons for non-completion of prenatal care by pregnant women. 2017;1–8. Acesso em: 05/01/2022. 8 p. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3878>
  25. Brasil. Programa Humanização do parto. *Humaniz do Parto*. 2002;27. Acesso em: 05/01/2022. 28 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
  26. Adolescência D científico, Rizzo ACB, Miranda AE de, Bonetto DV da S, Barbosa M de M, Barbiani R. Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. *Man Orientação*. 2019;1–14. Acesso em: 05/01/2022. 14 p. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/21512c-MO\\_-\\_ConsultaAdolescente\\_-\\_abordClinica\\_orientEticas.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21512c-MO_-_ConsultaAdolescente_-_abordClinica_orientEticas.pdf)
  27. de Oliveira BRG, Collet N, de Mello DF, de Lima RAG. O itinerário terapêutico de famílias de crianças com doenças respiratórias no sistema público de saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(3):453–61. Acesso em: 05/01/2022. 9 p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/twfq5LfMbnXtd3NFnCv9skD/?format=pdf&lang=pt>
  28. Bragato EET de FM, Cazola LH de O, Campos AZ de. Internações Por Condições Sensíveis À Atenção Primária Em Menores De Cinco Anos, Mato Grosso Do Sul, Brasil 2008-2017 / Hospitalizations for Primary Care Sensitive Conditions in Under Five Years Old, Mato Grosso Do Sul, Brazil 2008-2017. *Brazilian J Dev*. 2020;6(12):97592–609. Acesso em: 05/04/2022. 18 p. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/21518/17167>
  29. Diarreia PAÀ, Se P, Tem OP, Nas S. Manejo Do Paciente. Acesso em: 05/04/2022. 1 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo\\_paciente\\_diarreia\\_cartaz.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf)
  30. Pina JC, De Moraes SA, De Freitas ICM, De Mello DF. Papel da atenção primária à saúde na hospitalização de crianças por pneumonia: Um estudo caso-controle. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25. Acesso em: 05/04/2022. 10 p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/zv3nYbkwJmvPZSGZQfJChzz/?format=pdf&lang=pt>
  31. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil. Resultados preliminares - Indicadores de aleitamento materno no Brasil. *Univ Fed do Rio Janeiro*. 2020;1–9. Acesso em: 05/04/2022. 10 p.

- Disponível em: [https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2020/12/Relatorio-parcial-aleitamento-materno\\_ENANI-2019.pdf](https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2020/12/Relatorio-parcial-aleitamento-materno_ENANI-2019.pdf)
32. Santiago LB, Ricardino E, Vieira GO. Direitos da Mulher Trabalhadora : na Gravidez , no Pós - Parto e Durante o Aleitamento Materno. Soc Bras Pediatr. :2–6. Acesso em: 06/04/2022. 5 p. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2012/12/Direitos-da-Mulher-Trabalhadora-na-Gravidez-no-Ps-Parto-e-Durante-o-Aleitamento-Materno.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2012/12/Direitos-da-Mulher-Trabalhadora-na-Gravidez-no-Ps-Parto-e-Durante-o-Aleitamento-Materno.pdf)
  33. Grummer-Strawn LM, Rollins N. Summarising the health effects of breastfeeding. Acta Paediatr Int J Paediatr. 2015;104:1–2. Acesso em: 06/04/2022. 6 p. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26535930/>
  34. Cavalcante AAM, Tinôco ALA, Cotta RMM, Ribeiro RDCL, Pereira CADS, Franceschini SDCC. Consumo alimentar e estado nutricional de crianças atendidas em serviços públicos de saúde do município de Viçosa, Minas Gerais. Rev Nutr. 2006;19(3):321–30. Acesso em: 06/04/2022. 10 p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/wtGdfkZd7bckntmLhJDMY3K/?format=pdf&lang=pt>
  35. Dias LLL, Carvalho TA de O, Vimar AC de AV, Mallet ACT. Avaliação nutricional em crianças de 0 a 10 anos: uma revisão. Rev Episteme Transversalis. 2020;11(3):60–81. Acesso em: 06/04/2022. 22 p. Disponível em: <http://revista.ugb.edu.br/ojs302/index.php/episteme/article/view/2179/1335>

**APÊNDICES****APÊNDICE A****Questionário para coleta de dados**

Data da coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Identificação**

Iniciais: \_\_\_\_\_ Nº de prontuário: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo:  F  M

Ano de atendimento: \_\_\_\_\_

**Queixas**

- Puericultura
- Febre
- Distúrbio do apetite
- Neurológico
- Dermatológico
- Ortopédico
- Respiratório
- Digestivo

**Histórico de saúde**Realizou o pré-natal?  Sim, completo  Sim, incompleto  Não

Internações:

- Sim
- Não

Número de internações:  Até 2  2 a 4  5 ou mais

Causa da internação: \_\_\_\_\_

Calendário vacinal:  Atualizado  Desatualizado

Patologias progressas: \_\_\_\_\_

**Alimentação:**

Aleitamento materno, quando bebê:

- Até os 6 meses de vida
- Até os 4 meses de vida
- Não foi amamentado

Alimentação atual:

- Adequada
- Inadequada

**Histórico das consultas**

Idade da primeira consulta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data da última consulta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Número de consultas no ambulatório até o momento:

- Até 2
- 3 a 5
- Mais de 5

Tempo de seguimento ambulatorial:

- 1 ano
- 2 anos
- 3 ou mais

## ANEXOS

## ANEXO A

## Parecer Consubstanciado do CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DO AMBULATÓRIO ASSISTENCIAL DA PRINCIPAL FACULDADE PARTICULAR NO MUNICÍPIO DE SALVADOR / BAHIA, DE 2019 A 2021.

**Pesquisador:** CAROLINA DE GODOY ALMEIDA

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 46315821.5.0000.5544

**Instituição Proponente:** Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.948.012

**Apresentação do Projeto:**

A ONU estabeleceu objetivos claros buscando a promoção da saúde para serem alcançados entre 2015 e 2030. Tais objetivos se baseiam principalmente na melhoria das condições de vida e saúde da próxima geração de adultos, considerada o futuro do mundo, tendo, portanto, um poder grande de transformação. Assim, fazendo uma relação com a meta 4, "Reduzir a mortalidade infantil" (1), e com a meta 5, "Melhorar a saúde materna" (1), observa-se a necessidade de alavancar em todo o mundo as causas diretamente relacionadas ao adoecimento das crianças. Ao trazer essas questões para o Brasil, observa-se que o perfil das doenças na infância e adolescência e as taxas de mortalidade infantil estão passando por um processo de transição.

Diversos fatores são responsáveis por essa mudança, sendo o avanço tecnológico e a elaboração de



Continuação do Parecer: 4.948.012

políticas públicas os principais fatores dentro do cenário brasileiro. O avanço das tecnologias disponíveis na área de saúde tem envolvimento direto no desenvolvimento das crianças, principalmente quando se fala do diagnóstico e tratamento precoce de doenças que ameaçam a qualidade de vida. Faz-se necessário então estabelecer o perfil regionalizado, epidemiológico e demográfico dos pacientes e das principais patologias que os acometem, a fim de especificar e aprimorar as linhas de cuidados e prevenções, para que só assim seja compreendido o aspecto clínico, sanitário, social e psicológico dessas crianças e famílias. Quando se trata dos profissionais e alunos que atuam no ambulatório assistencial de uma escola privada de Medicina, esse estudo visa também auxiliar a formação futura de um protocolo de atendimento inicial para o paciente pediátrico, possibilitando que o examinador tenha dados para acelerar o diagnóstico e tratamento da criança.

**Objetivo da Pesquisa:****Objetivo Primário**

Investigar o perfil epidemiológico e demográfico dos pacientes e das patologias atendidos do ambulatório pediátrico assistencial educacional, no período de 2019 a 2021.

**Objetivos Secundários**

1. Identificar o quantitativo de crianças atendidas anualmente e as variações ao longo do ano
2. Estabelecer o número e percentual de crianças que vieram ao ambulatório com uma queixa específica
3. Reconhecer qual a parcela de pacientes que comparecem às consultas somente para avaliação periódica (profilaxia)
4. Determinar o número e percentual de crianças que apresentavam patologias de base (doenças crônicas?)
5. Identificar quais são os principais problemas nessa população estudada
6. Descrever o perfil nutricional e alimentar desse grupo de crianças
7. Reconhecer qual e quantas famílias necessitam de complementação da renda através de



Continuação do Parecer: 4.948.012

programas  
assistenciais governamentais.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo a pesquisadora:

Riscos:

Esse projeto apresenta um risco mínimo de falha de sistema de coleta e armazenamento dos dados.

Benefícios:

Esse projeto pretende esclarecer e divulgar os dados coletados, para que conheçamos a população que atendemos. Sabe-se que tanto o conhecimento do perfil clínico e sanitário, como o perfil social e psicológico é de suma importância para que uma população seja mais bem tratada. Obviamente com esse estudo não alcançaremos todo esse conhecimento, mas já iniciaremos pelo conhecimento do perfil de saúde e algum grau do perfil social também se revelará.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Desenho: Trata-se de um estudo transversal.

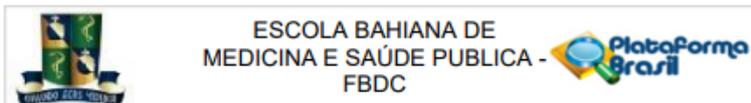
Período da Coleta: 01 de agosto de 2021 a 30 de setembro de 2021.

Período Estudo: A coleta de dados se dará através dos prontuários eletrônicos dos pacientes agendados para o ambulatório de Pediatria no período de janeiro de 2019 a setembro de 2021.

Local: Ambulatório Docente Assistencial da Faculdade Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Amostra: A amostra do estudo consiste em pacientes pediátricos atendidos no Ambulatório Pediátrico no período do estudo. Serão usados os dados disponíveis nos prontuários de todos os pacientes atendidos no período referido. Feito um cálculo baseado em atendimentos diários e chegou-se em um número em torno de 500 atendimentos em 2 anos.

Variáveis: Será construído um banco de dados com as variáveis necessárias para que possamos responder



Continuação do Parecer: 4.948.012

à pergunta investigativa. Essas variáveis são: idade, número de consultas anteriores, Peso, estatura, uso de leite materno, tempo de leite materno, alimentação atual (ferro, cálcio, vitaminas, macronutrientes, quantidade e qualidade).

Estatística: Os dados serão coletados dos prontuários eletrônicos (SMART) dos pacientes pediátricos do Ambulatório Escola Pediátrico atendidos nos anos de 2019 a 2021, conforme formulário preenchido pelas pesquisadoras (anexo 1), e transferidos para o Excel, onde para a caracterização da população serão utilizados os parâmetros da estatística descritiva inicialmente.

Critério de Inclusão:

1. Atendimento no Ambulatório Escola Pediátrico
2. Atendimento com uso de prontuário eletrônico
3. Atendimento entre janeiro de 2019 e setembro de 2021.

Critério de Exclusão:

1. Dados incompletos ou ausentes no prontuário

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Folha de rosto: devidamente preenchida e assinada pelo representante institucional;
- Cronograma de Execução: reapresentado com os devidos ajustes;
- Orçamento: apresentado no valor de R\$ 550,00;
- TCLE: Apresentado em consonância com a Resolução 466/12 do CNS, porém necessita incluir o telefone celular do CEP-Bahiana e elementos referentes aos processos de direito a ressarcimento e indenização;
- TALE: Apresentado.- Termo de anuência: Apresentado, assinado pelo representante institucional (diretor do Bahiana Saúde) e devidamente datado;
- Termo de confidencialidade: apresentado;
- Declaração de compromisso dos pesquisadores: apresentada



Continuação do Parecer: 4.948.012

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após reanálise deste protocolo consideramos que as inadequações apontadas anteriormente foram devidamente sanadas, sendo passível a aprovação do mesmo nesta atual versão.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Protocolo aprovado. O não cumprimento à Res. 486/12 do CNS/MS relativo ao envio de relatórios conforme transcrição implicará na impossibilidade de avaliação de novos projetos deste pesquisador.

**\* XI DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

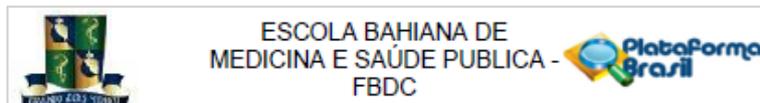
XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) e b) (...)

- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados\*

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	01/09/2021 19:22:25	Roseny Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	01/09/2021 19:22:09	Roseny Ferreira	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1731802.pdf	18/07/2021 22:24:59		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_pesquisa_TCC.pdf	18/07/2021 22:24:49	Lais Moreira L Dórea	Aceito



Continuação do Parecer: 4.948.012

Investigador	Projeto_pesquisa_TCC.pdf	18/07/2021 22:24:49	Lais Moreira L Dórea	Aceito
Outros	resposta_ao_parecer_atualizado.pdf	18/07/2021 22:24:34	Lais Moreira L Dórea	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_assentimento_livre_e_esclarecido.pdf	18/07/2021 22:24:20	Lais Moreira L Dórea	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.pdf	18/07/2021 22:24:13	Lais Moreira L Dórea	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	08/08/2021 14:29:07	Lais Moreira L Dórea	Aceito
Outros	termo_de_anuencia.pdf	08/08/2021 14:28:28	Lais Moreira L Dórea	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_dos_pesquisadores.pdf	08/08/2021 14:27:31	Lais Moreira L Dórea	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	02/05/2021 12:39:00	CAROLINA DE GODOY ALMEIDA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 01 de Setembro de 2021

Assinado por:  
Roseny Ferreira  
(Coordenador(a))