



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

CARLOS EDUARDO RAMOS ATAIDE

A PUERICULTURA NO MUNICÍPIO DE BELÉM-PA: o registro de ações da
Atenção Primária à Saúde no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS

SÃO CARLOS - SP

2024

CARLOS EDUARDO RAMOS ATAIDE

**A PUERICULTURA NO MUNICÍPIO DE BELÉM-PA: o registro de ações da
Atenção Primária à Saúde no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS**

Dissertação produzida para exame de defesa no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional.

Linha de Pesquisa: Promoção do Desenvolvimento Humano nos Contextos da Vida Diária.

Orientadora: Profa. Dra. Claudia Maria Simões Martinez.

SÃO CARLOS - SP

2024

CARLOS EDUARDO RAMOS ATAIDE

**A PUERICULTURA NO MUNICÍPIO DE BELÉM-PA: o registro de ações da
Atenção Primária à Saúde no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS**

Dissertação produzida para exame de defesa no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional.

Data: 21/02/2024

Conceito: Aprovado

Banca Examinadora

Profa. Dra. Claudia Maria Simões Martinez – Orientadora
PPGTO/UFSCar

Profa. Dra. Luzia Iara Pfeifer
PPGTO/UFSCar
Membro Interno

Profa. Dra. Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi
Universidade Federal de São Carlos - UFSCar
Membro Externo

Prof. Dr. Rodrigo Alves dos Santos Silva
Universidade Federal de Sergipe - UFS
Membro Externo

Ataide, Carlos Eduardo Ramos.

A PUERICULTURA NO MUNICÍPIO DE BELÉM-PA: o registro de ações da Atenção Primária à Saúde no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS. Carlos Eduardo Ramos Ataide. São Carlos, UFSCar, 2024

80 folhas

Universidade Federal de São Carlos

AGRADECIMENTOS

Início esse texto com a grata oportunidade de agradecer a minha grandiosa orientadora Dra. Cláudia Maria Simões Martinez, a qual carinhosamente esteve ao meu lado. Tive a feliz oportunidade de ser orientado e aconselhado por ela ao longo desses dois anos no programa, saiba que a sua empatia, amorosidade e respeito para comigo me deram forças para continuar e ultrapassar todos os obstáculos que se puseram no caminho, sou eternamente grato e um fervoroso admirador.

Agradeço aos meus pais Eliane e Carlos Alberto Ataide e meus irmãos Carlos Augusto e Carlos Henrique Ataide por todo esforço dedicado a mim, pela parceria, pela escuta e torcida, ninguém nesse mundo poderia torcer mais por mim do que vocês, os sinto ao meu lado e no coração sempre. Sou o maior dos sortudos.

Às minhas amigas Bruna Gama, Lorena Henriete, Jaciele Matos, Caroline Paixão, Vitória Maria e Emilly Mendonça por todo apoio e torcida, puxões de orelha e paciência.

À Secretaria de Saúde do Município de Belém, em nome da Direção de Atenção Básica e Núcleo de Educação Permanente, por ter aceitado que eu desenvolvesse essa pesquisa tão importante nas unidades de saúde.

Aos técnicos que me acolheram quando necessitei coletar os dados, todos me receberam com respeito e carinho.

À Professora Dra. Débora Folha que lá em 2021 me incentivou e auxiliou nas ideias iniciais do projeto para que eu pudesse tentar entrar no programa, serei sempre grato, pois acreditou em mim quando nem mesmo eu acreditava.

À minha banca, Profa. Dra. Luzia Iara Pfeifer, Profa. Dra. Alana de P. N. Fornereto e Prof. Dr. Rodrigo A. dos Santos Silva, pelo aceite do convite para participação. Ainda à Profa. Dra. Marília M. Bregalda e Profa. Dra. Regina T. Joaquim pelo aceite do convite como membros suplentes da banca, me sinto honrado em ter pessoas tão competentes e respeitadas lendo e contribuindo com o meu trabalho.

Por fim, agradeço ao Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar que desde o primeiro dia me acolheu com tanto carinho e sempre foram fiéis parceiros nas dificuldades que prestar o mestrado em tempos pandêmicos e a

distância trouxe. Além de todos os ensinamentos e oportunidades de crescimento que ser mestrando nesse programa proporciona.

RESUMO

Introdução: A literatura indica grande potencial de desenvolvimento das crianças, especialmente na primeira infância. Entretanto, para promoção da saúde na infância são necessários serviços e estratégias que sejam capazes de acompanhar as diferentes fases de desenvolvimento. Ações de puericultura no campo da atenção primária possibilitam a prevenção de agravos e detecção precoce de problemas de saúde da criança. Uma das estratégias desenvolvidas no Brasil pelo Ministério da Saúde é o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). **Objetivo:** investigar ações de puericultura no município de Belém (Pará) a partir dos dados do SISAB e das informações presentes e ausentes no PEC. **Método:** pesquisa de natureza descritivo-quantitativa, com abordagem de corte transversal, empregou a análise documental retrospectiva a fim de analisar os registros do PEC nas consultas de puericultura ocorridas em três unidades básicas de saúde do município de Belém no estado do Pará. **Resultados:** dados referentes ao Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) permitiram a caracterização das consultas de puericultura geral do município. Dados coletados em três unidades básicas de saúde de Belém (10%) referentes ao preenchimento das informações das consultas de puericultura no prontuário eletrônico do cidadão indicam: (a) as famílias buscam as consultas de puericultura na perspectiva da consulta agendada; (b) a enfermagem é a categoria profissional que mais realiza esse tipo de atendimento; (c) Juntamente à Enfermagem, a Medicina e a Terapia Ocupacional se configuram como as três profissões mais prevalentes na realização das consultas de puericultura. O perfil das crianças revela que as consultas têm se iniciado após o 28º dia de vida, sendo o retorno para o acompanhamento variando entre 3 meses e 16 meses. As áreas que apresentaram maiores lacunas no preenchimento foram “alterações fenotípicas”, “fatores de risco”, “encaminhamentos”, “solicitação de exames”, “resultado de exames”, “prescrição de medicamentos” e “agendar consulta”. Já os campos onde houve mais registros estão, em sua maioria, diretamente relacionados com os exames físicos realizados pelo profissional na consulta de puericultura e os dados do nascimento: “peso”, “comprimento”, “vacinação em dia”, “avaliação”, “objetivo” e “motivo da consulta”. **Considerações finais:** Para futuros estudos sugere-se pesquisas que descrevam as condições físicas (ex. Presença de computadores, acesso à rede web; tempo de consulta; dinâmica dos registros) e de formação de recursos humanos (cursos, oficinas) relativas aos investimentos feitos pelo governo para o preenchimento do PEC.

Palavras-chave: Puericultura; Sistema Único de Saúde; Prontuário Eletrônico do Cidadão; SISAB; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The literature indicates great potential for children's development, especially in early childhood. However, to promote health in childhood, services and strategies are needed that are capable of monitoring the different stages of development. Childcare actions in the field of primary care enable disease prevention and early detection of children's health problems. One of the strategies developed in Brazil by the Ministry of Health is the Electronic Citizen Record (PEC). **Objective:** to investigate childcare actions in the municipality of Belém (Pará) based on SISAB data and information present and absent in the PEC. **Method:** descriptive-quantitative research, with a cross-sectional approach, used retrospective documentary analysis in order to analyze the PEC records in childcare consultations that took place in three basic health units in the municipality of Belém in the state of Pará. **Results:** Data from the Primary Care Health Information System (SISAB) allowed for the characterization of general childcare consultations in the municipality. Data collected from three basic health units in Belém (10%) regarding the filling in of information on childcare appointments in the citizen's electronic medical record indicates: (a) families seek out childcare appointments with a view to a scheduled appointment; (b) nursing is the professional category that most often provides this type of care; (c) together with nursing, medicine and occupational therapy are the three most prevalent professions. The profile of the children shows that consultations start after the 28th day of life, with follow-up visits varying between 3 months and 16 months. The areas that showed the most gaps were "phenotypic alterations", "risk factors", "referrals", "test requests", "test results", "medication prescriptions" and "scheduling appointments". On the other hand, the fields with the most records are mostly directly related to the physical examinations carried out by the professional at the childcare appointment and the birth data: "weight", "length", "up-to-date vaccination", "assessment", "objective" and "reason for appointment". **Final considerations:** For future studies, we suggest research that describes the physical conditions (e.g. presence of computers, access to the web; consultation time; dynamics of the records) and human resources training (courses, workshops) related to the investments made by the government to fill out the PEC.

KEY WORDS - Childcare; Health Unic System; Electronic Citizen Record; SISAB; Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS

AIDPI	Atenção às Doenças Infecciosas da Primeira Infância
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIAP 2	Classificação Internacional de Atenção Primária – 2ª Edição
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª Edição
CNS	Cadastro Nacional de Saúde
CPF	Cadastro de Pessoa Física
DABEN	Distrito Administrativo de Saúde do Bengui
DAENT	Distrito Administrativo de Saúde do Entroncamento
DAGUA	Distrito Administrativo de Saúde do Guamá
DAICO	Distrito Administrativo de Saúde de Icoaraci
DAMOS	Distrito Administrativo de Saúde de Mosqueiro
DAOUT	Distrito Administrativo de Saúde de Outeiro
DASAC	Distrito Administrativo de Saúde da Sacramenta
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DI	Desenvolvimento Infantil
eAB	Equipe de Atenção Básica
eAP	Equipe de Atenção Primária
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SUS APS	Sistema de Informação do SUS – Atenção Primária

LISTA DE SIGLAS

NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NEP	Núcleo de Educação Permanente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SESMA	Secretaria Municipal de Saúde de Belém
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SOAP	Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano
SUS	Sistema Único de Saúde
TCUD	Termo de Compromisso para Utilização e Manuseio de Dados
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
USF	Unidade Saúde da Família
UMS	Unidade Municipal de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
1 INTRODUÇÃO	10
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA	20
3 OBJETIVOS.....	22
3.1 Objetivo geral	22
3.2 Objetivos específicos.....	22
4 MÉTODO.....	23
4.1 Caracterização do estudo.....	23
4.2 Local da pesquisa	24
4.3 Critérios de Inclusão	24
4.4 Critérios de Exclusão.....	25
4.5 Coleta de dados.....	25
5 ANÁLISE DE DADOS.....	27
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
6.1 A puericultura no município de Belém	29
6.2 Registro no PEC relativo às consultas de puericultura em três unidades de saúde de Belém	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICE A – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO E MANUSEIO DE DADOS	69
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DA COLETA NOS PRONTUÁRIOS	70
ANEXO A – ACEITE DO NEP	71
ANEXO B – APROVAÇÃO PELO CEP UFSCAR.....	72

APRESENTAÇÃO

Em meio às dificuldades de cursar o mestrado em Terapia Ocupacional na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e ser residente em Saúde da Família na Universidade do Estado do Pará (UEPA) simultaneamente, fui consumido pela potencialidade da Terapia Ocupacional na Atenção Primária à Saúde. Ao longo do ano de 2022 pude ter o contato com diversas realidades que despertaram a necessidade de investigar os contextos e ações que implicam na resolutividade da APS.

No ensejo, os temas aos quais me propus pesquisar logo quando entrei no programa de Terapia Ocupacional, não mais despertavam a visceralidade necessária para o desenvolvimento de uma pesquisa, ao passo em que o interesse em investigar as questões relacionadas a puericultura me consumiam diariamente pela prática constante na vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil nas unidades básicas de saúde às quais passei no primeiro ano de residência.

Tive a oportunidade de observar as consultas de diferentes profissionais, acompanhar o registro ou falta dele nas cadernetas, nos prontuários físicos e eletrônicos das consultas de puericultura, e ser impactado com a ineficácia desses registros, uma vez que as famílias chegavam até a sala de Terapia Ocupacional sem nenhum registro dos atendimentos anteriores dos diferentes profissionais pelos quais a criança teve o contato.

Essa realidade descontinuava a atenção e causava frustração à medida que observava o distanciamento do proposto nas políticas nacionais e pela fragilidade no uso dos sistemas de informação que estavam à nossa disposição. Dessa maneira, se tornou inquietante a necessidade de pesquisar em outras unidades de saúde se essa realidade também ocorria nesses diferentes espaços da atenção primária do município de Belém.

Assim, propus à minha orientadora o desafio de investigar e discutir a realidade da puericultura e do uso dos sistemas de informação nas unidades básicas de saúde, e, como sempre, foi acolhedora, me encorajou e iniciamos a jornada.

Na mesma medida, na residência iniciei a tentativa de mudar a realidade em um futuro, quem sabe próximo, através da construção de um guia que possa auxiliar

os profissionais atuantes na puericultura de como utilizar o e-sus nas consultas de puericultura de maneira adequada.

Por fim, destaco que carrego esperanças de que esta dissertação, junto com o trabalho de conclusão de residência possam contribuir para a qualificação dos serviços que se propõem a realizar a puericultura no município de Belém, para que de alguma forma, eu possa retribuir todo o aprendizado, curiosidade e paixão que o mestrado e a residência causaram em mim tanto pelo desenvolvimento infantil, quanto pela atenção primária à saúde.

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil (DI) é um processo de amadurecimento intenso, veloz e de aquisição de habilidades perceptivas, cognitivas, motoras, socioemocionais e de linguagem (Black *et al.*, 2017). O potencial de desenvolvimento da criança é ainda maior na primeira infância, nesse período ocorrem as maiores movimentações de plasticidade cerebral (Pedroso *et al.*, 2022).

As primeiras experiências que ocorrem nos anos iniciais de vida de uma criança são incorporadas biologicamente, agem como agentes protetores ou danosos e se apresentam através do aprendizado, bem-estar, resiliência, ou como traumas e déficits (Guhn *et al.*, 2016).

Inúmeros fatores influenciam na aquisição das habilidades de desenvolvimento. Black *et al.*, (2017) trazem que as dificuldades logo no início da vida, como a pobreza, baixo acesso a alimentação saudável, ambientes conturbados e pouco suporte afetivo podem afetar a substância cinzenta do hipocampo, o que pode levar a impactos diretos no desempenho acadêmico, comportamental e cognitivo desse indivíduo em formação.

A nível mundial, 250 milhões de crianças correm o risco de não atingirem níveis adequados do seu desenvolvimento em razão das condições desfavoráveis às quais estão submetidas, isso ainda somado com a negligência na atenção ao acompanhamento do desenvolvimento (Pedroso *et al.*, 2022).

Portanto, a promoção da saúde na infância exige estratégias e serviços que sejam capazes de acompanhar as diferentes fases de desenvolvimento. Dentre elas estão as consultas de puericultura as quais têm como objetivo o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil através de avaliações, orientações, prevenção de agravos e detecção precoce de problemas relacionados à saúde da criança (Martiniano *et al.*, 2013; Ximenes Neto *et al.*, 2011).

A origem da puericultura a partir do século 19, buscava orientar as mães das crianças quanto à recente descoberta do perigo da contaminação da água e do leite, os médicos então se empenhavam em conscientizar essas mães quanto à fervura da água, pasteurização do leite e higienização do ambiente domiciliar. Ao longo dos anos a puericultura mostrou sua contribuição para a redução da mortalidade infantil, através

do incentivo à vacinação, na prescrição de antibióticos vinculados ao acompanhamento frequente das questões do crescimento e desenvolvimento e no fortalecimento da ideia em que a criança apresentava suas especificidades, e não poderia ser vista como uma miniatura de um adulto (Fonseca *et al.*, 2018).

O principal objetivo da puericultura é acompanhar a criança de maneira ampla por meio das consultas com cirurgiões-dentistas, médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais que compõem a equipe multiprofissional (Martiniano *et al.*, 2013; Ximenes Neto *et al.*, 2011).

As consultas referentes à puericultura, em geral, englobam avaliação de peso, altura, do desenvolvimento neuropsicomotor, estado nutricional, vacinação e dos fatores de risco ambientais, socioeconômicos e familiar, tendo em vista que esses são determinantes para o desenvolvimento ao longo da vida (Gautério, 2012)

Espera-se que os profissionais durante as consultas de puericultura classifiquem o desenvolvimento e crescimento da criança de acordo com os critérios de risco estabelecidos no Manual da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI - (2005) onde as crianças podem ser classificadas em: “provável atraso no desenvolvimento” quando a criança deixa de apresentar um ou mais marcos da sua faixa etária ou presença de alterações no exame físico.

A segunda classificação se divide em duas: “desenvolvimento normal com fatores de risco” onde o exame físico apresenta alterações e/ou ausência de marcos para a faixa etária, e “alerta para o desenvolvimento” quando há presença dos marcos anteriores a sua faixa etária, no entanto os atuais estão ausentes. Por fim, “desenvolvimento normal” onde a criança não apresenta alterações no seu exame físico e tem presente todos os marcos do desenvolvimento da faixa etária.

Figura 1 – Classificação do desenvolvimento segundo AIDPI

<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de um ou mais reflexos/ posturas/ habilidades para sua faixa etária; ou • Perímetro cefálico <p10 ou >p 90; ou • Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas 	<p>PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Reflexos/posturas/habilidades presentes para sua faixa etária; • Perímetro cefálico entre p 10 e p 90; • Ausência ou presença de menos que 3 alterações fenotípicas; • Existe um ou mais fatores de risco 	<p>DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FATORES DE RISCO</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Reflexos/posturas/habilidades presentes para sua faixa etária; • Perímetro cefálico entre p 10 e p 90; • Ausência ou presença de menos que 3 alterações fenotípicas; • Não existem fatores de risco 	<p>DESENVOLVIMENTO NORMAL</p>

Fonte: Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI (2015)

Na busca pela garantia de que as crianças recebam acompanhamento adequado do crescimento e desenvolvimento, é necessário que os profissionais de saúde estejam preparados para oferecer assistência integral, equânime e contínua. Isso exige que as práticas profissionais sejam articuladas em equipe, ancoradas em ações interdisciplinares e guiadas pela integralidade da atenção (Silva; Batista, 2021).

Diante da perspectiva da Política Nacional de Atenção Básica (2017) são diversos os profissionais que têm a possibilidade de atuação na atenção primária, as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), onde partir de maio de 2023, através da Portaria GM/MS N°635, foram substituídas ou renomeadas de Equipes Multiprofissionais (eMulti), que apresentam, dentre inúmeros profissionais possíveis, o Terapeuta Ocupacional como parte desse quadro.

Será realizado aqui um recorte sobre as ações do profissional Terapeuta Ocupacional, uma vez que no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional - PPGTO, esta proposta se insere dentre as temáticas coerentes com a Linha 1 – Promoção do desenvolvimento humano nos contextos da vida diária, visto a contribuição desse profissional frente as intervenções na área do desenvolvimento infantil. O terapeuta ocupacional apresenta a habilidade de analisar as necessidades

e atividades cotidianas dos usuários em seus ambientes de vida e, no contexto da atenção primária, deve estar atento às demandas encontradas no território e colocá-las no centro de sua atuação (Folha; Monteiro, 2017).

O terapeuta ocupacional contribui aplicando suas habilidades específicas no cenário da atenção primária para a promoção e prevenção de condições que interfiram na independência e autonomia na realização das atividades de vida diárias, promovendo adaptações no ambiente domiciliar, estimulando a participação social através de grupos, oficinas e atividades de educação em saúde e no acompanhamento integral da saúde dos indivíduos nos seus ciclos de vida (Rocha; Souza, 2011).

Durante as intervenções terapêuticas ocupacionais na perspectiva da promoção de saúde da criança, são analisadas as estruturas e funções corporais, percepção visual, componentes de desempenho ocupacional e como as dificuldades em realizar determinadas tarefas afetam a vida diária. Na intervenção, os déficits identificados na avaliação são abordados para reduzir as limitações e promover a realização das ocupações significativas (Pontes; Polatajacob, 2016).

Em 2011 o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, reconheceu a Saúde da Família como especialidade do terapeuta ocupacional onde esse profissional deve realizar o planejamento, coordenação, desenvolvimento, acompanhamento, avaliação e reavaliação das suas intervenções com o objetivo de prevenir doenças, promover saúde, independência e autonomia no cotidiano dos indivíduos atendidos nos dispositivos de saúde da atenção primária do SUS.

Além outras demais atribuições, o terapeuta ocupacional deve, elaborar relatórios, laudos, atestados e pareceres, fazer o uso da criação e/ou prescrição de tecnologias assistivas, atuar nas áreas da coordenação, gestão, direção, chefia e auditoria nos espaços da APS (Coffito, 2011).

Na puericultura, o terapeuta ocupacional desempenha o papel de avaliar o desenvolvimento da criança com olhar aprofundado e fundamentado em teorias globais dos aspectos desenvolvimentistas como as teorias de Piaget, Vygotsky, Bronfenbrenner e outros (Bezerra *et al.*, 2009), além de contribuírem com a expertise quanto ao desenvolvimento típico, atípico e ocupações infantis. Podem levantar

discussões nas equipes, das quais fazem parte, acerca dos temas voltados à saúde da criança, promover capacitações e construir critérios para a avaliação e o acompanhamento das crianças nas consultas de puericultura (Della Barba *et al.*, 2022).

No Brasil, as consultas de puericultura, em geral, ocorrem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) na perspectiva da Atenção Primária à Saúde (APS), elas podem ser realizadas pela equipe mínima de Estratégia Saúde da Família (ESF) composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e o cirurgião-dentista, ou por equipes com acréscimo de profissionais complementares a exemplo do terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo (Alves, 2019).

As unidades básicas de saúde são a porta de entrada preferencial do usuário no SUS, o cuidado deve ser iniciado nessas unidades. As UBS têm por objetivo atender 80% dos problemas de saúde da população, problemas não relacionados com urgências e emergências complexas (PNAB, 2012; Ministério da Saúde, 2021).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2006) todos os estabelecimentos de saúde que realizam ações na perspectiva da APS no SUS são denominadas de Unidade Básica de Saúde, essas têm o potencial de produzir formação de recursos humanos, pesquisa, educação e acesso para a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Nas UBS o cidadão deve ter acesso a ações de promoção, prevenção e tratamento de problemas de saúde onde a atenção primária é capaz de realizar o cuidado. Deve ser composta por equipes multiprofissionais de acordo com a necessidade da população coberta pela unidade (PNAB, 2012).

Com a implementação do SUS, a partir da Constituição Federal de 1989, os cuidados em saúde passaram a representar maior parte da população, tendo a descentralização e o acesso como pontos norteadores. A atenção primária à saúde visa o acolhimento contextual do usuário nas unidades de saúde, o usuário deve ser corresponsável pelo seu cuidado e dos seus pares da comunidade (Viola, 2019).

Em meio a promulgação e efetivação do Sistema Único de Saúde entre a segunda metade dos anos 80 e início dos anos 90, o Brasil enfrentava uma alarmante

crise relacionada a mortalidade infantil, especialmente no estado do Ceará, dessa forma foi criado em 1987 o programa de agentes comunitários de saúde, que teve sua primeira grande ação a contribuição para o enfrentamento da mortalidade infantil e atenção à saúde da mulher (Tomaz, 2002). Logo, quando o SUS teve seu início efetivo o programa ou estratégia foi incorporada em todo o país. Souza e Nations (2011) indicam que o programa de agentes comunitários a saúde, o programa de saúde da família e o investimento na atenção básica foram essenciais na diminuição acelerada das taxas de mortalidade infantil na década de 90.

A Política Nacional de Atenção Básica apresenta um histórico relacionado a sua ampliação e qualificação da atenção primária. Em 2006 foi publicada pela primeira vez e descreve o desenvolvimento da APS a partir de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas (PNAB, 2006).

Em 2006, a política nacional defendeu fortemente a implementação da Atenção Primária à Saúde ampliada. A proposta era que o sistema de saúde assumisse a responsabilidade de coordenar o cuidado dos usuários e organizar a rede de atenção. Além disso, oferecer serviços contínuos, integrados e com articulação intersetorial, com o objetivo de atender a maioria das necessidades de saúde do território. Tudo isso levando em consideração os múltiplos determinantes sociais e a promoção da saúde nos territórios (PNAB, 2006).

No distanciamento de pressões externas que estimulavam o oferecimento dos serviços sem a obrigatoriedade de vincular com um sistema público, gratuito e universal e no descompromisso da equidade, o Ministério da Saúde em 2011, publicou a segunda edição da PNAB, reafirmando seu compromisso em consolidar a atenção primária e suas equipes, especialmente a Estratégia Saúde da Família e investiu ainda mais no fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (PNAB, 2012).

Carletto (2021) destaca que as duas primeiras versões da Política Nacional de Atenção Básica visavam priorizar o fortalecimento do nível primário de saúde através do incentivo às ESF e estimulavam a coordenação do cuidado e o trabalho dentro do território. A valorização dos costumes e da cultura local, e o incentivo à participação da comunidade.

Seis anos após a segunda edição, em meio a um cenário político de grandes modificações no estado brasileiro, foi publicada a PNAB 2017 a qual trouxe

controvérsias modificações nos textos originais. As principais alterações estão relacionadas à flexibilização na composição das equipes mínimas e na carga horária dos médicos, ainda, alteração da atuação ou retirada dos agentes comunitários de saúde e o enfraquecimento na ampliação das equipes de estratégia da saúde da família. O que traz uma discussão acerca do enfraquecimento dessas equipes, no entanto, Duarte e Guedes (2016) indicam modificações positivas relacionadas a PNAB 2017, como o incentivo à implementação dos sistemas de informação nas unidades de saúde como estratégia para a melhora na oferta dos serviços realizados nas unidades de saúde. Os autores destacam que o Ministério da Saúde buscou e ainda vem desenvolvendo procedimentos para auxiliar na informatização dos dados e de acesso aos serviços das unidades, a exemplo da marcação de consultas via telefone, aplicativos e/ou a partir do uso de prontuários eletrônicos.

Nesse contexto de coleta e armazenamento de dados eletrônicos, ganham destaques as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), que se caracterizam como o uso de recursos tecnológicos que integram automação, comunicação, ensino e aprendizagem através de hardware, software e telecomunicações que facilitam e qualificam o processo de trabalho em determinado espaço (Abnt, 2010).

As TICs quando incorporadas na atenção primária à saúde possibilitam modificações no processo de trabalho, sistematização das informações, na qualidade dos registros e conseqüente melhora no cuidado prestado ao usuário (Almeida; Farias; Carvalho, 2017; Lima *et al.*, 2018).

Inúmeros países têm aderido à informatização da APS, uma vez que por meio dela torna-se viável a automatização de processos, além de possibilitar a sistematização da informação. A utilização eficiente de tecnologias da informação dentro da APS revigora o processo de trabalho e as normas do cuidado, além de enriquecer a continuidade do cuidado (Montague, 2014; Rittenhouse *et al.*, 2017).

O Ministério da Saúde com a criação do Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) tornou esse órgão responsável pelo desenvolvimento de sistemas de atendam as necessidades do SUS, o departamento desenvolveu o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no objetivo de facilitar as tomadas de decisão e informatizar o sistema único, através de fichas de

cadastro e acompanhamento que alimentam os bancos de dados do município e ministério da saúde (Duarte; Guedes, 2016).

O SIAB surgiu em 1998 com a expectativa de registrar os problemas de saúde e identificar microterritórios, com vistas a consolidar as produções dos indicadores da época, não permitindo o registro individual das necessidades dos sujeitos (Brasil, 2004). Os dados eram coletados pelos profissionais, do até então, Programa Saúde da Família, e pelos agentes comunitários de saúde a fim de armazenar e produzir dados acerca do território, das atividades realizadas pelas equipes e dos procedimentos ocorridos nas unidades básicas de saúde e nos domicílios (Silva; Laprega, 2005).

A partir da necessidade de não somente investigar e acompanhar a territorialização, a área de abrangência e captar dados coletivos, o Ministério da saúde através da portaria nº 1.412 de 10 de julho de 2013, institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), substituindo o SIAB, passando esse a ser o sistema da atenção primária vigente para fins de financiamento e organização de estratégias e programação de ações estratégicas (Brasil, 2013).

A criação do e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), a partir do SISAB, tem por finalidade qualificar a informatização do SUS e, dentre suas funções está a implementação massiva da Coleta de Dados Simplificado (CDS) e do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (Duarte; Guedes, 2016).

O CDS, através de fichas de cadastro, de atendimento, atividades e procedimentos, permite o registro integrado e simplificado de informações de ações realizadas pelos profissionais das unidades de saúde no e-SUS APS (Brasil, 2013). Diferente do CDS, o PEC surge para registrar e acompanhar o histórico de atendimentos, produzir dados para a atenção primária e integrar os registros de uma unidade em um sistema que facilita o compartilhamento entre profissionais das unidades de saúde (Brasil, 2013; Duarte; Guedes, 2016).

Segundo o manual de instalação do PEC (2020), na sua implementação é necessário um cenário informatizado, com disponibilidade mínima de computadores sem necessidade imediata de internet em todos os dispositivos, uma vez que o servidor dos prontuários pode ser instalado em um único computador mais robusto na unidade para assim o sistema ser compartilhado com os demais. Já o CDS é indicado

àquelas unidades que não dispõem de nenhum acesso à internet ou que não há computadores suficientes para todos os profissionais.

As informações registradas no PEC ficam armazenadas para que posteriormente, possam ser acessadas por qualquer outro profissional, possibilitando a diminuição do uso de prontuários físicos, onde diversas unidades passam por dificuldades estruturais, de ilegibilidade, redundância nas informações e de perda desses registros (Brito, 2023; Luz, 2017).

Na revisão integrativa da literatura de Schönholzer, Pereira e Zacharias (2020) foram elencadas outras potencialidades no uso do PEC, a saber: organização do processo de trabalho, maior facilidade no acesso às informações, fortalecimento da ciência a partir do agrupamento de informações em um único sistema facilitando a construção de pesquisas que possam favorecer os grupos assistidos pela atenção primária, além de aumento do cuidado continuado e da classificação de questões relacionadas ao usuário como possibilita a Classificação Internacional de Atenção Primária – Segunda edição (CIAP 2).

A CIAP 2, uma ferramenta utilizada para classificar questões relacionadas aos problemas que atravessam o usuário, teve sua primeira edição publicada em 1987 e republicada atualizada em 1998. Em 2006 nasceu o projeto das classificações no contexto brasileiro, onde a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade junto ao Ministério da Saúde prepararam uma versão que incluísse problemas e termos singulares ao Brasil e, após minuciosas modificações e estudos em 2010 houve o relançamento da segunda edição, dessa vez direcionada ao Brasil, já que antes se utilizava a versão de Portugal (Landsberg, 2012).

Diferente do Código Internacional de Doenças (CID-10), a CIAP 2 evidencia os motivos que levaram o usuário a procurar o serviço. Seus códigos estruturados em 17 capítulos são referenciados através de sistemas orgânicos do ser humano (exemplo: sistema circulatório), problemas sociais, procedimentos realizados pelo profissional e quadros inespecíficos (Wonca, 2010; Landsberg, 2012).

Dessa forma, o uso do CIAP 2 no PEC permite que os profissionais de saúde compartilhem entre si os problemas latentes do usuário, especialmente os problemas/condições que permeiam diagnósticos, a exemplo de usuários com sequelas de acidente vascular encefálico, estes não apresentam apenas problemas

na coordenação ou fala, mas também no seu contexto social e psicológico (Wonca, 2009).

Outro código importante para a utilização nos sistemas de informação do SUS, especialmente no PEC e CDS, está a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde (SIGTAP). Ela contém códigos e atributos dos procedimentos realizados no SUS, garante recursos aos municípios a partir de um valor atribuído a cada atividade exercida no dispositivo de saúde, seja ele de atenção primária ou de outro nível de atenção (Brasil, 2007).

Schönholzer, Pereira e Zacharias (2020) ainda apontam obstáculos para a efetivação do uso do PEC, o alto custo na implementação, capacitação dos profissionais e aumento na duração das consultas. No entanto, os autores destacam que os avanços são disparadores que ultrapassam qualquer possibilidade de contrapartida negativa.

Uma revisão integrativa da literatura recente realizada por Ataíde *et al.*, (2023) (submetido) buscou identificar os facilitadores e as dificuldades/barreiras no preenchimento do prontuário eletrônico do cidadão na Atenção primária à saúde. Para tanto, os autores realizaram uma revisão integrativa da literatura que utilizou a estratégia PICo, sendo a coleta realizada no mês de junho de 2023. Os dados indicam que a implementação do sistema e-SUS, sobretudo o prontuário eletrônico, impacta diretamente na rotina de trabalho das unidades de saúde, especialmente no início de seu uso, demandando alinhamento de ações entre as esferas municipais, estaduais e federal.

Profissionais com funções distintas avaliam seu uso de maneiras diferentes. Há aqueles que identificam comprometimento da relação com o usuário, frente ao preenchimento no momento da consulta e há aqueles que consideram uma ferramenta que contribui para o êxito das suas atividades profissionais. Os estudos indicam a necessidade de integração entre a gestão, secretarias de saúde e dos profissionais de saúde para que haja a adequada capacitação para além da ação de adicionar um sistema de informação nos computadores das unidades de saúde. Os autores discutem os dados a partir do diálogo com a literatura abordando o tema por

meio de duas perspectivas: “Manuseio do sistema E-SUS: Seu impacto no preenchimento do PEC” e a “Integração gestão e profissionais de saúde”.

Neste sentido, para que os sistemas de informações do SUS consigam ser bem utilizados, não somente as unidades precisam dispor dos recursos necessários para implementação, mas também de recursos humanos capacitados para manuseio dos dispositivos.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

O município de Belém possui uma estimativa populacional em torno de 1.506,420 milhões de habitantes distribuídos em uma área de 1.059,466 km². O município abriga 1/3 da população do estado do Pará, sendo que 535.554 pessoas estão cadastradas para fazer o uso dos serviços da atenção primária do município, o que representa 36% da população (Sisab, 2023).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que regula os planos privados de saúde indica que até janeiro de 2023, 414.712 pessoas em Belém eram usuárias de planos privados, proporcionalmente são 28% de usuários no município, ou seja, se somados os números da cobertura de cadastro da atenção primária e usuários da saúde suplementar não chega ao total da população, além disso, usuários dos serviços privados não são excluídos de estarem cadastrados em unidades de saúde para o uso dos serviços (Ans, 2023). Os dados indicam que o número de usuários dos serviços de atenção primária do município de Belém pode ser ainda maior.

Belém conta com 29 unidades básicas/municipais de saúde e aproximadamente 52 Unidades de Saúde da Família. A Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA) organiza o município em distritos administrativos de saúde que facilitam a gestão dos serviços de saúde. Esses são 7: Distrito administrativo de saúde de Mosqueiro (DAMOS); Distrito administrativo de saúde da Sacramenta (DASAC); Distrito administrativo de saúde do Bengui (DABEN); Distrito administrativo de saúde do Guamá (DAGUA); Distrito administrativo de saúde do Entroncamento (DAENT); Distrito administrativo de saúde de Icoaraci (DAICO); Distrito administrativo de saúde do Outeiro (DAOUT), sendo que cada distrito é composto por duas a sete unidades básicas de saúde (Sesma, 2022; Oliveira, 2020).

Assim, para otimizar as informações coletadas da numerosa quantidade de pessoas que passam todos os dias nas unidades de saúde é utilizado o prontuário eletrônico do cidadão, considerando sua capacidade atender a integração entre os sistemas de informação em saúde, dar suporte adequado aos profissionais envolvidos no atendimento dos usuários, arquivar e compartilhar as informações dos usuários entre a equipe (Cavalcante, 2018).

No entanto, nem sempre há o uso adequado do prontuário. Cavalcante (2018) relata que apesar da implementação do registro eletrônico estar avançada, há inúmeras problemáticas no seu uso, podendo ser elencadas: a desorganização nos processos de registro, insuficiência de capacitação dos recursos humanos para manuseio e gestão das informações contidas, registro incompleto ou insuficiente dos campos que deveriam ser conhecidos.

No caso de consultas como as de puericultura, onde é necessário um acompanhamento periódico, o uso do prontuário eletrônico deve ser tomado como um aliado na construção do cuidado continuado e efetivo (Graf, 2019). No entanto, entre tantos campos do formulário a serem preenchidos, os profissionais de saúde estão realizando o registro? Dados como hábitos de vida, contexto social, vacinação, marcos do desenvolvimento, sinais de fenótipos atípicos, se não preenchidos poderão ser negligenciados tornando o acompanhamento superficial e ineficaz (Graf, 2019).

Graf (2019) relata que sua pesquisa, acerca do acesso e longitudinalidade na puericultura no município de Foz do Iguaçu (Paraná), foi prejudicada em diversos momentos em razão dos registros incompletos, incorretos ou por perda de informações nos prontuários eletrônicos.

Sendo assim, as inconformidades no uso do PEC não só impactam na produção de conhecimento sobre o tema, como também prejudicam a integralidade do serviço de puericultura.

Corroborando com as dificuldades que impedem a plena utilização do prontuário eletrônico Macêdo *et al.*, (2021), Gomes *et al.*, (2019) e Shahmoradi *et al.*, (2017) elencam: os déficits na conectividade com a internet, a pouca habilidade no manuseio, a resistência dos profissionais, alta carga de trabalho e baixa capacitação profissional como algumas das problemáticas encontradas na rotina das unidades de saúde.

O Informatiza APS, programa do Ministério da Saúde, surgiu em 2019 como uma estratégia para a saúde digital, onde visa apoiar a informatização das unidades de saúde através do investimento em equipamentos, treinamentos, acesso à internet e maior cobertura do PEC nas unidades. São investidos entre R\$1.700,00 a R\$2.300,00 mensalmente por equipe de saúde da família para que seja executado o preconizado pela estratégia. No entanto, os investimentos em programas de informatização poderão ser inúteis caso haja o mal uso dos recursos à disposição dos profissionais envolvidos no seu manuseio. (Ministério da Saúde, 2020; Macêdo, 2021).

A partir do contexto e problemáticas expostas, este estudo visa responder às seguintes perguntas de pesquisa: a partir do preenchimento pelo profissional de saúde, quais informações estão presentes ou ausentes no prontuário eletrônico do cidadão das consultas de puericultura de crianças de 0 a 3 anos? Os dados presentes no PEC possibilitam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na perspectiva da saúde integral da criança?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Investigar ações de puericultura no município de Belém (Pará) a partir dos dados do SISAB e do registro de informações em saúde no prontuário eletrônico do cidadão (PEC).

3.2 Objetivos específicos

- a) Conhecer, caracterizar e descrever o contexto dos registros de ações em puericultura no município de Belém através do SISAB;
- b) Identificar quais áreas do prontuário eletrônico do cidadão de crianças de 0 a 3 anos, consultadas na puericultura de três unidades de saúde, estão preenchidas pelos profissionais de saúde e localizar quais campos se encontram com ausência de dados;
- c) Analisar e discutir o preenchimento do prontuário eletrônico do cidadão das três UBS através da quantidade e qualidade das áreas com lacunas e aquelas preenchidas pelo profissional de saúde.

4 MÉTODO

4.1 Caracterização do estudo

A presente pesquisa é caracterizada como descritiva quantitativa, com abordagem de corte transversal, utilizando a análise documental retrospectiva a fim de analisar os registros dos prontuários eletrônicos do cidadão de consultas de puericultura ocorridas em três unidades básicas de saúde do município de Belém no estado do Pará.

Foi utilizada a análise documental para investigar as informações contidas nos bancos de dados do SISAB e dos prontuários eletrônicos das unidades de saúde. Silva, Almeida e Guindani (2009) apresentam esse tipo de estudo como procedimento que utiliza métodos e técnicas com objetivo de entender e relatar acontecimentos, objetos ou fenômenos pouco descritos.

Os documentos que podem ser analisados são os mais variados, não se prendem a livros ou documentos oficiais. Lima Júnior *et al.*, (2021) ainda apontam que na análise documental o documento, seja qual for à natureza dele, deve ser visto como objeto de estudo.

A partir da utilização e adaptação do referencial teórico-metodológico de Gil (2002) o percurso metodológico da pesquisa aqui apresentado, se dará da seguinte maneira:

- a) *Determinação dos objetivos*: neste projeto, foram definidos preliminarmente os objetivos que sustentarão a busca e análise dos dados. Itens 3.1 e 3.2;
- b) *Elaboração do plano de trabalho e identificação das fontes*: contato com as instituições responsáveis e aceite para obtenção dos dados nos sistemas de informação do SUS;
- c) *Obtenção do material*: acesso ao SISAB através da SESMA e acesso ao Prontuário Eletrônico do Cidadão nas unidades básicas de saúde;
- d) *Tratamento e análise dos dados*: realizado sob o olhar dos objetivos, hipóteses traçadas e referencial a partir da literatura nacional e internacional;
- e) *Construção da redação do trabalho*.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Belém, onde em um universo de 29 Unidades Básicas de Saúde, foram selecionadas cinco que contêm equipes multiprofissionais que, dentre sua carteira de serviços, realizam consultas de puericultura. No entanto, apenas em três unidades obteve-se o parecer positivo para a coleta e anuência para participação na pesquisa.

Após diálogo com a secretaria de saúde do município foram elencadas as possíveis unidades que poderiam ser incluídas, o que resultou em três unidades que utilizam o prontuário eletrônico há mais tempo, pelo menos três anos.

Neste estudo, as unidades serão descritas com siglas e letras a partir da ordem de coleta. São elas: UBS A, UBS B e UBS C. Cada unidade pertence a um distrito administrativo de saúde, no entanto, optou-se por não as identificar.

4.3 Critérios de Inclusão

Para a realização da pesquisa foram traçados os seguintes critérios de inclusão:

- a) Unidades Básicas/Municipais de Saúde de Belém que aceitem participar da pesquisa e que utilizem o PEC há pelo menos 3 anos;
- b) Conter na unidade profissionais da equipe mínima, sendo esses: Médicos (generalista, da família ou pediatra) e Enfermeiros, a equipe complementar deve conter alguns dos seguintes profissionais: Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Psicólogo, Nutricionista e Fonoaudiólogo;
- c) Equipes que realizam consultas de puericultura;
- d) Possuir computador com acesso ao sistema do prontuário eletrônico do cidadão;
- e) Prontuários de atendimento de crianças entre 0 e 3 anos;
- f) Prontuários com histórico de atendimentos referentes às consultas ocorridas nos últimos 2 anos até agosto de 2023;
- g) Prontuários com histórico de atendimentos referentes a consultas onde foi avaliado o crescimento e/ou o desenvolvimento da criança.

4.4 Critérios de Exclusão

- a) Unidades Básicas de Saúde onde é realizado uso de outro prontuário eletrônico que não seja o PEC;
- b) Unidade Básicas/Municipais de Saúde onde profissionais terceirizados ¹fazem o preenchimento das informações no PEC;
- c) Prontuários de crianças que contenham apenas dados de vacinação.
- d) Unidades que não concordassem em participar e desistindo da pesquisa.

4.5 Coleta de dados

Antecedendo a coleta de dados nos prontuários eletrônicos das unidades de saúde, foi realizada busca e análise epidemiológica da saúde de crianças de zero a três anos atendidas nas unidades do município de Belém no período entre julho de 2022 a agosto de 2023, a fim de conhecer, caracterizar e diagnosticar o contexto da puericultura realizada no município de Belém.

Os dados foram extraídos de forma direta dos bancos de dados do SISAB. Para isso foi necessária autorização da SESMA para o acesso às áreas restritas dos bancos de dados, as informações passaram por filtragem para que os dados fossem coletados de maneira fidedigna.

A coleta dos dados a partir do prontuário eletrônico do cidadão da unidade básica de saúde se deu através da busca das consultas de puericultura. A unidade de saúde disponibilizou acesso ao sistema do PEC. A partir da busca anterior no SISAB foi possível resgatar o nome, cartão SUS e CPF das crianças cadastradas nas equipes das unidades básicas, assim no sistema foi buscado o nome de cada criança, cartão SUS ou CPF para então ter acesso ao seu prontuário, a partir dos resultados houve a busca por consultas de puericultura na aba “histórico” onde constam as consultas as quais a criança já passou.

No histórico foram analisadas e coletadas somente as consultas de puericultura, houve exclusão de registros de consultas que não correspondiam à proposta. Na análise foram visualizados os itens que compõem o registro de consulta

¹ Profissionais terceirados neste estudo são aqueles responsáveis por digitalizar as informações que o profissional de saúde coletou durante às consultas. Exemplo: digitador ou agente administrativo.

de puericultura, além da especialidade do profissional que realizou o atendimento, período entre consultas e o período de acompanhamento da criança.

Os prontuários foram acessados através do computador da unidade de saúde e as informações coletadas foram organizadas em planilha do Microsoft Excel 2019 de acordo com a ordem de aparecimento.

O tamanho da amostra de prontuários acessados se deu a partir da quantidade de crianças cadastradas na unidade básica de saúde, esse número foi extraído do SISAB.

4.6 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA), especificamente ao Núcleo de Educação Permanente (NEP) onde ocorreu a análise e o aceite preliminar, antes de ser apreciado pelo comitê de ética. O envio teve como objetivo obter a pré-autorização para coleta dos dados nas unidades de saúde e uso de informações necessárias para o desenvolvimento do projeto no SISAB.

Após o aceite preliminar do NEP, a pesquisa foi submetida à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e teve sua aprovação sob o parecer: 6.207.952.

O parecer favorável foi encaminhado ao NEP para então, ser recebido o aceite definitivo da pesquisa.

O desenvolvimento desta pesquisa está comprometido a seguir todas as recomendações éticas presentes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde a qual traz que “o progresso e seu avanço devem, sempre, respeitar a dignidade, a liberdade e a autonomia do ser humano”. Somente após a concordância de todas as partes envolvidas o projeto foi iniciado.

Nas etapas de coleta foi utilizado o Termo de Compromisso para utilização e manuseio de dados (TCUD) para manipulação dos prontuários dos usuários, o qual também foi apreciado pelo CEP no ensejo da análise do projeto.

Após a finalização do projeto, da construção do artigo científico que culminará na finalização do estudo, os resultados serão compartilhados com todos os envolvidos

no decorrer do processo como compromisso acadêmico e social da pesquisa. Será encaminhado ao comitê de ética em pesquisa e ao Núcleo de Educação Permanente da Secretaria de Saúde de Belém o relatório final acerca do processo de coleta e dos resultados obtidos, para então haver a submissão e posterior publicação do artigo científico em uma revista do campo da saúde qualificada.

Com o estudo publicado, os pesquisadores farão a ampla divulgação dos resultados encaminhando através de correio eletrônico, aplicativos de mensagens e redes sociais com o arquivo, código DOI e URL do artigo para os gestores da secretaria de saúde, gerentes das unidades envolvidas, profissionais das unidades e comunidade em geral. O resumo do artigo será apresentado em eventos científicos, a fim de compartilhar com demais colegas e público interessado.

5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram coletados e analisados a partir de dois roteiros. O primeiro, presente a seguir, corresponde a coleta referente ao SISAB, foram utilizados apenas os filtros que possibilitaram o resgate das informações desejadas. Já o segundo (apêndice B) buscou auxiliar na busca dos dados através das variáveis presentes na ficha individual do prontuário eletrônico das consultas de puericultura. A seguir estão elencadas as áreas coletadas e analisadas (Brasil, 2023).

1. Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica:

- a) Competência: agosto/2022 a julho/2023;
- b) Estado: Pará;
- c) Município: Belém;
- d) Tipo de Produção e Atendimento Individual;
- e) Tipo de Equipe: Saúde da Família, Núcleo Ampliado de Saúde da Família, Atenção Básica e Atenção Primária;
- f) Categoria Profissional: Enfermeiro, Médico, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Assistente Social, Fisioterapeuta ou Psicólogo;
- g) Sexo: Masculino e Feminino;
- h) Local de atendimento: UBS;

- i) Tipo de Atendimento: Consulta agendada programada/cuidado continuado, Consulta agendada, Demanda espontânea escuta inicial/orientação, Demanda espontânea consulta no dia, Demanda espontânea atendimento urgência;
- j) Problema/Condição Avaliada: Puericultura.

2. Prontuário Eletrônico do Cidadão (instrumento da coleta presente no apêndice B:

a) Histórico:

Subjetivo - Registro da percepção de saúde do cidadão e/ou queixa principal;

Motivo da consulta (CIAP 2);

Objetivo – registro dos principais objetivos, exame físico, sinais e sintomas detectados e registro de resultados de exames realizados.

b) Puericultura:

Tipo de gravidez;

Tipo de parto;

Idade gestacional;

Apgar;

Peso;

Comprimento;

Perímetro cefálico;

Tipo de aleitamento;

Alterações fenotípicas;

Fatores de risco;

Marcos do desenvolvimento;

c) Vacinação em dia?

d) Resultados de exames

e) Avaliação - conclusão feita pelo profissional a partir dos dados coletados e observados.

f) Problemas e/ou condições avaliados neste atendimento (CIAP 2).

g) Alergias e reações adversas.

h) Plano.

i) Intervenções e/ou procedimentos clínicos realizado:

CIAP 2;

SIGTAP;

j) Prescrição de medicamentos.

k) Solicitação de exames.

l) Atestados.

m) Orientações.

n) Encaminhamentos.

o) Atendimento compartilhado

p) Finalização do atendimento:

 Procedimentos administrativos (SIGTAP);

 Conduta;

 Agendar consulta.

Após a coleta foram analisadas quais das variáveis foram preenchidas, pela especialidade profissional, quantidade de consultas, período entre consultas e continuidade no acompanhamento. As análises foram conduzidas utilizando técnicas descritivas como medidas de frequência, média e de tendência.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussões serão apresentados de duas maneiras. Inicialmente os dados referentes ao SISAB que correspondem a caracterização das consultas de puericultura geral do município e, em seguida, serão apresentados os dados coletados em três unidades básicas de saúde referentes ao preenchimento das informações das consultas de puericultura no prontuário eletrônico do cidadão.

6.1 A puericultura no município de Belém

Através da análise de dados contidos no sistema de informação da atenção básica, o SISAB, foi possível descrever um breve panorama da puericultura em Belém, entre agosto de 2022 e julho de 2023.

Jesus *et al.*, (2013) discutem a etimologia da palavra puericultura, onde *puer* se refere à criança e *cultos* – criação ou cuidados dispensados, a união das palavras congrega em um significado onde é composto por um conjunto de normas e etapas que buscam assegurar o adequado desenvolvimento da criança em seus primeiros anos de vida. A puericultura deve voltar-se a garantir à criança e sua família a

possibilidade de receber ações que visam prevenir possíveis agravos ou aparecimento de situações desfavoráveis ao desenvolvimento.

As informações do SISAB são provenientes daquelas lançadas no prontuário eletrônico e na coleta de dados simplificada, sendo que para serem contabilizadas como puericultura é necessário que o profissional identifique a consulta através da marcação da área “puericultura” em ambos os sistemas.

Foram registradas 51.299 consultas de puericultura lançadas no PEC e CDS, realizadas por enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Os dados estão apresentados na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1 – Tipos de atendimento por categoria profissional no período de agosto de 2022 a julho de 2023 do município de Belém

Categoria Profissional	Tipo de atendimento					Total
	Consulta agen. prog/cuid. cont.	Consulta agendada	Dem. esp. esc. inicial/orient	Dem. esp. consulta no dia	Dem. esp. atendimento urgência	
Enfermeiro	8.711	19.400	1.154	8.583	30	37.878
Médico	3.549	7.747	344	1.252	72	12.964
Terapeuta Ocupacional	113	119	0	10	0	242
Nutricionista	9	120	18	4	0	151
Assistente social	2	12	18	4	0	36
Fisioterapeuta	13	11	0	1	0	25
Fonoaudiólogo	0	0	0	0	0	0
Psicólogo	0	2	0	1	0	3
Total	12.397	27.411	1.534	9.855	102	51.299

Fonte: autoria própria (2024).

Legenda: Consulta agendada programada/cuidado continuado, demanda espontânea escuta inicial/orientação, demanda espontânea consulta no /dia e demanda espontânea atendimento urgência.

Em relação às equipes que realizaram puericultura, foram as de estratégia saúde da família (eSF), equipes de atenção primária (eAP), equipes de atenção básica (eAB) e equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

A literatura indica que nas unidades de saúde a puericultura tem sido vista como responsabilidade do profissional de enfermagem, onde ele realiza o primeiro contato com a família e criança, nesse momento realiza as avaliações das medidas antropométricas, anamnese inicial, o cuidado e atenção ao aleitamento materno, higiene e a garantia da imunização (Coelho *et al.*, 2021; Ferreira *et al.*, 2019). No entanto, a PNAISC (2018) descreve que todos os profissionais de saúde das UBS devem garantir as consultas de puericultura à família e criança para assegurar um acompanhamento integral, onde o profissional deve conhecer as diferentes dimensões de vida da criança e do seu ambiente de convivência.

Dessa forma, os dados apresentados nesta pesquisa convergem com a literatura na medida em que mais de 70% das consultas foram realizadas pelo profissional enfermeiro nas unidades de saúde do município. As consultas médicas representam um pouco mais de 25% e as de terapeutas ocupacionais 0,47%. Importante ressaltar que essas três categorias profissionais são as que mais realizaram as consultas de puericultura. Os números indicam grande disparidade na realização ou no registro das consultas de puericultura, conforme pode ser observado após o índice de 0,47% de consultas de terapeutas ocupacionais vem, na sequência as consultas de nutrição com 0,29%.

O estudo de Volpo *et al.*, (2023) conclui que os pais e responsáveis de crianças que realizaram acompanhamento na puericultura acreditam que esse tipo de consulta é realizado apenas por enfermeiros e médicos. Os dados do SISAB podem reforçar a visão a qual a puericultura ocorre exclusivamente por esses dois profissionais, e ainda que a construção do cuidado muito está atrelado a visão biomédica, emergencista e pontualista, onde os responsáveis pela criança, buscam os serviços na perspectiva de um atendimento direcionado, sem vistas a integralidade do cuidado, e ainda que as unidades de saúde reforçam essa ideia a medida em que outros profissionais não se empenham na oferta da puericultura ou no conhecimento e reconhecimentos das demais profissões como protagonistas desse serviço, assim os números inferiores atribuídos a outras profissões podem indicar a fragilidade na integração entre categorias e destacar o trabalho desalinhado nas unidades de saúde.

Quanto aos tipos de atendimentos foram encontrados uma maior incidência de “consulta agendada” representando 53%. Conforme observado a “consulta agendada” é aquela que obteve o maior número de registro no e-sus. A literatura (Recife, 2018) indica que a “consulta agendada” surge a partir de agendamento direto na recepção, não sendo de caráter urgente e não tendo sido atendida no mesmo dia da solicitação, mas sim marcada para uma data posterior, já a “consulta agendada programada/cuidado continuado” é aquela em que ocorrem iniciativas programadas individuais, focadas nos estágios de vida, doenças e problemas de saúde prioritários, demandando monitoramento constante. As consultas que ocorrem a partir de demanda espontânea apresentam características distintas, a “escuta inicial/orientação” trata-se da análise feita por um profissional de nível superior quando o usuário chega ao serviço de saúde, compartilhando queixas ou sintomas percebidos por ele. Durante essa análise inicial, o profissional, sempre que possível, buscará resolver o problema por meio de orientações. Caso contrário, poderá ser feita uma avaliação de risco e vulnerabilidade para tomar as medidas apropriadas. A “demanda espontânea consulta do dia” é realizada no mesmo dia em que o usuário solicita o serviço, sem caráter urgente. Pode incluir também consultas realizadas no mesmo dia devido à disponibilidade na agenda do profissional (Recife, 2018).

Por fim, o “atendimento de urgência” é ofertado ao usuário em situações de potencial agravamento do quadro de saúde ou risco de vida, exigindo assistência imediata para aliviar o sofrimento físico e/ou psicológico, recuperar o estado de saúde, fornecer estabilização/suporte vital e/ou encaminhar para outra unidade da rede quando necessário (Recife, 2018).

Os resultados da pesquisa demonstram que os atendimentos de “demanda espontânea consulta do dia” representam uma considerável parcela do total de atendimentos em puericultura. Entretanto, Barbosa (2014) discute a necessidade do acolhimento e da “consulta agendada”, pois possibilitam a organização, envolvimento e responsabilização de toda a equipe de saúde. Conforme o autor afirma, essas ferramentas afastam o olhar hegemônico da necessidade da consulta médica enquanto única possibilidade de cuidado e fortalece o engajamento de toda equipe, uma vez que as consultas são planejadas e discutidas.

6.2 Registro no PEC relativo às consultas de puericultura em três unidades de saúde de Belém

Inicialmente foi resgatado o número de população cadastrada nas três unidades de saúde até julho de 2023, para em seguida os cadastros serem filtrados e, assim, estar composto por apenas crianças de zero a três anos. Foi realizada a busca por seu cadastro a fim de encontrar o prontuário e as possíveis consultas de puericultura. A Tabela 2, a seguir, apresenta a sequência de busca até a chegada do número de crianças de zero a três anos.

Tabela 2 – população cadastrada nas três unidades de saúde

Unidade de Saúde	População cadastrada	Quantidade de equipe de saúde	Crianças de 0 a 3 anos cadastradas	Crianças com consultas de puericultura registradas
UBS A	3.747	3	142	47
UBS B	16.643	6	443	115
UBS C	3.593	4	379	42
TOTAL	23.983	13	964	204

Fonte: autoria própria (2024)

Os números indicam que a população cadastrada está abaixo do preconizado pela PNAB. Mesmo sabendo que o número de cadastro não reflete a realidade de atendimentos diários, semanais ou mensais, há necessidade de as equipes realizarem os cadastros de seus usuários, uma vez que o cadastro garante o acesso de maneira ainda mais efetiva, já que com ele o usuário terá sua equipe de referência, seus determinantes de saúde conhecidos, e ainda traz a unidade de saúde recursos financeiros para a melhora e incentivo, através do Previne Brasil (Brasil, 2019). O Previne Brasil, instituído em novembro de 2019 com a portaria nº 2.979, é o modelo de financiamento do SUS que utiliza três critérios para o repasse financeiro, que são: a captação ponderada, pagamento por desempenho e o incentivo para ações estratégicas (Brasil, 2019). Nessa perspectiva, a partir da captação ponderada que repassa o financiamento de acordo com o número de pessoas cadastradas, os municípios e unidades de saúde necessitam cadastrar sua população adscrita, a fim

de receber os subsídios financeiros, planejar as ações e serviços ofertados e para o acompanhamento dos usuários da APS.

Não somente pela busca dos recursos financeiros, mas pela “captação” dessa população que em razão de diversas características de baixo acesso aos serviços essenciais e pobreza, apresentam inúmeras vulnerabilidades. A partir da coleta de dados foram encontradas 964 crianças entre 0 e 3 anos de idade, cadastradas nas três unidades de saúde, o que significa um número baixo, frente a população de três unidades de saúde de diferentes bairros do município de Belém.

A partir dos resultados do SISAB, a UBS A apresenta 3.747 pessoas cadastradas com 3 equipes na unidade de saúde, a UBS B apresenta 16.643 pessoas cadastradas sendo 6 equipes presentes na unidade, já a UBS C 3.593 pessoas cadastradas divididas em 4 equipes de saúde. Os números representam uma incipiente adesão no cadastramento da população adscrita da unidade de saúde, frente ao total da unidade, considerando a presença de 13 equipes. A Política Nacional de Atenção Básica de 2017 aponta que cada equipe de saúde deve ser responsável por no máximo 4.000 usuários, sendo recomendado em média 3.000 por equipe.

A respeito do baixo número de cadastros de crianças nas unidades, acredita-se que inúmeros fatores podem estar relacionados com o percentual, como por exemplo: a falta de busca ativa dessas famílias, a inconsistência nas consultas de pré-natal, uma vez que essa mulher acompanhada deve ter seu cuidado continuado garantido e estimulado, para que assim que ela deixar a maternidade deva retornar à unidade de saúde nos próximos dias após a alta junto de seu bebê.

Em relação a busca pelos prontuários, esta foi realizada a partir do nome da criança, caso não fosse encontrado se tentava pelo Cartão Nacional de Saúde (CNS), e se, ainda assim não houvesse sucesso, era utilizado o Cadastro de Pessoa Física (CPF). A Tabela 3, apresenta o número de crianças que tinham registro de consultas de puericultura, os prontuários que continham outras consultas que não incluía a puericultura, prontuários com somente vacinação registrada, prontuários sem nenhum tipo de atendimento na unidade de saúde e os cadastros que não foram encontrados.

Tabela 3 – relação da busca pelo cadastro das crianças.

Unidade de Saúde	Crianças com consultas de puericultura	Prontuários com outras consultas	Apenas vacinação	Prontuário sem registros de consultas	Cadastros não encontrado	Total
A	47	14	12	24	45	142
B	115	153	85	44	46	443
C	42	163	90	53	31	379
Total	204	330	187	121	122	964

Fonte: autoria própria (2024).

Dessa forma, no conjunto das três unidades, 760 crianças ficaram desassistidas do acompanhamento de puericultura ou não houve o registro da consulta. O número é superior ao total daquelas acompanhadas (204). Acredita-se que a pouca divulgação das consultas de puericultura, a falta de ações de educação em saúde para os usuários conhecerem do que se trata a puericultura, cadastros desqualificados onde os dados foram preenchidos de maneira incorreta e maior foco apenas nas ações de imunização, onde os profissionais não buscam saber se além da vacinação a criança vem sendo acompanhada nas consultas de puericultura, são fortes contribuintes para a realidade do número de crianças desassistidas nas três unidades básicas de saúde. Nessa direção e na busca por investigar os possíveis fatores relacionados a baixa adesão das consultas de puericultura de um município do oeste do Paraná, Volpi e Strada (2023) apontam o “dia e horário em que as consultas são realizadas”, “a localização da UBS”, “a falta de vínculo com a equipe de saúde” e a “falta de informação em relação ao segmento das consultas” como obstáculos para o engajamento e frequência dos pais nessas consultas.

A partir da leitura e extração dos dados foi possível determinar o perfil das crianças acompanhadas em faixa etária e sexo. A definição de cada faixa etária foi realizada com base no DataSUS. As faixas etárias receberam as seguintes divisões: “0 a 27 dias”, “28 a 1 ano”, “maior que 1 ano a 2 anos” e ainda, “maior que 2 anos a 3 anos”. A divisão se deu em função da classificação de recém-nascidos para a estratificação do desenvolvimento e construção da taxa de mortalidade infantil, em que o óbito em recém-nascidos entre 0 e 6 dias é considerada óbito de “neonatal precoce”, entre 7 e 27 dias óbito de “neonatal tardio”, óbitos ocorridos entre 28 dias e

1 ano “pós-neonatal” (DataSUS, s.d.). A Tabela 3, a seguir, apresenta o perfil das crianças em função da idade e gênero.

Tabela 4 – Perfil das crianças em faixa etária e sexo

Faixa Etária	Número de crianças	% do Total	% acumulada
0-27 dias	36	17,65	17,65
28 dias a 1 ano	126	61,76	79,41
>1 a 2 anos	28	13,73	93,14
>2 a 3 anos	14	6,86	100
Sexo			
Feminino	108	52.9 %	52.9 %
Masculino	96	47.1 %	100.0 %
TOTAL	204	100	-

Fonte: autoria própria (2024)

No grupo de crianças que passaram por atendimento de puericultura, apenas 36 crianças estavam entre os primeiros 27 dias de vida. O dado alerta para a descontinuidade do cuidado após a alta hospitalar, como apresentado anteriormente, os recém-nascidos entre 0 e 1 ano de idade foram divididos em duas classificações “0 a 27 dias – neonatal tardio” e “28 dias a 1 ano – pós-neonatal”. Prezotto *et al.*, (2023) indicam que no Brasil, no período de 2000 a 2018, houve a morte de 453.411 neonatais de zero a seis dias de vida, seguido de neonatais (tardio) de sete a 27 dias com 137.686, esses números consideram todos os tipos de causas. Na perspectiva da atenção primária as mortes por causas evitáveis devem ser o foco principal, uma vez que correspondem a situações que os profissionais da UBS podem contribuir para a não ocorrência. As mortes por causas evitáveis representam 76,85% e 73,18% das mortes em neonatais precoce e tardio respectivamente (Prezotto *et al.*, 2023). Os autores seguem destacando as regiões do Brasil, onde o Norte tem o maior número de mortes evitáveis em recém-nascidos na fase neonatal tardia com 1,91 por mil nascidos vivos. As principais causas são: o tétano neonatal, síndrome da angústia respiratória, asfixia ao nascer, septicemia bacteriana, pneumonia e síndrome da morte súbita (Prezotto *et al.*, 2023).

Dentre as causas relativas à atenção primária ainda são encontradas as situações que podem ser reduzidas a partir da promoção à saúde – diarreia, gastroenterite, agressão por meios não especificados, fatos ou eventos não especificados e intenção não determinada. Na perspectiva da atenção primária à saúde, as estratégias de saúde da família desempenham importante papel na atenção à gestante e à criança, dessa forma, a baixa cobertura ou cadastro das crianças residentes na área adscrita das três unidades básicas de saúde pode refletir diretamente nos cuidados prestados e na qualidade de vida dessas famílias (Prezotto *et al.*, 2023; Pasklan *et al.*, 2021).

Não foram encontrados dados que indiquem as taxas de mortalidade por bairros ou regiões do município de Belém, no entanto, a partir dos dados do presente estudo infere-se que a baixa cobertura pode ser um dos principais protagonistas nas taxas de mortalidade regionais. As consultas de puericultura justamente agem como protetores à saúde da criança e da família, são nessas consultas que os responsáveis podem tirar suas dúvidas, receber orientações quanto ao desenvolvimento e crescimento da criança, como evitar acidentes domésticos, entre outras causas evitáveis e tratáveis na APS (Pnaisc, 2018; Martiniano *et al.*, 2013; Ximenes Neto *et al.*, 2011).

O estudo de Baratieri *et al.*, (2014) corrobora com o apresentado nesta pesquisa em que a maior parte das crianças tiveram a primeira consulta após o primeiro mês de vida em um município do centro-sul paranaense. Baratieri *et al.*, destacam que a maior parte das crianças de uma unidade básica de saúde tiveram a primeira consulta de puericultura somente após o primeiro ou terceiro mês de vida, os dados do autor e desta pesquisa estão em desconformidade com o padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde, uma vez que a primeira consulta deve ocorrer na primeira semana após a alta hospitalar (Pnaisc, 2018).

O ministério da saúde prevê um cronograma mínimo de 10 consultas a serem realizadas nos primeiros 3 anos de vida da criança, onde os profissionais das unidades de saúde devem iniciar o cuidado na primeira semana de vida do recém-nascido, a segunda consulta deve ocorrer até o fim do 1º mês, seguindo do 2º, 4º, 6º, 9º e 12º mês. Após esse período as consultas se espaçam, e são previstas para uma vez ao semestre até o 36º mês, ultrapassado o 36º podem ocorrer uma vez ao ano até os 6 anos de idade. Salvo os casos em que são encontrados fatores de risco, suspeitas de

doenças ou transtornos onde devem ocorrer um número maior de consultas para o acompanhamento intensivo (Brasil, 2020).

O início tardio no acompanhamento pode trazer impactos negativos na resolubilidade da puericultura, interferir na detecção precoce de problemas e dificultar o encaminhamento rápido para a promoção saudável do desenvolvimento da criança. Isto reflete nos serviços de reabilitação em que as crianças chegam com mais de 2 anos para acompanhamento de alterações neurológicas. Sendo que se acha tardio o início após 12 meses (Novak, 2019). Os autores ainda reforçam que as equipes devem aumentar seus esforços para que as gestantes continuem seu cuidado e de seu filho após o nascimento da criança (Baratieri *et al.*, 2014).

Como apresentado anteriormente, as crianças da amostra que passaram por consultas de puericultura tiveram entre uma e sete consultas de acompanhamento na puericultura, 53,4% dessas tiveram uma consulta, 28,3% compareceram em duas consultas, em três foram 10,2%, já as crianças que participaram de quatro consultas representaram 4,5%, de cinco foram 2,9%, 0,5% receberam 6 consultas e 0,3% tiveram sete consultas. Entre as crianças que tiveram uma e duas consultas o número cai expressivamente de 204 crianças para 108.

Considerando o intervalo entre o acompanhamento, em média às crianças tiveram 2,93 meses de distância entre a primeira e segunda consulta, sendo maior entre a terceira e quarta consulta em que levaram cerca de 5,46 meses para retornar. Somente uma criança teve a sétima consulta, foram 6 meses entre a sexta e sétima consulta. Os dados indicam que à medida que o tempo passa, há uma redução nas ações de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento dessas crianças.

Relacionado às idades das crianças em cada consulta, obteve-se o seguinte resultado, expresso na Tabela 5:

Tabela 5 – Média de idades das crianças por consulta

Unidade de Saúde	Consulta (meses)						
	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a
UBS A	10,82	7,84	16,75	0	0	0	0
UBS B	4,81	7,16	7,35	6,21	7,25	9	13
UBS C	3,25	3,88	4,78	8,66	10,66	10	0

Tabela 5 – Média de idades das crianças por consulta

(continua)							
Total	18,88	18,88	28,88	14,87	17,91	19	13

Fonte: autoria própria (2024).

Em relação ao preenchimento dos campos do prontuário, os dados referentes à primeira consulta são apresentados na Tabela 6, onde é possível verificar as áreas/campos que foram preenchidos ou não, foi realizado um agrupamento de campos que se assemelham para melhor apresentação.

Tabela 6 – Primeira consulta com dados do subjetivo, motivo da consulta e objetivo

Unidade	Preenchimento	Subjetivo	Motivo da consulta (CIAP 2)	Objetivo
			%	
UBS A	Sim	48,44	90,62	65,62
	Não	51,56	9,38	34,38
UBS B	Sim	78,54	60,94	67,81
	Não	21,46	39,06	32,19
UBS C	Sim	68,24	55,95	68,24
	Não	31,76	44,05	31,76

Fonte: autoria própria (2024).

Os primeiros campos no PEC são das informações iniciais da consulta, o subjetivo do usuário, o motivo que o trouxe a sala de atendimento e o objetivo da consulta. A Tabela 5 apresenta os resultados do preenchimento da primeira consulta das três unidades de saúde estudadas, onde há tendência em realizar o registro desses campos.

Nas consultas dois, três, quatro e cinco os números de preenchimentos permanecem acima dos 52,9%, destaque para o “subjetivo” e “motivo da consulta CIAP 2” apresentando os maiores valores. As consultas seis (que correspondem a duas crianças) não houve o preenchimento dos campos, assim como a sétima (uma

criança). Conforme os resultados indicam, há maior garantia no preenchimento entre as primeiras consultas.

As áreas preenchidas desempenham grande papel em garantir o cuidado continuado, pois é através dela que os demais profissionais terão acesso ao que fora realizado nas consultas anteriores, e assim poderão basear suas condutas a partir de tais informações, garantindo também a qualidade nos registros (Alves; Szpilman; Poton, 2015).

Os campos também servem de lembrete ao profissional sobre o que deve ser avaliado/abordado nas consultas, se não preenchidos há garantia que foram levantadas tais informações? Luna e Valadares (2009) discorrem sobre essa possibilidade no campo da enfermagem, em que as ausências de registro podem causar impressão distorcida da consulta de enfermagem, em que pode criar a ideia de que o cuidado não foi desenvolvido, quando há lacunas no registro o profissional perde seu respaldo quanto a sua intervenção.

Os códigos utilizados no PEC apresentam inúmeras funções, a CIAP 2 começou a ser utilizada no Brasil em 2006, com seu foco na APS, apresenta caráter multiprofissional, contribui para agilidade nas informações e na superação dos problemas relacionados à condição de saúde do usuário, o uso da classificação facilita a comunicação entre as equipes (Gryschek *et al.*, 2019). Os autores Silva *et al.*, (2014) apontaram que a CIAP 2 é uma ferramenta útil que pode representar grande suporte para os gestores de saúde e dar reconhecimento acerca dos principais problemas de saúde de uma população adscrita.

A Tabela 7 a seguir traz os campos destinados a adicionar as informações referentes a gestação e nascimento da criança, são dados essencialmente iniciais dos primeiros meses de vida da criança.

Tabela 7 – primeira consulta com dados da gestação e nascimento

Unidade	Preenchimento	Idade gestacional	Peso ao nascer	Apgar	Comprimento ao nascer	Tipo de gravidez	Tipo de parto
		%					
UBS A	Sim	18,75	64,06	18,75	65,62	25	21,88
	Não	81,25	35,94	81,25	34,38	75	78,12

Tabela 7 – primeira consulta com dados da gestação e nascimento

(Continua)

Unidade	Preenchimento	Idade gestacional	Peso ao nascer	Apgar	Comprimento ao nascer	Tipo de gravidez	Tipo de parto
		%					
UBS B	Sim	30,9	57,21	21,89	52,36	33,48	35,19
	Não	69,1	42,79	78,11	47,64	66,52	64,81
UBS C	Sim	30,59	60	29,41	55,29	44,71	47,06
	Não	69,41	40	70,59	44,71	55,29	52,94

Fonte: autoria própria (2024).

Relativo às consultas seguintes dos mesmos campos, os valores mostraram variância com tendência a serem maiores para o não preenchimento, no entanto tal resultado é esperado em função destes dados serem preenchidos preferencialmente nas primeiras consultas, já que correspondem ao nascimento da criança. Não houve grande diferença entre as três unidades dos campos citados acima, dessa forma foram agrupados e obteve-se o seguinte resultado.

Em “idade gestacional” os números de não preenchimento foram para 83,3% na segunda consulta, depois 97,4% e 100% nas demais consultas. No campo “apgar” na segunda consulta o preenchimento diminui para 84,3%, subindo novamente para 97,4% na quarta e 100% nas posteriores. Em relação ao “tipo de gravidez” na segunda consulta de acompanhamento o não preenchimento vai a 84,3%, já na terceira a 97,4% e nenhum preenchimento na quarta, quinta, sexta e sétima consulta.

No campo “tipo de parto” foi encontrado 83,4% do não registro, 94,9% na terceira consulta e 100% nas demais. Os campos que apresentaram variação entre o preenchimento e o não preenchimento foram: “peso ao nascer” e “comprimento ao nascer”, no entanto esses campos apresentam uma especificidade, pois quando preenchido pela primeira vez como “peso e comprimento ao nascer”, se tornam na sessão seguinte apenas “peso” e “comprimento” que diz respeito a esses dados que podem ser modificáveis a cada nova consulta. Dessa forma, o “peso” foi preenchido em mais de 50% até a quinta consulta para em seguida não ser preenchido em nenhum prontuário na sexta e sétima.

Já o campo comprimento teve 50,9% na segunda, 70,6% na quarta, 100% na sexta e sétima de não preenchimento, o cenário modifica na terceira com 51,3% e quinta com 72,7% de preenchimento.

Na consulta de puericultura espera-se que o profissional capte as informações dos primeiros dias de vida do bebê, especialmente daqueles na primeira infância (até os 3 anos de idade). Esses dados devem vir junto da mãe preenchidos na caderneta da criança, onde os profissionais das maternidades realizaram o registro. No entanto, reportagens dos últimos 2 anos apontam a falta de caderneta da criança no sistema único de saúde e, para substituir, os municípios têm entregado cartão da vacinação para acompanhamento deste serviço, ficando as demais informações sem registro para que os pais e profissionais tenham acesso (Garcia; Neponuceno, 2021; Schweikart, 2020; Longo, 2022; Rocha, 2022).

Considerando a ausência de registro na caderneta da criança, o PEC ganha ainda mais importância, uma vez que os profissionais só terão acesso aos dados quando preenchidos. No entanto, nas três UBS estudadas não foi a realidade encontrada, onde “idade gestacional”, “apgar”, “tipo de gravidez”, “tipo de parto” apresentaram baixo número de preenchimento. As demais informações como: “peso ao nascer” e “comprimento ao nascer” estiveram mais preenchidas comparativamente, no entanto, há também uma parcela significativa de prontuários não preenchidos com a informação.

O Ministério da Saúde utiliza os índices antropométricos segundo recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), o resultado da avaliação desses índices pode demonstrar as possíveis situações em que a criança está envolvida, como pobreza, desnutrição, ambientes conturbados, falta de estímulos, entre outros. Dessa forma, todos os profissionais que acompanham o desenvolvimento da criança devem atentar-se para a avaliação contínua dos dados e registrar para a longevidade da informação e para fins de comparação, na tentativa de resolução dos problemas e evolução do quadro (Ferreira *et al.*, 2020).

O próximo agrupamento de dados corresponde aos itens que podem e devem ser preenchidos em todas as consultas. Abaixo, a Tabela 8 apresenta o resultado do preenchimento na primeira consulta de puericultura nas três Unidades.

Tabela 8 – Primeira consulta com dados de acompanhamento contínuo

Unidade	Preenchimento	Perímetro cefálico	Tipo de aleitamento	Marcos do desenvolvimento	Vacinação em dia	Alterações fenotípicas	Fatores de risco
		%					
UBS A	Sim	51,56	65,62	45,31	51,56	10,94	15,62
	Não	48,44	34,38	54,69	48,44	89,06	84,38
UBS B	Sim	48,07	61,8	60,52	52,36	1,29	1,72
	Não	51,93	38,2	39,48	47,64	98,71	98,28
UBS C	Sim	50,59	68,24	43,53	60	7,06	7,06
	Não	49,41	31,76	56,47	40	92,94	92,94

Fonte: autoria própria (2024)

Os dados de primeira consulta, relacionados aos campos descritos indicam que “perímetro cefálico”, “tipo de aleitamento”, “marcos do desenvolvimento” e “vacinação em dia” em geral apresentam maior taxa de preenchimento, no entanto os números não apresentam grande expressividade, não chegam a ser maiores que 69%, sendo que alguns não ultrapassam 52%. Portanto, há variância de seu preenchimento.

A puericultura tem como um dos seus principais objetivos o estímulo ao aleitamento materno (Baratieri *et al.*, 2014). O inaccessível a amamentação nos primeiros meses de vida pode trazer diversos prejuízos à saúde da criança e descontentamentos para a mãe, os profissionais de saúde desempenham importante papel na prevenção do desmame precoce, das complicações na amamentação e no manejo das condições amamentação (Da Silva *et al.*, 2022).

A ausência de registro do campo pode indicar que o profissional pode ter realizado todas as ações necessárias, no entanto não fez o registro, o que ainda se configura negligência com o tema, e ir de encontro com os eixos estratégicos preconizados pelo Ministério da Saúde a partir da PNAISC. A equipe deve estar atenta às necessidades da mãe nas semanas de vida da criança, a PNAISC (2018) coloca o incentivo ao aleitamento materno como principal ação das Unidades Básicas de Saúde, desde o pré-natal até a puericultura.

Acerca da área do campo “vacinação em dia” os profissionais devem sinalizar se sim ou não está em dia o calendário vacinal, os resultados mostram que um pouco mais da metade foi preenchido na primeira consulta. Em consonância com os resultados no estudo de Baratieri *et al.*, (2014) na sua investigação da puericultura realizada por enfermeiros, não houve o preenchimento desse campo em nenhuma das consultas analisadas. Nas palavras dos autores resta a dúvida sobre se somente não foi registrado ou se o profissional não está atento quanto a necessidade da vacinação da criança.

A Fundação Oswaldo Cruz alerta para os baixos índices de vacinação no país, a cobertura vacinal tem diminuído, em 2021 esteve em números menores de 59%. Profissionais que realizam a atenção à infância na APS necessitam não somente perguntar, registrar, mas também estimular a vacinação em todas as crianças para a qual prestam cuidados (Fiocruz, 2022). Os resultados do presente estudo, sugerem números decrescentes no preenchimento do campo de “vacinação em dia” podem representar o abandono do monitoramento da imunização ao longo do crescimento e desenvolvimento da criança nas consultas de puericultura.

Os campos “alterações fenotípicas” e “fatores de risco” são, majoritariamente não preenchidos ficando entre 84 e 98,71%, já os valores de preenchimento não ultrapassam 16%.

Em “fatores de risco” e “alterações fenotípicas”, assim como os “marcos do desenvolvimento”, o profissional deve selecionar as possíveis alterações e os fatores, os campos pouco foram preenchidos, segundo os dados, no entanto, tornam a discussão difícil, uma vez que as crianças que passaram pelas consultas podem não apresentar nenhum fator de risco ou alteração fenotípica.

Nas consultas seguintes o perímetro cefálico apresentou tendência para a diminuição no preenchimento, salvo a quinta consulta que obteve 72,7% de registro as demais obtiveram menos de 49% de preenchimento. “Tipo de aleitamento” na consulta dois, três e cinco apresentaram mais de 61% de registro pelos profissionais, nos demais atendimentos predominou pelo não registro.

Em “marcos do desenvolvimento” na segunda consulta foram 59,3%, 64,1% na terceira, 72,7% na quinta de preenchimento, já na quarta, sexta e sétima o maior

número foi de não preenchimento. Na área “vacinação em dia” as demais consultas, exceto a quinta (63,6%), tiveram um número menor que 49% de preenchimento.

Os autores Zubler *et al.*, (2022) apontam que os profissionais devem conhecer e acompanhar o desenvolvimento da criança nas diferentes faixas etárias, assim como devem munir os responsáveis do desenvolvimento de sua criança. O registro dos marcos possibilita a identificação de necessidades que podem demandar intervenção contínua e prolongada, da mesma forma que pode reafirmar o desenvolvimento saudável da criança e o registro permite a transição dos dados entre os diferentes profissionais que possam vir a acompanhar a criança (Brasil, 2009).

O declínio no registro desses dois campos abre alerta para a descontinuidade no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. O profissional precisar estar atento na avaliação dos marcos presentes no PEC baseados na AIDPI, dessa forma vigiar o desenvolvimento deve ocorrer segundo o apresentado na AIDPI: perguntar a opinião da família sobre o desenvolvimento da criança e investigar fatores de risco; observar possíveis alterações fenotípicas, realizar os exames antropométricos e de reflexos (a depender da idade da criança) (Alves, 2013). A autora salienta ainda, que os profissionais devem classificar o desenvolvimento em uma das 4 possibilidades: desenvolvimento normal, desenvolvimento normal com fatores de risco, alerta para o desenvolvimento e provável atraso no desenvolvimento. E por fim, escolher a melhor conduta que se encaixa para intervenção de acordo com a classificação do seu desenvolvimento. A melhor conduta deve estar de acordo com o contexto da criança, de sua família e dos serviços de saúde da localidade (Alves, 2013).

A Tabela 9 traz campos do prontuário eletrônico a serem preenchidos na consulta, relacionados com as ações realizadas após os exames/testes com a criança.

Tabela 9 – primeira consulta dados das ações realizadas após os exames com a criança.

Unidade	Preenchimento	Avaliação	Problemas e condições avaliadas	Planos	Intervenções e/ou procedimentos clínicos realizados	SIGTAP
				%		
UBS A	Sim	74,6	53,12	50	34,38	62,5
	Não	25,4	46,88	50	65,62	37,5

Tabela 9 – primeira consulta dados das ações realizadas após os exames com a criança.

(Continua)

Unidade	Preenchimento	Avaliação	Problemas e condições avaliadas	Planos	Intervenções e/ou procedimentos clínicos realizados	Unidade
				%		
UBS B	Sim	75,54	95,71	78,17	52,84	68,56
	Não	24,46	4,29	21,83	47,16	31,44
UBS9C	Sim	80	91,76	71,76	63,53	63,53
	Não	20	8,24	28,24	36,47	36,47

Fonte: autoria própria (2024)

No campo “avaliação” em todas as sete consultas houve maior número de preenchimento. Seguindo caminho semelhante o “plano” foi mais preenchido, no entanto, somente até a quinta consulta, já a sexta e sétima não foram preenchidas em nenhuma das unidades.

Na construção do prontuário eletrônico o Ministério da Saúde incluiu o método SOAP que corresponde a: (S) subjetivo, (o) objetivo, (A) avaliação e (P) plano. Esse método é utilizado para organizar as informações coletadas em forma de evolução do atendimento do cidadão, ele visa facilitar a busca pelas informações e organizar as informações registradas no PEC (Brasil, 2020). Os itens “avaliação” e “plano” citados acima correspondem ao método descrito, se preenchidos facilitam a compreensão acerca do atendimento ocorrido, já que estarão registrados os resultados da avaliação realizada pelo profissional que atendeu, e qual foi o plano traçado para os próximos atendimentos dessa criança.

Ávila (2020) analisou os campos “avaliação” e “plano” em sua pesquisa acerca da difusão do PEC, a autora traz que esses campos contribuem para a redução dos problemas relacionados à compreensão da receita médica, já que através do PEC todas as informações ficam registradas nas áreas correspondentes, sem possibilidade de haver obstáculos em razão da ilegibilidade de receitas ou prontuários físicos. Dessa forma, a partir dos resultados encontrados na análise dos prontuários, as unidades A, B e C possivelmente têm apresentado menos problemas relacionados com a troca de informações em razão do correto uso das áreas do SOAP (subjetivo,

objetivo, avaliação e plano), em vista do número alto de preenchimento desses campos.

No uso do prontuário, os profissionais além de preencherem as áreas referentes ao SOAP, devem incluir os códigos CIAP 2 e SIGTAP para registrar as ações realizadas no atendimento. A Tabela 8 traz os campos “problemas e condições avaliadas (CIAP 2)”, “intervenções e/ou procedimentos clínicos realizados (CIAP 2)” e “SIGTAP”, os resultados indicam se o profissional adicionou o código referente as ações da consulta ou não. Em “problemas e condições avaliadas (CIAP 2)” o preenchimento foi positivo especialmente nas unidades B e C, pois atingiram mais de 90% de registro, já na unidade A, os números foram de 53,12% na primeira consulta. Esses códigos apresentam inúmeras funções, a tabela SIGTAP ajuda a viabilizar a gestão dos custos dos procedimentos e produtos realizados no SUS, através da atribuição de valores, possibilita realizar o planejamento, programação, regulação e avaliação das ações e dos recursos a serem utilizados e repassados. (Medeiros, 2020; Abi Rached; Mathias, 2018).

Através da Portaria nº 321 de 8 de fevereiro de 2007 a tabela começou a ser utilizada tanto em registros eletrônicos como nas fichas do CDS. A SIGTAP garante o recurso para as atividades exercidas (Medeiros, 2020; Abi Rached; Mathias, 2018). A Tabela 8 demonstra que as unidades vêm garantindo os recursos através dos altos números de preenchimento.

Os campos “resultado de exames”, “alergias e reações adversas”, “prescrição de medicamentos”, “solicitação de exames”, “atestados”, “orientações”, “encaminhamentos” e “atendimentos compartilhados” correspondem a um agrupamento em que não houve preenchimento significativo nas consultas em nenhuma das três unidades, o número não chega a 2%. O resultado equivale a união de todas as consultas de puericultura ocorridas nas três unidades básicas de saúde.

Por fim, o PEC dispõe de três áreas destinadas a finalização do atendimento, “procedimentos administrativos”, “conduta” e “agendar consulta”. Na primeira consulta os dados de registro no software pelo profissional dos “procedimentos administrativos” na Unidade A apresentou 53,12%, na Unidade B 87,34% e 77,65 na Unidade C.

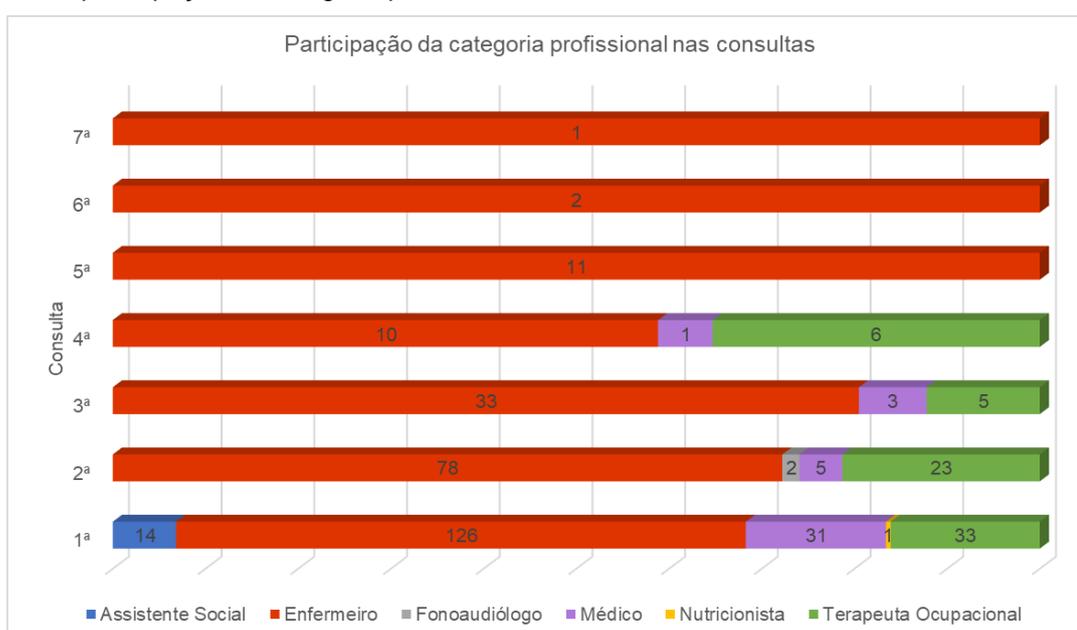
Relacionado a “conduta”, na Unidade A, os profissionais preencheram o item em todas as consultas, na Unidade B em 87,34% e Unidade C 77,65% delas. Quanto ao “agendar consulta” nas três unidades houve zero uso dessa funcionalidade.

O baixo uso das funções citadas anteriormente abre precedentes para possibilidades como as “orientações” foram somente repassadas e não registradas, os agendamentos de outras consultas estão acontecendo fora do sistema, seja através de ficha nas recepções ou com o profissional com o uso de outro dispositivo (receituário, carteira etc.) o que diminui a utilidade das áreas, principalmente do “agendar consulta” que integraria a agenda dos profissionais e da criança, onde todos poderiam acompanhar os agendamentos do dia e os próximos (Brasil, 2020).

O prontuário eletrônico traz inúmeras utilidades e devem ser exploradas, como o agendamento/encaminhamento online, a rapidez nos atendimentos, a possibilidade de acessar o histórico do usuário, dentre outros demais benefícios. As equipes necessitam de ações de educação para conseguirem fazer o uso qualificado do software (Viola *et al.*, 2021; Postal *et al.*, 2021).

Durante a coleta de dados foi possível verificar quais categorias profissionais realizaram as consultas de puericultura e preencheram os campos do prontuário eletrônico. O gráfico 1 abaixo apresenta, em quantidade, essa relação, junto das consultas as quais estiveram mais presentes.

Gráfico 1 – participação da categoria profissional nas consultas



Fonte: autoria própria (2024).

A enfermagem foi a categoria que mais realizou consultas de puericultura, seguido da Terapia Ocupacional, Medicina, Assistência Social, Fonoaudiologia e Nutrição.

A Tabela 10 apresenta a quantidade de preenchimento e não preenchimento de todos os campos dos prontuários eletrônicos das 382 consultas de puericultura realizadas pelos profissionais das três unidades de saúde.

Tabela 10 – Campos preenchidos e não preenchidos

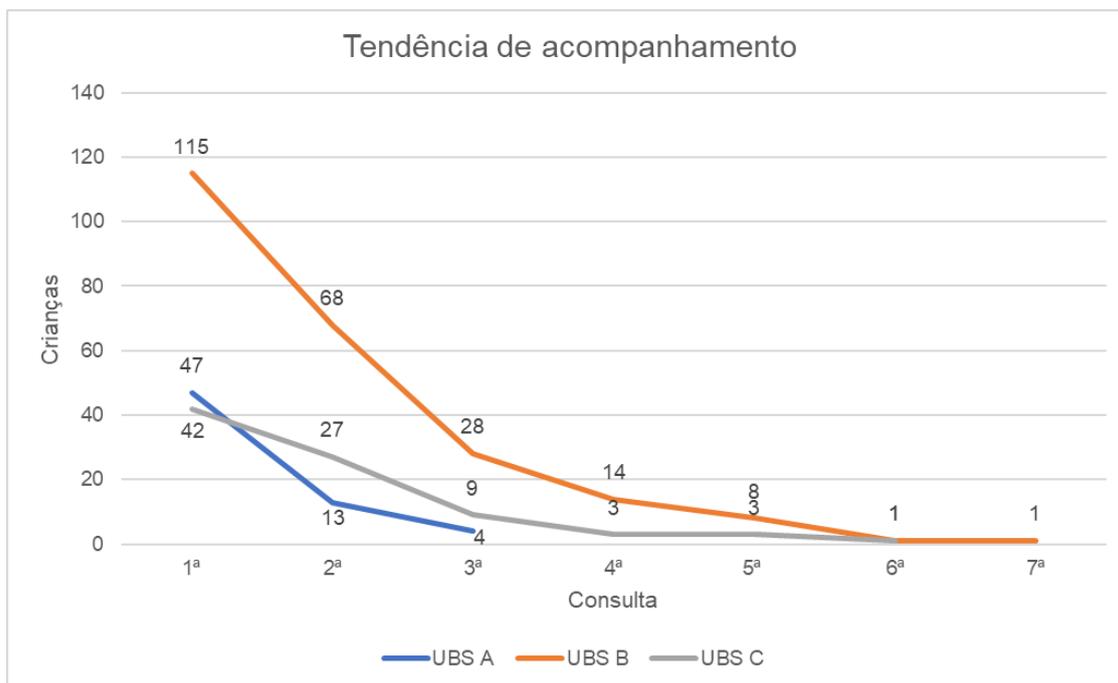
Categoria profissional	Campos preenchidos	%	Não preenchidos	%
Assistente Social	205	4,29	215	2,95
Enfermeiro	3189	66,77	4536	62,15
Fonoaudiólogo	12	0,25	48	0,66
Médico	416	9,07	754	11,04
Nutricionista	5	0,1	25	0,34
Terapeuta Ocupacional	949	20,49	1721	24,67
TOTAL	4776	100,97	7299	101,81

Fonte: autoria própria (2024).

É possível identificar que o número de campos não preenchidos em todas as categorias profissionais é maior que o número de campos preenchidos. No entanto, dever ser levado em consideração as especificidades de alguns campos, como aqueles em que são preenchidos apenas nas primeiras consultas e os que não estão integrados com toda a rede para o seu uso efetivo, a exemplo: “agendar consulta”.

Por fim, chama atenção o baixo número de crianças acompanhadas e a continuidade dessas consultas de puericultura. O gráfico 2 revela a queda. Na UBS B entre a primeira e segunda consulta houve o declínio 41% de crianças que tiveram uma segunda consulta, caindo ainda mais para a terceira (59%). A UBS A apresenta queda de 72% entre primeira e segunda consulta e 69% para a seguinte. Já a UBS C tem uma diminuição menor entre primeira e segunda com 36%.

Gráfico 2 – Tendência de acompanhamento



Fonte: autoria própria (2024).

Os dados apontam falta de longitudinalidade no cuidado, em virtude das perdas demasiadas da continuidade entre a primeira, segunda e demais consultas. O que indica o descumprimento das recomendações do ministério da saúde quanto ao calendário de consultas de puericultura. O qual prevê nos primeiros seis meses de vida o retorno a cada dois meses, seguindo para três meses, seis e anual a partir do terceiro ano de vida (Brasil, 2020).

O preenchimento dos campos do prontuário eletrônico do cidadão tem caráter protagonista da investigação desta dissertação, da mesma maneira em que conhecer as categorias profissionais que estiveram à frente das consultas também colabora para o diagnóstico da puericultura nas três unidades.

Os resultados referem a presença de três categorias profissionais que realizaram consultas de puericultura no período descrito na pesquisa: enfermeiro, médico e terapeuta ocupacional. No entanto, o número de consultas realizadas pelos enfermeiros é majoritariamente maior que dos demais profissionais.

Reafirmando o apresentado em que as unidades vêm a puericultura como uma das atribuições do profissional de enfermagem, o artigo de Freitas *et al.*, (2019) descreve que o enfermeiro representou 69,3% do profissional que faz uso da

caderneta e que orienta as famílias quanto esse instrumento e acerca dos primeiros anos de vida das crianças que orientou quanto a uso do instrumento.

Em busca de alternativa para consultas que pudessem maximizar e englobar distintas áreas do conhecimento, Pereira *et al.*, (2023) descrevem a experiência da realização de consultas compartilhadas entre diferentes categorias profissionais (fisioterapia, nutrição, psicologia, odontologia e serviço social). Os autores apontam desafios no manejo de tantas profissões juntas, no entanto, são destacados pontos positivos quanto a dinâmica, avaliação mais qualificada, olhar ampliado e agilidade no atendimento. Percebe-se que a vivência dos autores reforça a ideia de que a puericultura é de responsabilidade unicamente da enfermagem, uma vez que os enfermeiros realizavam todas as avaliações referentes ao crescimento e desenvolvimento. Ao final da consulta de enfermagem, se houvesse necessidade, a criança era encaminhada à equipe multiprofissional onde eram realizados os atendimentos de perspectiva ambulatorial.

Para a realização das consultas de puericultura as unidades e equipes de saúde necessitam estabelecer seu processo de trabalho, dessa maneira as responsabilidades poderão ser distribuídas entre os membros, sendo o desenvolvimento infantil transversal a todas as profissões, assim a puericultura também deve tomar o caráter inter e multiprofissional, ela deve ter o comprometimento de todos os atuantes nas distintas equipes para abordar todos os aspectos da saúde integral da criança (Pnaisc, 2018; Freitas *et al.*, 2014; Flores *et al.*, 2022)

O terapeuta ocupacional se encontra em terceiro lugar das profissões que mais atuam na puericultura tanto nos dados do SISAB quanto no revelado na coleta das três unidades de saúde. Da Costa e Guarany (2021) destacam que o terapeuta ocupacional é capacitado para avaliar problemas relacionados aos ciclos de vida e o fazer o humano, na avaliação das funções e estruturas corporais ele se encontra na puericultura através da investigação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Esse profissional busca a qualidade de vida para o seu usuário, na puericultura é através do acompanhamento da aquisição das habilidades de vida que fortalece o seu trabalho e contribui para a realização adequada do serviço (Brasil, 2020b). Através de Teorias como a Bioecológica do Desenvolvimento de Urie Bronfenbrenner em que os fatores biológicos, ambientais, sociais e familiares interagem de maneira complexa e influenciam no desenvolvimento da família, o

terapeuta ocupacional realiza suas intervenções na infância na perspectiva de avaliar e intervir nas etapas do desenvolvimento visando as ocupações e a prevenção de agravos (Della Barba *et al.*, 2022).

Dentre sua cartela de possibilidades, o terapeuta ocupacional lança mão de realizar o suporte de outros profissionais e unidades de saúde através do apoio matricial. O terapeuta ocupacional que realiza as ações de matriciamento visa contribuir nos processos de educação permanente, visita domiciliar, realizar atividades em grupos e oficinas intersetoriais (Gomes e Brito, 2013). No caso de puericultura uma das alternativas para a adesão dos profissionais e das famílias são os grupos de puericultura coletiva que podem ser grandes facilitadores para o fortalecimento das ações de monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil, assim o terapeuta ocupacional pode ser condutor desses grupos (Oliveira *et al.*, 2020; Gomes e Brito, 2013)

Como apresentado no item 6.1, não houve nenhum registro de consultas de puericultura por fonoaudiólogos, no entanto, nos resultados da pesquisa em questão foram identificadas duas consultas dessa categoria.

O resultado aponta para uma possível interpretação que diz respeito ao glosamento das consultas, ou seja, o profissional lançou as informações, no entanto por algum motivo o SISAB não a considerou. Já que na análise dos dados a partir da coleta no prontuário eletrônico foi possível identificar que em ambas as consultas o profissional preencheu o campo “motivo da consulta” onde nele corresponde ao código da puericultura.

As áreas que apresentaram maiores lacunas no preenchimento foram “alterações fenotípicas”, “fatores de risco”, “encaminhamentos”, “solicitação de exames”, “resultado de exames”, “prescrição de medicamentos”, “agendar consulta”, “atendimento compartilhado”, “alergias e reações adversas”, “atestados” e “orientações”.

Houve variância em campos quanto ao seu registro, “apgar”, “idade gestacional”, “plano”, “tipo de parto”, “subjetivo”, “intervenções e/ou procedimentos clínicos realizados” e “problemas e/ou condições avaliados neste atendimento” apresentaram inconstância no preenchimento entre consultas e entre as unidades de saúde.

Já os campos onde houve mais registros estão, em sua maioria, diretamente relacionadas com os exames físicos realizados pelo profissional na consulta de puericultura e os dados do nascimento: “peso”, “comprimento”, “vacinação em dia”, “avaliação”, “conduta”, “objetivo”, “motivo da consulta” e código SIGTAP relacionado com as “intervenções e/ou procedimentos clínicos realizados”.

Por fim, a UBS B foi a unidade que apresentou número maior de consultas de puericultura, tanto em quantidade de crianças assistidas, quanto no total de consultas de retorno, onde as crianças recebiam entre uma e sete consultas. A UBS C se encontra logo atrás no número de consultas de retorno, no entanto, com valor pouco inferior na quantidade de usuários assistidos, mesmo a quantidade de crianças cadastradas entre zero e três anos sendo maior que da UBS A.

A partir dos resultados obtidos através dessa pesquisa são perceptivas as dificuldades encontradas no uso do prontuário eletrônico pela amostra de profissionais da puericultura. O uso do software vem ocorrendo desde 2013, são 10 anos de implementação e adaptação para o uso, no entanto, em um país em que o território engloba rios, terra, florestas, e entre tantas outras características, o processo/progresso vem apresentando inúmeros obstáculos.

Os profissionais de saúde para manusear o PEC necessitam de treinamentos que lhes proporcionem segurança e motivação na utilização, Gomes *et al.*, (2019) sugerem que a falta de capacitação profissional leva a falhas e ausência de informações no preenchimento do prontuário, os gestores de saúde devem dispor de suporte eficaz durante todo o período de uso dos sistemas, sejam eles PEC ou CDS, para que os profissionais façam a adequada adesão nas suas consultas diárias. De mesmo modo que essas capacitações ocorram de maneira frequente, já que a rotatividade de profissionais na atenção primária apresenta índices elevados (Viola *et al.*, 2021; Giovani *et al.*, 2013).

O tempo para o preenchimento das informações no PEC pode ser outro agente dificultador para a efetividade do uso, uma vez que os profissionais mencionam a quantidade de tempo destinada ao preenchimento durante e após as consultas, e indicam que temem a qualidade de sua consulta quando preenchem durante o atendimento, em razão da atenção compartilhada entre PEC e usuário (Nascimento, 2023).

Os resultados evidenciam que o prontuário eletrônico tem enorme capacidade de registro dos dados e facilitação no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças. O profissional de saúde detém da ferramenta para o seu uso na rotina das unidades, no entanto, ainda enfrenta desafios para o uso contínuo e eficaz dos campos dedicados à puericultura.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que se refere ao objetivo principal da pesquisa em que pretendeu investigar ações de puericultura no município de Belém (Pará) a partir dos dados do SISAB e do registro de informações em saúde no prontuário eletrônico do cidadão, foi possível identificar que a partir do apresentado se identifica que as famílias buscam as consultas de puericultura na perspectiva da consulta agendada a partir do cuidado continuado e que a enfermagem é categoria profissional que mais realiza esse tipo de atendimento, os dados extraídos do SISAB e da coleta corroboram a ideia. E ainda, a Medicina e a Terapia Ocupacional se encontram dentro das três categorias que mantêm a puericultura no seu escopo de serviços da atenção primária à saúde através das unidades básicas. E também, que o perfil das crianças revela que as consultas têm se iniciado após o 28º dia de vida, que nessas unidades o sexo feminino é o mais frequente, e que esse retorno para o acompanhamento varia entre 3 meses e 16 meses como encontrado na UBS A.

Faz-se necessário apontar limitações no estudo, a primeira delas está relacionada a possibilidade de os profissionais responsáveis pela puericultura intercalarem o uso do PEC com o uso do CDS e/ou prontuário físico. Dessa forma, os números de registros de puericultura caem, uma vez que não são registrados no prontuário eletrônico. Segundo, não houve a análise do conteúdo das respostas do prontuário eletrônico, o que poderia enriquecer ainda mais os resultados e discussões acerca da puericultura no município, especialmente nas três unidades básicas de saúde estudadas. Terceiro, os dados, embora consonantes entre o SISAB e PEC ainda são restritos apenas a três unidades do total presente no município de Belém. Para futuros estudos sugere-se pesquisas que descrevam as condições físicas (ex. Presença de computadores, acesso à rede web; tempo de consulta; dinâmica dos

registros) e de formação de recursos humanos (cursos, oficinas) relativas aos investimentos feitos pelo governo para o preenchimento do PEC.

REFERÊNCIAS

ABI RACHED, Chennyfer Dobbins; MATHIAS, Denise. Monitoramento do Faturamento nos Setores de Urgência/Emergência no Sistema Único de Saúde: Proposta de Um Roteiro para Auxiliar o Gestor. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 7, n. 2, p. 173-188, 2018.

ALMEIDA, J.; FARIAS, J.; CARVALHO, H. Drivers of the Technology Adoption In Healthcare. **Brazilian Business Review**, v. 14, n. 3, p. 336–351, 2 maio 2017. <http://dx.doi.org/10.15728/bbr.2017.14.3.5>

ALVES, Cláudia Regina Lindren *et al.* Atenção à Saúde da Criança: aspectos básicos. Belo Horizonte: **Nescon**. UFMG, 2013.

ALVES, Marcela Almeida; SZPILMAN, Ana Rosa Murad; POTON, Wanêssa Lacerda. Avaliação do registro médico nos prontuários de um ambulatório de ensino, Vila Velha, ES. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 17, n. 3, p. 69-77, 2015.

ALVES, R. M. M. *et al.* Consulta de puericultura: o olhar sobre a prática do enfermeiro. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 7, n. 1, p. 187–190, 23 jul. 2019. <https://doi.org/10.16891/655>

ATAIDE C.E.R. *et al.*, **Preenchimento do prontuário eletrônico do cidadão na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa da literatura**. 2023 (submetido)

ÁVILA, G. S. *et al.* Prontuário eletrônico na gestão do cuidado em equipes de saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, 16 maio 2022.

AVILA, Grazielly Soares. **Difusão do prontuário eletrônico do cidadão na estratégia e-sus em equipes de saúde da família**. 2020. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

BARATIERI, Tatiane *et al.* Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 206-216, 2014.

BARBOSA, Anderson Nunes. **Projeto de intervenção: novas formas de resposta à demanda espontânea na estratégia saúde da família azurita**. 2014. 68f. Trabalho de Conclusão de Curso (curso de especialização em atenção básica a saúde da família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Formiga, 2014

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEZERRA, Tatianny Coutinho Cajazeiras *et al.* A construção e resignificação das práticas da terapia ocupacional na estratégia saúde da família a partir da residência multiprofissional. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 8, n. 2, 2009.

BLACK, Maureen M. *et al.* Early childhood development coming of age: science through the life course. **The Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 77-90, 2017.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)

BRASIL. **Caderneta da Criança: Menino – Passaporte da cidadania**. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2020

BRASIL. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Caderneta de Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. **Manual de uso do sistema com prontuário eletrônico do cidadão (PEC)**. 5ª Versão. Brasília; Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Estratégia e-Saúde para o BRASIL**, 2017. Disponível em: https://saudedigital.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Estrategia-e-saude-para-oBrasil_CIT_20170604.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.412, de 10 de julho de 2013. **Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica- SISAB**, Brasília (DF); 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília. Diário Oficial da União. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de informação da assistência básica (SIAB): indicadores 2003**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **E-SUS Atenção Primária: manual do Sistema PEC e CDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Sistema de informação em Saúde da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. PORTARIA GM/MS Nº 635, DE 22 DE MAIO DE 2023 - **Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 mai. 2023 Disponível em: <https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/orientacoes/nota-informativa-e-multi-portaria-635-2023-1684936021.pdf>

BRASIL. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília. Ministério da Saúde. 2015.

BRASIL. Portaria nº 1412, de 10 de julho de 2013. **Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 jun. 2013.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html

BRASIL. Portaria nº 321 de 8 de fevereiro de 2007. **Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 fev. 2007 Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Portaria-MS-n%C2%BA321_2007_Institui-a-Tabela-de-Procedimentos-Medicamentos-%C3%93rtesesPr%C3%B3teses-e-Materiais-Especiais-OPM-do-Sistema-%C3%AAnico-deSa%C3%BAde-SUS..pdf.

BRITO, Bruno Moreira Viana Mendonça. avaliação da qualidade do rastreamento de diabetes gestacional na assistência pré-natal da atenção primária por meio da análise do prontuário eletrônico do cidadão (PEC). **Revista Contemporânea (Contemporary Journal)**, v. 3, n. 3, p. 1310-1333, 2023.

CARLETTO, Amanda Firme. **O sentido político da Atenção Básica: descompassos da Portaria nº2.436 de 2017 ameaçam o coração do SUS**. 2021. 95 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

CAVALCANTE, R. *et al.* informatização da atenção básica a saúde: avanços e desafios. **Cogitare Enfermagem**, v. 3, n. 23, p. 54297, 2018.
<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.54297>

COELHO, I. Í. DE A. *et al.* Mapping the use of the child health handbook by parents and professionals: a descriptive study / Mapeamento do uso da caderneta de saúde da criança por pais e profissionais: um estudo descritivo. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 13, p. 768–773, 9 jun. 2021.
doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9199

Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução Nº407/2011, de 18 de agosto de 2011. Disciplina a Especialidade Profissional Terapia Ocupacional em Saúde da Família e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3170>

Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n ° 466, de 12 de dezembro de 2012. **Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196**. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html

COSTA, Carla Serpa; GUARANY, Nicole Ruas. O reconhecimento dos sinais de autismo por profissionais atuantes nos serviços de puericultura na atenção básica/The recognition of signs of autism by professionals working in childcare services in the basic care. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional-REVISBRATO**, v. 5, n. 1, p. 31-44, 2021.

CREFITO Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional 9. O papel do Terapeuta Ocupacional no tratamento do Autismo. *In: CREFITO 9*. 2020. Acesso em: 04 jan. 2024. Disponível em: <<http://www.crefito9.org.br/imprime.php?cid=1064&sid=320>>

DA SILVA, D. P. *et al.* Orientações para o aleitamento materno e alimentação complementar à criança atendida na puericultura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 1, p. e9401, 21 jan. 2022.

DOS SANTOS SILVA, Izabel Santana; BATISTA, Carina Pimentel Souza. Residência multiprofissional em saúde coletiva no contexto da primeira infância: um relato de experiência. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 293-304, 2021.

DUARTE, Wilson Antônio; GUEDES, Matheus. a importância do prontuário eletrônico–e-sus para os municípios. *In: II Congresso Internacional do Grupo Unis*. Fundação de Ensino e Pesquisa do Sul de Minas, 2016.

FERREIRA, F. A. *et al.* Puericulture consultation: problems found in those under 2 years old. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 13, 8 jul. 2019. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240072>

FERREIRA, Letícia Maria Silvestre. **Avaliação nutricional antropométrica de crianças: uma revisão narrativa**. 2020. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso

(Graduação em Nutrição) - Departamento de Nutrição, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020

FIGUEIRAS, Almira Consuelo *et al.* **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI.** 2005.

FIGUEIRAS, Almira Consuelo *et al.* **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI.** 2ª edição. 2015.

FIOCRUZ. Cobertura vacinal no Brasil está em índices alarmantes. **Portal Fiocruz.** Rio de Janeiro-RJ. 29 ago. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/cobertura-vacinal-no-brasil-esta-em-indices-alarmantes>

FLORES, Fabíola Rigo *et al.* PUERICULTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERSPECTIVAS E ABORDAGENS MULTIPROFISSIONAIS. **Salão do Conhecimento**, v. 7, n. 7, 2021.

FOLHA, Débora Ribeiro da Silva Campos; DE SOUZA MONTEIRO, Gláucia. Terapia Ocupacional na atenção primária à saúde do escolar visando a inclusão escolar de crianças com dificuldades de aprendizagem/Occupational Therapy in primary health at school seeking inclusion of students with learning difficulties. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO**, v. 1, n. 2, p. 202-220, 2017.

FONSECA, C. R. B.; FERNANDES, T. F. Puericultura passo a passo. **Atualizações Pediátricas.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.

FREITAS, J. L. G. *et al.* Preenchimento da caderneta de saúde da criança na primeira infância. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 32, 2 abr. 2019.

GARCIA, Ianara; NEPONUCENO, Américo. Em falta, cadernetas de vacinação são vendidas em papelarias e até pela internet chegando a R\$ 80; venda é proibida. **G1.** Cuiabá-MT. 28 dez. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/mt/mato-grosso/noticia/2021/12/28/em-falta-cadernetas-de-vacinacao-sao-vendidas-em-papelarias-e-ate-pela-internet-chegando-a-r-80.ghtml>

GAUTERIO, Daiane Porto; IRALA, Denise de Azevedo; CEZAR-VAZ, Marta Regina. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. **Revista Brasileira de enfermagem**, v. 65, p. 508-513, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000300017>

GIL, Antonio Carlos *et al.* **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANI, M. S. P.; VIEIRA, C. M. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 7, n. 4, 2013.

GOMES, Juliana Aparecida; DE BRITO, Cristiane Miryam Drumond. Apoio matricial e terapia ocupacional: uma experiência de abordagem na saúde da criança. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 24, n. 1, p. 81-86, 2013.

GOMES, Pollyana de Azevedo Rocha *et al.* Prontuário Eletrônico do Cidadão: Instrumento Para o Cuidado de Enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 5, p. 1226-1235, 2019. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1226-1235>

GOMES, Pollyana de Azevedo Rocha *et al.* Prontuário eletrônico do cidadão: instrumento para o cuidado de enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, p. 1226-1235, 2019.

GRAF, Tailine Ludvig. **Puericultura em enfermagem**: perfil e aspectos de acessibilidade, acesso, longitudinalidade e integralidade. 2020. 22 f. TCC (Graduação) - Curso de Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020. Disponível em: <https://dspace.unila.edu.br/handle/123456789/6060>. Acesso em: 01 mar. 2023.

GRYSCHKEK, A.L.F.P.L. *et al.* Análise crítica do potencial de utilização das nomenclaturas de enfermagem na atenção primária à saúde. **Enfermagem em foco**. v.10, n.7, p.54, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357->

707X.2019.v10.n7.2471. Acesso em: 23 de novembro de 2023.

GUHN, Martin *et al.* Examining the social determinants of children's developmental health: protocol for building a pan-Canadian population-based monitoring system for early childhood development. **BMJ open**, v. 6, n. 4, p. e012020, 2016.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012020>

JESUS, Ana Cristina Pereira de *et al.* Puericultura e o cuidado de enfermagem: percepções de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Pesquisa**, p. 165-173, 2013.

LANDSBERG, Gustavo de Araújo Porto *et al.* Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 3025-3036, 2012.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100019>

LIMA JUNIOR, Eduardo Brandão *et al.* Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. **Cadernos da FUCAMP**, v. 20, n. 44, 2021.

LIMA VERINEIDA SOUSA *et al.* Prontuário eletrônico do cidadão: desafios e superações no processo de informatização. **Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais**, v. 3, p. 100–113, 27 nov. 2018. Disponível em:
<http://www.periodicos.ufc.br/resdite/article/view/39756>

LONGO, Malu. Municípios goianos aguardam Caderneta da Criança. **O Popular**. Goiânia-GO. 7 jun. 2022. Disponível em: <https://opopular.com.br/cidades/municipios-goianos-aguardam-caderneta-da-crianca-1.2469559>

LUNA, Aline; VALADARES, Glaucia Valente. A aplicabilidade do diagnóstico de enfermagem no setor de clínica médica: a vivência no hospital universitário. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental**, v.5, n.1 2009.

LUZ, Thayse de Souza Marques. **proposta de implantação de prontuário eletrônico na equipe de saúde da família rua nova no município de marechal deodoro/al**. 2014. 20 f. TCC (Graduação) - Curso de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro,

Marechal Deodoro, 2014. Disponível em:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/THAYSE-SOUZA-MARQUES-LUZ.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2023.

MACEDO, Antônio Sávio de *et al.* implantação de um prontuário eletrônico a luz da teoria ator-rede. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 30, 2021.
<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0123>

MARINI, Bruna Pereira Ricci; DELLA BARBA, Patrícia Carla de Souza. A participação familiar em programas de intervenção precoce. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 10, n. 1, p. 68-76, 2022.

MARTINIANO, C. S. *et al.* Análise dos cuidados de puericultura e da relação puericultor-criança cuidador na atenção básica. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 15, n. 1, p. 40-48, 2013.

MEDEIROS, Ana Aline Matos de. **Sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos e órtese, prótese e materiais do Sistema Único de Saúde: conhecimento de gestores e profissionais da saúde**. 2020. 88f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - PPGSP) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília. Diário Oficial da União. 2017. Available from:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE (org.). **Informatiza APS**. 2020. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/informatiza-aps/>. Acesso em: 02 mar. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que tem na UBS**. 2021. Disponível em:
<http://maismedicos.gov.br/o-que-tem-na-ubs>. Acesso em: 27 fev. 2023.

MONTAGUE, E. The promises and challenges of health information technology in primary health care. **Primary Health Care Research Development**, Cambridge, v.15, n. 3, p. 227-230, 2014.

NASCIMENTO, Rayane Cinthia Dino do. **Potencialidades e limitações do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) enquanto ferramenta de gestão de cuidado e planejamento: avaliação a nível nacional e local**. 2023. 70f. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2023.

OLIVEIRA, Ingrid Kelly Moraes *et al.* PROMOÇÃO DA SAÚDE DE CRIANÇAS: DESAFIOS NA ATIVAÇÃO DE GRUPO DE PUERICULTURA COLETIVA. **Essentia-Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA**, 2020.

OLIVEIRA, L. P. D. DE *et al.* Análise da Demanda de Medicamentos Sujeitos a Controle Especial em Unidades de Saúde em Belém-PA / Analysis of the Demand for Medicines Subject to Special Control in Health Units in Belém-PA. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 10405–10418, 2020. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-305>

PASKLAN, A. N. P. *et al.* Análise espacial da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde na redução da mortalidade infantil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 12, p. 6247–6258, dez. 2021.

PEDROSO, Jéssica *et al.* Population-based approaches for monitoring the nurturing care environment for early childhood development: A scoping review. **Maternal & child nutrition**, v. 18, p. e13276, 2022. <https://doi.org/10.1111/mcn.13276>

PEREIRA, Andressa Marcelly Silvestre. ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL NAS CONSULTAS DE PUERICULTURA. **Cadernos ESP - Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 17, n. 1, p. e1426-e1426, 2023.

PONTES, T.; POLATAJKO, H. Habilitando ocupações: prática baseada na ocupação e centrada no cliente na Terapia Ocupacional/Enabling occupation: occupation-based and client centred practice in Occupational Therapy. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 403–412, 2016. DOI: 10.4322/0104-4931.ctoARF0709. Disponível em:

<https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1367>.

POSTAL, L. *et al.* Sistema de agendamento online: uma ferramenta do PEC e-SUS APS para facilitar o acesso à Atenção Primária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2023–2034, jun. 2021.

PREZOTTO, K. H. *et al.* Mortalidade neonatal precoce e tardia: causas evitáveis e tendências nas regiões brasileiras. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, p.36, 8 mai. 2023.

RECIFE. Guia prático do prontuário eletrônico do cidadão (pec). Recife: Secretaria Municipal de Saúde, 2018. 18p.

RITTENHOUSE, Diane R. *et al.* Increased health information technology adoption and use among small primary care physician practices over time: a national cohort study. **The Annals of Family Medicine**, v. 15, n. 1, p. 56-62, 2017.

ROCHA, Anderson. Bebês estão sem Caderneta da Criança há mais de um ano em BH. **O Tempo**. Belo Horizonte-MG. 6 jun. 2022. Disponível em: <https://www.otempo.com.br/cidades/bebes-estao-sem-caderneta-da-crianca-ha-mais-de-um-ano-em-bh-1.2679747>

ROCHA, Eucenir Fredini; DE SOUZA, Camila Cristina Bortolozzo Ximenes. Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 36-44, 2011.

SCHÖNHOLZER, Tatiele Estefâni; PEREIRA, Josiane Aparecida; ZACHARIAS, Fabiana Costa Machado. avanço no uso do prontuário eletrônico do cidadão na atenção primária à saúde. **Revista da Saúde da AJES**, v. 6, n. 12, 2020. Disponível em: <https://www.revista.ajes.edu.br/index.php/sajes/article/view/385/323>

SCHWEIKART, Luana. Caderneta da Criança: documento importante, mas em falta na saúde. **Folha do mate**. Porto Alegre-RS. 20 ago. 2020. Disponível em:

<https://folhadomate.com/livre/caderneta-da-crianca-documento-importante-mas-em-falta-na-saude/>

SHAHMORADI, Leila *et al.* Electronic health record implementation: a SWOT analysis. **Acta Medica Iranica**, p. 642-649, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29228530/>

SILVA, Anderson Soares da; LAPREGA, Milton Roberto. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1821-1828, nov./dez. 2005.

SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, [S. l.], v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>. Acesso em: 7 fev. 2024.

SILVA, V. M. *et al.* Morbidity in users of Family Health teams in the northeast of Minas Gerais based on the International Classification of Primary Care. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 4, p. 954–967, dez. 2014.

SOUSA, José Roberto Pereira de; NATIONS, Marilyn. Múltiplos olhares sobre a mortalidade infantil no Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 260-268, 2011.

TOMAZ, José Batista Cisne. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, p. 84-87, 2002.

VIOLA, C. G. *et al.* Instrumento para avaliar o uso do prontuário eletrônico do cidadão da estratégia e- SUS Atenção Primária à Saúde. **Avances en Enfermería**, v. 39, n. 2, p. 157–166, 1 maio 2021.

VIOLA, Carolina Grigolato. **Construção e validação de um instrumento para análise do Prontuário Eletrônico do Cidadão da Estratégia e-SUS Atenção Básica**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola

de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019. doi:10.11606/D.22.2019.tde-23102019-170743.

VOLPI, Aline Ferreira; STRADA, Cinthya de Fátima Oliveira. PUERICULTURA: FATORES INFLUENCIADORES PARA BAIXA ADESÃO. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218**, v. 4, n. 11, p. e4114435-e4114435, 2023.

World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA). **Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)**. 2ª ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães *et al.* Práticas do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção à saúde da criança, Cariré - Ceará. **Revista Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica**, São Paulo, v. 11, n. 1, 2011.

ZUBLER, J. M. *et al.* Evidence-Informed Milestones for Developmental Surveillance Tools. **Pediatrics**, v. 149, n. 3, 8 fev. 2022.

APÊNDICE A – Termo de Compromisso para Utilização e Manuseio de Dados

TERMO COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO E MANUSEIO DE DADOS (TCUD)

Eu, **Carlos Eduardo Ramos Ataide (CPF: 025.188.752-98)**, sob orientação da Profa. Dra. **Claudia Maria Simões Martinez**, pesquisador do projeto de pesquisa intitulado “**AÇÕES DE PUERICULTURA NO MUNICÍPIO DE BELÉM: investigação acerca do preenchimento no prontuário eletrônico do cidadão (PEC) da estratégia e-SUS APS**” Com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer: 6.207.952.

Me comprometo com a utilização responsável e segura dos dados contidos na **Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA), a partir dos bancos de dados consolidados (SISAB) e no prontuário eletrônico do cidadão a partir das unidades básicas/municipais de saúde a serem selecionadas** que serão manuseados somente após receber a aprovação da instituição detentora.

Comprometo a manter a confidencialidade e sigilo dos dados contidos nos arquivos os quais não interessam a pesquisa ou não são passíveis para publicação e utilização, bem como a privacidade de seus conteúdos, mantendo a integridade moral e a privacidade dos indivíduos que possivelmente terão suas informações acessadas.

Também me comprometo com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida.

Os dados obtidos da pesquisa serão guardados de forma sigilosa, segura, confidencial e privada, por cinco anos, e depois serão destruídos.

Os resultados só serão publicados, no entanto, manteremos o anonimato necessário e solicitado pelo Núcleo, pela unidade e CEP UFSCar.

Belém, ____ de _____ de 20__.

Carlos Eduardo Ramos Ataide
Terapeuta Ocupacional – CREFITO 23215.2 TO
Mestrando em Terapia Ocupacional (UFSCar)
Residente do programa em Estratégia saúde da família (UEPA).

Secretaria Municipal de Belém / Unidade Básica de Saúde
SESMA

ANEXO A – Aceite do NEP



CARTA DE ANUÊNCIA

Informamos para os devidos fins que a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SESMA, aceita a realização do Projeto da Dissertação de Mestrado do Programa de Pós graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO) do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), intitulado "**AÇÕES DE PUERICULTURA NA CIDADE DE BELÉM: INVESTIGAÇÃO NO PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC)**", de autoria da pesquisador **Carlos Eduardo Ramos Ataíde**, sob orientação da **Prof^a. Dr^a. Claudia Maria Simões Martinez**, a ser realizada na **Divisão de Atenção Básica (DAB)** e nas **Unidades Municipais de Saúde (UMS)**.

Belém, 10 de Abril de 2023.

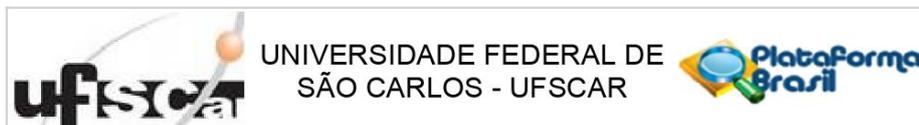
RAIMUNDA
SILVIA GATTI
NORTE:450907
42200

Assinado de forma digital por
 RAIMUNDA SILVIA
 GATTI
 NORTE:45090742200

Raimunda Silvia Gatti Norte
Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente
DGRTS/SESMA

Av Governador José Malcher nº 2821
 Entre Almirante Barroso e José Bonifácio
 CEP: 66090-100 Belém – PA
 Tel: (91) 98413 1388/31846111
 E-mail: pesquisaextensaosesma@gmail.com

ANEXO B – Aprovação pelo CEP UFSCar



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ações de puericultura na cidade de Belém: investigação no preenchimento do prontuário eletrônico do cidadão (PEC).

Pesquisador: CARLOS EDUARDO RAMOS ATAIDE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68684923.9.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional - PPGTO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.207.952

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa e do Projeto Detalhado: RESUMO, HIPÓTESE, METODOLOGIA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO. Introdução: Introdução: A puericultura tem como objetivo o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil através de avaliações, orientações, prevenção de agravos e detecção precoce de problemas relacionados a saúde da criança. No Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde as consultas de puericultura ocorrem nas unidades de saúde vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Ao longo dos anos foram criadas estratégias para a melhora na oferta dos serviços realizados nas unidades de saúde. O Ministério da Saúde vem criando procedimentos que podem auxiliar na informatização dos dados ou no acesso aos serviços das unidades, a exemplo da marcação de consultas via telefone ou a partir do uso de prontuário eletrônico. O prontuário eletrônico do cidadão surge para registrar e acompanhar o histórico de atendimentos, produzir dados para a atenção primária e integrar os registros de uma unidade em um sistema que facilita o compartilhamento entre profissionais das unidades de saúde. Hipótese: H0 – Em consultas de puericultura todas as áreas do prontuário eletrônico estão sendo preenchidas, no sentido de um acompanhamento integrado e contínuo de crianças entre 0 e 3 anos nas unidades municipais de saúde de Belém. H1 – Há lacunas determinadas no preenchimento do prontuário eletrônico do cidadão referentes a consultas de puericultura de crianças entre 0 e 3 anos, as informações

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

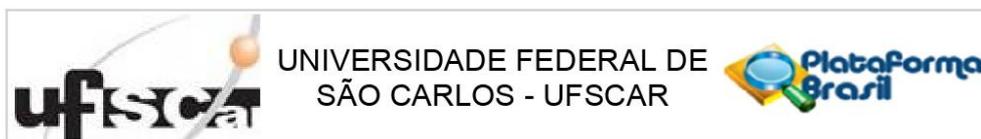
CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



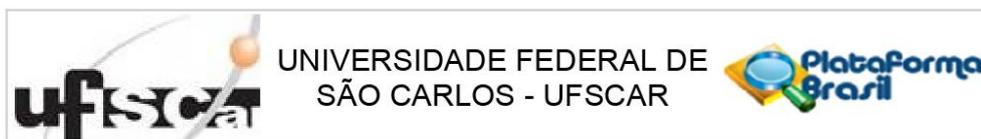
Continuação do Parecer: 6.207.952

preconizadas não estão registradas na sua totalidade, prejudicando o pleno acompanhamento nas unidades municipais de saúde de Belém. Método: A presente pesquisa é caracterizada como descritiva mista quantitativa, com abordagem de corte transversal, utilizando a análise documental retrospectiva com vistas a analisar o preenchimento dos prontuários eletrônicos do cidadão de consultas de puericultura ocorridas em 5 unidades municipais de saúde do município de Belém. A pesquisa será realizada na cidade de Belém, onde em um universo de 29 Unidades Municipais de Saúde (UMS), serão selecionadas cinco que contenham equipes multiprofissionais que dentre sua carteira de serviços realizem consultas de puericultura. Após a exclusão das unidades que não se classificam segundo os critérios de inclusão, a seleção para as UMS participantes se dará de forma aleatória através de sorteio. Antecedendo a coleta de dados nos prontuários eletrônicos das unidades municipais de saúde, será realizada busca e análise epidemiológica da saúde de crianças de zero a três anos atendidas nas unidades de saúde do município de Belém no período entre julho a dezembro de 2022, a fim de conhecer, caracterizar e diagnosticar o contexto da puericultura realizada no município de Belém. Os dados serão extraídos de forma direta dos bancos de dados do SISAB e do E-gestor. Para isso será necessária a autorização da SESMA para o acesso a área do gestor dos bancos de dados, as informações serão filtradas para que os dados sejam colhidos de maneira fidedigna. Critérios de Inclusão: Unidades Municipais de Saúde da cidade de Belém que aceitem participar da pesquisa, conter na equipe profissionais da Medicina (generalista ou pediatra), Enfermagem, Terapia Ocupacional, Nutrição e Psicologia, equipes que realizam consultas de puericultura, possuir computador com internet e com acesso ao sistema do prontuário eletrônico do cidadão. Critérios de Exclusão: Unidades Municipais de Saúde onde é feito uso de outro prontuário eletrônico que não seja o PEC, Unidades Municipais de Saúde onde profissionais terceirizados fazem o preenchimento das informações no PEC.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar ações de puericultura na cidade de Belém (Pará) a partir dos dados do SISAB e das informações presentes e ausentes no prontuário eletrônico do cidadão (PEC). **Objetivos Secundários:** Conhecer, caracterizar e diagnosticar o contexto dos registros de ações em puericultura no município de Belém através do SISAB e do E-gestor. Identificar quais áreas do prontuário eletrônico do cidadão de crianças de 0 a 3 anos, consultadas na puericultura, estão preenchidas pelos profissionais de saúde e localizar quais campos se encontram com ausência de dados. Analisar e discutir preenchimento do prontuário eletrônico através da quantidade de áreas com lacunas e aquelas preenchidas pelo profissional de saúde.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.207.952

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos apresenta riscos e/ou desconfortos. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade. Dessa forma, o pesquisador deve fazer o exercício da alteridade colocando-se no lugar do sujeito participante para detectar possíveis riscos/desconfortos, que podem ser físicos, morais ou psicológicos. Neste aspecto, quanto aos riscos desse estudo envolve a quebra de sigilo das informações contidas nos prontuários eletrônico. Para isso, os dados serão adicionados em uma planilha do Microsoft Excel 2019 de forma codificada com o uso da sigla "UMS" seguido por um número defino através da ordem de coleta. Exemplo: UMS1. Reforçando que será feito o uso do TCUD para garantir a ética em todas as etapas da pesquisa. Dados como nome e registro de classe dos profissionais que preencheram os prontuários não serão utilizados em hipóteses alguma, o mesmo vale para nome das crianças e cuidadores. Vale ressaltar, que as informações coletadas nesta pesquisa serão guardadas por cinco anos, sendo excluídas de qualquer pasta ou nuvem de armazenamento após esse período. Como benefício social, esse estudo poderá contribuir para maior conhecimento a respeito do tema, irá trazer maiores discussões acerca da qualidade no uso do PEC nas unidades de saúde de Belém e ainda, melhora na assistência dos serviços de puericultura através da discussão dos campos preenchidos e não preenchidos ao longo das etapas previstas na puericultura. Por fim, poderá despertar interesse na produção de mais pesquisas acerca dos temas abordados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 466/2012 suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

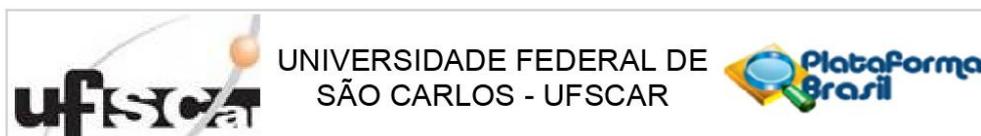
Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Agradecemos as providências e os cuidados tomados pelos pesquisadores ao apresentarem a 2ª versão do protocolo de pesquisa ao CEP da UFSCar. Seguem abaixo as pendências listadas no parecer anterior do CEP e seu status (atendida, não atendida, parcialmente atendida).

1. Consultar Carta Circular nº. 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS que dispõe sobre uso de dados de prontuários para fins de Pesquisa. Resposta: ATENDIDA

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.207.952

2. Conforme Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, item 3.4.1.11, solicita-se a descrição dos critérios de inclusão e exclusão dos prontuários a serem acessados. Na página 12, itens 3.3 Critérios de Inclusão e 3.4 Critérios de Exclusão, estão descritos os critérios referentes as Unidades de Saúde participantes, todavia solicita-se a descrição de quais serão os critérios de inclusão/exclusão da população a ser investigada nos prontuários (via fontes secundárias). Resposta: ATENDIDA

3 Sobre a divulgação dos resultados da pesquisa, conforme Resolução CNS nº 466 de 2021, item XI.g e Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, item 3.4.1.14 e item 3.3c, informar como serão encaminhados os resultados da pesquisa para publicação, informar que serão divulgados os resultados da pesquisa aos participantes e instituição do estudo. Resposta: ATENDIDA

4. A instituição onde ocorrerá a pesquisa, não foi inserida como instituição coparticipante. Solicita-se inserir no documento PB informações. Resposta: ATENDIDA

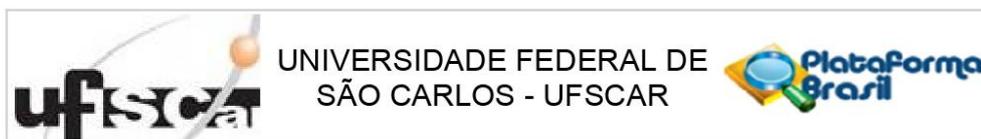
5. Não foi esclarecido o modo de anonimização dos dados de maneira que garanta o seu anonimato, sigilo e confidencialidade, conforme Resolução n. 466/12 e Circular n.039/2011. Solicita-se esclarecer. Resposta: ATENDIDA

6. Considerando as pendências, solicita-se atualizar o cronograma de execução do projeto de pesquisa, de modo que a coleta de dados ocorra depois da aprovação deste pelo CEP, conforme Resolução n. 466/12, item XI 2.a. Resposta: ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.207.952

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2113063.pdf	15/07/2023 02:18:33		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_versao1.pdf	15/07/2023 02:17:39	CARLOS EDUARDO RAMOS ATAIDE	Aceito
Outros	Carta_Resposta_versao1.pdf	15/07/2023 02:16:36	CARLOS EDUARDO RAMOS ATAIDE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	15/07/2023 02:16:08	CARLOS EDUARDO RAMOS ATAIDE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_ACEITE_DE_ORIENTACAO_AssinadoClaudia.pdf	11/04/2023 15:09:02	CARLOS EDUARDO RAMOS ATAIDE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	SOLICITACAO_DE_DISPENSA_DO_TCLE.pdf	11/04/2023 15:08:17	CARLOS EDUARDO RAMOS ATAIDE	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	11/04/2023 15:07:36	CARLOS EDUARDO RAMOS ATAIDE	Aceito
Outros	TCUD_1.pdf	11/04/2023 15:06:07	CARLOS EDUARDO RAMOS ATAIDE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_de_anuencia.pdf	11/04/2023 15:03:19	CARLOS EDUARDO RAMOS ATAIDE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Carlos_PPGTO_assinado.pdf	11/04/2023 14:54:32	CARLOS EDUARDO RAMOS ATAIDE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 30 de Julho de 2023

Assinado por:

**Sonia Regina Zerbetto
(Coordenador(a))**

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br