



**Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde**

Análise da continuidade do cuidado de hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças na Atenção Primária do Distrito Federal – DF, Brasil, no início da pandemia de Covid-19

PAULO RICARDO DOS RAMOS CARDOSO

Brasília, 27 de Outubro de 2022



**Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde**

Análise da continuidade do cuidado de hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças na Atenção Primária do Distrito Federal – DF, Brasil, no início da pandemia de Covid-19

PAULO RICARDO DOS RAMOS CARDOSO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências e Tecnologias em Saúde.

Área de concentração: Promoção, prevenção e intervenção em saúde.

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. ANTONIA DE JESUS ANGULO TUESTA

Brasília, 27 de Outubro de 2022

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Ca Cardoso, Paulo Ricardo dos Ramos
 Análise da continuidade do cuidado de hipertensos,
 diabéticos, gestantes e crianças na Atenção Primária do
 Distrito Federal - DF, Brasil, no início da pandemia de Covid
 19 / Paulo Ricardo dos Ramos Cardoso; orientador Antonia de
 Jesus Angulo Tuesta. -- Brasília, 2022.
 50 p.

 Dissertação (Mestrado em Ciências e Tecnologias em Saúde)
 - Universidade de Brasília, 2022.

 1. Hipertensão arterial. 2. Diabetes Mellitus. 3.
 Gestantes. 4. Crianças. 5. Covid-19. I. Tuesta, Antonia de
 Jesus Angulo, orient. II. Título.



**Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia**

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Dra. Antonia de Jesus Angulo Tuesta – Presidente
FCE/Universidade de Brasília

Prof.^a. Dra. Margô Gomes de O. Karnikowski
FCE/Universidade de Brasília

Prof.^a. Dra. Ruth da Conceição Costa e Silva Sacco
Centro Universitário Unieuro

Prof.^a. Dra. Mariana Sodário Cruz - Suplente
FCE/Universidade de Brasília

Brasília, 27 de Outubro de 2022

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à todos os servidores da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, pelo árduo e lindo trabalho que desenvolveram durante o combate da pandemia, trabalhando intensamente na linha de frente, dando o melhor de si (alguns chegaram a dar a própria vida). Desejo profundamente que este trabalho, de alguma maneira possa servir como instrumento para melhoria de suas condições e processos de trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao meu amado Senhor Jesus Cristo e ao Pai Criador. A Eles toda a honra e glória e a minha profunda declaração de que eu não seria nada, se da parte deles, por intermédio de uma ação de seu Espírito Santo, eu não tivesse recebido capacitação e força.

À doce memória dos meus pais, João e Eunice, que, hipertensos e diabéticos, não tiveram a graça de sobreviverem para ver onde cheguei mas que sempre torceram mais que tudo pelo meu sucesso.

À minha esposa, Laudirene, pelas incansáveis orações por mim, e aos meus filhos, Paulo Henrique e João Victor, por acreditarem que eu poderia conseguir muitas vezes mais do que eu mesmo acreditei.

Aos meus irmãos (Carlos, Jorge, Milton e José) e às minhas irmãs (Fátima, Regina, Tânia, Célia e Sônia) por terem sido minhas primeiras referências na vida. Desejo a vocês, toda a felicidade do mundo.

À minha estimável professora e orientadora Antônia Ângulo-Tuesta. Aprendi sob sua orientação que posso me superar mais e mais. Obrigado pela paciência comigo e pela construção do meu conhecimentos.

À parceria de Gabriela Bardelini Tavares, por ter contribuído imensamente com incontáveis sugestões de correções, o que tornou o trabalho mais rico.

Às professoras Margô Karnikowski, Ruth Sacco e Mariana Sodário, por me darem a honra de ver meu trabalho ser abrilhantado pelas suas considerações.

À Diretoria de Estratégia em Saúde da Família, da Coordenação de Atenção Primária, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, pela disponibilização dos dados utilizados para a pesquisa. E pela solicitude em responderem meus pedidos.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS E TABELAS.....	vi
LISTA DE FIGURAS	vii
LISTA DE SIGLAS, SÍMBOLOS E ABREVIATURAS.....	viii
RESUMO	ix
ABSTRACT	xi
1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS.....	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3. METODOLOGIA.....	18
3.1 DELINEAMENTO E PERÍODO DA PESQUISA.....	18
3.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	21
4. RESULTADOS	22
4.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	22
4.2 DIABETES MÉLITUS.....	24
4.3 GESTANTES.....	27
4.4 CRIANÇAS	28
5. DISCUSSÃO.....	32
6. CONCLUSÕES	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	44
ANEXO 01 - Comprovante da submissão do artigo	45
ANEXO 02 - Qualis do periódico na área Interdisciplinar ou afim.....	47
ANEXO 03 – Declaração de dispensa do CEP	49

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1. Unidades Básicas de Saúde selecionadas para o desenvolvimento da pesquisa.....	19
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Atributos essenciais e derivados da APS.	14
Figura 2. Número de atendimentos para pacientes hipertensos desenvolvidos em quatro Unidades Básicas de Saúde localizadas no Distrito Federal, de 2018 a 2020.	22
Figura 3. Relação entre número de atendimentos de pacientes com hipertensão arterial realizados mensalmente para quatro Unidades Básicas de Saúde localizadas no Distrito Federal, de 2018 a 2020, e os modelos estatísticos usados no presente estudo.	24
Figura 4. Número de atendimentos para pacientes diabéticos desenvolvidos em quatro Unidades Básicas de Saúde localizadas no Distrito Federal, de 2018 a 2020.	25
Figura 5. Relação entre número de atendimentos de pacientes diabéticos realizados mensalmente para quatro Unidades Básicas de Saúde localizadas no Distrito Federal, de 2018 a 2020, e os modelos estatísticos usados no presente estudo.	26
Figura 6. Número de atendimentos para pacientes gestantes desenvolvidos em quatro Unidades Básicas de Saúde localizadas no Distrito Federal, de 2018 a 2020.	27
Figura 7. Relação entre número de atendimentos de pacientes gestantes realizados mensalmente para quatro Unidades Básicas de Saúde localizadas no Distrito Federal, de 2018 a 2020, e os modelos estatísticos usados no presente estudo.	28
Figura 8. Número de atendimentos para crianças desenvolvidos em quatro Unidades Básicas de Saúde localizadas no Distrito Federal, de 2018 a 2020.	29
Figura 9. Relação entre número de atendimentos de crianças realizados mensalmente para quatro Unidades Básicas de Saúde localizadas no Distrito Federal, de 2018 a 2020, e os modelos estatísticos usados no presente estudo.	30

LISTA DE SIGLAS, SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

2019-nCoV	Novo Coronavírus de 2019
APS	Atenção Primária à Saúde
APN	Assistência Pré-Natal
CDC	Crescimento e desenvolvimento de crianças
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
Covid-19	Doença do Coronavírus
CoVs	Coronavírus
DCNT	Doença crônica não transmissível
DCV	Doenças cardiovasculares
DF	Distrito Federal
DM2	Diabetes mellitus tipo 2
ECA2	Receptor da enzima conversora de angiotensina 2
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
HA	Hipertensão arterial
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
MERS-CoV	Coronavírus da síndrome respiratória do Oriente Médio
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pressão arterial
PAD	Pressão Arterial diastólica
PAS	Pressão arterial sistólica
RCV	Risco cardiovascular
SARS-CoV-1	Coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 1
SARS-CoV-2	Coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

RESUMO

Objetivo: analisar a priorização do atendimento no combate à Covid-19 em relação aos atendimentos sistemáticos de pacientes hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças na Atenção Primária do Distrito Federal, tendo como base quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), das duas regiões de saúde com maior população adscrita, levando em consideração fatores como absenteísmo, reorganização dos serviços para atendimento aos casos de síndrome respiratória aguda grave e agudização do paciente. **Métodos:** estudo transversal que utilizou dados secundários dos atendimentos à hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças das UBS 02 e 10 de Samambaia da Região de Saúde Sudoeste e das UBS 12 e 18 de Ceilândia, da Região de Saúde Oeste do Distrito Federal, durante os anos de 2018, 2019 e 2020. A amostragem utilizou um desenho que combinou a estratificação de duas UBS em cada uma dessas regiões: uma UBS com o maior quantitativo de equipes ESF e uma UBS com a menor composição de equipes, sendo as UBS com maior cobertura de equipes comparadas com as UBS com menor cobertura da ESF. A estratificação também ocorreu por meio do recorte de dados relativos à assistência prestada aos grupos considerados neste estudo: hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças. **Resultados:** Os resultados mostraram queda nos atendimentos dos ciclos de vida e linhas de cuidado investigados. Em todos os grupos investigados, verificou-se que as UBS de maior porte apresentaram crescimento nos atendimentos entre 2018 e 2019, seguido de queda no período de 2019 para 2020. Já as UBS de menor porte apresentaram aumento entre os anos de 2018 e 2019, e posteriormente seguido de uma leve estacionariedade, e até mesmo, crescimento entre os anos de 2019 e 2020. **Conclusão:** Embora o reforço da equipe da ESF venha ser fornecido com o objetivo de ampliar o alcance das estratégias de saúde da família, continuar a priorizar o atendimento aos casos associados à síndrome respiratória do coronavírus 2 (SARS-CoV-2) prejudica a continuidade da prestação de serviços para populações vulneráveis, isso leva a um aumento significativo da doença e exacerbação de casos associados. Verificou-se que as pessoas mais atingidas pela epidemia são aquelas que necessitam de cuidados mais constantes da equipe por serem mais vulneráveis. Os achados evidenciaram a importância do desenvolvimento de estratégias que possibilitem a efetividade da APS, demonstrando a relevância da avaliação das

respostas frente às emergências de saúde e a necessidade da continuidade da oferta de serviços.

Palavras-chave: Hipertensão; Diabetes Mellitus; Gestantes, Crianças, Assistência à Saúde; Covid-19

ABSTRACT

Objective: analyze the prioritization of care in the fight against Covid-19 in relation to the systematic care of hypertensive patients, diabetics, pregnant women and children in the Primary Care of the Federal District. This research was based on Family Health Strategy teams on four Basic Health Units (UBS), located on two health regions with the most enrolled population. It was taken into account factors such as absenteeism, reorganization of services to care in cases of severe acute respiratory syndrome and patient exacerbation. **Methods:** a cross-sectional study that used secondary data from care provided to hypertensive, diabetic, pregnant women and children at UBS 02 and 10 in Samambaia (Southwest Health Region), and at UBS 12 and 18 in Ceilândia (West Health Region), in the Federal District, between 2018 and 2020. The sampling used a design that combined the stratification of two UBS in each of these regions: the UBS with the highest number of ESF teams and the UBS with less teams, then a comparison between the highest team coverage and the UBS with lower ESF coverage. The stratification also took place through the clipping of data related to the assistance provided to the groups considered in this study: hypertensive, diabetic, pregnant women and children. **Results:** The results showed a drop in the attendance of the life cycles and lines of care investigated. In all the groups investigated it was found that the larger UBS had an increase in attendance between 2018 and 2019, followed by a decrease in the period from 2019 to 2020. The smaller UBS, on the other hand, showed an increase between 2018 and 2019, later followed by a slight stagnation, and even a growth between the years 2019 and 2020. **Conclusion:** Although the reinforcement of the ESF teams was provided with the objective of expanding the reach of Family Health Strategies, the prioritization of care for cases associated with the respiratory syndrome Coronavirus (SARS-CoV-2) undermines the continuity of service provided to vulnerable populations, leading to a significant increase in the disease and in the number of associated cases. It was found that the people most affected by the epidemic are those who are more vulnerable, needing a continuous care from the team. The results highlighted the importance of developing strategies that enable the effectiveness of PHC, demonstrating the relevance of evaluating responses to health emergencies and the need for continuity in the provision of services

Keywords: Hypertension; Diabetes Mellitus; Pregnant women, Children, Health Assistance; Covid-19

1. INTRODUÇÃO

O mundo tem experimentado uma emergência de saúde pública², causada pela epidemia da COVID-19, originada pelo vírus SARS-CoV-2². Até a atualização de 17 de setembro de 2022, no mundo, o número de casos confirmados da Covid-19 chegou a mais de 608 milhões, com mais de 6 milhões e 500 mil óbitos registrados³ e no Brasil, no mesmo período, eram mais de 34 milhões e 500 mil casos confirmados, sendo, aproximadamente, mais de 685 mil óbitos³.

Com o objetivo de conter a disseminação da COVID-19, houve recomendação de mudanças de hábitos, como o distanciamento social, restrições de movimentação de pessoas pertencentes ao grupo de risco, restrições de viagens, fechamento de escolas, contenção de serviços, restrições de horários para comércios⁴ e até *lockdowns* em algumas cidades ou regiões, levando em conta os Planos de Contingência e o estabelecimento de emergências de saúde pública decretadas em várias localidades.

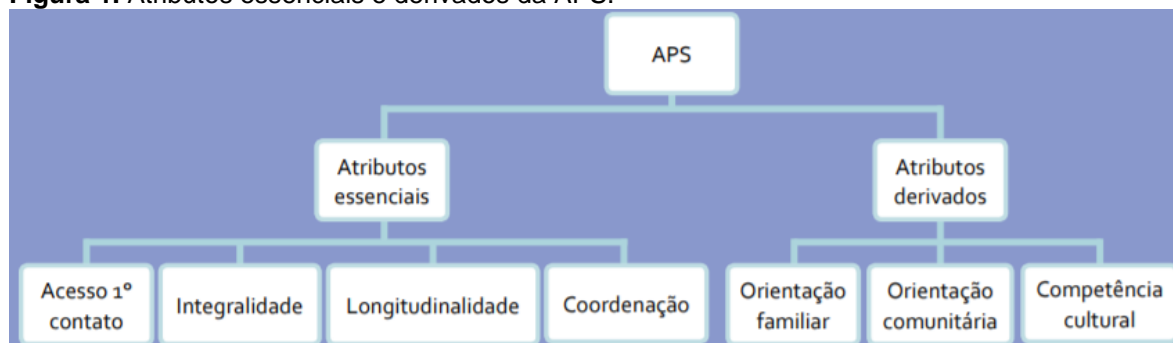
Destaca-se que a atual pandemia, compreendida desde sua perspectiva histórico-social, tem estabelecido uma das maiores crises humanitárias do século, gerando consequências desastrosas para a sociedade, entre as quais se incluem a sobrecarga dos sistemas de saúde em todos os países. Dessa forma, entende-se que o advento da pandemia agravou de sobremaneira uma crise de saúde já existente no Brasil, coincidindo com outras duas problemáticas em curso, a situação política e econômica da nação⁵.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, e se compõe de um conjunto de ações, em nível individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, a fim de desenvolver uma atenção integral que tenha um impacto positivo na situação de saúde dos indivíduos e das comunidades^{6,7}.

É considerada como o centro de comunicação com toda a rede de atenção, devendo ser norteadas pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade da atenção, atenção integral, responsabilização, humanização e equidade. Em outras palavras, funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo de serviços na rede de saúde, dos mais simples aos mais complexos^{6,7}.

Sobre a visão de Barbara Starfield⁸, os princípios gerais da APS são oferecer ações de saúde integradas e acessíveis de acordo com as necessidades locais, desenvolvidas por equipes multidisciplinares responsáveis por atender a grande maioria das necessidades de saúde individuais e coletivas, desenvolvendo uma parceria sustentada com as pessoas e comunidades. A mesma autora sintetiza os princípios da APS em quatro características ou atributos essenciais: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação. Também cita os três atributos derivados dela: família, comunidade e competência cultural^{9,10} (Figura 1).

Figura 1. Atributos essenciais e derivados da APS.



Fonte: STARFIELD⁸.

A consolidação da APS nas últimas décadas representa um dos avanços mais relevantes do SUS como política pública e sistema universal de saúde. Em relação a esta situação Pinto e Hartz apontam que^{9,10}:

“O Brasil se destaca no cenário mundial por oferecer um dos maiores sistemas públicos de cobertura universal do mundo, [...] baseado na Atenção Primária à Saúde. No país, a oferta de ações, serviços e procedimentos é desenvolvida por uma rede de unidades de APS (postos e centros de saúde, unidades de saúde familiar) de responsabilidade majoritariamente municipal. Nessa modalidade de prestação de serviços existiam até abril/2020, 47 mil estabelecimentos de saúde em praticamente todos os 5.570 municípios e no Distrito Federal”.

Este sucesso está ancorado no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), o principal modelo de atenção da APS. Assim, a significativa expansão e manutenção da cobertura da ESF nos últimos 20 anos provocou o aumento na oferta de cuidados e serviços e contribuiu para efeitos positivos importantes na saúde da população brasileira¹¹.

Nesse sentido, verificou-se uma questão motivadora de pesquisa, que se resume na seguinte pergunta-problema: *Qual é o impacto da Covid-19 no acompanhamento de pacientes hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças, na Atenção Primária de Saúde no Distrito Federal?*

A APS deve ser considerada como um pilar importante em situações de emergência^{12,13,14}, pois ela atende à maioria das necessidades de saúde da população e desempenha um papel fundamental na resposta resiliente a eventos pandêmicos, como por exemplo à Covid-19¹⁵. No caso, uma APS forte pode reduzir substancialmente a pressão sobre os sistemas de saúde, por meio da descentralização dos atendimentos, prevenção, detecção e monitoramento de sinais precoces de um surto, tratamento para casos menos complexos, encaminhamento dos casos graves para outras instâncias e dando continuidade aos cuidados de outras necessidades de saúde^{12,13,14}.

No Brasil, a APS recebe pacientes para triagem precoce e encaminha casos graves de Covid-19. Assim, indivíduos com sintomas semelhantes aos da gripe (febre, tosse, dor de garganta) são encaminhados para isolamento domiciliar, indicando retorno em caso de agravamento do quadro e aqueles com sinais de dificuldade respiratória, aumento da frequência respiratória ou que apresentem comorbidades, como diabetes e hipertensão, são encaminhados para atendimento especializado¹³. Da mesma forma, a APS também deve tomar conta dos problemas decorrentes das intervenções para a prevenção e controle da Covid-19 e da precariedade da vida social e econômica, como por exemplo, cuidar dos transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo e agravamento ou desenvolvimento de doenças crônicas, cujas consequências são difíceis de prever, exigindo cuidados longitudinais integrados¹⁴.

Assim, se faz necessário revisitar as proposições de ofertas e ações relevantes da APS e das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a fim de permitir o fortalecimento de ações concretas e de desenvolvimento de políticas de saúde que possam auxiliar a gestão em saúde do Distrito Federal no enfrentamento da pandemia da COVID-19. Nesse sentido, espera-se que os resultados deste trabalho possam identificar os pontos críticos mais específicos do contexto estudado, para que soluções sobre o acompanhamento à população sejam promovidas e, até certo ponto, melhoradas.

Dessa forma, os processos de trabalhos e a oferta de serviço da APS precisam ser preservadas mesmo em tempos de pandemia, até porque os números referente

óbitos e agravos de saúde decorrentes de doenças relacionadas à hipertensão, diabetes e falta de manejo adequado no pré-natal, representam prejuízos à saúde pública, o que exige readequação da APS e até um reordenamento da rede de saúde de forma que a APS seja efetiva no cumprimento de sua missão, evitando o risco de aprofundamento da crise da saúde pública a qual estamos inseridos^{3,4}. No entanto, a rede de APS também acaba sofrendo com a sobrecarga dos serviços de saúde perante uma situação de surto ou epidemia^{2,15}.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a priorização dos atendimentos no combate a COVID-19 em relação aos atendimentos sistemáticos de pacientes hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças na Atenção Primária do Distrito Federal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a priorização dos atendimentos no combate a Covid-19 em relação aos atendimentos sistemáticos de pacientes hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças na Atenção Primária do Distrito Federal em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo duas unidades com maiores coberturas de equipes ESF e duas com menores coberturas, das duas regiões de saúde com maiores populações adscritas, durante os anos de 2018, 2019 e 2020, levando em conta fatores como absenteísmo, reorganização dos serviços para atendimento aos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, e agudização de pacientes.

3. METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO E PERÍODO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa transversal, que analisou dados de 2018, 2019 e 2020 relacionados ao atendimento de pacientes hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças, assistidos em quatro UBS, localizadas em duas regiões de saúde do Distrito Federal com maiores densidades populacionais – região Oeste e região Sudoeste.

A amostragem utilizou um desenho que combinou a estratificação de duas UBS, em cada uma dessas regiões: uma UBS com o maior quantitativo de equipes ESF e uma UBS com a menor composição de equipes, sendo as UBS com maior cobertura de equipes comparadas com as UBS com menor cobertura da ESF. A estratificação também ocorreu por meio do recorte de dados relativos à assistência prestada aos grupos considerados neste estudo: hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças.

Os dados de composição das equipes, cobertura EsF e densidade populacional, referem-se ao cenário existente em abril de 2020. O objetivo da utilização desses dados nesse período foi identificar a capacidade instalada de oferta de serviços de saúde no momento mais crítico relacionado à pandemia.

Nesse cenário, a Região de Saúde Oeste, contava uma população adscrita de 618.589 habitantes, abarcando em seu território 24 (vinte e quatro) Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais, 17 (dezessete) encontravam-se instaladas na região administrativa de Ceilândia e 07 (sete) na região administrativa de Brazlândia, atuando na lógica da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Das unidades dessa região foram escolhidas as UBS 12 e UBS 18, ambas de Ceilândia, sendo a primeira com a maior cobertura de equipes de ESF (13 equipes) e a segunda, com a menor cobertura (01 equipe)¹⁶.

Já a Região de Saúde Sudoeste, com uma população adscrita de 792.962 habitantes, agrupa cinco Regiões Administrativas (Taguatinga, Samambaia, Recanto das Emas, Vicente Pires e Águas Claras. Das unidades dessa região foram escolhidas as UBS 02 e UBS 10, ambas de Samambaia, sendo a segunda com a maior cobertura de equipes ESF (10 equipes) e a primeira, com a menor cobertura (01 equipe)¹⁶.

Diante desse panorama, as UBS escolhidas dentro dos critérios estabelecidos neste estudo são descritas no Quadro 1.

Quadro 1. Unidades Básicas de Saúde selecionadas para o desenvolvimento da pesquisa

Região de Saúde	Unidade Básica de Saúde	Nº de equipes da estratégia saúde da família	Nº de indivíduos na população cadastrada	Nº de indivíduos da população estimada
Sudoeste	UBS 02 Samambaia	10	12.623	40.000
Sudoeste	UBS 10 Samambaia	1	2.310	4.000
Oeste	UBS 12 Ceilândia	13	25.691	52.000
Oeste	UBS 18 Ceilândia	1	4.450	4.000

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados Diretoria de Estratégia em Saúde da Família, da Coordenação de Atenção Primária, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – em setembro de 2021.

Os dados sobre os atendimentos à hipertensos e diabéticos foram coletados em setembro de 2021 e utilizou-se como fonte o sistema de informação e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), disponibilizado pela Coordenação de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Ademais, também foram coletados dados demográficos referentes às populações adscritas das quatro UBS, disponibilizados pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal.

Os dados referente aos atendimentos de Síndromes Gripais e Respiratórias, foram extraídos do *Painel Interativo de Registros de Casos de Síndromes Gripais (SG) no Âmbito da Atenção Primária no Distrito Federal, Brasil, 2020-2021*³⁵.

Os dados referente aos atendimentos de pacientes hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças na Atenção Primária do Distrito Federal foram extraídos do *Dashboard – Monitoramento da Carteira de Serviços da APS*³⁶.

Foram realizadas análises descritivas (frequência absoluta e relativa) para todas as variáveis do estudo, a saber: número de atendimentos à hipertensos, número

de atendimentos à diabéticos, número de Equipes de Saúde da Família, população adscrita, sexo, faixa etária, escolaridade, cor e trabalho e rendimento. Além das análises descritivas, para comparar a oferta de atendimentos antes e no início da pandemia no Distrito Federal, aplicou-se modelos de regressão linear de séries temporais interrompidas para avaliar o número de atendimentos de cada UBS ao longo do tempo. Estudos recentes têm demonstrado a validade de modelos de regressão linear múltipla para avaliação dos efeitos da pandemia de Covid-19^{17,18,19}.

Para cada modelo, foram incluídas as seguintes variáveis:

- Tempo ($T1$): número de meses, começando em janeiro de 2018, e terminando no mês de número 26, dezembro de 2020, e representa a tendência mensal geral da série, ajustada pelas demais variáveis.
- Tempo – 2018 ($T2$): a variável assume valor zero para datas que não pertencem ao ano de 2018, e valores entre 1 e 12 para cada mês do ano de 2018, e representa a tendência mensal para o ano de 2018, ajustada pelas demais variáveis.
- Tempo – 2019 ($T3$): a variável assume valor zero para datas que não pertencem ao ano de 2019, e valores entre 1 e 12 para cada mês do ano de 2019, e representa a tendência mensal para o ano de 2019, ajustada pelas demais variáveis.
- Tempo – Jan/Fev 2020 ($T4$): a variável assume valor zero para datas diferentes de janeiro ou fevereiro de 2020, e valores 1 e 2 para os dois primeiros meses de 2020. Representa a tendência mensal do ano de 2020 anterior à pandemia, ajustada pelas demais variáveis.
- Início da Pandemia (D): variável que assume valor zero em datas anteriores à março de 2020, e valor 1 a partir de março de 2020, e representa o efeito imediato (deslocamento vertical da reta estimada) estimado para a pandemia.
- Tempo – Pandemia ($T5$): variável que assume valor zero em datas anteriores à março de 2020, e valores entre 1 e 10 nos meses seguintes do ano de 2020.

Além destas variáveis, a equação do modelo também contém outros dois elementos:

- Intercepto da equação de regressão (β_0): representa o número de atendimentos quando todas as demais variáveis são iguais a zero. Neste caso, não tem interpretação prática, já que sempre a variável Tempo (T_1) assume valor diferente de zero, e serve apenas como valor base da equação.
- Erro aleatório (e): que quantifica a falha do modelo em relação ao ajuste dos dados.

A representação matemática desse modelo é, onde cada β (com exceção do β_0) representa a diferença entre a inclinação da linha anterior e a inclinação da linha após o tempo (T) referido: $Y = \beta_0 + \beta_1 T_1 + \beta_2 T_2 + \beta_3 T_3 + \beta_4 T_4 + \beta_5 D + \beta_6 T_5 + e$.

A estacionariedade das séries (condição em que média, variância e covariância permanecem constantes ao longo do tempo) foi verificada antes da aplicação dos modelos lineares, utilizando os testes de Augmented Dickey–Fuller (ADF), Phillips-Perron (PP) e Kwiatkowski–Phillips–Schmidt–Shin (KPSS). Para se comprovar a estacionariedade, ao menos um dos testes, ADF ou PP, deveria apresentar p-valor abaixo de 0,05, e o teste KPSS p-valor acima de 0,05. Para verificar a adequação do modelo linear aos dados, foi utilizado o teste de Durbin Watson, e, quando significativo, utilizou-se a correção de Cochrane-Orcutt para garantir a ausência de autocorrelação na série.

3.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo utilizou dados secundários e de livre acesso para a população, portanto, não foi necessária a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tendo em vista que a resolução CNS n. 510 / 2016, preconiza a desobrigação de apreciação ética para pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011;

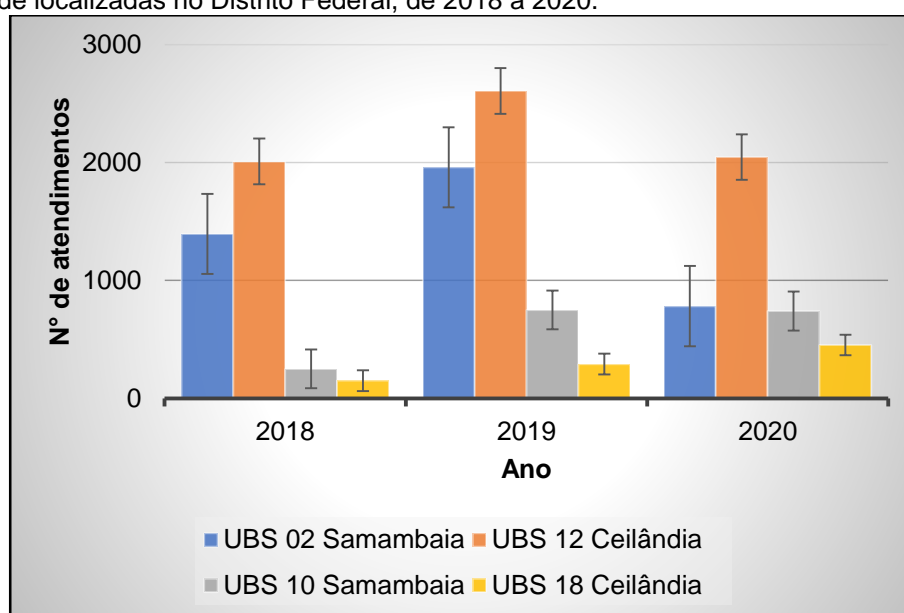
4. RESULTADOS

4.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL

Com relação aos atendimentos para hipertensos, verificou-se que a UBS 02 de Samambaia apresentou um crescimento de 41% nos atendimentos entre 2018 e 2019, no entanto, de 2019 para 2020, houve uma diminuição de 61%. Já a UBS 12 de Ceilândia apresentou um aumento de 30% entre os anos de 2018 e 2019, e posteriormente teve uma queda de 22% de 2019 para 2020 (Figura 2).

Observou-se ainda que na UBS 10 de Samambaia teve um aumento de 200% entre os anos de 2018 e 2019, seguido de um leve decréscimo em 2019-2020 (1%). A UBS 18 de Ceilândia teve crescimento de 94% entre os anos de 2018 e 2019 e incremento de 56% entre os anos de 2019 e 2020 (Figura 2).

Figura 2. Número de atendimentos para pacientes hipertensos desenvolvidos em quatro Unidades Básicas de Saúde localizadas no Distrito Federal, de 2018 a 2020.



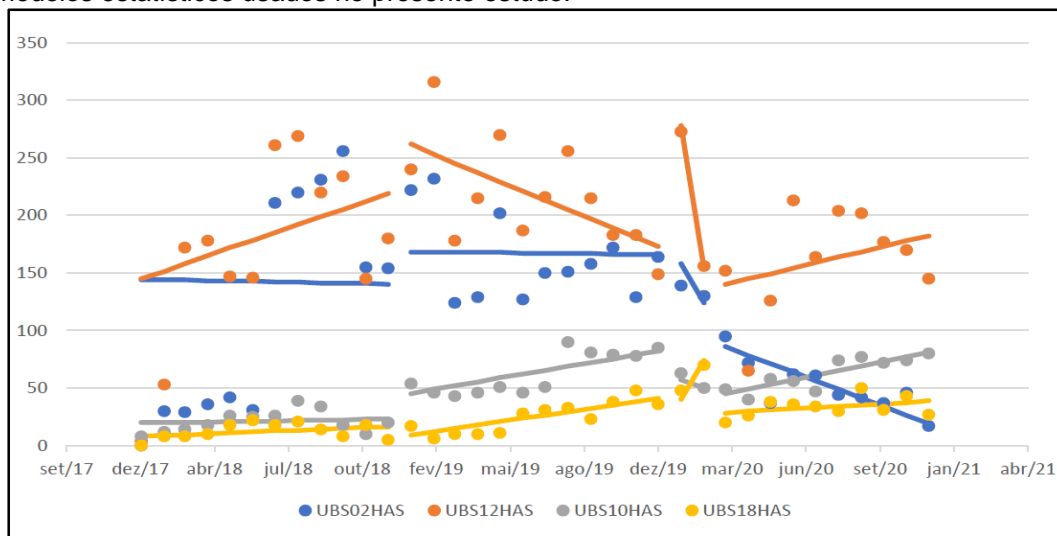
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do e-SUS Atenção Primária – Distrito Federal de setembro de 2021.

Considerando os atendimentos de hipertensos das 4 UBS, foram ajustados os seguintes modelos:

- Para a UBS 02, a condição de estacionariedade foi rejeitada pelos testes, e o modelo foi corrigido pelo método de Orcutt. Nenhuma das variáveis incluídas teve efeito significativo sobre a série.
- Para a UBS 10, a condição de estacionariedade foi rejeitada pelos testes, e o modelo foi corrigido pelo método de Orcutt. Foi significativo o efeito do tempo, indicando que existiu a tendência de aumento nos atendimentos ao longo do tempo para a série em geral. Foi significativo e negativo o efeito do tempo para o ano de 2018, indicando um decréscimo no efeito geral de tempo ao longo do ano de 2018.
- Para a UBS 12, a condição de estacionariedade foi rejeitada pelos testes, e o modelo foi corrigido pelo método de Orcutt. Foi significativo o efeito geral do tempo, indicando que a série mostrou tendência de aumento no número de atendimentos ao longo do tempo. Foi significativo e negativo o efeito do tempo para o ano de 2019, indicando que ao longo do ano de 2019 a tendência foi de diminuição no número de atendimentos ao longo dos meses. O mesmo ocorreu com o efeito de tempo para o início do ano de 2020, também negativo, indicando diminuição no número de atendimentos neste período. O efeito do início da pandemia também foi negativo e significativo, indicando diminuição imediata no número de atendimentos realizados ao longo do período de pandemia.
- Para a UBS 18, a condição de estacionariedade foi rejeitada pelos testes. Foi significativo e positivo o efeito do tempo para o ano de 2019, indicando que ao longo deste ano houve aumento no número de atendimentos da UBS. O mesmo ocorreu para o período de janeiro e fevereiro de 2020, no qual também houve aumento significativo do número de atendimentos.

Todos os modelos e efeitos citados podem ser observados na Figura 3, em que os pontos representam o número de atendimentos de pacientes hipertensos realizados mensalmente para cada UBS, e as linhas representam os modelos estatísticos estimados.

Figura 3. Relação entre o número de atendimentos de pacientes com hipertensão arterial realizados mensalmente para quatro Unidades Básicas de Saúde localizadas no Distrito Federal, de 2018 a 2020, e os modelos estatísticos usados no presente estudo.



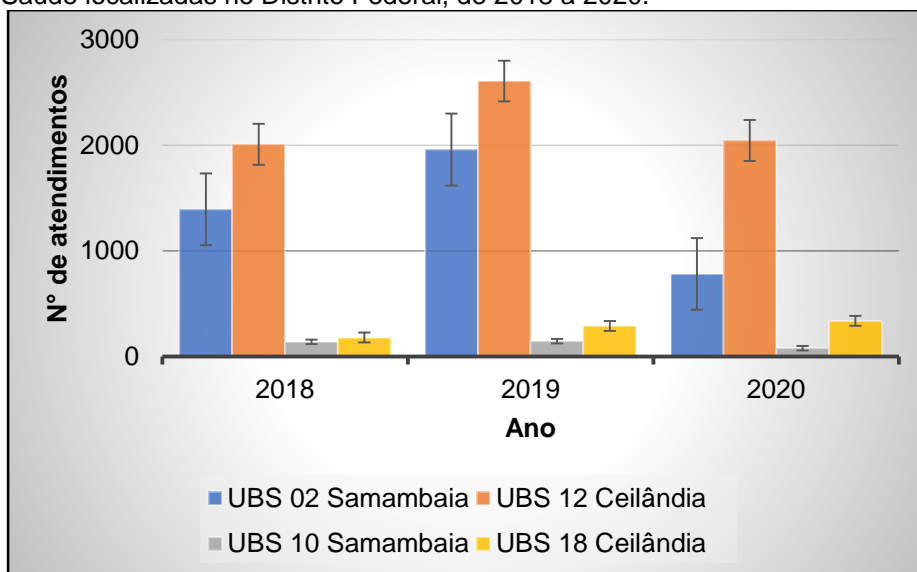
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do e-SUS Atenção Primária – Distrito Federal de setembro de 2021.

4.2 DIABETES MÉLITUS

Com relação aos pacientes diabéticos, pode destacar-se que a UBS 02 de Samambaia e a UBS 12 de Ceilândia apresentaram as mesmas características dos atendimentos para hipertensos (Figura 4).

Os dados da UBS 10 de Samambaia demonstraram um leve aumento entre os anos de 2018 e 2019 (5%), seguido de um decréscimo de 46% em 2019-2020. Na UBS 18 de Ceilândia, houve um crescimento de 62% entre os anos de 2018 e 2019, seguido de outro aumento de 16% em 2019-2020 (Figura 4).

Figura 4. Número de atendimentos para pacientes diabéticos desenvolvidos em quatro Unidades Básicas de Saúde localizadas no Distrito Federal, de 2018 a 2020.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do e-SUS Atenção Primária – Distrito Federal de setembro de 2021.

Considerando os atendimentos de pacientes com DM2 para as 4 UBS, foram ajustados os seguintes modelos:

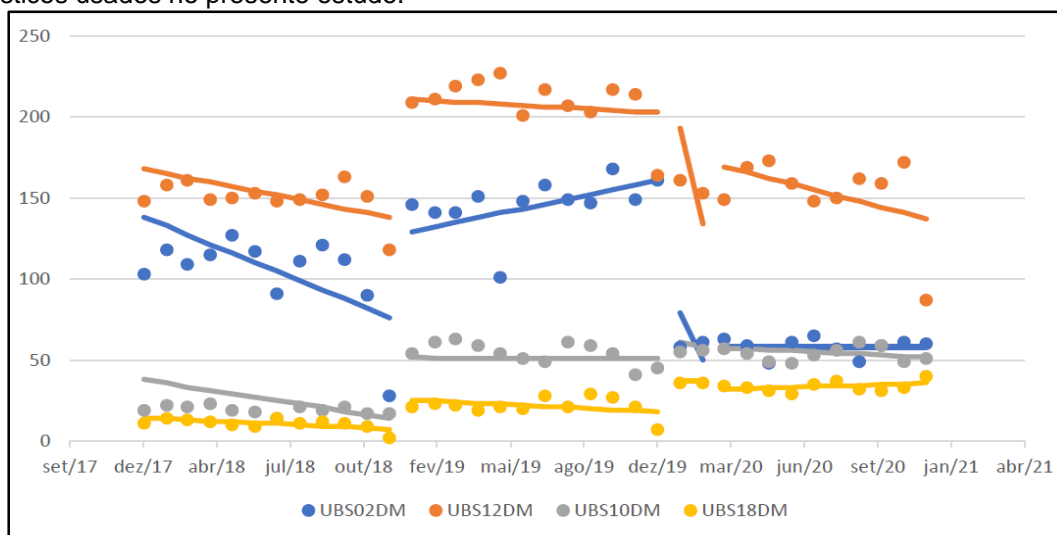
- Para a UBS 02, a condição de estacionariedade foi rejeitada pelos testes, e o modelo foi corrigido pelo método de Orcutt. Foi significativo o efeito do tempo no ano de 2018, indicando diminuição no número de atendimentos ao longo do ano. Foi significativo também, mas positivo, o efeito do tempo durante o ano de 2019, indicando aumento do número de atendimentos ao longo do ano.
- Para a UBS 10, a condição de estacionariedade foi rejeitada pelos testes, e o modelo foi corrigido pelo método de Orcutt. Foi significativo e negativo o efeito do tempo durante o ano de 2018, indicando diminuição no número de atendimentos ao longo do ano.
- Para a UBS 12, a condição de estacionariedade foi rejeitada pelos testes, e o modelo foi corrigido pelo método de Orcutt. O efeito geral de tempo significativo e positivo indicou tendência geral de aumento durante o período da série de atendimentos. Durante o ano de 2018, foi significativo e negativo o efeito do tempo, indicando diminuição no número de atendimentos ao longo do ano. O mesmo ocorreu durante o início do ano de 2020, em que houve também diminuição significativa do

número de atendimentos. Foi significativo o efeito do início da pandemia, indicando diminuição imediata do número de atendimentos após o mês de março de 2020, assim como o efeito do tempo durante a pandemia, que também indicou diminuição do número de atendimentos ao longo do tempo.

- Para a UBS 18, a condição de estacionariedade foi rejeitada pelos testes, e o modelo foi corrigido pelo método de Orcutt. Foi significativo o efeito geral de tempo, indicando tendência de aumento no número de atendimentos ao longo da série de modo geral. Foi significativo e negativo o efeito do tempo em 2018, indicando diminuição no número de atendimentos ao longo do ano, assim como no ano de 2019, em que o efeito também foi significativo e negativo.

Todos os modelos e efeitos citados podem ser observados na Figura 5, em que os pontos representam o número de atendimentos de pacientes com DM2 realizados mensalmente para cada UBS, e as linhas representam os modelos estatísticos estimados.

Figura 5. Relação entre o número de atendimentos de pacientes diabéticos realizados mensalmente para quatro Unidades Básicas de Saúde localizadas no Distrito Federal, de 2018 a 2020, e os modelos estatísticos usados no presente estudo.



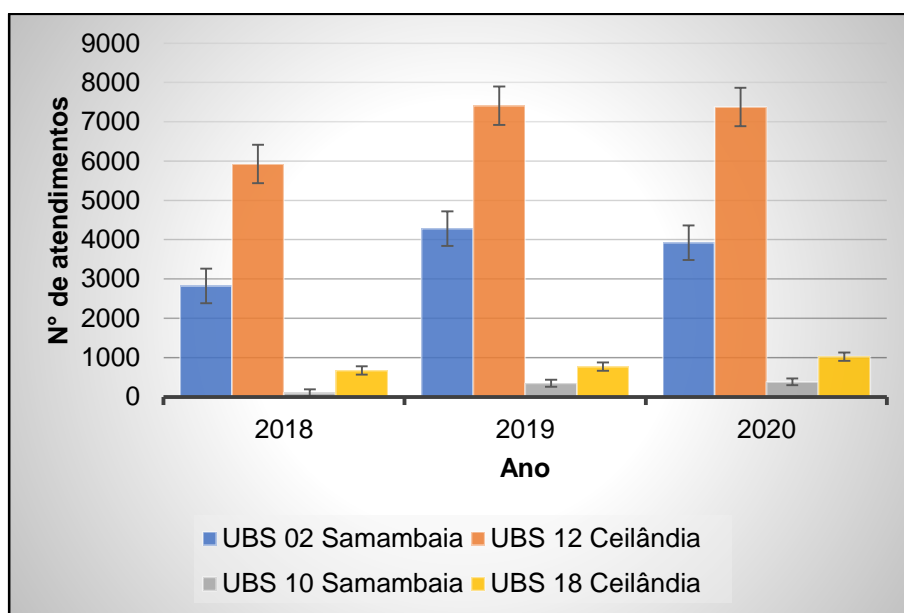
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do e-SUS Atenção Primária – Distrito Federal de setembro de 2021.

4.3 GESTANTES

Para as gestantes, destacou-se a UBS 02 de Samambaia com um aumento de 51% entre os anos de 2018 e 2019, passando de 2.822 para 4.284 atendimentos, seguido de uma leve queda de 9% em 2020. A UBS 12 de Ceilândia, apresentou um aumento de 25% entre os anos de 2018 e 2019, porém no período de 2019 a 2020, houve uma pequena queda de 1% (Figura 6).

Na UBS 10 de Samambaia houve um aumento de 248% entre os anos de 2018 e 2019, e de 10% em 2019-2020. A UBS 18 de Ceilândia teve um aumento de 15% entre 2018 e 2019, seguido de um aumento de 32% em 2019-2020 (Figura 6).

Figura 6. Número de atendimentos para pacientes gestantes desenvolvidos em quatro Unidades Básicas de Saúde localizadas no Distrito Federal, de 2018 a 2020.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do e-SUS Atenção Primária – Distrito Federal de setembro de 2021.

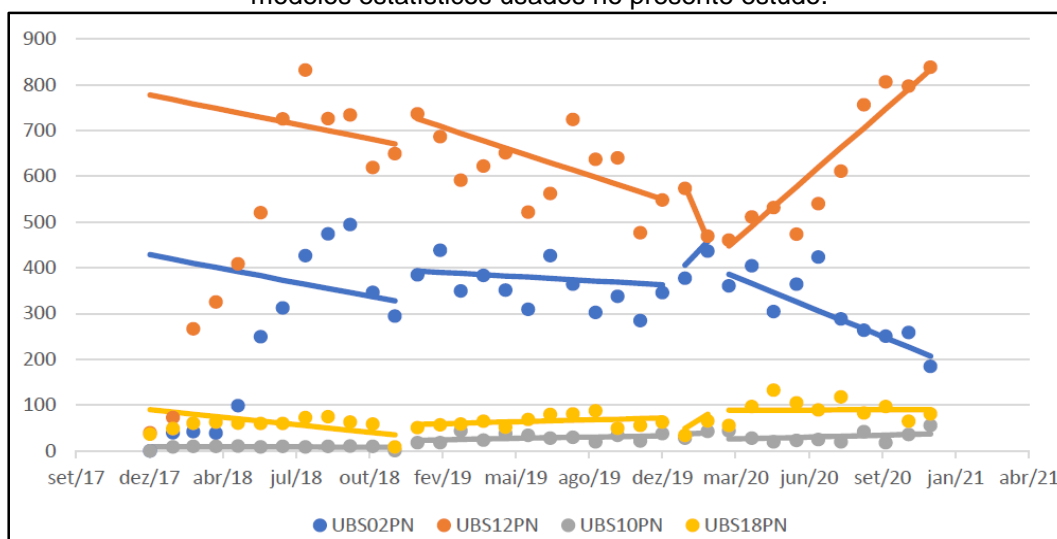
Considerando os atendimentos do pré-natal para as 4 UBS, foram ajustados os seguintes modelos:

- Para as UBS 02, 10 e 12 a condição de estacionariedade foi rejeitada pelos testes, e o modelo foi corrigido pelo método de Orcutt. Nenhuma das variáveis incluídas teve efeito significativo sobre a série.

- Para a UBS 18, a condição de estacionariedade foi rejeitada pelos testes, e o modelo foi corrigido pelo método de Orcutt. Foi significativo o efeito imediato do início da pandemia, indicando um aumento significativo no número de atendimentos realizados durante a pandemia, em relação à períodos anteriores.

Todos os modelos e efeitos citados podem ser observados na Figura 7, em que os pontos representam o número de atendimentos realizados mensalmente para cada UBS, e as linhas representam os modelos estimados.

Figura 7. Relação entre o número de atendimentos de pacientes gestantes realizados mensalmente para quatro Unidades Básicas de Saúde localizadas no Distrito Federal, de 2018 a 2020, e os modelos estatísticos usados no presente estudo.



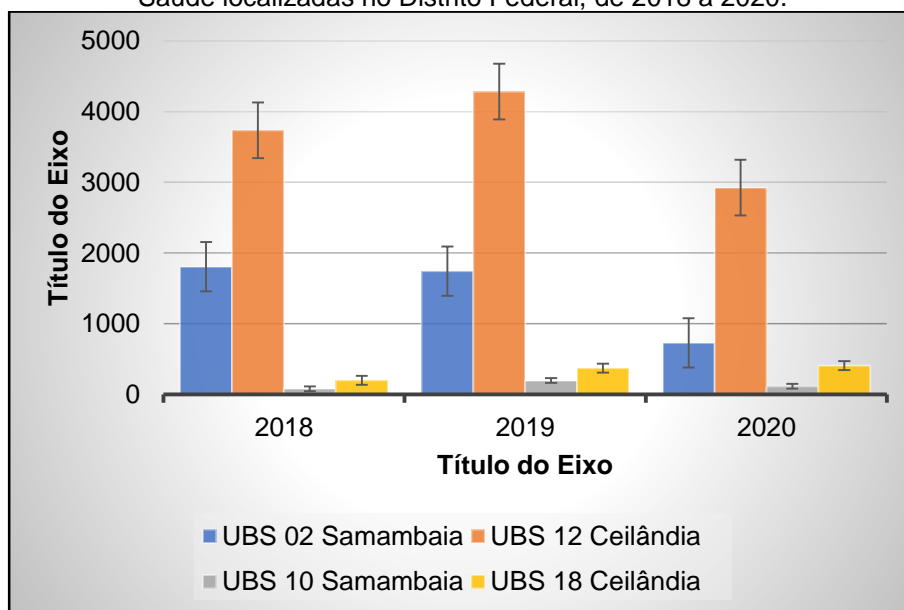
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do e-SUS Atenção Primária – Distrito Federal de setembro de 2021.

4.4 CRIANÇAS

Com relação ao atendimento da saúde da criança, a UBS 02 de Samambaia registrou uma leve queda de 4% entre os anos de 2018 e 2019, seguida de uma queda maior de 41% no final do período estudado. Já, a UBS 12 de Ceilândia teve um aumento de 13% entre os anos de 2018 e 2019, seguido de uma queda de 32% para 2020 (Figura 8).

A UBS 10 de Samambaia apresentou crescimento de 137% entre os anos de 2018 e 2019, e decréscimo de 41% entre 2019 e 2020. A UBS 18 de Ceilândia teve um crescimento de 83% entre 2018 e 2019, seguido de um leve acréscimo de 10% entre 2019 e 2020 (Figura 8).

Figura 8. Número de atendimentos para crianças desenvolvidos em quatro Unidades Básicas de Saúde localizadas no Distrito Federal, de 2018 a 2020.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do e-SUS Atenção Primária – Distrito Federal de setembro de 2021.

Considerando os atendimentos do CDC para as 4 UBS, foram ajustados os seguintes modelos:

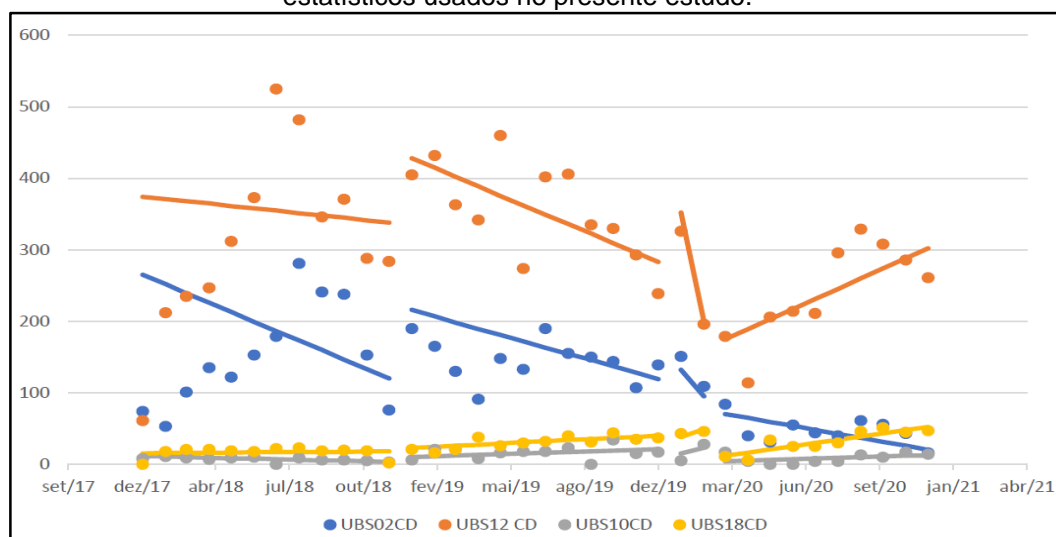
- Para a UBS 02, a condição de estacionariedade foi rejeitada pelos testes, e o modelo foi corrigido pelo método de Orcutt. Foi significativo o efeito do tempo para o ano de 2018, indicando um decréscimo significativo ao longo dos meses apenas no ano de 2018.
- Para a UBS 10, a série de número de atendimentos ao longo dos meses foi considerada estacionária, ou seja, sua média, variância e covariância se manteve ao longo do tempo. Nenhuma das variáveis incluídas teve efeito significativo.
- Para a UBS 12, a condição de estacionariedade foi rejeitada pelos testes, e o modelo foi corrigido pelo método de Orcutt. Foi significativo o efeito do tempo para o ano de 2019, indicando decréscimo no número de atendimentos ao longo do ano. O efeito do tempo para o início de 2020 também foi significativo e negativo, indicando também um decréscimo entre janeiro e fevereiro de 2020. Foi significativo também o efeito do início da pandemia, indicando que, de imediato, foi observado um decréscimo no número de atendimentos entre

março e dezembro do ano de 2020, mas o efeito do tempo neste período não foi significativo, indicando que este patamar mais baixo de atendimentos se manteve durante o período.

- Para a UBS 18, a condição de estacionariedade foi rejeitada pelos testes. Foi significativo o efeito do início da pandemia, indicando decréscimo imediato no número de atendimentos realizados. Foi significativo também o efeito do tempo ao longo da pandemia, indicando aumento significativo no número de atendimentos ao longo dos meses de março a dezembro de 2020.

Todos os modelos e efeitos citados podem ser observados na Figura 9, em que os pontos representam o número de atendimentos realizados mensalmente para cada UBS, e as linhas representam os modelos estimados.

Figura 9. Relação entre o número de atendimentos de crianças realizados mensalmente para quatro Unidades Básicas de Saúde localizadas no Distrito Federal, de 2018 a 2020, e os modelos estatísticos usados no presente estudo.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do e-SUS Atenção Primária – Distrito Federal de setembro de 2021.

Tendo esse conjunto de dados e considerando os atendimentos totais das 4 UBS, foram ajustados os seguintes modelos:

- Para a UBS 02, a condição de estacionariedade foi rejeitada pelos testes, e o modelo foi corrigido pelo método de Orcutt. Foi significativo o efeito do tempo ao longo da pandemia, indicando diminuição no número de atendimentos entre março e dezembro de 2020.

- Para a UBS 10, a condição de estacionariedade foi rejeitada pelos testes. Nenhuma das variáveis incluídas teve efeito significativo sobre o número de atendimentos ao longo do tempo.
- Para a UBS 12, a condição de estacionariedade foi rejeitada pelos testes, e o modelo foi corrigido pelo método de Orcutt. Foi significativo o efeito do tempo ao longo do ano de 2019, indicando diminuição no número de atendimentos com o passar dos meses deste ano. O mesmo ocorreu com o início do ano de 2020, onde também foi observada diminuição no número de atendimentos. Foi significativo o efeito imediato do início da pandemia, que também foi associado à diminuição no número de atendimentos durante o período da pandemia.
- Para a UBS 18, a condição de estacionariedade foi rejeitada pelos testes, e o modelo foi corrigido pelo método de Orcutt. Foi significativo apenas o efeito do tempo durante o ano de 2018, no qual ocorreu diminuição do número de atendimentos ao longo dos meses.

5. DISCUSSÃO

Neste estudo, de forma geral, os resultados relacionados às UBS com maior cobertura (UBS 02 Samambaia e UBS 12 Ceilândia) mostraram diminuição nos indicadores de atendimentos relacionados aos ciclos de vida (criança e gestante) e as linhas de cuidado (hipertensão e diabetes) investigados, quando comparados os anos 2018-2019 (antes da pandemia) e 2020 (durante a pandemia). Estes resultados concordam com as conclusões do trabalho de Coma e colaboradores²⁰, que afirmam que a pandemia de COVID-19 e as medidas de prevenção e controle relacionadas à contenção do vírus, reduziram significativamente os resultados dos indicadores de acompanhamento, controle, rastreamento e vacinação de pacientes na atenção primária em Catalunha (Espanha).

Essas reduções provavelmente estão relacionadas ao contexto da situação excepcional vivida durante o ano de 2020 no Distrito Federal, onde houve alta incidência de casos de COVID-19 que requeriam atendimento prioritário no SUS e, por outro lado, devido às recomendações do Governo Federal e Estadual, no qual desaconselhavam os traslados dentro da cidade.^{21,22,23}

Entre as UBS com menor cobertura (UBS 10 Samambaia e UBS 18 Ceilândia), com apenas uma equipe da ESF, o início da pandemia não apresentou queda nos cuidados de promoção e prevenção, o que pode indicar maior vínculo com a comunidade. Para a UBS 10, nenhuma das variáveis incluídas teve efeito significativo sobre o número de atendimentos ao longo do tempo. Já para a UBS 18 apenas observou-se o efeito do tempo durante o ano de 2018, no qual ocorreu diminuição do número de atendimentos ao longo dos meses.

Dessa forma, pode se mencionar que as tendências significativas apresentadas pelo modelo para os anos de 2018, 2019, podem estar diretamente relacionadas ao planejamento e gestão do serviço da APS, enquanto os resultados estatisticamente significativos para o tempo de início da pandemia referem-se aos efeitos dela nos atendimentos analisados. Os resultados não significativos apontam que os efeitos da pandemia conforme o tempo seriam imprevisíveis e aleatórios, ou seja, poderiam tanto ser crescentes como decrescentes.

Neste estudo, a queda no atendimento de Crescimento e Desenvolvimento, Hipertensão e Diabetes foi maior do que a queda apresentada no atendimento às

gestantes em pré-natal. Infere-se que, os pacientes mais idosos ou mais jovens tenderam a evitar sair de casa durante a pandemia, por fazerem parte do grupo de risco. Outra possível explicação é o fato das Unidades Básicas terem diminuído agenda das equipes para atendimento desses pacientes, tendo em vista a priorização do atendimento aos pacientes sintomáticos respiratórios.

Outra percepção é no sentido de que as gestantes, por receio de complicações no parto devido à falta de um pré-natal adequado, buscaram mais às Equipes, mesmo diante da pandemia e dos serviços restritos nas Unidades Básicas.

O quadro para a Atenção Primária no Distrito Federal mostra-se desolador, quando levamos em conta a baixa cobertura, o alto absenteísmo, o momento pandêmico que estamos vivendo, tendo a APS como porta de entrada dos usuários sintomáticos respiratórios, aliado às restrições na oferta de serviços da Carteira de Serviços da APS, que define quais as ações e serviços que deverão ser disponibilizados aos usuários nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Federal.²⁴

No quesito “Incidência de casos de Covid-19 por 100 mil habitantes”, dentro da região Centro-oeste, dados de setembro de 2022 mostram que o Distrito Federal lidera disparado com 27.808, superando o segundo colocado, Goiás, com seus 24.133 e superando, ainda, a média nacional que é de 16.460 infectados a cada cem mil habitantes. Os números relacionados ao quesito “Mortalidade por Covid-19 a cada 100 mil habitantes” coloca o Distrito Federal na vice-liderança regional com seu índice em 392, superando a média nacional que é de 326²⁵

No cenário apresentado sabe-se que a pandemia da COVID-19 tem causado impactos econômicos e sanitários na forma como a sociedade tem se organizado, assim como na oferta de serviços de saúde para a população com maior vulnerabilidade^{2,3,4}.

A rede pública de saúde do Distrito Federal conta com 593 equipes de Estratégia Saúde da Família²⁵ para população estimada em 3.055.149 habitantes, segundo dados do IBGE para o ano de 2020²⁷, ou seja, uma cobertura populacional de 72%, o que seria um número razoável se não levar em conta outros fatores.

O primeiro fator a ser considerado trata da composição das equipes – chamado de equipes consistidas. Segundo preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)²⁸, a ESF deve ser constituída minimamente por médico, enfermeiro,

cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Na falta de um dos profissionais pode haver comprometimento da eficácia das ações da equipe. Segundo o Painel de força de trabalho da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal²⁹, são registrados 520 profissionais da carreira de Médicos de Família ou Mais Médicos pelo Brasil durante a pandemia. Levando em conta que o Distrito Federal tem 593 equipes ESF, existe um déficit de 73 médicos para composição das equipes já existentes, com isso podemos afirmar que existiam durante a pandemia, 73 equipes inconsistentes no Distrito Federal.

Quando considera-se que essas equipes inconsistentes de profissionais médicos não conseguem oferecer cobertura total de sua área adscrita, entende-se que essa cobertura de 72% não é real. Se for levado em conta apenas as 520 equipes consistentes, percebe-se que a capacidade de provisão pela Atenção Básica passa a ser de 63, o que significa que, a cada 10 pessoas no Distrito Federal, 04 não possuem acesso aos serviços da Atenção Primária.

O segundo fator, aponta o índice de absenteísmo dos servidores. Segundo o Relatório com o perfil do Absenteísmo-doença dos servidores públicos estatutários do Governo do Distrito Federal³⁰, o índice de afastamento de servidores da Secretaria de Estado de Saúde para Licença Médica foi de 25,85% no ano de 2019, e em 2020, após o início da pandemia, esse número chegou a 36%.

O Distrito Federal deveria oferecer uma Carteira de Serviços de Atenção Primária para 10 pacientes de cada 10 usuários, em cumprimento ao princípio de universalidade do SUS e da garantia constitucional do direito à saúde, mas oferece equipes de saúde para 07 pacientes de cada 10, e, só oferece atendimento médico para cada 06 pacientes de cada 10. Quando isso é somado ao índice de absenteísmo de 36% sobre uma cobertura de 63%, chega-se à conclusão que o Distrito Federal oferece cerca de 40% de cobertura de Atenção Primária, ou seja, apenas 04 pacientes de cada 10 usuários do Sistema Único de Saúde conseguem ser atendidos.

Esse modelo atual de baixa cobertura da Estratégia de Saúde da Família, gera vazios assistenciais, populações sem o devido acompanhamento, fazendo com que essa clientela não coberta agudize e, ao procurar as Unidades Básicas de Saúde que não possuam uma equipe definida para sua área adscrita, tenha o seu atendimento comprometido, uma vez que as equipes acabam voltadas ao pronto atendimento e

aos casos agudos, diminuindo em muito os serviços de promoção e prevenção de saúde.

As ESF, além da baixa cobertura, enfrentam ainda outros entraves, como a centralização de esforços na porta de entrada para os casos associados à COVID-19, em detrimento da continuidade de oferta de serviços a uma população vulnerável⁶, o que gera um modelo que está voltado predominantemente às condições agudas, e que atua de forma reativa, podendo colaborar com o crescimento das condições crônicas, bem como, contribuir com a superlotação das emergências dos hospitais.

De acordo com a Nota Técnica N.º 5/2020³¹, que traz definições de níveis de resposta para manutenção da capacidade de oferta eficiente de serviços essenciais da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal no contexto da Covid-19:

Não obstante o desafio de se reorganizar para enfrentar a pandemia, ainda se tem a necessidade de compatibilizar o funcionamento de diversos serviços essenciais que, se suspensos, podem impactar na condição de saúde do usuário ou aumentar a demanda por serviços de urgência e emergência, como a imunização, dispensação de medicamentos, consultas de crescimento e desenvolvimento infantil, pré-natal, atenção à saúde do idoso, acompanhamento de pessoas com doenças crônicas e cuidados em saúde mental.³¹

Nesse sentido, foram elencados quatro níveis de resposta: NÍVEL 0, NÍVEL 1, NÍVEL 2 e NÍVEL 3, onde cada nível é baseado na avaliação do risco de colapso da capacidade de atendimento da UBS e o seu impacto sobre a prestação dos demais serviços ofertados³¹.

O absenteísmo dos profissionais que realizam atendimento clínico revela-se um ponto importante nesse complexo quadro de tomada de decisões gerenciais, uma vez que o Plano de Contingência do Distrito Federal para Infecção Humana pelo novo Coronavírus orientou o afastamento assistencial de profissional de saúde em grupo de risco (idade igual ou superior a 60 anos, portadores de cardiopatias graves ou descompensadas, de pneumopatias graves ou descompensadas, de imunodepressão, de doenças renais crônicas em estágio avançado, portadores de diabetes mellitus, portadores de doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica, e as servidoras em gestação de alto risco.³²

A diferença entre cada nível de resposta perpassa por ações decisórias que vão desde reorganização de escalas e de processos de trabalho, passando pela supressão da oferta da carteira da APS, priorizando pacientes estratificados como de

alto risco, podendo chegar até ao remanejamento de servidores para as UBS com maior pressão assistencial e, se necessário, fechamento temporário de serviços.^{31,32}

Paralelo a essa orientação de reordenamento da APS, foi publicada a Nota Técnica de Diretrizes de Apoio Clínico e Organizacional para a APS no enfrentamento à Covid-19^{31,32,33}, que estabelece a APS como a porta de entrada preferencial para os usuários com sintomas respiratórios com ou sem sinais de gravidade. Dentro desse panorama as UBS de todo Distrito Federal deveriam se organizar para melhoria do acesso e da qualidade no contexto da pandemia, fazendo reserva de áreas específicas, para acomodar e atender os Usuários com Sintomas Respiratórios (USR), que são acolhidos após à triagem na entrada da unidade, prestando atendimento aos casos suspeitos/confirmados no modelo *fast-track* de forma colaborativa e integrada entre todas as equipes e profissionais da UBS com envolvimento de todos os profissionais e equipes no processo de trabalho de forma pactuada. E ainda, adequação das agendas, para que sejam garantidos o atendimento de casos suspeitos e outras demandas prioritárias e atendimento e monitoramento remoto (teleatendimento, teleorientação e telemonitoramento)³³.

Diante dessa reorganização, a Secretaria de Estado de saúde do Distrito Federal, por meio da publicação do Plano de Contingência³² definiu a instalação de equipes de atendimento e um fluxo para usuários com Síndrome Gripal na UBS, com organização da escala de profissionais da APS para o atendimento de USR, em turnos de 4-6 horas, de um médico e/ou enfermeiro que, nesse período, atenderiam exclusivamente na sala de atendimento aos USR. E ainda, todos os grupos e os atendimentos coletivos presenciais na APS (independentemente de serem realizados em ambiente fechado ou aberto) deveriam se manter suspensos, com exceção dos realizados virtualmente, com garantia da segurança e da qualidade.

Diante disso, as regiões de saúde mantiveram um número considerável de profissionais de saúde alocados no atendimento direto aos casos de Covid-19. A região Oeste disponibilizou 1.062 servidores, desses, 125 enfermeiros e 63 médicos. Já a região Sudoeste disponibilizou 1.612 servidores, desses, 242 enfermeiros e 123 médicos^{32,33}.

Por fim, num momento em que o Distrito Federal alcançou níveis alarmantes de números de casos confirmados de COVID-19, a Secretaria de Estado de Saúde lançou o apêndice “Carteira de Serviços Essenciais para Atenção Primária”³⁴ em

complementação ao Plano Emergencial de Mobilização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Segundo esse apêndice, houve uma recomendação de que as UBS mantivessem uma carteira mínima que compreendesse apenas a vacinação, a antropometria, e a identificação de risco no crescimento e/ou desenvolvimento da criança, com priorização da 1ª consulta de 7 a 10 dias após o nascimento.

Na saúde da mulher, foi definido a priorização da realização de 6 consultas no pré-natal e a oferta ampliada de métodos contraceptivos efetivos. E para os pacientes com doenças crônicas mal controladas, com autocuidado insuficiente e/ou com alto risco de complicações, a priorização se daria apenas para o DM descompensado e/ou com HbA1c > 9,0%, e o HAS com PAS > 160 ou PAD > 100. Ainda, o documento sugeriu suspensão temporária de atividades coletivas, atividades de rastreamento de câncer de colo do útero e câncer de mama, e outros atendimentos de rotina. Tudo isso para dar conta do atendimento aos pacientes com síndrome respiratória aguda, suspeitos de infecção por Covid-19, diante de um poder de atuação já limitado da Atenção Primária no Distrito Federal.³⁴

6. CONCLUSÕES

Os resultados mostraram queda nos atendimentos dos ciclos de vida e linhas de cuidado investigados, nas maiores UBS, após o início da pandemia no ano de 2020. Entre as UBS de menor porte, com apenas uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família, o início da pandemia não apresentou queda no atendimento de promoção e prevenção, o que pode indicar maior vinculação com a comunidade. Já entre as Unidades com maiores números de equipes, a queda do atendimento dessas linhas de cuidado foi perceptível após o início da pandemia.

Percebe-se que as pessoas mais afetadas pelas consequências da epidemia são aquelas que mais necessitariam de um atendimento constante das Equipes, por serem mais vulneráveis. O presente estudo traz esses achados ao mostrar que a chance de obter atendimento nas Unidades Básicas, durante a epidemia, foi menor para crianças, hipertensos e diabéticos.

A epidemia da COVID-19, expôs a vulnerabilidade desses/as usuários/as, manifestada pela queda dos atendimentos oferecidos. Mas, usuários/as geralmente mais idosos/as apresentam vulnerabilidade maior, pois muitas vezes devido à complexidade dos problemas clínicos, torna-se necessário múltiplos agentes terapêuticos (polifarmácia) que são fatores inerentes ao envelhecimento e que os colocam diante do fechamento de portas tanto aos/às usuários/as com hipertensão, quanto com diabetes.

Os achados deste estudo chamam a atenção para a importância da continuidade de políticas públicas que venham garantir atendimento adequado e persistente para as populações mais vulneráveis, principalmente as crianças, mulheres e idosos/as, pessoas com hipertensão e diabetes.

O enfrentamento dessa emergência de saúde pública, causada pela epidemia da COVID-19 atrelado ao papel da APS como mantenedora e ordenadora do cuidado dos pacientes crônicos pressupõe mudanças relevantes na oferta dos serviços de saúde e na reorganização da APS nesse momento de pandemia.

Ao reassumir os princípios da sua vocação como ordenadora do cuidado de pacientes hipertensos, diabéticos e grávidas, a APS amplia a sua efetividade, mantendo o acesso aos cuidados de saúde para outros agravos, através da

continuidade de ações preventivas e o acompanhamento de pacientes crônicos e grupos prioritários. A diminuição da oferta dessas atividades por períodos tão longos, resulta na agudização das condições de saúde da população e gera aumento no número de atendimentos realizados nos hospitais devido a doenças relacionadas a essa agudização, como infarto agudo do miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, óbitos maternos relacionados a um pré-natal inadequado, dentre outros.

Ainda que seja ofertado aumento no número de equipes ESF, com o objetivo de ampliar a cobertura da Estratégia em saúde da Família, permanecer nesse caminho de priorizar na porta de entrada o atendimento aos casos associados à síndrome respiratória do coronavírus 2 (SARS-CoV-2), em detrimento da continuidade de oferta de serviços a uma população vulnerável resultará no aumento significativo de agravos de doenças e agudização dos casos a elas relacionadas.

A capacidade do nosso sistema de saúde em realizar promoção e prevenção nesta pandemia dependerá não apenas da expansão da Estratégia em saúde da Família, com ampliação da sua cobertura, mas também da reorganização dos processos de trabalho da Atenção Primária para garantir o acesso dessa população vulnerável à oferta de promoção e prevenção de saúde, a manutenção das linhas de cuidado para outros agravos e o cumprimento do número consultas preconizadas em protocolos do Ministério da Saúde para os/as usuários/as com hipertensão, diabetes, crianças em crescimento e desenvolvimento e gestantes.

Intervenções preventivas e medidas de reorganização dos processos de trabalho precisam ser implementadas, tendo em vista a necessidade de continuidade da prestação de serviços para essas populações vulneráveis. Sugere-se, com o objetivo de melhorar as questões relacionadas ao atendimento dessa população que sejam criados espaços para escuta clínica ativa e qualificada desses pacientes.

Sugere-se, ainda, que haja manutenção do número de consultas preconizadas em protocolos do Ministério da Saúde para esses ciclos de vida e linhas de cuidado, bem como, manutenção das atividades dedicadas a promoção e prevenção da saúde, orientações continuadas sobre prevenção de hipertensão e diabetes, manutenção das consultas regulares de rotinas de pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil com consultas regulares.

Importante também mencionar a necessidade de discutirmos o conceito de equipes “inconsistentes”, uma vez que, percebe-se que há uma visão *medicalocentrica*

do cuidado, mesmo que não-intencional, em que centra toda a atuação da equipe – que na vida real é multidisciplinar – nos personagens médicos. Mesmo cientes de que a equipe de enfermagem e de Agentes Comunitários de Saúde representam a maior força de trabalho do Sistema Único de Saúde e que apresentam maior sujeição a uma alta carga viral no contato com os pacientes, mesmo assim, acabam sendo legados à segundo plano quando são feitos “arranjos” nas equipes para mantê-las classificadas como “consistidas”, mesmo quando não há presença de todos esses profissionais em número e formato adequado. O que não acontece quando há falta de profissionais médicos.

Outra sugestão passa pela necessidade de repensarmos a forma de seleção, os critérios exigidos e a capacitação permanente de profissionais gestores que desenvolvam cargos relacionados à direção, gerenciamento e chefias na Atenção Primária à Saúde e, principalmente, nas Unidades Básicas de Saúde. Esses profissionais elaboram e executam políticas públicas de saúde nos seus ambientes de trabalho. Intervenções políticas e nomeações com o intuito apenas de favorecer complementação salarial a profissionais sem o devido conhecimento técnico, experiência ou capacidade de gestão e liderança, promove um verdadeiro desmonte do sistema de saúde, agravando ainda mais a crise de saúde pública em que estamos vivendo.

É importante se comparar esses achados entre os anos para verificar se os efeitos da pandemia realmente se diferem dos perfis de atendimento dos anos anteriores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Orientação do Programa de Pós-graduação de CTS: Referências de acordo com as normas Vancouver (consultar http://www.bce.unb.br/index.php?option=com_content&view=article&id=53&Itemid=43)
2. Rasool A, Ishfaq S, Uqab B. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Outbreak in China: From Local Epidemics to Global Pandemics. SSRN Electron J. 2020 Mar 24;
3. WHO Coronavirus Disease (Covid-19) Dashboard - <https://covid19.who.int/> (acessado em 14/setembro/2022).
4. Wu D, Wu T, Liu Q, Yang Z. The SARS-CoV-2 outbreak: What we know. Int J Infect Dis. 2020 May 1;94:44–8.
5. Meng L, Hua F, Bian Z. Coronavirus Disease 2019 (C Covid-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. J Dent Res [Internet]. 2020 May 12 [cited 2020 May 29];99(5):481–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32162995>
6. Mendes EV. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde, editor. Brasília; 2011.
7. Sellera PEG, Pedebos LA, Harzheim E, Medeiros OL de, Ramos LG, Martins C, et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. Cien Saude Colet [Internet]. 2020 Apr 6 [cited 2021 Aug 23];25(4):1401–12. Available from: <http://www.scielo.br/j/csc/a/NCfvbHp8bjTnGZvFq6mNsYS/?lang=pt>
8. STARFIELD B. Primary care: balancing health needs, services and technology. UK: Oxford University Press; 1998.
9. Pinto LF, Hartz ZM de A. Experiências em atenção primária em 25 anos da Revista Ciência & Saúde Coletiva: uma revisão de literatura. Cien Saude Colet [Internet]. 2020 Dec 4 [cited 2021 Aug 24];25(12):4917–32. Available from: <http://www.scielo.br/j/csc/a/HNCs4hmbmtG4QYpsrdPYYH/?lang=pt>
10. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saúde e Soc. 2011;20:867–74.
11. Universidade Federal de São Paulo. Pró-Reitoria de Extensão. Atenção Primária à Saúde e Política Nacional de Atenção Básica. Em Saúde da Família [Internet]. 2015 [cited 2021 Aug 23]. Available from: <http://www.unasus.unifesp.br>
12. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Quality of Primary Health Care in Brazil: advances, challenges and perspectives. Saúde em Debate [Internet]. 2018 Sep

[cited 2021 Aug 23];42(spe1):208–23. Available from: <https://orcid>.

13. Dunlop C, Howe A, Li D, Allen LN. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2021 Sep 23];4(1). Available from: <https://bjgpopen.org/content/4/1/bjgpopen20X101041>
14. Sarti T, Lazarini W, Fontenelle L, Almeida A. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19? *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2020 Apr 27 [cited 2021 Sep 23];29(2):e2020166. Available from: <http://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/?lang=pt>
15. Correa VN, Maia IM, Pereira MM da S, Martins IRR. A atuação da Atenção Primária à Saúde na pandemia do Covid-19. *Rev APS* [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 23];23(2):72–3. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/33531>
16. PLANO DISTRITAL DE SAÚDE 2020-2023 - https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/02/2020_06_01_PDS-2020-2023_Aprovada_CSDF_v_publicizada.pdf (acessado em 16/agosto/2022)
17. PM G, JC B, CM S. A longitudinal study of the health status of a community of religious sisters: addressing the advantages, challenges, and limitations. *Res Gerontol Nurs* [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2021 Aug 24];8(2):77–84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25860013/>
18. Ogundokun R, Lukman A, Kibria G, Awotunde J, Aladeitan B. Predictive modelling of Covid-19 confirmed cases in Nigeria. *Infect Dis Model*. 2020 Jan 1;5:543–8.
19. Liang L-L, Tseng C-H, Ho HJ, Wu C-Y. Covid-19 mortality is negatively associated with test number and government effectiveness. *Sci Reports* 2020 101 [Internet]. 2020 Jul 24 [cited 2021 Sep 25];10(1):1–7. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-020-68862-x>
20. Coma E, Mora N, Méndez L, Benítez M, Hermosilla E, Fàbregas M, et al. Primary care in the time of Covid-19: Monitoring the effect of the pandemic and the lockdown measures on 34 quality of care indicators calculated for 288 primary care practices covering about 6 million people in Catalonia. *BMC Fam Pract*. 2020 Oct 10;21(1).
21. Estrela, F.M.,Silva, K. K. A.,Cruz, M. A. G. & Pereira, N.(2020).Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2020; 30 (2),1-5. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000200314&lng=en&nrm=isso.
22. Dias, E.G. & Ribeiro, D. R. S. V. (2020). Manejo do cuidado e a educação em saúde na atenção básica na pandemia do Coronavírus. *J. Nurs. Health*,

10(4)e20104020.https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19092/11688.

23. Medina, M. G., Giovanella, L., Bousquat, A.E.M.,Mendonça,M.H.M., Aquino,R.(2020). Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. Cad. Saúde Pública,36(8).http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000800502&lng=en&nrm=isso
24. Carteira de Serviços de Atenção Primária à Saude do DF - https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/90810/Carteira-de-Servic%CC%A7os-Versa%CC%83o-Lanc%CC%A7amento-PDF.pdf (acessado em 14/setembro/2022).
25. Painel Coronavírus Brasil - https://covid.saude.gov.br/ (acessado em 20/setembro/2022).
26. Número de equipes - http://www.saude.df.gov.br/atencao-primaria-se-mobiliza-para-ampliar-apoio-estrategico-no-enfrentamento-a-pandemia/ (acessado em 14/abril/2021)
27. Panorama populacional - https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/panorama (acessado em 13/abril/2021)
28. PNAB - Política Nacional de Atenção Básica - http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf (acessado em 14/abril/2021)
29. Gestão de pessoa Força de Trabalho - http://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/gestao-de-pessoa-forca-de-trabalho/boradores, Efetivo) – (acessado em 13/abril/2021)
30. Perfil do absenteísmo-doença dos servidores públicos estatutários - https://agenciabrasilia.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Perfil_do_Absenteismo_doenca___GDF___Ano_2019-1.pdf (acessado em 13/abril/2021)
31. NOTA_TECNICA_COVID_APS_V4_atualiza - http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/NOTA_TECNICA_COVID_APS_V4_atualiza_0209.pdf (acessado em 13/abril/2021)
32. Plano-de-Contingência-V.6 - http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Plano-de-Continge%CC%82ncia-V.6..pdf (acessado em 13/abril/2021)
33. Tabela-Lotacoes-Atencao-Primaria - http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Tabela-Lotacoes-Atencao-Primaria-16-10-2020.pdf (acessado em 13/abril/2021)

34. Carteira de Serviços Essenciais para Atenção Primária - http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2020/02/Carteira-de-Servicos-COVID_v1_2309_final.pdf (acessado em 13/abril/2021)
35. Painel Interativo de Registros de Casos de Síndromes Gripais (SG) no Âmbito da Atenção Primária no Distrito Federal, Brasil, 2020-2021 - <https://datastudio.google.com/u/0/reporting/dfd08e73-eff1-4390-aa45-57facde34b3e/page/LLvsB> (acessado em 13/abril/2021)
36. Monitoramento da Carteira de Serviços da APS - <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiYzcvYWE0MDQtYWY3NS00ODlhLTg2ODctNjdIMzBIYjk3Mjg3liwidCI6IjE2MTMyNTk2LWExMzgtNGM4NS1hYTViLTU0ZDk5YTJlY2U4NyJ9> - (acessado em 13/abril/2021)

ANEXOS

ANEXO 01 - Comprovante da submissão do artigo



Submissões

Fila 1

Arquivos 1

[Ajuda](#)

Minhas Submissões ...



Buscar

Filtros

Nova Submissão

267207 **Cardoso et al.**

Impacto da pandemia de Covid-19 no atendimento de hiperte...

Submissão

Visualizar



ANEXO 02 - Qualis do periódico na área Interdisciplinar ou afim



ACESSO RESTRITO

(/sucupira/portais/menu_portal.jsf)

INÍCIO (/SUCUPIRA/PUBLIC/INDEX.JSF) >> Qualis >> Qualis Periódicos

Qualis Periódicos



* Evento de Classificação:

CLASSIFICAÇÕES DE PERIÓDICOS QUADRIÊNIO 2013-2016 ▾

Área de Avaliação:

 INTERDISCIPLINAR ▾ +

ISSN:

Título:

 Epidemiologia e Serviços de Saúde

Classificação:

 -- SELECIONE -- ▾

Consultar

Cancelar

Periódicos

ISSN	Título	Área de Avaliação	Classificação
1679-4974	EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE	INTERDISCIPLINAR	B1
2237-9622	EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE	INTERDISCIPLINAR	B1

Início

Anterior

1 ▾

Próxima

Fim

1 a 4 de 4 registro(s)

ANEXO 03 – Declaração de dispensa do CEP



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA/Faculdade de Ceilândia
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde



Universidade de Brasília / Faculdade de Ceilândia
 Secretaria de Pós-Graduação

N. do Processo SEI _____
(para uso exclusivo da Secretaria de Pós-Graduação)

SOLICITAÇÃO DO ALUNO

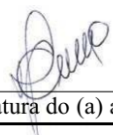
1. Identificação do Aluno

Nome	Matricula	Opção	
PAULO RICARDO DOS RAMOS CARDOSO	19/0007478		
Endereço	CEP	U.F.	Telefone
QNP 28, Conjunto F, casa 27	72.235-806	DF	61.9.8438-1062
e-mail			
pauloricardo.df@gmail.com			

2. Solicitação

Dispensa de entrega de protocolo de pesquisa no CEP, uma vez que o projeto não necessita de apreciação ética, por tratar-se de dados secundários, conforme Resolução CNS 510/2016.


Data: **13/08/2022**



 Assinatura do (a) aluno(a)

3. Parecer Circunstanciado do(a) Orientador(a) (*)

Data: **13/08/2022**



 Assinatura do (a) Orientador (a)