



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ (CCIIm)
– IMPERATRIZ/MA
CURSO DE MEDICINA

**RESPOSTAS DOS MUNICIPIOS COM BAIXO INDICIE DE
DESENVOLVIMENTO HUMANO NO MARANHÃO À PANDEMIA DE
COVID-19**

JORGE LUIS NUNES FERNANDES

JORGE LUIS NUNES FERNANDES

Respostas dos municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano no
Maranhão à pandemia de COVID-19

Trabalho de Conclusão de Ciclo
apresentado ao Curso de Medicina da
Universidade Federal do Maranhão -
UFMA/Imperatriz, como parte dos
requisitos para a obtenção do título de
Bacharel em Medicina.

Orientador(a): Prof^a. Dra. Antonia
Iracilda e Silva Viana

IMPERATRIZ – MA

2023

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

NUNES FERNANDES, JORGE LUIS.

RESPOSTAS DOS MUNICÍPIOS COM BAIXO INDICIE DE
DESENVOLVIMENTO HUMANO NO MARANHÃO À PANDEMIA DE COVID-19
/ JORGE LUIS NUNES FERNANDES. - 2022.
32 f.

Orientador(a): ANTONIA IRACILDA E SILVA VIANA.
Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
IMPERATRIZ, 2022.

1. COVID-19. 2. INDICIE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO. 3.
REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. I. E SILVA VIANA, ANTONIA
IRACILDA. II. Título.

Jorge Luis Nunes Fernandes

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ
CURSO DE MEDICINA

Candidato: Jorge Luis Nunes Fernandes

TÍTULO: RESPOSTAS DOS MUNICÍPIOS COM BAIXO INDICIE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO MARANHÃO À PANDEMIA DE COVID-19

Orientador: Prof. Dra. Antônia Iracilda e Silva Viana
Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCIm

A BANCA JULGADORA DE TRABALHO DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO, EM SESSÃO PÚBLICA REALIZADA A 05/10/2023, CONSIDEROU

APROVADO (X) REPROVADO ()

Banca examinadora:

Presidente: Prof. Dra. Antonia Iracilda e Silva Viana
Universidade Federal do Maranhão- curso de medicina/ccim

Prof. Dra Claudia Regina de Andrade Arrais Rosa
Universidade federal do maranhão- curso de medicina/ccim

Prof. Msc. Arlane Silva Carvalho Chaves
Universidade federal do maranhão

IMPERATRIZ-MA, 05 DE OUTUBRO DE 2023

Título: Respostas dos municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano no Maranhão à pandemia de COVID-19

Autores: Jorge Luis Nunes Fernandes, Antonia Iracilda e Silva Viana

Status: submetido.

Revista: Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional

ISSN: 1809-239x

Fator de Impacto: Qualis A1

DOI: 10.54399

SUMÁRIO

RESUMO.....	5
INTRODUÇÃO.....	6
METODOLOGIA.....	7
RESULTADOS	11
DISCUSSÃO	18
CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS:	23
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA.....	25
ANEXO B – APROVAÇÃO DO COLEGIADO.....	29

RESUMO: Introdução: Diversos estudos mostram que as taxas de desenvolvimento socioeconômico influenciam na epidemiologia de diversas doenças. No Brasil, o estado do Maranhão é o segundo com o pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Diante disso objetivou-se avaliar a resposta dos municípios com baixo IDH-M no Maranhão à pandemia de COVID-19. Metodologia: Trata-se de estudo ecológico, observacional e analítico Resultados: 97% dos municípios apresentaram cobertura de equipes de Estratégia Saúde da Família, porém 100% realizaram cadastro de casos suspeitos e confirmados de Covid-19. Em 2021, 73% dos municípios realizaram atualização cadastral por condições de saúde. Mais de 90% adotaram medidas de contenção da transmissibilidade do vírus. Conclusão: A resposta dos municípios apresentou características de que a APS foi atuante e que houve ações do sistema de governança para a adesão a medidas para controlar a transmissão do vírus. Não foi encontrada correlações significativas entre IDH-M e desfecho dos casos confirmados.

Palavras-Chave: Indicadores de Desenvolvimento. COVID-19. Redes de Atenção à Saúde

INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19, doença infectocontagiosa causada pelo vírus SARS-COV-2, surgiu na China em 2019 e se espalhou pelo mundo, chegando ao Brasil em fevereiro de 2020. Em março do mesmo ano chegou no estado do Maranhão, o que trouxe diversas consequências sociais, econômicas e sanitárias para todo o mundo (CAVALCANTE et al, 2020). As autoridades sanitárias têm que prestar assistência aos pacientes vítimas da COVID-19 especialmente na área hospitalar e intensiva, e de outro lado insistir nas medidas de prevenção, com prioridade para a vacinação da população

Diante desse panorama, já se sabe - mediante estudos científicos - que taxas desiguais de desenvolvimento social trazem cargas desiguais de morbimortalidade. (LANCET, 2020) e esse parâmetro é medido por meio do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), criado pela Programa das Nações Unidas (PNUD), que traduz a progressão social de uma região baseado na avaliação de três pontos: saúde, renda e educação. Esse instrumento de avaliação é mensurado de 0 a 1 e o Brasil encontra-se na faixa dos países com desenvolvimento social médio, com um IDH de 0,765 em 2019. (IBGE, 2021) (PNUD, 2013)

Nesse contexto, foi criado também o IDH-M, que leva em consideração as mesmas três variáveis, porém adequa a metodologia ao contexto brasileiro, permitindo uma avaliação mais criteriosa dos municípios do país. Assim, obtém-se a classificação em: “muito baixo” ($IDH_m < 0,499$), “baixo” ($0,500 < IDH_m < 0,599$), “médio” ($0,600 < IDH_m < 0,699$), “alto” ($0,700 < IDH_m < 0,799$), e “muito alto” ($0,800 < IDH_m < 1,000$). (FUZARO e CARNIELLO, 2020)

A importância da criação desses parâmetros de avaliação social está no fato de que muitas vezes o Produto Interno Bruto (PIB) não reflete o real desenvolvimento social de uma população. A exemplo disso, Na 1ª agenda do Conselho de Administração do Consórcio Nordeste, realizada em Brasília, em fevereiro de 2020, o Maranhão foi um dos destaques por ter tido o 4º maior crescimento percentual do Produto Interno Bruto (PIB) entre os estados do Nordeste. No entanto, o estado ocupa o 26º lugar em Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o segundo pior do País. (COUTINHO et al, 2020)

Dentro desse panorama, o Governo do estado instalou o Comitê Gestor do Plano de Ações Mais IDH. Tal plano é o principal programa do atual governo para combater a

extrema pobreza e as desigualdades sociais no Estado. Os municípios que participam de tal projeto são os 30 municípios do estado com o IDH mais baixo, sendo esses: Afonso Cunha, Água Doce do Maranhão, Aldeias Altas, Amapá do Maranhão, Araisos, Arame, Belagua, Cajari, Centro Novo do Maranhão, Conceição do Lago Açu, Fernando Falcão, Governador Newton Bello, Itaipava do Grajaú, Jenipapo dos Vieiras, Lagoa Grande do Maranhão, Marajá do Sena, Milagres do Maranhão, Pedro do Rosário, Primeira Cruz, Santa Filomena, Santana do Maranhão, Santo Amaro do Maranhão, São Francisco do Maranhão, São João do Carú, São João do Soter, São Raimundo do Doca Bezerra, São Roberto, Sabutinha e Serrano do Maranhão.(MARANHÃO, 2021)

Diversos estudos científicos já comprovaram a relação estreita entre o desenvolvimento social e a saúde de uma população, como mostrou Bucchianeri et al (2010) ao avaliar a incidência de H1N1 e as condições socioeconômicas em Hong Kong, na China. Bem como Albuquerque et al. (2017) revelou forte associação entre desenvolvimento socioeconômico e as condições de saúde da população brasileira e suas regiões. Assim, a pobreza, a desigualdade e os determinantes sociais da saúde criam condições para a transmissão de doenças infecciosas, e as disparidades ou desigualdades existentes na saúde podem contribuir ainda mais para cargas desiguais de morbidade e mortalidade. (HARRIS e REZA, 2012)

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo analisar a resposta da Rede de Atenção à Saúde (RAS) dos municípios com baixo IDH-M à pandemia de COVID-19.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo ecológico, observacional e analítico, realizado em 30 municípios do estado do Maranhão, com baixo IDH.

O Maranhão possui uma área territorial de 329.651,495 km² distribuída em 217 municípios, com mais de 60% dos 7.153.262 habitantes vivendo em área urbana. O Estado possui IDH 0,639 ocupando o 26º no ranking entre os estados da Federação. Mais de 70% dos municípios possuem baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), ou seja, menor que 0,599.(IBGE, 2021)

O Estado possui um programa denominado “Mais IDH”, que é o principal programa do governo para combater a extrema pobreza e as desigualdades sociais. A amostra do estudo foi constituída por esses 30 municípios que somam 443.535 habitantes, correspondendo a 6,2% da população total do Estado (IBGE, 2021). Esses municípios foram incluídos no referido programa, por possuírem IDH-M baixo e muito baixo conforme Quadro 1.

Quadro 1. Classificação dos municípios segundo IDH-M			
Município	IDH M– CLASSIFICAÇÃO	Município	IDH M– CLASSIFICAÇÃO
Afonso Cunha	0.529 – baixo	Jenipapo dos Vieiras	0.490 – muito baixo
Água doce do Maranhão	0.500 – baixo	Lagoa grande do Maranhão	0.502 – baixo
Aldeias Altas	0.513 – baixo	Marajá do sena	0.452 – muito baixo
Amapá do Maranhão	0.520 – baixo	Milagres do Maranhão	0.527 – baixo
Araioses	0.521 – baixo	Pedro do Rosário	0.516 – baixo
Arame	0.512 – baixo	Primeira Cruz	0.512 – baixo
Belagua	0.512 – baixo	Santa Filomena do Maranhão	0.525 – baixo
Brejo de Areia	0.519 – baixo	Santana do Maranhão	0.510 – baixo
Cajari	0.523 – baixo	Santo Amaro do Maranhão	0.518 – baixo
Centro Novo do Maranhão	0.518 – baixo	São Francisco do Maranhão	0.528 – baixo
Conceição do Lago Açu	0.512 – baixo	São João do Caru	0.509 – baixo
Fernando Falcão	0.443 – muito baixo	São João do Sóter	0.517 – baixo
Governador Newton Bello	0.521 – baixo	São Raimundo do Doca Bezerra	0.516 – baixo

Itaipava do Grajaú	0.518 – baixo	São Roberto	0.517 – baixo
Serrano do Maranhão	0.529 – baixo	Satubinha	0.493 – muito baixo

(FONTE: MARANHÃO, 2021)

Para descrever a estrutura de operacionalização da RAS utilizada pelos 30 municípios no enfrentamento da pandemia de COVID-19 foram utilizados dados secundários da pesquisa “Enfrentamento da Pandemia de COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde no Estado do Maranhão” realizada pela Prof.^a Dra. Antônio Iracilda e Silva Viana.

Na pesquisa supracitada, foi utilizado um instrumento composto por 87 questões, destinado às secretarias municipais de saúde dos 217 municípios do MA. O questionário foi composto por uma parte inicial de identificação do município e do respondente e as outras partes compostas por questões referentes a estrutura operacional da RAS baseado no *checklist* de Mendes (2011): Atenção Primária a Saúde (APS), pontos de atenção secundários e terciários, sistemas de apoio, sistemas logísticos e sistemas de governança. (MENDES, 2011)

Para fins desse estudo foi considerado as respostas dos 30 municípios em relação a estrutura operacional da RAS, definindo-se, portanto, as variáveis a serem analisadas conforme Quadro 2.

QUADRO 2. Variáveis referentes a APS, sistemas de apoio e logísticos e sistemas de governança

APS	• Cobertura populacional • Identificação da população por condição de saúde • Serviços ofertados pelo município • Atualização cadastral da população sob assistência da Estratégia de Saúde da Família (ESF)
Sistema de apoio e logísticos	• Marcação de exames complementares nas UBS • Recebimento de exames complementares nas UBS

	• Presença de prontuário eletrônico nas UBS • Testagem da população • Tipos de Cadastro dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19 • Distribuição de equipamentos de proteção individual (EPIs) • Distribuição de medicamentos (tratamento precoce)
Sistemas de governança	• Notas técnicas da vigilância sanitária do município • Fiscalização de comércios e fluxo de pessoas • Adoção de fluxo de atendimento para pacientes suspeitos e confirmados para COVID-19 • Outras medidas: lockdown, decretos municipais proibindo aglomerações, campanhas para uso de EPIs, proibição de acesso em determinadas áreas, fiscalização, redução do fluxo de pessoas em estabelecimentos/comércio, afastamentos de trabalhadores com mais de 60 anos e ou com comorbidades (setor público e privado),

A coleta de dados sobre os desfechos referiu-se ao período de junho a agosto de 2021 e foram obtidos a partir do site covid.saude.gov.br, disponibilizado pelo Ministério da Saúde do Brasil. Calculou-se os casos confirmados para 100 mil habitantes, os óbitos confirmados para 100 mil habitantes e a taxa de letalidade por meio das fórmulas:

Casos confirmados/100 mil habitantes:

$$\text{Casos confirmados por 100 mil habitantes} = \frac{\text{casos confirmados} \times 100000}{\text{população total}}$$

Óbitos confirmados/100 mil habitantes:

$$\text{Óbitos confirmados por 100 mil habitantes} = \frac{\text{óbitos confirmados} \times 100000}{\text{população total}}$$

Taxa de letalidade:

$$\text{Taxa de letalidade} = \frac{\text{óbitos confirmados} \times 100}{\text{casos confirmados}}$$

Para a análise dos desfechos foi realizada a correlação entre os casos confirmados e óbitos por 100 mil habitantes e a taxa de letalidade através da correlação de Pearson (r) - grau de relação entre duas variáveis quantitativas e exprime o grau de correlação através de valores situados entre -1 e 1. Foram consideradas os valores de referência segundo proposto por Cohen (1988) , em que se considerou uma relação de magnitude nula com r variando de 0,00 – 0,10; fraca de 0,11 - 0,29; moderada de 0,30 – 0,49 e forte quando igual ou acima de 0,5.

Os dados obtidos foram organizados, conferidos e codificados em planilha Excel. As variáveis foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os resultados referente a componentes da estrutura da RAS que foram respondidos pelos municípios pesquisados. Dentre os 30 municípios, 97% tinham cobertura populacional da ESF de 80 a 100%, enquanto apenas 03% tinham cobertura populacional de 50 a 80%.

Ademais, 97% dos municípios identificam e estratificam a população assistida pelas UBS por condição de saúde. (hipertensos, diabéticos, gestantes etc.) Contudo, 73% realizaram a atualização cadastral da população sob responsabilidade da ESF ainda em 2021 e 20% em 2020.

Sobre a oferta de serviços, 43% dos municípios com o baixo IDH-M no Maranhão contam com serviços de média complexidade e 57% ofertam exclusivamente serviços no nível da atenção básica.

Em relação aos sistemas de apoio e sistema logístico dos municípios estudados, apenas 44% disponibilizam marcação de exames complementares (raio-x, hemograma,

EAS I etc.) nas próprias UBS. independentemente de onde ocorre a marcação dos exames, apenas 34% dos municípios entregam os resultados diretamente ao paciente.

Apenas 02 dos 30 afirmaram dispor de Prontuário Eletrônico nas UBS, sendo que apenas um desses municípios afirmou ter prontuário disponível em todos os consultórios.

Tabela 1 – Aspectos correspondentes a estrutura operacional da RAS. Sistemas APS, apoio e logístico.

Componente	Aspectos	N	%
------------	----------	---	---

APS	Cobertura populacional ESF		
	50 a 80 %	02	03%
	80 a 100%	28	97%
	Cadastro da população por cond. Saúde		
	Sim	29	97%
	Não	00	
	Não sei responder	01	03%
	Atualização cadastral da pop sob responsabilidade da ESF		
	2021	22	73%
	2020	06	20%
	2010	02	07%
	Serviços ofertados pelo município		
Sistemas de apoio e logísticos	Atenção básica, apenas	17	57%
	Atenção básica e média complexidade	13	43%
	Marcação de exames complementares na UBS		
	Sim, em algumas	08	27%
	Sim, em todas	05	17%
	Não	16	53%
	Não sei responder	01	03%
	Entrega de resultados de exames complementares nas UBSs		
	Sim	10	34%
	Não	20	73%
	As UBSs possuem prontuário eletrônico instalado?		
	Sim, em todos os consultórios	01	03%
	Sim, em uma sala para todas as equipes	01	03%
	Não	28	94%

Fonte: autor, 2023

Em segundo lugar, avaliou-se as medidas de apoio, logística e governança utilizadas pelos municípios para combater a pandemia, e sobre os sistemas de apoio e logístico, constatou-se que a maior parte dos municípios (33%) realizaram testes diagnósticos em menos de 20% da população, além de que 27% dos gestores não souberam responder qual a porcentagem da população testada para a COVID-19.

Na tabela 2, estão descritos os tipos de cadastro ou registros dos pacientes suspeitos e/ou confirmados para COVID-19. Nota-se que 100% dos municípios realizaram algum cadastro ou registro, mas não houve uma padronização.

Tabela 2. Tipo de registro da atenção básica de pacientes suspeitos e/ou confirmados para COVID-19

Tipo de Registro	N	Porcentagem (%)
No prontuário do paciente	12	40%
No prontuário da família	6	20%
Ficha de notificação	24	80%
Sistema municipal	06	20%
Sistema estadual	15	50%
Sistema nacional	12	40%
Mapa do território	02	07%
e-SUS	09	30%

Fonte: autor, 2023

A maioria (80%) realizou o registro pela ficha de notificação, enquanto a minoria (07%) fez registro no mapa do território. Todas as regiões realizaram mais de um tipo de registro.

Além disso, 67% dos municípios alegaram disponibilizar algum EPI (máscaras e álcool em gel) para a população geral e 96% dos municípios distribuíram EPIs para os trabalhadores da saúde. Ademais, 60% distribuíram kits de tratamento farmacológico precoce (kit-covid).

Sobre os sistemas de governança, 90% contaram com notas técnicas da Vigilância Sanitária do Município contra a COVID-19 e 96% adotaram métodos de fiscalização nos comércios para controle de fluxo de pessoas e uso de máscaras. Além disso, 97% adotaram fluxo de atendimento para pacientes suspeitos e confirmados de COVID-19, e esse fluxo era basicamente buscar atendimento na UBS em casos leves seguidos de

orientação para isolamento social e uso de EPIs, e referenciar casos graves aos níveis de atenção adequados conforme o município de referência.

Outras medidas dos sistemas de governança adotadas estão descritas na tabela 2.

Tabela 3. Medidas do sistema de governança

Estratégia	N	Porcentagem (%)
Lockdown	11	37%
Decretos municipais proibindo aglomerações	28	94%
Campanhas para uso de EPIs	28	94%
Proibição de acesso em determinadas áreas	20	67%
Fiscalização	28	94%
Redução do fluxo de pessoas em estabelecimentos/comércio	29	97%
Afastamentos de trabalhadores com mais de 60 anos e ou com comorbidades (setor público e privado)	29	97%
Não sei responder	01	04%

Fonte: autor, 2023

Os dados epidemiológicos da COVID-19 (casos confirmados / 100 mil habitantes; óbitos confirmados /100 mil habitantes; taxa de mortalidade) estão dispostos na tabela 4

Tabela 4. Casos e óbitos confirmados de COVID-19 para cada 100 mil habitantes

Municípios	Casos confirmados/ 100 mil habitantes	Óbitos confirmados/ 100 mil habitantes	Taxa de Letalidade
Afonso Cunha	4093	31	0,75
Água Doce Do Maranhão	5481	72	1,31
Aldeias Altas	3682	53	1,43
Amapá Do Maranhão	2471	57	2,32
Araioses	1479	32	2,18
Arame	4780	128	2,68
Belagua	5530	54	0,96

Brejo De Areia	3483	120	3,43
Cajari	1455	41	2,83
Centro Novo Do Maranhão	5356	60	1,12
Conceição Do Lago Açu	1829	68	3,70
Fernando Falcão	8301	19	0,23
Governador Newton Bello	7937	98	1,23
Itaipava Do Grajaú	6477	81	1,25
Jenipapo Dos Vieiras	6982	133	1,90
Lagoa Grande Do Maranhão	2431	88	3,61
Marajá Do Sena	3350	90	2,68
Milagres Do Maranhão	2824	0	0
Pedro Do Rosário	449	32	7,07
Primeira Cruz	535	13	2,43
Santa Filomena Do Maranhão	656	13	1,96
Santana Do Maranhão	1584	52	3,30
Santo Amaro Do Maranhão	2007	44	2,20
São Francisco Do Maranhão	3423	188	5,50
São João Do Caru	3460	57	1,64
São João Do Sóter	6795	32	0,47
São Raimundo Do Doca Bezerra	3132	57	1,82
São Roberto	11267	74	0,66
Satubinha	2501	22	0,87
Serrano Do Maranhão	2029	49	2,40

Fonte: autor, 2023

O município de São Roberto (IDH-M 0.517) teve o maior número de casos confirmados a cada 100 mil habitantes e o município de São Francisco do Maranhão, (IDH-M 0.528), apresentou o maior número de óbitos confirmados a cada 100 mil habitantes

O município de Milagres do Maranhão (IDH-M 0.527) foi o único município que não registrou nenhum óbito por COVID-19 no período estudado. Provavelmente os residentes desse município tiveram seus registros de óbitos em outro município. Em relação a taxa de letalidade, o município com maior valor foi o Pedro do Rosário (IDH-M 0,516).

Por fim, ao realizar-se a correlação de Pearson (r) das variáveis epidemiológicas citadas com o IDH-M, conforme na tabela 5, percebeu-se que havia uma correlação diferente de zero e negativa entre casos confirmados de COVID-19 para 100 mil habitantes ($r=-0,252$, $p=0,179$), óbitos confirmados de COVID-19 para 100 mil habitantes ($r=-0,004$, $p=0,984$) e uma correlação também diferente de zero, porém positiva em relação a taxa de letalidade. ($r=0,142$ e $p=0,454$)

Todas as correlações realizadas no presente estudo estão no nível de correlação fracas segundo Cohen¹³ por estarem entre o intervalo 0,11-0,29. Entretanto, esses resultados tiveram $p > 0,05$, não apresentando, portanto, significância estatística.

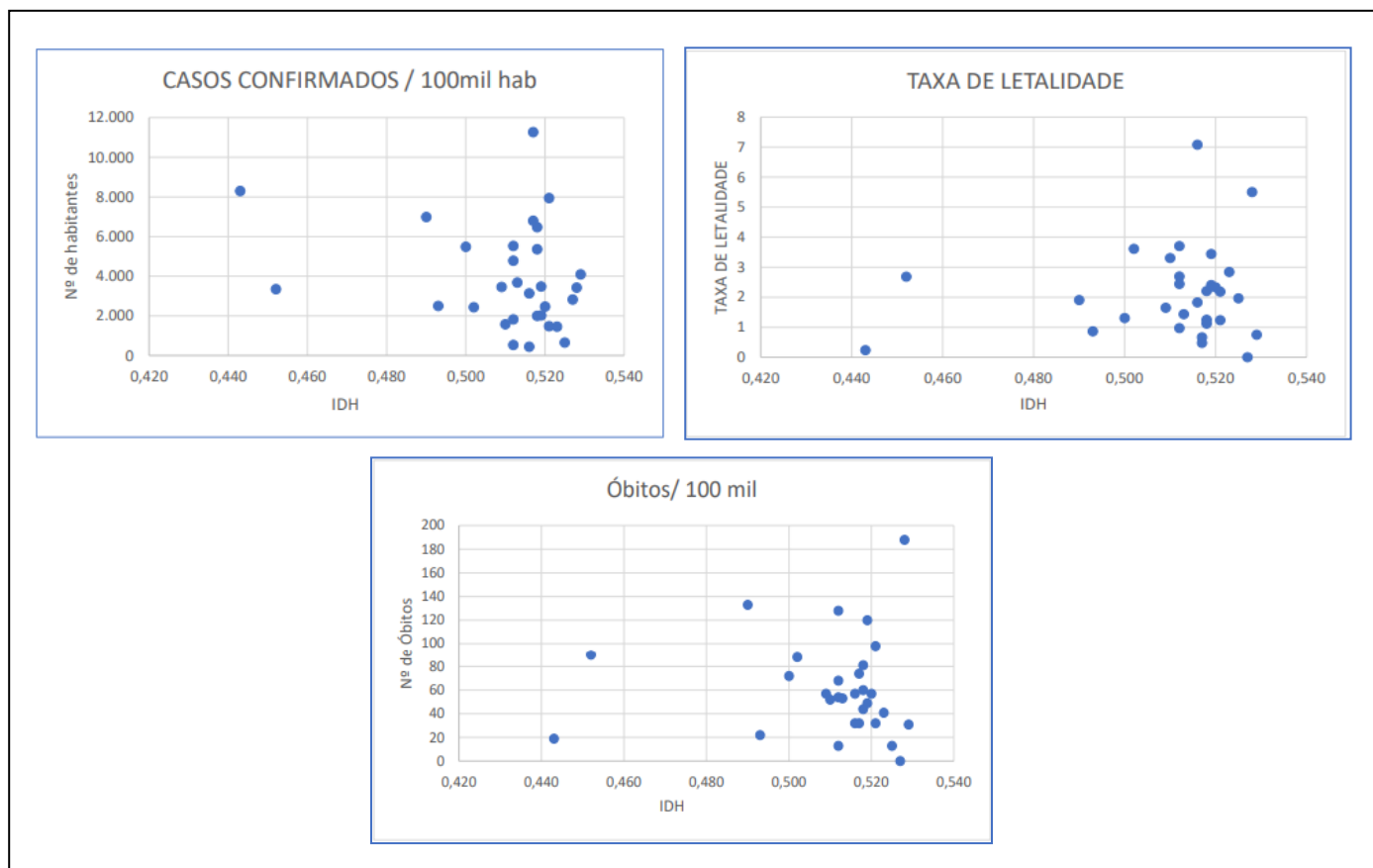
Tabela 5. Correlação de Pearson entre IDH-M e desfechos da COVID-19

Tabela 5. Correlação de Pearson entre IDH-M e desfechos da COVID-19				
IDH-M		Casos confirmados/100 mil hab	Óbitos confirmados/ 100 mil	Taxa de letalidade
		-0,252	-0,004	0,142
	(P)	0,179	0,984	0,454
	(N)	30	30	30

Fonte: autor, 2023

Ao colocar essas medidas em gráfico, como mostra a figura 1 percebe-se que não existe uma tendência de linearidade, mostrando a ausência de correção entre as variáveis.

FIGURA 1 – relação entre casos confirmados / 100 mil habitantes; óbitos confirmados / 100 mil habitantes; taxa de letalidade e IDH



fonte: autor, 2023

DISCUSSÃO

Ao analisar os dados, verificou-se que a APS dos municípios desenvolveu ações focadas na organização do fluxo e cadastro dos casos suspeitos e confirmados, além do cadastro da população por condições de saúde. Dentre as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica, tais ações se expressam na coordenação do cuidado que consiste na elaboração e acompanhamento dos fluxos desses usuários, ao mesmo tempo em que articula e coordena a comunicação entre os diferentes pontos de atenção da RAS. (BRASIL, 2017)

Por se tratar de municípios com características de vulnerabilidade social, recomenda-se que a ampliação no quantitativo de equipes deva chegar a 100%de

cobertura populacional (NEVES et al, 2018). Desse modo, 97% apresentaram cobertura populacional entre 80 a 100%, e tem a população cadastrada por condição de saúde, como recomendado. Esses dados estão em consonância com a pesquisa realizada por Neves et al (2017), que mostrou que a cobertura populacional da ESF no Maranhão evoluiu de 73,5% para 80,2% de 2006 a 2016, com uma tendencia crescente. A pesquisa realizada no estado, que serviu de base para este trabalho, também revelou essa porcentagem em 98% dos municípios do MA. Além disso, demonstrou que a ampliação no quantitativo de equipes de saúde da família ocorreu de forma significativa no período pandêmico abrangendo quase a totalidade dos municípios com baixo IDH.

A organização da RAS baseia-se no protagonismo da APS como a coordenadora do cuidado e ordenadora. Contudo, o cenário de desigualdade expressa-se também na saúde pública por meio da intensa fragmentação das ações e serviços (BRASIL, 2010). A maioria dos municípios estudados (53%) não marcam exames complementares nas UBS, e 73% não participam da entrega dos resultados, sendo tudo responsabilidade do próprio paciente, o que provavelmente leva os pacientes a se deslocarem a outros municípios em busca desses exames, aumentando a congestão do sistema e dificultando o acesso (MAGNO et al, 2020).

Quando abordamos as medidas referentes aos sistemas de apoio e logístico verifica-se que a testagem diagnóstica na população foi baixa, uma vez que o presente estudo revelou que a maior parte dos municípios estudados testaram menos que 20% da população. Sabe-se que a ampla testagem populacional foi crucial no combate à pandemia em países como Singapura, Hong Kong, Nova Zelândia e até mesmo a Itália, após o colapso inicial do seu sistema de saúde (MAGNO et al, 2020).

Contudo, as limitações para o diagnóstico e rastreio da COVID-19 no Brasil eram extensas, e residiam nas técnicas de testagem utilizadas, que requerem infraestrutura com nível de biossegurança adequado, na dificuldade de obter-se insumos diante de uma crise de saúde mundial, na dependência de importação de muitos materiais e na própria manifestação clínica da doença, uma vez que 80% dos casos são assintomáticos ou oligossintomáticos (OMS, 2019). Torna-se cabível inferir que o fato de serem os municípios mais pobres dentro de um estado com um dos piores IDH da federação, contribuiu para a baixa oferta dos métodos de testagem e para a disseminação do agente etiológico pelo estado (SARTORI COSSA et al, 2021)

Contudo, observou-se que os municípios em análise cumpriram, mesmo que parcialmente, ações para o combate à pandemia, uma vez que 100% deles realizaram algum registro dos pacientes suspeitos e confirmados. A maioria utilizou a Ficha de Notificação como instrumento de registro. Tal fato pode estar vinculado a problemas de registros on-line por falhas de conexão virtual com sistemas estaduais e federal. A quase totalidade, 97% dos 30 municípios estabeleceram fluxo de atendimento para esses pacientes, que era baseado principalmente em isolamento domiciliar, testes para diagnóstico, uso de máscaras de proteção; higienização das mãos, distanciamento social, apresentar-se nas UBS para casos leves e referenciar casos considerados graves.

Observou-se que 60% dos municípios estudados informaram ter distribuído “kit-COVID” para tratamento precoce, embora não tenham feito referência ao período em que tal distribuição ocorreu. De qualquer modo, comunidade científica recomendou a não utilização desse kit por falta de comprovação científica de sua eficácia comprovado na literatura. Tal ação resulta em desperdício dos recursos públicos, que poderiam ter sido utilizados na maior testagem da população, além da exposição dos maranhenses a riscos potenciais do uso irregular de medicações sem eficácia. (SANTOS PINTO et al, 2021)

No que se refere às medidas de governança para mitigar o avanço da pandemia, os 30 municípios seguiram as tendências mundiais: isolamento social e medidas de distanciamento. De fato, diminuir o contato entre pessoas infectadas e não-infectadas é uma das medidas mais importantes para frear a propagação do vírus e assim diminuir a sobrecarga dos leitos hospitalares e a mortalidade pela doença e suas complicações. Assim, apesar do posicionamento negacionista do Governo Federal diante das medidas de isolamento social e distanciamento, os municípios com o pior IDH-M no Maranhão, em parceria com o governo estadual, optaram por enfrentar a pandemia e adotar as medidas como: lockdown, decretos municipais proibindo aglomerações, redução do fluxo de pessoas em estabelecimentos, afastamento dos trabalhadores pertencentes ao grupo risco, entre outras medidas já citadas (AQUINO et al, 2020).

Essas medidas parecem refletir a importância das ações de governança em todo o estado do MA. Isso porque, o MA foi um dos primeiros estados a decretar lockdown no Brasil, mesmo antes da confirmação do 1º caso da doença (KERR et al, 2020) Apenas 37% dos municípios estudados aderiram ao lockdown, considerada a medida mais restritiva, pois quase a totalidade dos municípios estudados apoiaram-se em decretos municipais e campanhas de EPIs.

O estudo atual revelou que não existe uma relação estatisticamente significativa entre as condições socioeconômicas dos municípios (IDH-M) e as variáveis de desfecho da COVID-19. Contudo, esses dados divergem na literatura, e parecem ser influenciados por características regionais pois ao analisar-se dados de diferentes regiões, cada uma apresenta suas peculiaridades.

Muitos estudos revelaram que os países e municípios com IDH mais elevado apresentam maior taxa de incidência de COVID-19. Isso porque, por terem mais tecnologias em saúde, disponibilidade de leitos e possibilidades de atendimento, concentram mais pessoas e, conseqüentemente favorecem o diagnóstico de mais casos. (SARTORI COSSA et al, 2021)

Romero e Silva (2020) encontraram em seu estudo no estado do Ceará uma correlação moderada entre o IDH-M dos municípios e a taxa de incidência de casos confirmados de COVID-19 ($r=0,396$, $p=0,05$). Groppo (2021), ao realizar uma pesquisa semelhante na região sudeste do país em 2020, evidenciou que a taxa de letalidade não teve diferença estatística entre os municípios com IDH-M médio e alto ($p=0,3907$) e muito alto ($p=0,9967$), e que ela foi maior nos municípios com IDH-M alto do que os IDH-M baixos e muito-baixos.

Alberti et al (2020) demonstrou em estudo semelhante nos municípios catarinenses que o IDH do município tem relação com o maior número de óbitos por COVID-19 quando leva-se em consideração o número de casos, pois os municípios com IDH baixo tiveram uma maior taxa de letalidade

Contudo, Santos et al (2021) encontrou em seu estudo nos municípios do Pará que as condições socioeconômicas não têm forte correlação com as variáveis epidemiológicas da COVID-19, assim como Sartori Cossa et al (2021), que realizou a pesquisa comparativa entre Brasil, EUA e ITÁLIA e não encontrou uma relação entre incidência de COVID-19 e IDH e afirmou que não foi possível concluir que IDH influencia no desempenho de países frente à pandemia.

Nesse aspecto, apesar do presente estudo não ter evidenciado uma relação entre o IDH-M e as variáveis epidemiológicas citadas, há limitações: estudou-se apenas 30 municípios do estado, não se comparou IDH-M altos com os baixos e os dados epidemiológicos podem estar subestimados. Entretanto, esse estudo torna-se importante por ter pouca literatura que analise o combate à pandemia de COVID-19 na perspectiva dos municípios mais pobres, além de que os objetos de estudo (os 30 municípios em

questão) fazem parte de políticas públicas de incentivo a melhorias (como o Plano Mais-IDH), logo este trabalho pode servir de substrato para avaliação da efetividade dessas políticas e sua replicação em outros estados do país.

Portanto, fica claro que os municípios com os piores IDH-M no estado do MA tiveram medidas de governança adequadas para o combate a pandemia, e contaram com sistemas de apoio e logística minimamente preparados para administrar uma pandemia, pois tem uma boa cobertura populacional para conhecer as demandas dos seus territórios. Além disso, apesar da RAS carregar características de fragmentação, é possível ainda que essa resposta adequada da APS já seja fruto das políticas de incentivo.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que a resposta dos municípios mais pobres do estado do Maranhão no enfrentamento da pandemia de Covid-19 teve como potencialidade as ações de governança efetivadas pelo conjunto dos municípios. Aliado a esse sistema de governança, a Atenção Primária exerceu o papel de acompanhamento dos casos, embora precisasse de maior suporte nos sistemas de apoio e logístico.

Além disso, evidenciou-se que não houve relação estatística entre o IDH-M dos municípios e a taxa de letalidade e o número de casos confirmados e óbitos confirmados por COVID-19 para cada 100 mil habitantes.

Sugere-se que mais estudos sejam feitos, avaliando a possibilidade de relação dessas variáveis com municípios com IDH-M mais desenvolvidos, como evidenciaram outras pesquisas na área. As informações apresentadas neste estudo podem servir para auxiliar a tomada de decisões em relação a melhoria da estruturação da RAS e medidas de controle de futuras epidemias.

REFERÊNCIAS:

1. Alberti A, Silva BB, Jesus JA, Zanoni EM, Grigollo LR. Associação do maior número de mortes por COVID-19 e o Índice de Desenvolvimento Humano de Cidades Catarinenses. Id online Rev. Mult. Psic. V.14 N. 54 p. 427-434, 2020.
2. Albuquerque MV, Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. “Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016”. Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, n. 4, 2017.
3. Aquino, Estela ML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Filho JA, Ferreira A, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva, [S. l.], v. 25, sup. 1, jun. 2020.
4. BRASIL. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. Diário Oficial da União 2010; 30 dez.
5. Brasil. Ministério da Saúde. 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). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 22 set. 2017.
6. Buchianeri, GW. Is SARS a Poor Man's Disease? Socioeconomic Status and Risk Factors for SARS Transmission. Forum for Health Economics and Policy, Vol. 13, No. 2, 2010.
7. Cavalcante JR, Cardoso-dos-santos AC, Bremm JM, Lobo AP, Macário EM Oliveira WK, et al. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. Epidemiol. Serv. Saúde.2020;29(4):e2020376.
8. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale: Erlbaum, 1988.
9. Coutinho S, Costa AM, Rebechi J, Terra, F.; OLIVEIRA, R. Relatório Anual de Gestão 2020. Secretaria de Estado de Programas Estratégicos. Governo do Maranhão, 2020.
10. Fuzaro PA, Carniello MF. Estudo Comparativo do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal na Região Metropolitana do Vale do Paraíba - SP. Desenvolvimento em Questão, [S. l.], v. 18, n. 52, p. 75–100, 2020.
11. Groppo MF. Influência do tamanho da população, IDH e PIB na mortalidade por Covid-19 na região sudeste do Brasil. 2021. 1 recurso online (88 p.) Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia.

12. Harris M, Reza JN. Global report for research on infectious diseases of poverty. World Health Organization, 2012.
13. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). Acesso em: 08 de Jan, 2023 <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma/>
14. Kerr L, Kendall C, Silva AAM, Aquino EML, Pescarini JM, Almeida RLF et al. COVID-19 in northeast Brazil: Achievements and limitations in the responses of the state governments. *Ciencia e Saude Coletiva*, [S. l.], v. 25, p. 4099–4120, 2020.
15. LANCET. Redefining vulnerability in the era of COVID-19. *Lancet* 2020; 395.
16. Magno L, Rossi TA, Mendonça-lima FW; Santos CC; Marques LM, Pereira M, et al. Desafios e propostas para ampliação da testagem e diagnóstico para COVID-19 no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 9, p. 3355–3364, set. 2020.
17. MARANHÃO, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos e Participação Popular. Mais IDH: O Plano. Disponível em: <http://www.maisidh.ma.gov.br/>. Acesso em: 06/08/2021.
18. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
19. Neves RS, Flores TR, Duro SMS, Nunes BP, Tomasi E. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2018, v. 27, n. 3.
20. PNUD - Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento. “Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil”. Portal ATLAS BRASIL [2013].
21. Romero JAR, Silva FRM, “Relação entre as condições socioeconômicas e a incidência da pandemia da covid-19 nos municípios do Ceará”. *Boletim da Conjuntura (BOCA)* ano II, vol. 3, n. 7, 2020.
22. Rutter PD, Mytton OT, Mak M, Donaldson LJ. “Socio-economic disparities in mortality due to pandemic influenza in England.” *Int J Public Health*. 2012;57(4):745-50.
23. Sartori Cossa G, Razente YB, de Lima Kaku M, Soares Rezende Lopes MT, Baladelli Silva Cimardi AC. Medidas de enfrentamento à pandemia da COVID-19 e influência dos sistemas de Saúde: uma análise comparativa entre Brasil, Itália e EUA: 10.15343/0104-7809.202145379389. *Mundo Saude* [Internet]. 11º de outubro de 2021.
24. Santos-Pinto, C Du Bocage, Miranda ES e Osorio-de-Castro CGS. O “kit-covid” e o Programa Farmácia Popular do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2021, v. 37, n. 2.

25. Santos SB, Milhomem Silva M.; Rodrigues GF, Caixeta LC, Torres GC, Rodrigues GGF, “The epidemiology of Covid-19 and its relationship with the Municipal Human Development Index of the State of Pará.” *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 14, p. e27101421578, 2021.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. [S. l.], 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA

Diretrizes para Autores

Apresentação

Os textos poderão ser escritos nos idiomas português, inglês ou espanhol. Devem ser digitados em *Word for Windows*, open office, em papel tamanho A4 (21 cm X 29,7 cm), com margens superior e esquerda de 3 cm e direita e inferior de 2 cm e espaçamento 1,5 (um e meio). A fonte deverá ser *Times New Roman*, tamanho 12, excetuando-se as citações com mais de três linhas, as notas de rodapé, paginação e legendas de ilustrações e das tabelas que devem ser digitadas em tamanho menor e uniforme, conforme NBR 14724 da ABNT.

Autoria

Ao menos um dos autores dos artigos submetidos deve ter a titulação de doutor.

Extensão dos textos

Os artigos deverão ter extensão mínima de 10 e máxima de 20 páginas (com as referências), e as resenhas, mínima de 3 e máxima de 5, em espaçamento 1,5 (um e meio).

Título

O título do texto deve ser centralizado, em maiúsculas, com negrito, tamanho 14, no alto da primeira página. Deverá ter versão em inglês logo abaixo do título em português.

Resumo e palavras-chave

O resumo (artigo, ensaio, comunicação científica), precedido desse subtítulo e de dois-pontos em negrito, deverá conter os objetivos, a metodologia, os resultados e a conclusão em um único parágrafo, justificado, sem adentramento, em espaçamento simples, com mínimo de 100 e máximo de 250 palavras, conforme NBR 6028 da ABNT, na mesma fonte do artigo, com a letra inicial em maiúscula, dois espaços simples abaixo do título.

As palavras-chave, de 3 (três) a 5 (cinco), precedidas desse subtítulo e de dois-pontos, deverão ter as iniciais maiúsculas e ser separadas por ponto e finalizadas por ponto, na mesma fonte do texto, em alinhamento justificado, espaçamento simples, sem adentramento, dois espaços simples abaixo do resumo.

Abstract e keywords

O abstract e as keywords deverão ser precedidos desses subtítulos e de dois pontos, na mesma formatação do resumo e das palavras-chave. Deverá ser colocado após o resumo e as palavras-chave.

Estrutura do texto

O texto deverá ser iniciado dois espaços simples abaixo das keywords, em espaçamento 1,5, com parágrafos justificados e com adentramento de 1,25 cm na primeira linha. Os subtítulos das seções devem ser alinhados à esquerda, em negrito, sem adentramento, com a letra inicial da primeira palavra em maiúscula, sem numeração, tamanho 12.

Citações

As citações seguirão o sistema autor-data conforme NBR 10520 da ABNT. O autor será citado entre parênteses, exclusivamente pelo sobrenome, separado por vírgula da data de publicação: (SILVA, 1985). Quando houver coincidência de sobrenomes de autores, acrescentam-se as iniciais de seus prenomes: (SILVA, C., 1985) e (SILVA, O., 1995). Se mesmo assim a coincidência persistir, colocam-se os prenomes por extenso: (SILVA, Carlos, 1985) e (SILVA, Cláudio, 1965). Se o nome do autor estiver citado no texto, indica-se apenas a data entre parênteses: "Pereira (1990) afirma que...". Quando for necessário especificar página(s), esta(s) deverá(ão) seguir a data, uma vírgula e a indicação p.: (BAKTHIN, 1992, p. 315). Em caso de um intervalo de páginas, separa-se a inicial da final com hífen: (MAINGUENEAU, 1995, p. 12-15).

As citações de obras de um mesmo autor, publicadas no mesmo ano, deverão ser discriminadas por letras minúsculas após a data, sem espaço: (SOUZA, 1972a, 1972b). Quando a obra tiver dois ou três autores, todos terão os sobrenomes indicados, separados por ponto-e-vírgula (SOUZA; SILVA; CORREA, 1945); quando houver mais de três autores, será indicado o primeiro sobrenome seguido de et al.: (GONÇALVES et al., 1980).

Caso seja uma citação direta, de até três linhas, deve estar inserida em um parágrafo comum do texto, entre aspas duplas. As aspas simples serão utilizadas para indicar

citação no interior da citação. Por sua vez, a citação direta, com mais de três linhas, deve ser destacada com recuo de 4 cm da margem esquerda e sem aspas, na mesma fonte do texto, tamanho 11. Se houver intervenções nas citações diretas, estas devem ser indicadas da seguinte forma: a) supressão: [...]; b) interpolação, acréscimo ou comentário: []; c) ênfase ou destaque: grifo ou negrito ou itálico com a expressão "grifo nosso".

Grafia de termos científicos

Para unidades de medida, deve-se utilizar o Sistema Internacional de Unidades. Palavras em outras línguas devem ser evitadas nos textos em português, utilizar preferencialmente a sua tradução. Na impossibilidade, os termos estrangeiros devem ser grafados em itálico. Toda abreviatura ou sigla deve ser escrita por extenso na primeira vez em que aparecer no texto.

Notas

As notas devem ser colocadas no rodapé e deverão seguir a estrutura do word. Devem ser usadas para comentários, esclarecimentos, explicações, indicações, observações ou aditamentos ao texto feito pelo autor que não possam ser incluídas no texto. Não devem ser usadas para referências. As remissões deverão ser feitas por algarismos arábicos sobrescritos após qualquer sinal de pontuação, devendo ter numeração única e consecutiva.

Ilustrações

As ilustrações (figuras, desenhos, esquemas, fluxogramas, fotografias, gráficos, mapas, organogramas, plantas, quadros, retratos e outros) poderão ser aceitas, mas deverão estar assinaladas no texto, com identificação na parte superior, precedida da palavra designativa, seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, do respectivo título. Na parte inferior, deve ser indicada a fonte, legenda, notas e outras informações necessárias.

Tabelas

As tabelas (informações tratadas estatisticamente) devem ser numeradas com números arábicos, com identificação na parte superior, precedida da palavra Tabela, à esquerda da página. Caso necessário, a fonte deve ser colocada abaixo da tabela.

Agradecimentos

Os agradecimentos a auxílios recebidos, precedidos do subtítulo "Agradecimentos", e de dois-pontos, em negrito, em parágrafo único, de no máximo três linhas, justificado, sem adentramento, em espaçamento simples, duas linhas após o término do texto.

Referências

As referências, precedidas desse subtítulo, em negrito, devem ser alinhadas à esquerda, justificadas, sem adentramento, em ordem alfabética de sobrenomes e, no caso de um mesmo autor, na sequência cronológica de publicação dos trabalhos citados, dois espaços simples após o texto ou os agradecimentos, conforme a NBR 6023 da ABNT. Quando a obra tiver até seis autores, todos devem ser citados. Mais de seis autores, indicar os seis primeiros, seguido de et al.

Considerações éticas

Caso os artigos apresentem relatos de pesquisas que envolvam seres humanos, os estudos devem estar de acordo com a Resolução 466/12 ou 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e terem sido aprovados por comissão de ética registrada junto ao CONEP.

Taxas de submissão

A revista não cobra dos autores taxas referentes à submissão de artigo (submission charges), nem taxas referentes ao processamento de artigo, em caso de aceite para publicação.

Versão de textos em segundo idioma

A partir da edição de janeiro de 2020, a RBGDR publicará todas as edições bilíngues. Os textos serão publicados no idioma original da submissão e em inglês. O objetivo é dar mais visibilidade às publicações para a comunidade científica internacional. Os autores serão responsáveis por providenciar as versões dos textos aprovados em segundo idioma, bem como a declaração de tradução para a língua inglesa. O documento deverá ser postado na área de submissão, junto com a versão em inglês do texto.

Declaração correção de gramática e ortografia

A partir de julho de 2023, a RBGDR exigirá, para os artigos aprovados, declaração de correção de gramática e ortografia em língua portuguesa, por profissional habilitado. O documento deverá ser postado na área de submissão, junto com a versão final do texto.

Sedres Fast Track

Seção destinada à submissão de artigos que foram selecionados no fast track do evento VSedres.

Fazer uma nova submissão para a seção [Sedres Fast Track](#).

Declaração de Direito Autoral

Os autores que tiverem seus trabalhos aceitos e publicados na Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional estarão sujeitos a política de direitos autorais CC <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Em caso de aceite do artigo para publicação, os direitos autorais são automaticamente cedidos para a Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou à terceiros.

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COLEGIADO



AVALIAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA

NOME DO ALUNO: Jorge Luis Nunes Fernandes
TÍTULO DO PROJETO: RESPOSTAS DOS MUNICÍPIOS COM MAIS BAIXO IDH NO MARANHÃO À PANDEMIA DE COVID-19
ORIENTADOR: ANTONIA IRACILDA E SILVA VIANA
CO-ORIENTADOR:

ITENS DO PROJETO

1. IDENTIFICAÇÃO
TÍTULO ADEQUADO A PROPOSTA DO TRABALHO? (x) SIM () NÃO
O TEMA TEM MÉRITO TÉCNICO-CIENTÍFICO? (x) SIM () NÃO
2. INTRODUÇÃO
DESCREVE O TEMA CENTRAL DO TRABALHO DE FORMA COERENTE? (x) SIM () NÃO
3. OBJETIVOS:
ESTÁ SUBDIVIDIDO EM GERAL E ESPECÍFICOS (3 A 4)? (x) SIM () NÃO
OS OBJETIVOS SÃO CLAROS E SÃO COERENTES COM O PROBLEMA APRESENTADO? (x) SIM () NÃO
4. JUSTIFICATIVA
A JUSTIFICATIVA É CONVINCENTE E O PROBLEMA ESTÁ BEM DELIMITADO? (x) SIM () NÃO
5. REFERENCIAL TEÓRICO
A FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA É COERENTE E ADEQUADA COM O PROBLEMA PROPOSTO? (x) SIM () NÃO
O TEXTO ESTÁ CITADO ADEQUADAMENTE (x) SIM () NÃO
EXISTEM TRECHOS QUE SÃO CÓPIA NA ÍNTEGRA? () SIM (x) NÃO
6. METODOLOGIA
É BEM DEFINIDA E ADEQUADA AO PROBLEMA? (x) SIM () NÃO
AMOSTRA ESTÁ DEFINIDA E CALCULADA? (x) SIM () NÃO
FORAM DESCRITOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO? (x) SIM () NÃO
FOI DETALHADO O TEMPO DE COLETA DOS DADOS (x) SIM () NÃO
FOI DETALHADO O(S) INSTRUMENTO(S) DE PESQUISA (EXAMES, QUESTIONÁRIO)? (x) SIM () NÃO
FOI DESCRITO O TERMO DE CONSENTIMENTO/ASSENTIMENTO OU AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL? (x) SIM () NÃO
FOI MENCIONADA ANÁLISE ESTATÍSTICA (SOFTWARE E TESTES)? (x) SIM () NÃO
7. ORÇAMENTO
ESTÃO DESCRITOS OS GASTOS MÍNIMOS PREVISTOS? (x) SIM () NÃO
8. CRONOGRAMA
O CRONOGRAMA ESTÁ ADEQUADO CONFORME OS OBJETIVOS PROPOSTOS? (x) SIM () NÃO
AS ATIVIDADES PREVISTAS SÃO SUFICIENTES PARA A EXECUÇÃO DA PESQUISA? (x) SIM () NÃO
9. REFERÊNCIAS
ESTÃO DE ACORDO COM AS NORMAS DA ABNT OU VANCOUVER? (x) SIM () NÃO
10. ANEXOS E OUTROS
ESTÃO PRESENTES FICHAS, TERMOS E AUTORIZAÇÕES? (x) SIM () NÃO
ESTÁ PRESENTE FICHA DE INSCRIÇÃO DO TRABALHO COM ASSINATURA DO ORIENTADOR? (x) SIM () NÃO
O PROJETO POSSUI NECESSIDADE DE AJUSTES DE FORMATAÇÃO E/OU ORTOGRAFIA? () SIM (x) NÃO

RESULTADO DA AVALIAÇÃO E PARECER
(x) APTO A EXECUÇÃO DA MONOGRAFIA () NÃO APTO A EXECUÇÃO DA MONOGRAFIA
() APTO A EXECUÇÃO DA MONOGRAFIA COM RESTRIÇÕES
SUGESTÕES – ITENS QUALIFICADOS COMO “NÃO” DEVEM SER APONTADOS:
Parabéns pela temática do estudo, o trabalho está muito bem estruturado sem sugestões no momento.



Documento assinado digitalmente

CLAUDEIA REGINA DE ALENCAR AMARAL RO

Data: 06/06/2023 14:26:05 -0300

Verifique em <https://validar.ifgov.br>

ASSINATURA DO AVALIADOR: