

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Laura Bassoli Baldiotti Benício

Previne Brasil: análise dos indicadores de saúde da mulher

Juiz de Fora
2025

Laura Bassoli Baldiotti Benício

Previne Brasil: análise dos indicadores de saúde da mulher

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Tecnologia e inovação no cuidado em saúde e Enfermagem.

Orientador: Nayara Gonçalves Barbosa

Juiz de Fora

2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Benicio, Laura Bassoli Baldiotti .
Previne Brasil : análise dos indicadores de saúde da mulher /
Laura Bassoli Baldiotti Benicio. -- 2025.
75 p. : il.

Orientadora: Nayara Gonçalves Barbosa
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2025.

1. atenção primária à saúde. 2. indicadores básicos de saúde. 3. assistência integral à saúde da mulher. 4. câncer de colo do útero. 5. cuidado pré-natal. I. Barbosa , Nayara Gonçalves, orient. II. Título.

Laura Bassoli Baldiotti Benício

Previne Brasil: análise dos indicadores de saúde da mulher

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Aprovada em 28 de março de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Nayara Gonçalves Barbosa - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Dra. Milena Temer Jamas

Universidade Estadual Paulista

Dr. Aripuanã Sakurada Aranha Watanabe

Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 18/03/2025.



Documento assinado eletronicamente por **NAYARA GONÇALVES BARBOSA, Usuário Externo**, em 31/03/2025, às 13:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Aripuana Sakurada Aranha Watanabe, Professor(a)**, em 02/04/2025, às 12:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Milena Temer Jamas, Usuário Externo**, em 09/04/2025, às 14:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2298122** e o código CRC **E957F144**.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar a cobertura dos indicadores de saúde da mulher na Atenção Primária à Saúde do programa Previne Brasil no período de 2018 até 2023 no Brasil. Para isso, utilizou-se como método o estudo ecológico, cujas unidades de análise foram as diferentes regiões geográficas do país, utilizando dados agregados, extraídos de bases públicas de informações em saúde dos indicadores de desempenho de saúde da mulher do programa. Nenhuma região do Brasil atingiu a meta de 40% para a cobertura da coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde. No entanto, foi demonstrado aumento da cobertura a nível nacional, partindo de 10% para 27%. Embora todos os estados tenham apresentado cobertura inferior a 40% em todos os anos do período estudado, observou-se que os estados de Alagoas e Amazonas alcançaram valores próximos a meta, com coberturas de até 39%. Foi observada uma significativa variabilidade na cobertura de gestantes com pelo menos 6 consultas, sendo a primeira até a décima segunda semana de gestação entre os estados brasileiros. Acre, Amapá, Pará e Roraima permaneceram abaixo dos 45% de cobertura. Alagoas destacou-se pelo melhor desempenho, aumentando de 29% para 65%. Em contrapartida, o Amapá apresentou o pior desempenho, subindo de 5% para apenas 32%. O Distrito Federal também se destacou, com uma significativa elevação na taxa de cobertura, passando de 1% para 57%. Destacou-se um aumento do indicador de “proporção de gestantes que realizaram exames de sífilis e HIV”, em nível nacional, passando de 17% para 68%, superando a meta estabelecida, que foi alcançada no segundo quadrimestre de 2022 (63%). Durante o período pandêmico, de 2020 e 2021, esse indicador permaneceu em constante crescimento no país. Esses dados refletem avanço contínuo nas métricas monitoradas. Em nível regional, o indicador também demonstrou aumento constante nos dados analisados no período analisado e todas as regiões alcançaram a meta proposta, evidenciando bom desempenho das equipes neste indicador, inclusive durante o período da pandemia. Todos os estados brasileiros conseguiram atingir a meta de 60%, sendo que a pandemia não teve um impacto significativo sobre o indicador. Conclui-se que a análise revelou importantes avanços na consolidação da Atenção Primária à Saúde. O indicador com melhor desempenho ao longo do período foi a proporção de gestantes que realizaram exames de sífilis e HIV, cuja cobertura nacional superou a meta estabelecida,

mesmo durante o contexto pandêmico. Em contrapartida, o indicador com pior desempenho foi a cobertura de coleta do exame citopatológico, que, embora tenha apresentado crescimento, permaneceu distante da meta em todas as regiões. As desigualdades regionais identificadas evidenciam a necessidade de políticas públicas mais equitativas e estratégias direcionadas ao fortalecimento da APS nos territórios com maior vulnerabilidade social e sanitária. Recomenda-se, ainda, que pesquisas futuras aprofundem a análise de fatores contextuais e estruturais que influenciam a cobertura dos indicadores, a fim de subsidiar intervenções mais eficazes, sustentáveis e alinhadas às realidades locais.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; indicadores básicos de saúde; assistência integral à saúde da mulher; câncer de colo do útero; infecções sexualmente transmissíveis; cuidado pré-natal.

ABSTRACT

This study aims to analyze the coverage of women's health indicators in Primary Health Care under the Previner Brasil program from 2018 to 2023 in Brazil. For this purpose, an ecological study was used as the method, whose units of analysis were the different geographic regions of the country, using aggregated data extracted from public health information databases on the program's women's health performance indicators. No region in Brazil reached the 40% target for cytology collection coverage in Primary Health Care. However, an increase in coverage was demonstrated at the national level, from 10% to 27%. Although all states presented coverage below 40% in all years of the study period, it was observed that the states of Alagoas and Amazonas reached values close to the target, with coverage of up to 39%. Significant variability was observed in the coverage of pregnant women with at least 6 consultations, the first being up to the twelfth week of pregnancy among Brazilian states. Acre, Amapá, Pará, and Roraima remained below 45% coverage. Alagoas stood out for its best performance, increasing from 29% to 65%. On the other hand, Amapá had the worst performance, rising from 5% to just 32%. The Federal District also stood out, with a significant increase in the coverage rate, going from 1% to 57%. There was an increase in the indicator of "proportion of pregnant women who underwent syphilis and HIV tests" at the national level, going from 17% to 68%, exceeding the established target, which was reached in the second four months of 2022 (63%). During the pandemic period, from 2020 to 2021, this indicator remained in constant growth in the country. These data reflect continuous progress in the monitored metrics. At the regional level, the indicator also showed a constant increase in the data analyzed during the period analyzed, and all regions achieved the proposed target, demonstrating good performance by teams in this indicator, including during the pandemic. All Brazilian states managed to achieve the 60% target, and the pandemic did not have a significant impact on the indicator. It is concluded that the analysis revealed important advances in the consolidation of Primary Health Care. The indicator with the best performance over the period was the proportion of pregnant women who underwent syphilis and HIV tests, whose national coverage exceeded the established target, even during the pandemic context. On the other hand, the indicator with the worst performance was the coverage of cytopathological test collection, which, although it showed growth,

remained far from the target in all regions. The regional inequalities identified highlight the need for more equitable public policies and strategies aimed at strengthening PHC in territories with greater social and health vulnerability. It is also recommended that future research deepen the analysis of contextual and structural factors that influence the coverage of indicators, in order to support more effective, sustainable interventions aligned with local realities.

Keywords: primary health care; basic health indicators; comprehensive women's health assistance; cervical cancer; sexually transmitted infections; prenatal care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	– Plataforma do sistema de informação em saúde para a atenção básica do ministério da saúde.....	34
Figura 2	– Plataforma do sistema de informação em saúde para a atenção básica do ministério da saúde: indicadores de desempenho.....	34
Figura 3	– Plataforma do sistema de informação em saúde para a atenção básica do ministério da saúde: Filtros de busca do indicador.....	35
Figura 4	– Plataforma do sistema de informação em saúde para a atenção básica do ministério da saúde: Filtros de busca do nível de visualização	35
Figura 5	– Plataforma do sistema de informação em saúde para a atenção básica do ministério da saúde: Filtros de busca do quadrimestre	35
Figura 6	– Plataforma do sistema de informação em saúde para a atenção básica do ministério da saúde: Filtros de busca da visão das equipes	36
Gráfico 1	– Distribuição do indicador “Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde” de acordo com as grandes Regiões do Brasil, 2018 a 2023	37
Gráfico 2	– Distribuição do indicador “Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde” nos Estados brasileiros no período de 2018 a 2023.....	38
Gráfico 3	– Distribuição das porcentagens alcançadas no indicador “Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizada, sendo a 1º até a 12º semana de gestação” de acordo com as grandes Regiões do Brasil, 2018 a 2023	41
Gráfico 4	– Distribuição das porcentagens alcançadas no indicador “Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizada, sendo a 1º até a 12º semana de gestação” nos Estados brasileiros no período de 2018 a 2023	42

Gráfico 5	– Distribuição das porcentagens alcançadas no indicador “Proporção de gestantes com realização de exames de sífilis e HIV” de acordo com as grandes Regiões do Brasil, 2018 a 2023	44
Gráfico 6	– Distribuição das porcentagens alcançadas no indicador “Proporção de gestantes com realização de exames de sífilis e HIV” nos Estados brasileiros no período de 2018 a 2023	45

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Taxas de crescimento da cobertura entre os quadrimestres do indicador “Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde”, de acordo com as grandes Regiões do Brasil, no período de 2018 a 202339
- Tabela 2 – Taxas de crescimento da cobertura entre os quadrimestres do indicador “Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizada, sendo a 1º até a 12º semana de gestação”, de acordo com as grandes Regiões do Brasil, no período de 2018 a 202343
- Tabela 3 – Taxas de crescimento da cobertura entre os quadrimestres do indicador “Proporção de gestantes com realização de exames de sífilis e HIV”, de acordo com as grandes Regiões do Brasil, no período de 2018 a 202346

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PAISM	Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CNS	Conferência Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
EC	Emenda Constitucional
PNAISM	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
MS	Ministério da Saúde
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
FNS	Fundo Nacional de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipes de Saúde da Família
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
eSFR	Equipes de Saúde da Família Ribeirinha
eSFF	Equipes de Saúde da Família Fluviais
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
eAB	Equipe de Atenção Básica
eAP	Equipe de Atenção Primária
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
AIS	Ações Integradas de Saúde
NOB	Norma Operacional Básica

PAB	Programa de Atenção Básica
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
eSB	Equipe de Saúde Bucal
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HbA1c	Hemoglobina Glicada
SISAPS	Sistema de Informação em Saúde em Atenção Primária à Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde em Atenção Básica
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
CCU	Câncer de Colo de Útero
PNI	Programa Nacional de Imunização
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
HPV	Papilomavírus Humano
OMS	Organização Mundial da Saúde
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
TAR	Tratamento Antirretroviral
UBSs	Unidades Básicas de Saúde
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
RMM	Razão de Mortalidade Materna
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
EUA	Estados Unidos da América
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
PrEP	Profilaxia Pré-exposição

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1	SAÚDE DA MULHER	15
2.2	A EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	17
2.3	FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL	19
2.4	PROGRAMA DE FINANCIAMENTO PREVINE BRASIL	21
2.5	INDICADORES DE SAÚDE	23
2.5.1	Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizada, sendo a 1º até a 12º semana de gestação	24
2.5.2	Proporção de gestantes com realização de exames de sífilis e HIV..	24
2.5.3	Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS	25
2.6	INDICADORES DE SAÚDE DA MULHER	25
2.6.1	Rastreamento do CCU	26
2.6.2	Pré-natal de Baixo Risco na APS	28
3	OBJETIVOS.....	32
3.1	OBJETIVO GERAL.....	32
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
4	METODOLOGIA	32
4.1	TIPO DE ESTUDO	32
4.2	COLETA DE DADOS	33
4.3	ANÁLISE DOS DADOS	36
4.4	ASPECTOS ÉTICOS	36
5	RESULTADOS	36
5.1	PROPORÇÃO DE MULHERES COM COLETA DE CITOPATOLÓGICO NA APS	36
5.2	PROPORÇÃO DE GESTANTES COM PELO MENOS 6 CONSULTAS DE PRÉ-NATAL REALIZADA, SENDO A 1º ATÉ A 12º SEMANA DE GESTAÇÃO	40
5.3	PROPORÇÃO DE GESTANTES COM REALIZAÇÃO DE EXAMES DE SÍFILIS E HIV	43
6	DISCUSSÃO	47

6.1	PROPORÇÃO DE MULHERES COM COLETA DE CITOPATOLÓGICO NA APS	47
6.2	PROPORÇÃO DE GESTANTES COM PELO MENOS 6 CONSULTAS DE PRÉ-NATAL REALIZADA, SENDO A 1º ATÉ A 12º SEMANA DE GESTAÇÃO.....	50
6.3	PROPORÇÃO DE GESTANTES COM REALIZAÇÃO DE EXAMES DE SÍFILIS E HIV.....	53
7	CONCLUSÃO	57
7.1	PROPORÇÃO DE MULHERES COM COLETA DE CITOPATOLÓGICO NA APS	58
7.2	PROPORÇÃO DE GESTANTES COM PELO MENOS 6 CONSULTAS DE PRÉ-NATAL REALIZADA, SENDO A 1º ATÉ A 12º SEMANA DE GESTAÇÃO	58
7.3	PROPORÇÃO DE GESTANTES COM REALIZAÇÃO DE EXAMES DE SÍFILIS E HIV	59
	REFERÊNCIAS	59

1 INTRODUÇÃO

No passado, as mulheres eram predominantemente vistas como responsáveis apenas pelas funções reprodutivas, mas ao longo do tempo conquistaram avanços significativos nas áreas política, social e profissional. A busca por igualdade e reconhecimento gerou políticas públicas importantes, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984. Este programa representou um marco na oferta de cuidados de saúde abrangentes, levando em conta as diversas etapas da vida feminina. Contudo, apesar dessas conquistas, persistem desigualdades sociais e econômicas que dificultam o acesso a serviços de saúde, especialmente para mulheres de populações marginalizadas. Além disso, a saúde mental das mulheres e a conciliação entre a vida profissional e familiar continuam a ser desafios relevantes (Fernandes *et al.*, 2024; Silva *et al.*, 2024a).

Para que políticas públicas voltadas à saúde da mulher sejam eficazes, é essencial considerar os determinantes sociais da saúde. Nesse contexto, os indicadores de saúde desempenham um papel fundamental, não apenas para avaliar a qualidade do atendimento, mas também para promover melhorias no sistema de saúde. Esses indicadores ajudam a guiar políticas públicas, a identificar falhas nos serviços prestados e a garantir que os recursos sejam direcionados de forma eficiente. Para que cumpram esse papel de maneira eficaz, no entanto, é imprescindível que haja um bom financiamento do sistema, assegurando recursos suficientes para a implementação e continuidade de políticas públicas bem estruturadas (Abud *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2024b).

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), no entanto, sempre foi um desafio desde a sua criação, com limitações orçamentárias que impactam a eficácia das políticas de saúde. Apesar de a Constituição Federal de 1988 ter estabelecido um sistema de saúde gratuito e universal no Brasil, com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças, os recursos disponíveis para a execução desse sistema têm sido historicamente insuficientes. Esse cenário foi evidenciado pela VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, que, ao consolidar as diretrizes do SUS, também apontou a necessidade de garantir um financiamento adequado. A regulamentação das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) de 1990 reforçou essa demanda, mas, ao longo do tempo, o financiamento do SUS tem enfrentado dificuldades, com períodos de escassez de recursos que impactam

diretamente a qualidade dos serviços prestados à população (Harzheim *et al.*, 2020a; Cunha, 2020; Mendonça *et al.*, 2018).

Dentre os principais componentes do SUS, destaca-se a Atenção Primária à Saúde (APS), um modelo assistencial voltado para a saúde da família, que busca ampliar o acesso e a qualidade dos serviços, levando em consideração as necessidades locais e os determinantes sociais da saúde (Starfield, 2002). O financiamento do SUS é tripartite, envolvendo a União, os Estados e os Municípios, garantindo a execução de ações e serviços de saúde gratuitos, conforme estabelecido pela Constituição. No entanto, a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95 de 2016, que limitou os investimentos públicos, gerou sérias preocupações sobre a sustentabilidade do sistema. Essa limitação de recursos pode comprometer a continuidade e a qualidade dos serviços oferecidos, o que torna ainda mais urgente a reestruturação dos modelos de financiamento do SUS (Geremia, 2020).

Nesse contexto, o programa "Previne Brasil", lançado em 2019, buscou reestruturar a APS por meio de um modelo baseado em indicadores de desempenho. Esses indicadores, fundamentais para monitorar a saúde da população e orientar as políticas públicas, destacam-se especialmente no que se refere à saúde da mulher, com o objetivo de identificar as necessidades específicas e promover o bem-estar das mulheres em diferentes fases da vida. Apesar dos esforços do "Previne Brasil" para ampliar o acesso e a qualificação da APS, principalmente para as populações mais vulneráveis, o programa foi revogado em abril de 2024, sendo substituído por uma nova metodologia de cofinanciamento, o que evidencia as constantes mudanças no financiamento e na execução do SUS (Harzheim, 2020; Mendes; Carnut; Guerra, 2022).

Diante do contexto político e financeiro que envolve o SUS, bem como das grandes disparidades epidemiológicas e geográficas no Brasil, este estudo se justifica como uma ferramenta importante para apoiar gestores de saúde em todas as esferas do governo. Seu objetivo é oferecer uma visão mais clara sobre a realidade da saúde materno-infantil nos diferentes municípios e estados, utilizando os dados dos indicadores de saúde como base para a formulação de políticas públicas voltadas à saúde da mulher e da criança. Além disso, o estudo visa planejar ações eficazes que promovam a qualificação, o aprimoramento e a continuidade do cuidado no âmbito do SUS, levando em consideração as especificidades regionais e as necessidades da população.

Portanto, os indicadores de saúde desempenham um papel crucial na compreensão dos desafios enfrentados pelas mulheres em diferentes contextos. A coleta e análise desses dados são fundamentais para o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes, sensíveis e que atendam às reais necessidades da saúde feminina. Esses indicadores não apenas orientam a alocação de recursos e a implementação de intervenções, mas também contribuem para a promoção da equidade e da saúde integral, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 SAÚDE DA MULHER

A evolução do papel da mulher na sociedade é uma história de profundas transformações ao longo do tempo. Inicialmente, as mulheres eram vistas principalmente como mães, com funções reprodutivas limitadas. Com o passar dos anos, elas conquistaram avanços significativos nas esferas política, social e profissional, refletindo uma trajetória de lutas e superações. A busca por igualdade, autonomia e reconhecimento resultou em mudanças que vão além de fronteiras geográficas e culturais. Esse processo, ligado à evolução da saúde da mulher cria um cenário dinâmico que requer uma abordagem holística. A inserção das mulheres no mercado de trabalho, especialmente durante a Segunda Guerra Mundial, desafiou estereótipos de gênero e abriu novas oportunidades. A introdução dos anticoncepcionais na década de 1960 deu às mulheres maior controle sobre sua fertilidade, contribuindo para seu empoderamento. Nesse contexto, a saúde da mulher também evoluiu, necessitando de políticas públicas abrangentes, como o PAISM em 1984 no Brasil, que abrange ações preventivas e planejamento familiar (Fernandes et al., 2024).

O PAISM no Brasil é um marco na promoção da saúde integral, abrangendo ações preventivas, assistência ao parto, planejamento familiar e prevenção de doenças. Enfatiza a importância do acompanhamento da saúde feminina em todas as fases da vida, incluindo pré-natal, parto, puerpério, câncer ginecológico, doenças sexualmente transmissíveis e planejamento familiar. As ações do programa impactam positivamente indicadores de qualidade de vida, como a mortalidade

materno-infantil. O acompanhamento da saúde da mulher é um processo abrangente que visa promover a saúde e prevenir doenças ao longo da vida, considerando fatores individuais como idade e histórico de saúde. A orientação de uma equipe multidisciplinar é fundamental para garantir um cuidado eficaz em todas as fases da vida. Assim, a saúde da mulher se torna uma prioridade nas agendas de saúde pública, influenciando seu bem-estar e prevenindo condições que afetam a saúde da população a longo prazo. Políticas públicas eficazes e acesso universal a cuidados de saúde são fundamentais para enfrentar os desafios específicos da saúde da mulher e promover um ambiente saudável e igualitário. Em 2004, o Ministério da Saúde (MS) lançou a PNAISM para aprimorar a qualidade dos serviços e promover avanços nos direitos sexuais e reprodutivos (Silva *et al.*, 2024a).

Apesar dos avanços significativos nos cuidados de saúde para mulheres, ainda há muito a ser feito para garantir que todas tenham acesso a serviços adequados e equitativos. Desigualdades sociais e econômicas continuam a impactar o acesso à saúde, especialmente em populações marginalizadas. Além disso, a saúde mental das mulheres demanda uma abordagem holística que considere fatores sociais e biológicos. Muitas mulheres também enfrentam dificuldades em equilibrar a vida profissional e pessoal, com responsabilidades familiares e o cuidado com os filhos se tornando obstáculos adicionais. A pressão para conciliar as demandas do trabalho com as necessidades do lar aumentou, evidenciando as disparidades de gênero na distribuição do trabalho não remunerado (Fernandes *et al.*, 2024).

A qualidade dos cuidados de saúde da mulher é avaliada por indicadores que consideram os determinantes sociais da saúde da população feminina um aspecto crucial. Informações baseadas em dados confiáveis são essenciais para uma avaliação justa da situação de saúde e para embasar decisões e ações na área. A busca por parâmetros que descrevam o estado de saúde é central na saúde pública, começando com o registro de dados sobre mortalidade e sobrevivência. Os indicadores de saúde facilitam a quantificação e avaliação dessas informações, sendo fundamentais para identificar desigualdades sociais e para a formulação de políticas públicas que visem reduzir enfermidades e mortalidade. Eles estão relacionados ao avanço socioeconômico do país, já que um sistema de saúde eficiente pode evitar muitos óbitos (Duarte *et al.*, 2024).

2.2 A EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

O Movimento da Reforma Sanitária (MRS), na década de 1970, e a VIII CNS, em 1986, impulsionaram discussões sobre saúde no Brasil, culminando na criação do SUS pela Constituição Federal de 1988. Essa conferência, a primeira com participação pública, abordou a construção de um sistema de saúde gratuito, enfatizando a promoção da saúde e a prevenção de doenças como direitos universais. O modelo discutido na CNS se baseou na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata, que defendia a APS como a estrutura essencial para promover a saúde através de políticas preventivas, adaptadas às necessidades regionais com foco nos determinantes e condicionantes de saúde (Soares *et al.*, 2021; Servo *et al.*, 2020; Pisco; Pinto, 2020).

O SUS é organizado com base em três diretrizes: descentralização, assistência integral e participação da comunidade. Para sua implantação, foram publicadas as LOS: a Lei 8.080/1990 estabelece os princípios e diretrizes do SUS, enquanto a Lei 8.142/1990 trata da participação da comunidade na gestão do sistema e da transferência de recursos financeiros pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b). Em 1991, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para promover a saúde por meio de vínculos comunitários. Em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi implementado para reorganizar a assistência à saúde, expandindo o acesso à APS (Sousa *et al.*, 2017; Mendonça *et al.*, 2018; Gomes; Gutiérrez; Soranz, 2020).

A APS é o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, atuando como porta de entrada e atendendo às necessidades comuns de saúde de indivíduos, famílias e comunidades, de acordo com a complexidade dos casos e tecnologias disponíveis. Ela organiza o fluxo de demandas para outros níveis de atenção quando necessário na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Starfield, 2002; Portela, 2017). Esse modelo assistencial considera os fatores econômicos e sociais da comunidade, visando identificar determinantes de saúde e promovendo a prevenção e o cuidado contínuo por meio de equipes multiprofissionais. A APS melhora os indicadores de saúde, garante acesso e qualidade assistencial, e foca na prevenção de doenças e na promoção da saúde, reduzindo gastos desnecessários,

internações e mortalidade, além de possibilitar diagnósticos e tratamentos precoces (Mendonça *et al.*, 2018; Lima *et al.*, 2018; Tesser; Norman; Vidal, 2018).

Para fortalecer a APS e o PSF como porta de entrada do SUS, o MS publicou, em 2006, a primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Essa política definiu os objetivos e características da APS, introduzindo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como um novo modelo assistencial (Starfield, 2002; Geremia, 2020). A ESF opera conforme os princípios do SUS, oferecendo assistência integral, contínua e de qualidade, tanto nas unidades de saúde quanto no domicílio, de acordo com as necessidades da população. O foco é reduzir fatores de risco, promover uma abordagem centrada na família e estabelecer relacionamentos entre usuários e profissionais de saúde. Além disso, incentiva a participação da comunidade na gestão pública e promove a educação sobre saúde (Gomes; Gutiérrez; Soranz, 2020; Giovanella; Franco; De Almeida, 2020). As equipes de Saúde da Família (eSF) são compostas por profissionais de diversas áreas, responsáveis por uma população específica e um território delimitado. Elas devem conhecer as famílias, identificar problemas de saúde, planejar ações e promover saúde e prevenção de doenças, atuando como a porta de entrada para o sistema de saúde (Peruzzo *et al.*, 2018; Anderson, 2019).

Em 2008, o MS lançou a Portaria N° 154, criando os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), regulamentados pela Portaria N° 2.488 de 2011. Os NASFs são equipes multidisciplinares que colaboram com as eSF para oferecer suporte à comunidade, expandindo as ações de saúde e a rede de serviços, fortalecendo a APS e a ESF, garantindo a resolubilidade e a qualidade assistencial (Da Silva *et al.*, 2017; Soares *et al.*, 2021). Em 2011, o MS também instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) pela Portaria N° 1.654, revogada em 2015 pela Portaria N° 1645. O programa avaliava o desempenho das equipes em relação a indicadores de saúde e, com base nessa avaliação, transferia recursos financeiros aos municípios para fortalecer a APS e a ESF, garantindo qualidade assistencial (Neves *et al.*, 2020).

A primeira atualização da PNAB ocorreu em 2011, por meio da Portaria N° 2.488, durante o governo da Presidenta Dilma Rousseff. Essa atualização reafirmou a prioridade da ESF e introduziu novas modalidades de equipes, como os NASF, Consultório na Rua e eSF Ribeirinhas e Fluviais (eSFR e eSFF). Em 2015, discussões sobre os desafios da Atenção Básica (AB) no Brasil culminaram na

revisão da PNAB em 2017, sob a gestão do Vice-Presidente Michel Temer, que trouxe mudanças consideradas por muitos como um retrocesso. A nova versão reconheceu a ESF como prioridade, mas incentivou a expansão das equipes tradicionais, reduziu o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e alterou suas atribuições, prejudicando a continuidade do cuidado. Em 2016 foi sancionada a EC 95 que estabelece um teto para os gastos públicos no Brasil (Fonseca *et al.*, 2019; Carletto, 2021).

Em 2018, a Portaria Nº 1.808 organizou o financiamento das equipes de Atenção Básica (eAB), enquanto a Portaria Nº 2.539 de 2019 criou as equipes de Atenção Primária (eAP), com diretrizes específicas. Em 2020, a Portaria Nº 99 atualizou o registro das eAPs, e em 2021, a Portaria Nº 397 introduziu mudanças na nomenclatura das unidades de APS e implementou o Programa Saúde na Hora, que visa ampliar o horário de funcionamento das unidades de saúde, aumentando o acesso aos serviços e otimizando a RAS (Brasil, 2018; Brasil, 2019a; Brasil, 2021a).

2.3 FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

Para sustentar um sistema de saúde em um país com grandes divergências epidemiológicas e geográficas como o Brasil, foi necessário o planejamento de um financiamento tripartite, envolvendo a União, Estados e Municípios. Isso visa garantir a execução de ações e serviços de saúde gratuitos, conforme a Constituição de 1988.

Desde sua criação, o financiamento da saúde no Brasil tem sido alvo de intensas discussões. Em 1920, a insatisfação dos trabalhadores estrangeiros com salários e condições de trabalho levou ao surgimento do movimento operário. A Lei Eloy Chaves, de 1923, deu início à previdência social com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que ofereciam estabilidade financeira e serviços de saúde aos trabalhadores de setores como ferrovias, marítimos e bancos. Durante o governo de Getúlio Vargas, foram implementadas ações de saúde, como assistência médica e licença-maternidade. No entanto, os recursos das CAPs, que se tornaram Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) em 1932, eram frequentemente desviados para outros setores. Os IAPs ampliaram a previdência para diversas categorias profissionais, garantindo assistência médica a trabalhadores com vínculo empregatício. Em 1953, foi criado o MS para desenvolver

políticas públicas e melhorar a assistência à saúde, especialmente para a população rural e organizar as CNSs (Angelica; Taveira, 2020; Figueiredo; Porto Junior, 2017).

Em 1964, o Brasil enfrentou um golpe militar que resultou no aumento de casos de dengue, meningite e malária, além da falta de investimentos em saúde. Em 1965, os IAPs foram unificados, formando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que se tornou o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1974. Em 1982, o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) destacou a APS como a porta de entrada do sistema, influenciado pela Conferência de Alma-Ata de 1978. A ditadura militar chegou ao fim em 1985 e posteriormente ocorreu a VIII CNS em 1986 que culminou na criação do SUS pela constituição federal de 1988 (Figueiredo; Porto junior, 2017).

As LOSs 8.080 e 8.142 em 1990 estabeleceram critérios para a transferência de recursos financeiros do governo federal para Estados e Municípios, embora com algumas lacunas. O Art. 35 da LOS 8.080 definiu critérios demográficos e epidemiológicos para as transferências dos recursos. Em 1991, a Resolução N° 258 trouxe a primeira Norma Operacional Básica (NOB) do SUS, esclarecendo o pagamento dos serviços de saúde conforme a produção dos setores envolvidos, e em 1993, a NOB passou a direcionar as transferências financeiras de forma automática e regular (Harzheim *et al.*, 2020a; Harzheim *et al.*, 2020b).

Em 1996, uma nova NOB avançou na descentralização, substituindo o pagamento por produção pelo financiamento tripartite, onde União, Estados e Municípios contribuem regularmente para o Programa de Atenção Básica (PAB), dividido em PAB Fixo e Variável. O PAB Fixo é um valor fixo transferido com base na população e características socioeconômicas, enquanto o PAB Variável incentiva a implementação de programas do MS (Servo *et al.*, 2020; Cunha, 2020; Harzheim *et al.*, 2020b; Morosini; Fonseca; Baptista, 2020). Em 2001, foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) pela Portaria N° 95, visando promover equidade na distribuição de recursos e no acesso aos serviços de saúde, com princípios de regionalização e hierarquização. Essa norma foi revisada em 2002 pela Portaria N° 373 (Sauter; Girardon-Perlini; Kopf, 2012; Sousa *et al.*, 2017).

O financiamento tripartite das ações de saúde foi regulamentado pelo Pacto pela Gestão, através da Portaria N° 204 de 2007, que organizou cinco blocos de financiamento: AB, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. Em 2009, o Bloco de Investimento na

Rede de Serviços de Saúde foi adicionado, conforme a Portaria N° 837. O Bloco AB inclui o PAB fixo e variável para custear as ações da APS (Cunha, 2020; Soares *et al.*, 2021).

Em 2016, a EC 95 foi aprovada, limitando os investimentos do governo federal por vinte anos e congelando gastos em saúde, educação e infraestrutura, mesmo com o crescimento da população ou da arrecadação. Essa medida, embora buscase o equilíbrio fiscal, fortaleceu a dívida pública e os sistemas de saúde privados (Mariano, 2017. Dutra; Freitas, 2019; Geremia, 2020). Em 2017, a Portaria 3.392 substituiu os blocos de financiamento por dois: o Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, voltado à preservação dos serviços existentes, e o Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde, destinado à estruturação e expansão dos serviços. Em 2020, os blocos foram renomeados para Bloco de Manutenção e Bloco de Estruturação (Cunha, 2020; Soares *et al.*, 2021). Em 2019, foi implementado um novo programa de financiamento da APS Previne Brasil.

2.4 PROGRAMA DE FINANCIAMENTO PREVINE BRASIL

Em 2019, o MS lançou o programa Misto de financiamento da APS chamado "Previne Brasil", regulamentado pela Portaria N° 2.979. O programa estabelece indicadores de pagamento por desempenho e metas a serem avaliadas quadrimestralmente, com a última versão publicada pela Portaria GM/MS N° 102 em janeiro de 2022. O Previne Brasil visa reestruturar a APS, focando na prevenção de doenças e promoção da saúde, especialmente para a população vulnerável. O repasse de recursos é condicionado ao número de pessoas cadastradas e ao desempenho das equipes (Brasil, 2019a; Harzheim, 2020; Mendes; Carnut; Guerra, 2022; Mendes; Melo; Carnut, 2022).

Os principais pilares do programa incluem (Brasil, 2019a; Harzheim *et al.*, 2020b):

1. Ampliação do acesso e qualificação da APS: Melhorar o acesso aos serviços de saúde e capacitar os profissionais.
2. Promoção da saúde e prevenção de doenças: Incentivar hábitos saudáveis e alertar sobre riscos de doenças por meio de ações educativas.

3. Fortalecimento do trabalho em equipe: Promover a integração entre profissionais de saúde para uma abordagem holística.
4. Financiamento da APS: Baseado no número de cadastrados e serviços oferecidos, incentivando ações de prevenção.
5. Melhoria das instalações das unidades de saúde: Investimentos em infraestrutura para qualificar o atendimento.

As transferências de recursos do programa eram baseadas em quatro componentes principais. O primeiro, a capitação ponderada, considerava o número de usuários cadastrados nas eSF e eAP, levando em conta critérios de vulnerabilidade, perfil demográfico e a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O segundo componente, o pagamento por desempenho, estava vinculado ao cumprimento das metas dos indicadores estabelecidos pelo MS para as equipes cadastradas. O terceiro componente consistia em um incentivo financeiro destinado a ações estratégicas e programas do MS, como o Programa Saúde na Hora e a Equipe de Saúde Bucal (eSB). Por fim, o último componente era um incentivo financeiro baseado em critérios populacionais, definido pelo IBGE, que estabelecia um valor per capita a ser repassado. Esses componentes eram avaliados a cada quatro meses, com os valores transferidos conforme a legislação anterior. O pagamento por desempenho era crucial, pois o valor transferido dependia dos resultados alcançados nas ações das equipes, visando melhorar a qualidade da atenção à saúde. Os indicadores de saúde foram estabelecidos pela Portaria nº 3.222/2019 e atualizados pela Nota Técnica Nº 12 (Brasil, 2021b; Mendes; Carnut; Guerra, 2022; Mendes; Melo; Carnut, 2022):

1. Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação.
2. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).
3. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.
4. Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.

5. Proporção de crianças de 1 ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *haemophilus influenzae* tipo b (Pentavalente) e Poliomielite inativada.

6. Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.

7. Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada (HbA1c) solicitada no semestre.

Os indicadores do programa Previnde Brasil foram fundamentais para monitorar e avaliar o desempenho das equipes, permitindo identificar áreas que necessitavam de mais investimentos e melhorias. O MS disponibilizava relatórios dos indicadores nas plataformas Sistema de Informação em Saúde em Atenção Primária à Saúde (SISAPS) e Sistema de Informação em Saúde em Atenção Básica (SISAB), facilitando o acompanhamento pelos municípios (Harzheim, 2020). Esse modelo foi implementado gradualmente, após a pandemia de Covid-19, que levou ao pagamento de 100% dos indicadores em 2020 e à capacitação das equipes de saúde e adaptação dos municípios (Brasil, 2022a). No entanto, o programa foi revogado em 10 de abril de 2024, pela Portaria GM/MS Nº 3.493, durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, quando uma nova metodologia de cofinanciamento do Piso de Atenção Primária à Saúde foi instituída para as ações e serviços do SUS (Brasil, 2024a).

2.5 INDICADORES DE SAÚDE

Os indicadores de saúde são medidas quantitativas que fornecem informações sobre a saúde de uma população ou de grupos específicos dentro dela. Eles são essenciais para identificar e avaliar as condições de saúde de uma comunidade em um determinado território, auxiliando na tomada de decisões pelos gestores de saúde e na formulação de políticas públicas. Esses indicadores também contribuem para o planejamento de ações, intervenções e melhorias nos serviços de saúde, além de facilitar o monitoramento e a avaliação da saúde, adequando os serviços oferecidos e implementando políticas que atendam às necessidades específicas da população (Abud *et al.*, 2023).

Considerando a relevância dos indicadores de saúde e sua utilização como critério para a transferência de recursos no componente de pagamento por desempenho do Previde Brasil, conforme definido pela Portaria 3.222/2019, a seguir são descritos cada um dos indicadores estabelecidos, de acordo com as notas técnicas elaboradas pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do MS (Brasil, 2019b).

2.5.1 Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1º até a 12º semana de gestação

Segundo a Nota Técnica Nº 13/2022 da SAPS/MS, o indicador 1 era crucial para avaliar a qualidade do acompanhamento de pré-natal na APS. Ele mensurava a proporção de gestantes que realizaram pelo menos 6 consultas pré-natal, com a primeira ocorrendo até a 12ª semana de gestação. O cálculo era feito dividindo o número de gestantes que atendiam a esses critérios pelo total de gestantes. Os dados eram obtidos dos registros das consultas no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), destacando a importância da qualidade dos registros dos dados.

Valores elevados desse indicador indicavam boa cobertura e acesso aos serviços de saúde, ajudando a reduzir a morbidade e mortalidade materno-infantil. Além disso, refletiam a capacidade do sistema de saúde em oferecer acompanhamento adequado às gestantes, orientando políticas públicas e a alocação de recursos. O parâmetro estabelecido para a APS era de 100% de cobertura, com uma meta pactuada de 45% (Brasil, 2022b).

2.5.2 Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV

O indicador 2, conforme a Nota Técnica Nº 14/2022 da SAPS/MS, refere-se à proporção de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV, avaliando a cobertura desses exames no pré-natal. O objetivo era garantir a detecção precoce e o tratamento adequado, reduzindo a transmissão dessas doenças para o feto e evitando complicações para mãe e bebê. Esse indicador era fundamental para monitorar as ações de prevenção e controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) em gestantes.

Os exames de sífilis e HIV fazem parte da rotina do pré-natal e podem ser realizados por meio de teste rápido ou sorologia. O cálculo considerava gestantes que realizaram pelo menos um exame de cada durante o pré-natal, dividido pelo total de mulheres identificadas como gestantes no atendimento individual realizado por médico ou enfermeiro e finalizado no quadrimestre da avaliação. O MS recomenda que esses exames sejam feitos prioritariamente no 1º e 3º trimestres da gestação. O parâmetro estabelecido para a APS era de 100% e a meta pactuada foi de 60% (Brasil, 2022c).

2.5.3 Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS

A Nota Técnica Nº 16/2022 da SAPS/MS aborda o indicador que calcula a proporção de mulheres que realizaram a coleta do exame citopatológico (Papanicolau) na APS. Esse exame é essencial para a detecção precoce de lesões pré-cancerosas e do Câncer de Colo do Útero (CCU), contribuindo para a redução da mortalidade por essa doença. O cálculo é feito pela razão entre o número de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram uma coleta do exame na APS nos últimos três anos e o total estimado de mulheres nessa faixa etária no município. O monitoramento desse indicador permite que gestores de saúde desenvolvam políticas para melhorar a cobertura dos programas de rastreamento, garantindo a saúde e o bem-estar das mulheres brasileiras.

O parâmetro pactuado foi de 80% de mulheres que realizaram o exame nos últimos três anos, visando garantir a detecção e tratamento precoces da doença, enquanto a meta estabelecida foi de 40%, levando em conta as limitações enfrentadas pelas equipes e municípios (Brasil, 2022e).

2.6 INDICADORES DE SAÚDE DA MULHER

Os indicadores de saúde da mulher são medidas que refletem a saúde e o bem-estar das mulheres em uma população, considerando aspectos físicos, sociais, psicológicos e financeiros. Eles servem para avaliar o estado de saúde, identificar necessidades, monitorar políticas de saúde e medir a eficácia de programas e intervenções. Exemplos de indicadores de saúde da mulher incluem a taxa de mortalidade materna, assistência ao parto, prevalência de doenças como câncer de

mama e CCU, ISTs, acesso a consultas de pré-natal, planejamento familiar, níveis de escolaridade e hábitos de vida (Silva *et al.*, 2024b).

Tendo em vista a importância dos indicadores de saúde da mulher, as autoras analisaram neste estudo três indicadores do programa Previne Brasil, buscando fornecer dados que fundamentem a formulação de políticas públicas mais eficazes e adaptadas às realidades enfrentadas pelas mulheres. A saúde feminina é um componente fundamental da saúde pública, e entender os indicadores específicos permite identificar e abordar as necessidades de saúde das mulheres de forma mais eficaz, monitorar questões críticas como a mortalidade materna e a prevalência de doenças, além de ser essencial para a identificação de desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, promovendo ações que garantam equidade e justiça social.

2.6.1 Rastreamento do CCU

O CCU é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo, com incidência de aproximadamente 661.044 mil novos casos e 348.186 mil mortes por esta neoplasia no mundo em 2022. Entretanto é o segundo tipo de câncer mais frequente nos países em desenvolvimento, com cerca de 85% dos casos concentrados em países de baixa e média renda (Bruni *et al.*, 2023; Cerqueira *et al.*, 2022; Lemp *et al.*, 2020).

Na região das Américas, o CCU ocupa a terceira posição entre as neoplasias malignas que acometem as mulheres, com aproximadamente 50% das diagnosticadas vindo a óbito em decorrência dessa doença. Em 2020, foram registrados 74.800 novos casos deste câncer em mulheres na faixa etária entre 20 e 85 anos, o número de óbitos nesse grupo e na região foi de 37.700, e espera-se cerca de 87.400 novos casos até 2030 (Opas, 2023). No Brasil, o CCU é o terceiro mais incidente entre as mulheres com estimativa de 17.010 casos novos para cada ano do triênio 2023-2025, sendo este um importante problema de saúde pública (Inca, 2020). A taxa de mortalidade por CCU em 2021 foi de 4,5 óbitos a cada 100 mil mulheres, sobretudo na Região Norte e Nordeste (Silva; Reis, 2024; Ferrari *et al.*, 2024; Gonçalves *et al.*, 2024).

O CCU é causado por uma infecção persistente do papilomavírus humano (HPV), com mais de 200 variantes, dos quais os subtipos 16 e 18 são encontrados

em 70% dos casos. Sua transmissão ocorre pelo contato direto com mucosas contaminadas, por via sexual (oral-genital, genital-genital ou manual-genital) ou via vertical. A infecção pelo HPV é frequente e, na maioria dos casos, assintomática regredindo espontaneamente. Pode ser diagnosticado por meio de exames laboratoriais (citopatológico, histopatológico e de biologia molecular), e são curáveis quando detectado precocemente (Inca, 2020; Silva; Reis, 2024; Perkins *et al.*, 2023).

Considera-se que o CCU é passível de prevenção e controle, seja pela implementação da vacinação contra o HPV, pela efetivação do rastreamento e/ou tratamento das lesões precursoras (Lemp *et al.*, 2020; Inca, 2020). O MS brasileiro oferece, através do SUS e dos serviços de APS, a vacina contra o HPV para meninas e meninos de 9 a 14 anos (Moura; Codeço; Luz, 2021). O exame citopatológico, também conhecido como exame de Papanicolaou, refere-se a um dos métodos de triagem para a identificação de alterações celulares no colo do útero, convencionalmente utilizado por ser de baixo custo, sobretudo em países em desenvolvimento (Casas *et al.*, 2022).

No Brasil, recomenda-se o rastreamento para mulheres ou pessoas com colo uterino entre 25 a 64 anos e que tenham tido atividade sexual e em 2024, os testes moleculares foram aprovados para serem incorporados no SUS (Inca, 2016). Um estudo realizado na cidade de Indaiatuba, estado de São Paulo entre 2017 e 2020, buscou avaliar o uso do teste de DNA-HPV como substituto da citologia no rastreamento de CCU. Foi demonstrado grande eficácia dos testes na detecção de lesões do CCU, principalmente em estágio inicial, e garantiu altas taxas de cobertura e adesão das mulheres de 25 até 64 anos, porém estes possuem um alto custo (Teixeira *et al.*, 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs, em 2020, uma estratégia global para acelerar a eliminação deste tipo de câncer por meio de metas que devem ser alcançadas até 2030. Esta estratégia inclui a vacinação contra o HPV de 90% das meninas até 15 anos, o rastreamento com teste moleculares para 70% das mulheres de 35 aos 45 anos e o tratamento de 90% das mulheres identificadas com lesões precursoras (Inca, 2020; Ferrari *et al.*, 2024; Casas *et al.*, 2022).

As ações desenvolvidas na APS têm sido fundamentais para captar as mulheres elegíveis tanto para a vacinação quanto para o rastreamento e a detecção de lesões precursoras e do diagnóstico precoce do CCU, referenciando as mulheres com resultados alterados, conforme destacado na PNAB. Além disso, propicia a

realização de ações educativas, campanhas de conscientização e mobilização comunitária (Inca, 2016; Cerqueira *et al.*, 2022).

As políticas públicas para o CCU no Brasil são marcadas por diversas iniciativas ao longo das décadas, visando a prevenção, diagnóstico e tratamento da doença. As ações se iniciam com o Programa Nacional de Controle do Câncer entre 1972 e 1975. No ano de 1988 foi instituído o Programa Nacional de Combate ao CCU-Viva Mulher. No final da década de 1990 foi implantado o teste de Papanicolau no SUS. Em 2011 o MS juntamente com o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) publicou as Diretrizes Brasileiras para Rastreamento do CCU, tendo sua última versão atualizada em 2016 (Silva *et al.*, 2022a).

Com o objetivo de aumentar e melhorar o custeio da APS, de expandir o acesso e a cobertura da população em relação ao rastreamento do CCU, conforme os princípios do SUS, com equidade na distribuição dos recursos públicos e otimização na organização das tecnologias ofertadas, foi proposto o Programa Previne Brasil (Schönholzer *et al.*, 2023; Harzheim, 2020; Brasil, 2024a).

2.6.2 Pré-natal de baixo risco na APS

A gestação é marcada por transformações físicas, psicológicas e sociais, influenciadas por fatores biológicos e socioeconômicos, variando conforme o trimestre, o que prepara o corpo da mulher para a gravidez e o parto, mas também a torna mais vulnerável a infecções e comorbidades (Brasil, 2012; Lima *et al.*, 2024). A assistência pré-natal é uma ação programática, principalmente realizada na APS, e está diretamente relacionada à saúde da mãe e do bebê, além de impactar os resultados obstétricos. O período de pré-natal abrange desde a concepção até o parto, e cuidados inadequados nesse período aumentam o risco de complicações para a gestante e o bebê, afetando o parto e o pós-parto, tanto fisicamente quanto psicologicamente. Cerca de 90% das gestantes brasileiras realizam seu acompanhamento pré-natal na rede básica de saúde (Amorim *et al.*, 2022; Ladak *et al.*, 2024).

O pré-natal é um conjunto de cuidados de saúde essenciais para a gestante e o feto que inclui atividades de promoção da saúde, triagem, diagnóstico e prevenção de doenças, permitindo identificar precocemente complicações e promover um parto seguro (WHO, 2016). A atenção ao pré-natal de baixo risco, segundo as diretrizes

do MS, deve começar antes da 12ª semana de gestação e incluir, no mínimo, seis consultas até o final da gravidez, embora haja discussões sobre esse número (Brasil, 2012). Tem-se como objetivo garantir a saúde da mãe e do bebê, identificando patologias precocemente e prevenindo complicações, além de promover a educação em saúde. Quando realizado de forma qualificada, o pré-natal pode reduzir a mortalidade materna e perinatal (Lo Ré; Nascimento; Fonseca, 2022). Durante as consultas se realiza o acolhimento à gestante e ao parceiro, o acompanhamento periódico e contínuo, a classificação de risco gestacional, imunização, realização de exames de imagem e laboratoriais, entre outras atividades (Ribas *et al.*, 2023).

No contexto da assistência pré-natal, o MS, em consonância com as orientações da OMS, estabelece uma série de procedimentos e diretrizes de cuidados que devem ser seguidos pelos serviços e profissionais de saúde, visando à promoção da saúde materno-infantil, sendo este um dos programas prioritários oferecidos no contexto da APS, pautado nos princípios do SUS de universalização, equidade e integralidade, para garantir o direito constitucional de acesso universal e igualitário à saúde (Lima *et al.*, 2024; Tomasi *et al.*, 2022). A ampliação do acesso ao pré-natal, promovida pelas equipes de saúde da família e por políticas do SUS, busca prevenir complicações e detectar precocemente doenças maternas e fetais, reduzindo desfechos perinatais adversos e complicações obstétricas (Oliveira *et al.*, 2021; Freitas *et al.*, 2023; Medeiros; De Souza; Lopes. 2023). O fortalecimento da APS, a otimização da distribuição de renda e as melhorias na educação das mães também desempenham um papel importante (Tavares; Adamson-Macedo, 2023). No entanto, ainda existem municípios brasileiros com inadequações nas ações de pré-natal, como a não realização de exames para diagnóstico precoce de gravidez, sífilis e HIV (vírus da imunodeficiência humana), além da falta de unidades de saúde com horários de atendimento ampliados, o que dificulta o acesso das gestantes trabalhadoras (Cunha *et al.*, 2019).

A APS é a principal porta de entrada para o SUS, desempenhando um papel fundamental no cuidado das gestantes e crianças. Ela abrange a prevenção de complicações obstétricas, a promoção da saúde e o tratamento de questões durante a gestação e o pós-parto, além de organizar o fluxo das gestantes na RAS. A atuação integrada da equipe de saúde assegura uma atenção de qualidade no pré-natal, oferecendo uma abordagem completa e aumentando a eficácia dos

cuidados (Brasil, 2017; Marques *et al.*, 2021). Nesse sentido, indicadores de consultas de pré-natal na APS são importantes ferramentas que evidenciam a qualidade do cuidado à gestante nas diferentes regiões do país. Como exemplo disso, estudo transversal recente, realizado no nordeste brasileiro, mostrou maior prevalência de prematuridade baixo peso ao nascer em recém-nascidos de mulheres que realizaram até 6 consultas de pré-natal, quando comparadas àquelas que realizaram 7 ou mais (Vidal *et al.*, 2023).

No final de 2019 e no início de 2020, a pandemia de Covid-19 trouxe mudanças significativas à forma de vida e à assistência à saúde da população. Durante o primeiro ano da pandemia, as preocupações com o risco de infecção por SARS-CoV-2 nos ambientes de assistência médica resultaram em mudanças nos atendimentos assistenciais. No caso das gestantes, para mitigar o risco de transmissão e contaminação nos serviços de saúde, os hospitais limitaram o número de consultas presenciais e reduziram a presença de acompanhantes durante o parto, sendo que, em alguns casos, até mesmo proibiram totalmente a presença desses acompanhantes, além da realização das consultas de pré-natal por telemedicina, garantindo a continuidade do acompanhamento, quando a gestante não pudesse comparecer às Unidades Básicas de Saúde (UBSs) almejando não interromper o cuidado de pré-natal (Erchick *et al.*, 2022; Peahl; Smith; Moniz, 2020; Arruda; De Sousa, 2022).

Dentre as diretrizes do MS e da OMS, a testagem para sífilis e HIV é recomendada na primeira consulta de pré-natal, preferencialmente no primeiro trimestre, e deve ser repetida no terceiro trimestre e no momento do parto. Esses testes são fundamentais para o diagnóstico e tratamento precoce da gestante, contribuindo para a redução da transmissão vertical das doenças (Brasil, 2022i).

A sífilis é uma IST causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que pode ser transmitida sexualmente e verticalmente da mãe para o feto durante a gestação, podendo resultar na sífilis congênita, com sérias consequências para o conceito. O diagnóstico da sífilis gestacional é realizado por testes imunológicos, e o tratamento é feito com antibioticoterapia. A prevenção inclui o uso de métodos de barreira (preservativos internos e externos), e exames periódicos para detectar ISTs (Macedo *et al.*, 2024; Brasil, 2022i). Apesar de ser uma doença passível de prevenção e tratamento, a sífilis continua sendo um problema de saúde pública global totalizando 8 milhões de casos em 2022, com destaque para a região das Américas com 42%

dos casos globais (Brasil, 2023a). No Brasil, a notificação de casos de sífilis é obrigatória, e em 2023, cerca de 68,6% das gestantes diagnosticadas com sífilis foram identificadas no primeiro ou segundo trimestres, permitindo o início precoce do tratamento e a prevenção da transmissão vertical, observando-se redução de 5,7% de sífilis congênita, quando comparado ao ano de 2022 (Brasil, 2023a).

O HIV, também é uma IST, que compromete o sistema imunológico, podendo levar à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Também é considerada uma doença passível de prevenção e o tratamento é eficaz para controlar a doença, permitindo que as pessoas vivam de forma saudável. Sua transmissão ocorre principalmente por fluidos corporais, relações sexuais desprotegidas, compartilhamento de agulhas e durante a gravidez, parto ou amamentação. O diagnóstico é realizado por meio de exames laboratoriais e o Tratamento Antirretroviral (TAR) é eficaz para controlar a doença, permitindo que as pessoas vivam de forma saudável (Neto *et al.*, 2021).

Notificou-se 43.403 casos de infecção pelo HIV no Brasil em 2022, com aumento de 17,2% nos casos em comparação a 2020, com 43.403 novos casos, especialmente nas regiões Norte (35,2%) e Nordeste (22,9%). Em relação às gestantes, em 2022, 7.943 casos foram notificados, sendo que 53,2% entre 20 a 29 anos, além disso, foram registrados 7.951 casos de crianças expostas à infecção, sendo 30,7% na região Sudeste (Brasil, 2023b).

A maior detecção da sífilis gestacional pode ser atribuída à maior disponibilidade de testes rápidos nas unidades básicas de saúde, à melhoria na formação e capacitação de recursos humanos, com mais iniciativas de educação permanente sobre pré-natal e atividades de educação e promoção da saúde para gestantes (Tomasi *et al.*, 2022).

O estudo deste indicador busca fortalecer a assistência ao pré-natal, avaliando a qualidade e a efetividade do acesso ao pré-natal de forma oportuna, considerando os diferentes eventos durante o intervalo de tempo, contribuindo para a prevenção da morbimortalidade materno-infantil e aprimorando as políticas públicas de combate à sífilis e ao HIV durante a gestação e a alocação de recursos de forma eficiente, além de identificar lacunas na assistência pré-natal. Os resultados têm o potencial de permitir aos gestores e profissionais de saúde a elaboração de estratégias e intervenções necessárias para reduzir as desigualdades e vulnerabilidades regionais, qualificando o acesso à assistência de pré-natal, além

do fortalecimento de ações de prevenção e controle das IST em gestantes e da transmissão vertical de sífilis e HIV.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os indicadores de saúde da mulher na APS do programa Previne Brasil no período de 2018 até 2023 no Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Examinar a cobertura do indicador “proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS”, do programa Previne Brasil no período de 2018 até 2023 no Brasil.
- Pesquisar o indicador “proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1º até a 12º semana de gestação” do programa Previne Brasil no período de 2018 até 2023 no Brasil.
- Investigar a cobertura do indicador de “proporção de gestantes com exames para sífilis e HIV” na APS do programa Previne Brasil entre 2018 até 2023 no Brasil.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo ecológico, cujas unidades de análise foram as diferentes regiões geográficas do país, utilizando dados agregados, extraídos de bases públicas de informações em saúde dos indicadores de desempenho de saúde da mulher do programa Previne Brasil, no período de 2018 até 2023 no Brasil. Esse tipo de estudo analisa grupos de indivíduos, geralmente categorizados por localização geográfica ou associações temporais. Pode estimar a prevalência de doenças em uma comunidade ao atribuir um único nível de exposição a cada grupo

específico. Os estudos ecológicos são utilizados quando não há dados em nível individual disponíveis ou quando são necessárias comparações em larga escala para investigar o efeito de exposições em uma condição de saúde em nível populacional. Assim, os resultados desses estudos são aplicáveis apenas em nível populacional. Esses estudos são frequentemente empregados em pesquisas de saúde pública (Che *et al.*, 2023; Munnangi; Boktor, 2023; Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

4.2 COLETA DE DADOS

Os dados avaliados eram de domínio público e foram obtidos nas bases oficiais do MS, a saber: SISAB e plataforma e-Gestor Atenção Básica. O período de análise contemplou dados do primeiro quadrimestre de 2018 até o terceiro quadrimestre de 2023. A coleta de dados foi realizada no mês de fevereiro de 2024 por uma enfermeira, especialista em saúde pública e estudante de mestrado. Para a extração dos dados, o processo começou com o acesso ao portal e-Gestor AB.

No portal e-Gestor AB, na página inicial selecionou-se "Indicadores de Desempenho", o painel de dados e aplicaram-se os filtros para a consulta escolhendo o indicador, o nível de visualização (Brasil, Região e Estados), os quadrimestres (todos a partir de 2018 até 2021) e considerando apenas as equipes homologadas (eSF e eAP). O processo foi semelhante no portal SISAB, no qual encontram-se os dados de 2022 e 2023.

Ressalta-se que os dados utilizados na presente pesquisa foram obtidos por meio da plataforma e-Gestor, que disponibilizava informações referentes ao período de 2018 a 2021. A partir de 2022, os dados passaram a ser disponibilizados exclusivamente por meio do SISAB, em decorrência de alterações nos mecanismos de divulgação adotados pelo MS.

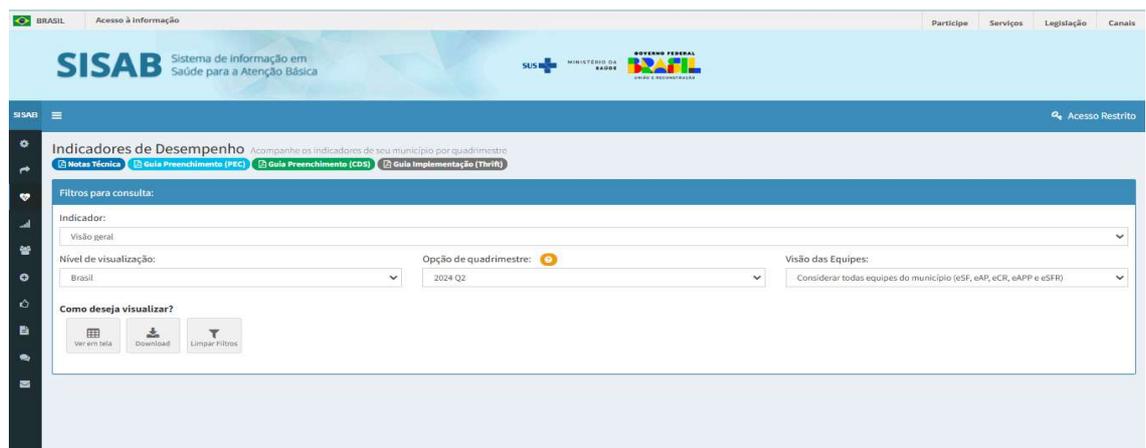
Figura 1 – Plataforma do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica do Ministério da Saúde



Fonte: SISAB (2024).

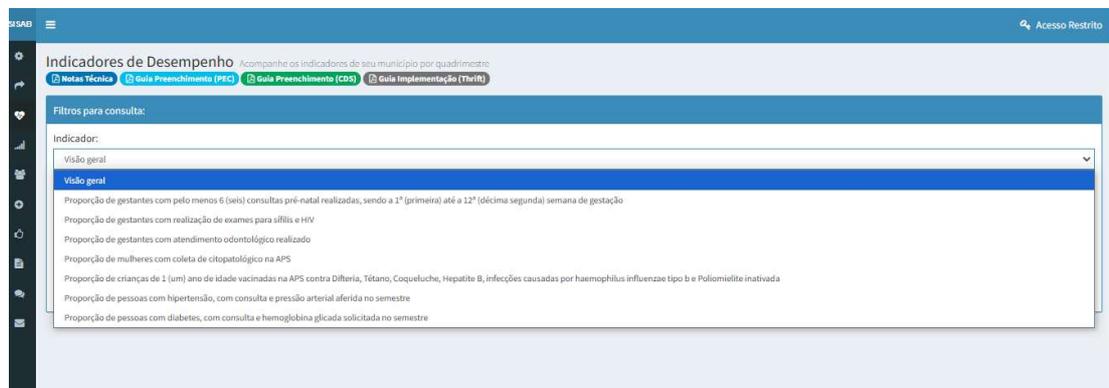
Na página inicial, foi selecionada a opção "Indicadores de Desempenho". Em seguida, aplicaram-se os filtros de consulta, escolhendo o indicador, o nível de visualização (Brasil, Região e Estados), os quadrimestres (todos a partir de 2022) e considerando apenas as equipes homologadas (eSF e eAP).

Figura 2 – Plataforma do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica do Ministério da Saúde: Indicadores de Desempenho



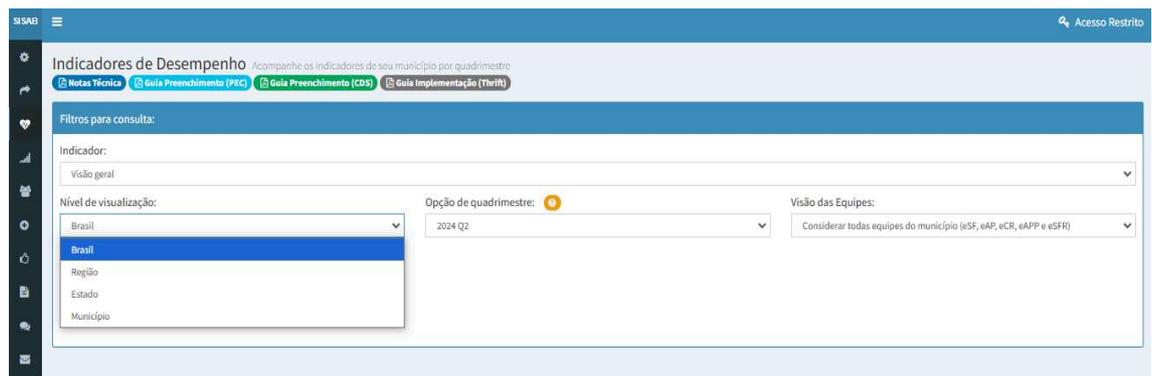
Fonte: SISAB (2024).

Figura 3 – Plataforma do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica do Ministério da Saúde: Filtros de busca do indicador



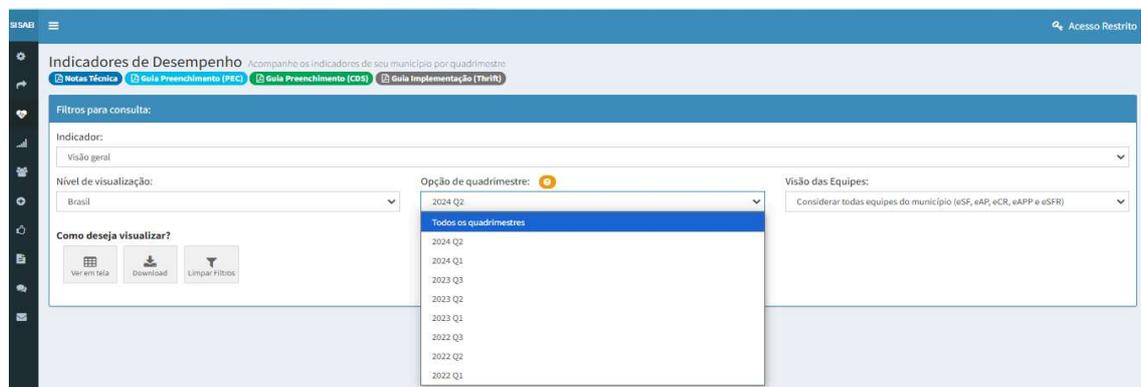
Fonte: SISAB (2024).

Figura 4 - Plataforma do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica do Ministério da Saúde: Filtros de busca do nível de visualização



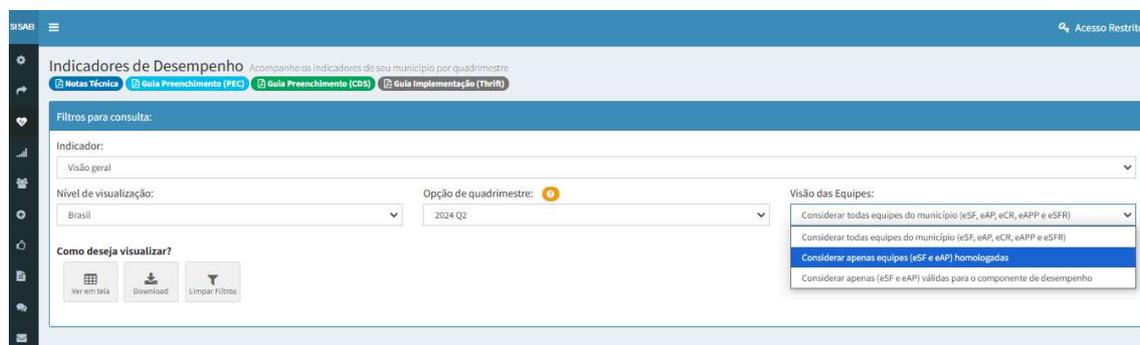
Fonte: SISAB (2024).

Figura 5 - Plataforma do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica do Ministério da Saúde: Filtros de busca do quadrimestre



Fonte: SISAB (2024).

Figura 6 - Plataforma do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica do Ministério da Saúde: Filtros de busca da visão das equipes



Fonte: SISAB (2024).

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados utilizou-se estatística descritiva, com frequências relativa e absoluta. O Software utilizado para a análise foi o R[®], (versão 4.3.2, 2023, R Foundation, Nova Zelândia). Considerou-se como variável dependente a coleta de citopatológico, seis consultas de pré-natal e a solicitação dos exames de Sífilis e HIV, conforme o objetivo geral do estudo e os objetivos específicos, e as variáveis independentes foram as regiões e os estados brasileiros.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa não foi submetida ao comitê de ética em pesquisa, visto que trata-se de uma pesquisa ecológica com uso de dados de domínio público.

5 RESULTADOS

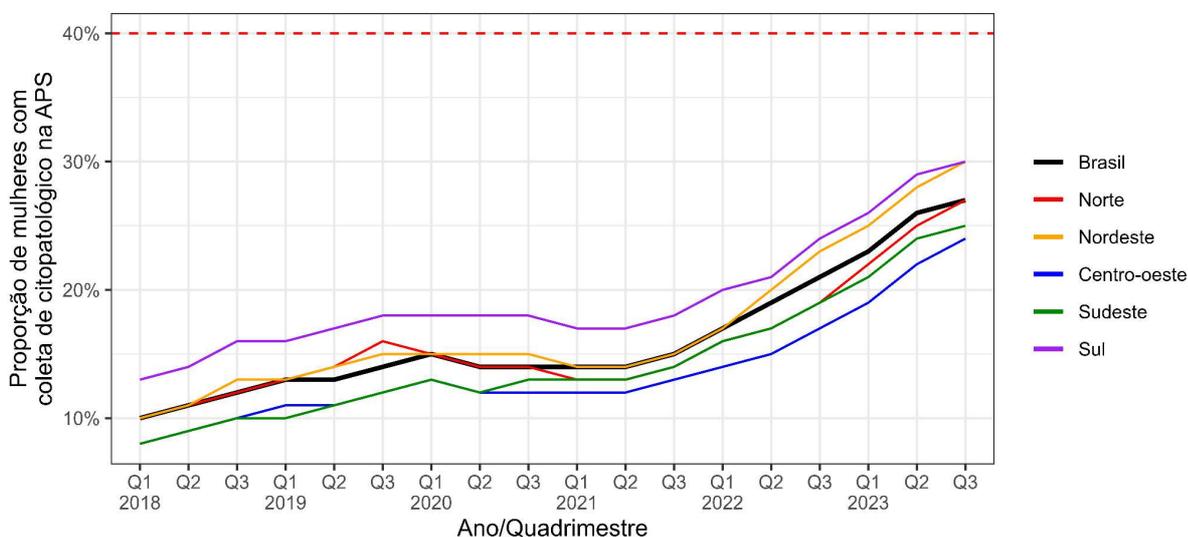
5.1 PROPORÇÃO DE MULHERES COM COLETA DE CITOPATOLÓGICO NA APS

No período de 2018 a 2023, nenhuma região do Brasil atingiu a meta de 40% para a cobertura da coleta de citopatológico na APS (Gráfico 1). No entanto, foi demonstrado aumento da cobertura a nível nacional, partindo de 10% no primeiro quadrimestre de 2018 para 27% no terceiro quadrimestre de 2023.

As regiões Sul e Nordeste destacaram-se ao longo do período de 2018 a 2023, com taxas de cobertura acima da média nacional. Em contrapartida, as regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentaram menores percentuais de cobertura da coleta de citopatológico em relação ao que foi observado no Brasil no período estudado. A região Norte apresentou taxas de cobertura acima da média brasileira em 2019, no entanto, nos anos de 2021 e 2022, as taxas de cobertura encontram-se abaixo da média, e com tendência de crescimento em 2023.

As regiões brasileiras demonstraram comportamento semelhante ao nacional, com taxas de crescimento ou estabilidade entre 2018-2019. No período de 2020 até o segundo quadrimestre de 2021, tem-se redução ou estabilidade nas taxas de cobertura entre as regiões, demonstrando que no período pandêmico a realização do citopatológico foi prejudicada.

Gráfico 1 - Distribuição do indicador “Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde” de acordo com as grandes Regiões do Brasil, 2018 a 2023



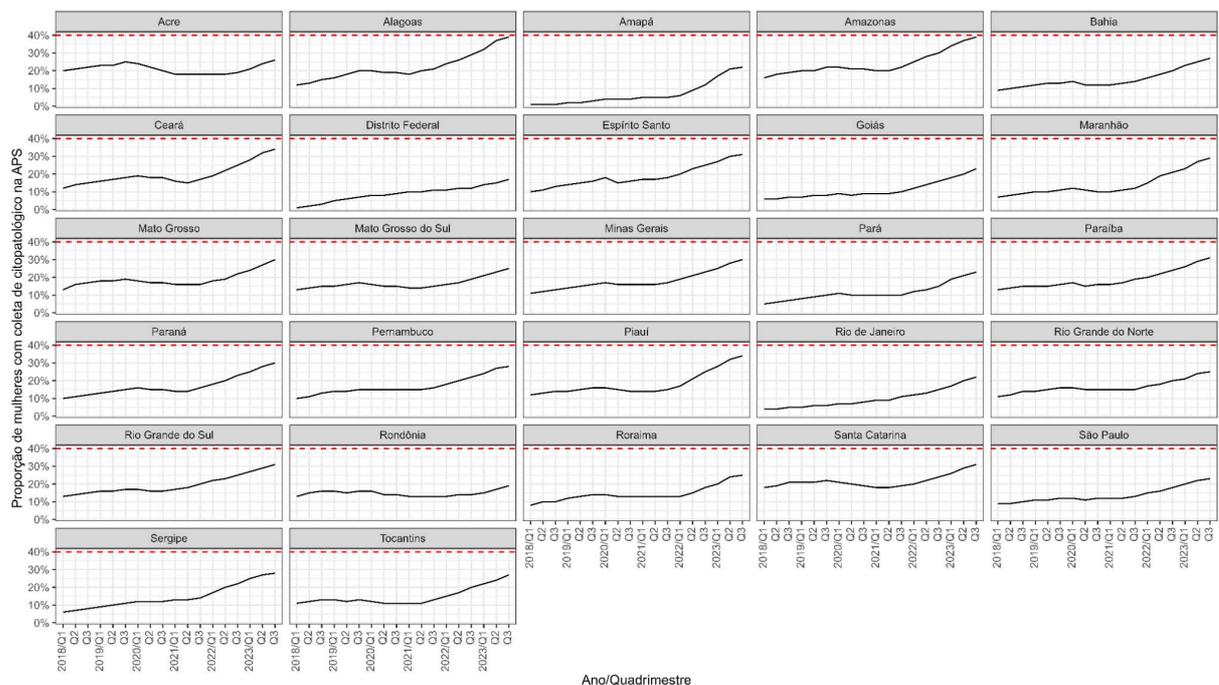
Q1= Primeiro quadrimestre; Q2= Segundo quadrimestre; Q3= Terceiro quadrimestre.
Fonte: SISAB e Plataforma e-Gestor Atenção Básica.

Constatou-se grande variabilidade na cobertura do exame citopatológico entre as regiões brasileiras. Evidenciou-se que no primeiro quadrimestre de 2018, o Distrito Federal e os estados do Amapá, Bahia, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Pará, Pernambuco, Paraná, Rio de Janeiro, Roraima, Sergipe e São Paulo, estavam

com taxa do indicador abaixo ou igual a 10%, e apresentaram crescimento gradual durante os anos (Gráfico 2).

Embora todos os estados tenham apresentado cobertura inferior a 40% em todos os anos do período estudado, observou-se que os estados de Alagoas e Amazonas alcançaram valores próximos a meta, com coberturas de até 39% no terceiro quadrimestre de 2023. Em contrapartida, constatou-se as menores coberturas, no mesmo período, no Distrito Federal com 17% e em Rondônia com 19%.

Gráfico 2 - Distribuição do indicador “Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde” nos Estados brasileiros no período de 2018 a 2023



Q1= Primeiro quadrimestre; Q2= Segundo quadrimestre; Q3= Terceiro quadrimestre.
Fonte: SISAB e Plataforma e-Gestor AB.

A Tabela 1 apresenta as taxas de crescimento do indicador estudado do Programa Previne Brasil encontrados ao longo dos quadrimestres entre 2018 e 2023. Cada linha da tabela corresponde a um quadrimestre específico, enquanto as colunas exibem as taxas de crescimento em relação ao quadrimestre anterior. Ao considerar as taxas de crescimento de cobertura do exame citopatológico, identificou-se no período de 2018 até o primeiro quadrimestre de 2020 a tendência de aumento, alcançando o crescimento máximo de 10% em relação ao quadrimestre

anterior. Entretanto, no segundo quadrimestre de 2020, evidenciou-se queda a nível nacional do indicador, mantendo-se sem crescimento até o segundo quadrimestre de 2021 (Tabela 1). A partir do terceiro quadrimestre de 2021 retoma-se o crescimento da cobertura.

Tabela 1 - Taxas de crescimento da cobertura entre os quadrimestres do indicador “Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde”, de acordo com as grandes Regiões do Brasil, no período de 2018 a 2023

Tempo	Brasil	Norte	Nordeste	Centro-oeste	Sudeste	Sul
Q1/2018						
Q2/2018	10,0%	10,0%	10,0%	12,5%	12,5%	7,7%
Q3/2018	9,1%	9,1%	18,2%	11,1%	11,1%	14,3%
Q1/2019	8,3%	8,3%	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%
Q2/2019	0,0%	7,7%	7,7%	0,0%	10,0%	6,3%
Q3/2019	7,7%	14,3%	7,1%	9,1%	9,1%	5,9%
Q1/2020	7,1%	-6,3%	0,0%	8,3%	8,3%	0,0%
Q2/2020	-6,7%	-6,7%	0,0%	-7,7%	-7,7%	0,0%
Q3/2020	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%	0,0%
Q1/2021	0,0%	-7,1%	-6,7%	0,0%	0,0%	-5,6%
Q2/2021	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Q3/2021	7,1%	7,7%	7,1%	8,3%	7,7%	5,9%
Q1/2022	13,3%	14,3%	13,3%	7,7%	14,3%	11,1%
Q2/2022	11,8%	6,3%	17,6%	7,1%	6,3%	5,0%
Q3/2022	10,5%	11,8%	15,0%	13,3%	11,8%	14,3%
Q1/2023	9,5%	15,8%	8,7%	11,8%	10,5%	8,3%
Q2/2023	13,0%	13,6%	12,0%	15,8%	14,3%	11,5%
Q3/2023	3,8%	8,0%	7,1%	9,1%	4,2%	3,4%

*Q1/2018: período de referência para avaliação das taxas de crescimento nos quadrimestres seguintes.

Q1 = Primeiro quadrimestre; Q2 = Segundo quadrimestre; Q3 = Terceiro quadrimestre.

Fonte: elaboração própria dos autores.

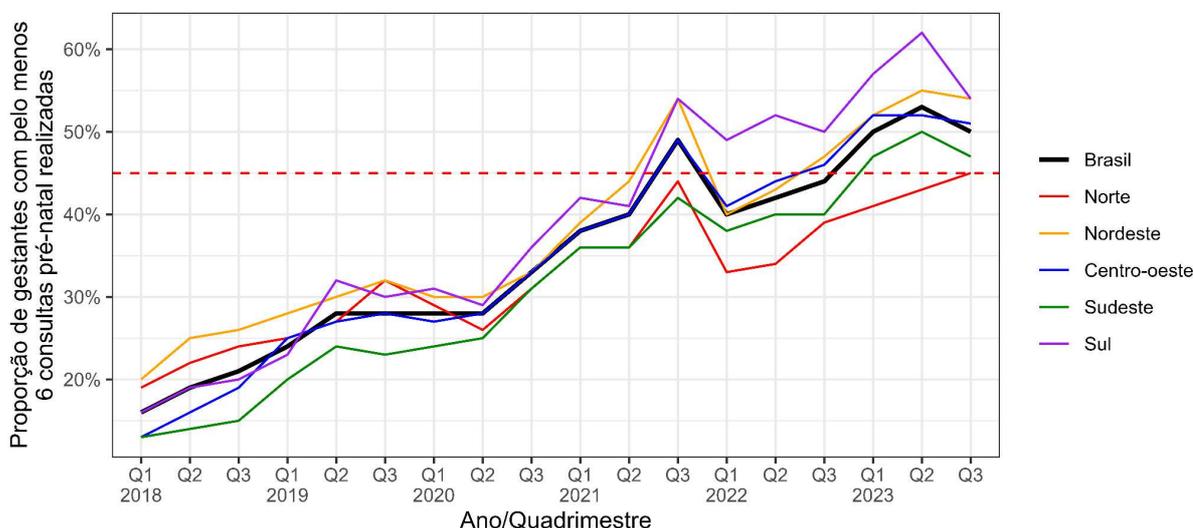
5.2 PROPORÇÃO DE GESTANTES COM PELO MENOS 6 CONSULTAS DE PRÉ-NATAL REALIZADA, SENDO A 1º ATÉ A 12º SEMANA DE GESTAÇÃO

Evidenciou-se que desde 2018 o indicador de pré-natal permaneceu estável e em crescimento até o ano de 2021, quando atingiu a meta de 45% em nível nacional. No entanto, em 2022, houve uma queda na cobertura no primeiro quadrimestre e posteriormente retoma ao crescimento, recuperando-se em 2023 com 53% (Gráfico 3).

Entre 2018 e 2019, as taxas desse indicador apresentaram um crescimento constante, com exceção de um leve declínio no terceiro quadrimestre de 2019 nas regiões Sudeste e Sul. Em 2020, as regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte enfrentaram uma diminuição nas coberturas de consultas. No ano de 2021, todas as regiões reverteram essa tendência e voltaram a crescer, com Centro-Oeste, Nordeste e Sul sendo as primeiras a alcançar a meta. Embora Centro-Oeste e Nordeste tenham enfrentado um novo retrocesso em 2022, conseguiram atingir a meta novamente no último quadrimestre. Em 2023, as regiões Sudeste e Norte também cumpriram a meta estabelecida, com a primeira alcançando-a no primeiro quadrimestre e a segunda no último quadrimestre, destacando-se como as de pior desempenho. Por outro lado, a região Sul obteve o melhor resultado, alcançando a maior porcentagem de cobertura, com 62% no segundo quadrimestre de 2023.

Foi observada uma significativa variabilidade na cobertura de gestantes com pelo menos 6 consultas, sendo a primeira até a décima segunda semana de gestação entre os estados brasileiros. No primeiro quadrimestre de 2018, o Distrito Federal, Amapá, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Sergipe apresentavam taxas do indicador abaixo de 10%, mas que, ao longo dos anos, mostraram um crescimento gradual. Destaca-se o caso do Distrito Federal, que saltou de 1% em 2018 para 41% em 2019, e de Rondônia, que, com 37% em 2018, superou a meta já em 2019, alcançando 51%, o que representou o melhor desempenho entre os estados.

Gráfico 3- Distribuição das porcentagens alcançadas no indicador “Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizada, sendo a 1º até a 12º semana de gestação” de acordo com as grandes Regiões do Brasil, 2018 a 2023

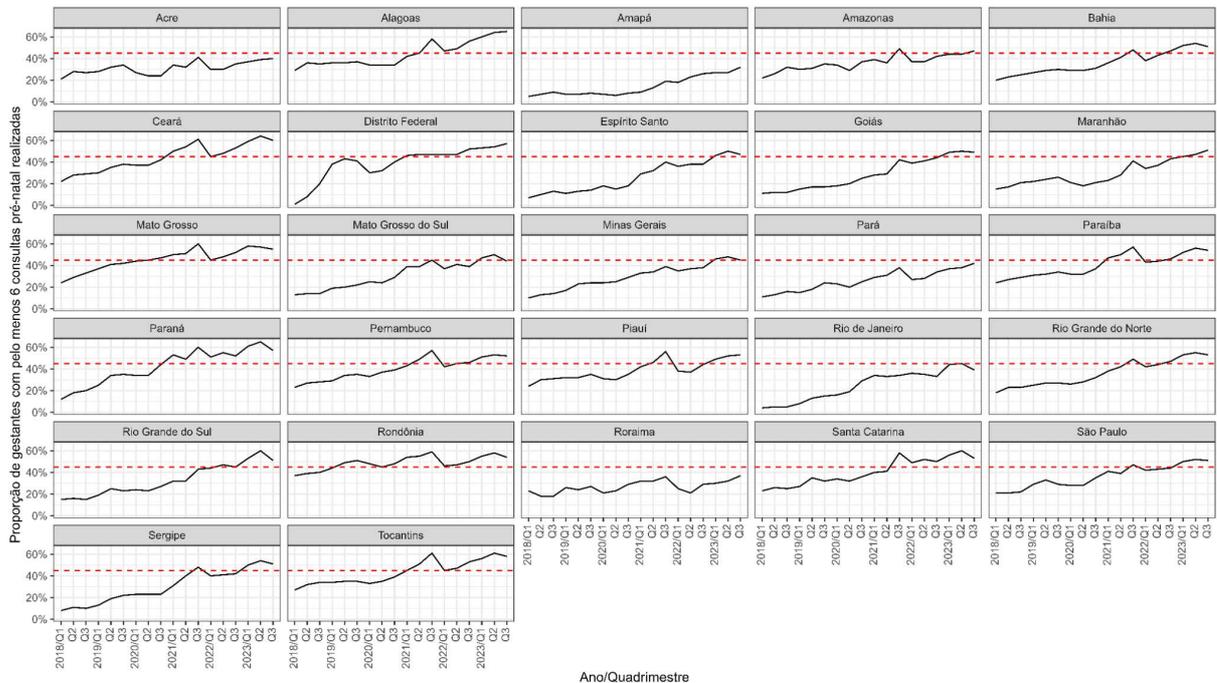


Q1 = Primeiro quadrimestre; Q2 = Segundo quadrimestre; Q3 = Terceiro quadrimestre.
Fonte: SISAB e Plataforma e-Gestor AB.

Em 2020, a maioria dos estados enfrentou declínios e períodos de estabilidade nas coberturas, com destaque para Acre, Alagoas e Maranhão. Apesar de Rondônia também ter registrado uma queda em 2020, manteve-se acima da meta de 45%. Em contrapartida, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Rio de Janeiro e Sergipe mostraram um crescimento constante e estabilidade ao longo do ano.

Em 2021, os estados de Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio Grande do Norte, Santa Catarina, Sergipe, São Paulo e Tocantins alcançaram e superaram a meta. No entanto, no início de 2022, muitos estados apresentaram uma nova queda na cobertura, conforme ilustrado na Gráfico 4, incluindo aqueles que tiveram seu desempenho abaixo da meta e só se recuperaram no final do terceiro quadrimestre de 2022 e em 2023. Esses estados incluem Amazonas, Bahia, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe e São Paulo. O Rio Grande do Sul ultrapassou a meta apenas em 2022, enquanto Espírito Santo, Goiás, Maranhão e Minas Gerais alcançaram desempenho acima da meta em 2023. Contudo, destaca-se que o Rio de Janeiro, apesar de atingir 45% no segundo quadrimestre de 2023, encerrou o último quadrimestre abaixo da meta, com 39%.

Gráfico 4- Distribuição das porcentagens alcançadas no indicador “Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizada, sendo a 1º até a 12º semana de gestação” nos Estados brasileiros no período de 2018 a 2023



Q1 = Primeiro quadrimestre; Q2 = Segundo quadrimestre; Q3 = Terceiro quadrimestre.
 Fonte: SISAB e Plataforma e-Gestor AB.

Acre, Amapá, Pará e Roraima permaneceram abaixo dos 45% de cobertura entre 2018 e 2023. Alagoas destacou-se pelo melhor desempenho, aumentando de 29% em 2018 para 65% em 2023. Em contrapartida, o Amapá apresentou o pior desempenho, subindo de 5% em 2018 para apenas 32% em 2023. O Distrito Federal também se destacou, com uma significativa elevação na taxa de cobertura, passando de 1% em 2018 para 57% em 2023.

A Tabela 2 exibe as taxas de crescimento do indicador ao longo dos quadrimestres, onde cada linha representa um período específico e as colunas mostram a variação em relação ao quadrimestre anterior. Observa-se uma oscilação nas taxas de crescimento das consultas pré-natais ao longo dos anos, com períodos de alta e queda. O Nordeste e o Centro-Oeste apresentam reduções mais acentuadas, como no Q1/2020 no Nordeste (-9,4%) e no Q2/2021 no Centro-Oeste (-9,6%). Em contrapartida, o Sul registra crescimento expressivo em determinados períodos, como no Q2/2019 (39,1%). Destaca-se ainda uma queda generalizada em todas as regiões e no país no primeiro quadrimestre de 2022.

Tabela 2 - Taxas de crescimento da cobertura entre os quadrimestres do indicador “Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizada, sendo a 1º até a 12º semana de gestação”, de acordo com as grandes Regiões do Brasil, no período de 2018 a 2023

Tempo	Brasil	Norte	Nordeste	Centro-oeste	Sudeste	Sul
Q1/2018						
Q2/2018	18,8%	15,8%	25,0%	23,1%	7,7%	18,8%
Q3/2018	10,5%	9,1%	4,0%	18,8%	7,1%	5,3%
Q1/2019	14,3%	4,2%	7,7%	31,6%	33,3%	15,0%
Q2/2019	16,7%	8,0%	7,1%	8,0%	20,0%	39,1%
Q3/2019	0,0%	18,5%	6,7%	3,7%	-4,2%	-6,3%
Q1/2020	0,0%	-9,4%	-6,3%	-3,6%	4,3%	3,3%
Q2/2020	0,0%	-10,3%	0,0%	3,7%	4,2%	-6,5%
Q3/2020	17,9%	19,2%	10,0%	17,9%	24,0%	24,1%
Q1/2021	15,2%	16,1%	18,2%	15,2%	16,1%	16,7%
Q2/2021	5,3%	0,0%	12,8%	5,3%	0,0%	-2,4%
Q3/2021	22,5%	22,2%	22,7%	22,5%	16,7%	31,7%
Q1/2022	-18,4%	-25,0%	-25,9%	-16,3%	-9,5%	-9,3%
Q2/2022	5,0%	3,0%	7,5%	7,3%	5,3%	6,1%
Q3/2022	4,8%	14,7%	9,3%	4,5%	0,0%	-3,8%
Q1/2023	13,6%	5,1%	10,6%	13,0%	17,5%	14,0%
Q2/2023	6,0%	4,9%	5,8%	0,0%	6,4%	8,8%
Q3/2023	-5,7%	4,7%	-1,8%	-1,9%	-6,0%	-12,9%

*Q1/2018: período de referência para avaliação das taxas de crescimento nos quadrimestres seguintes.

Q1 = Primeiro quadrimestre; Q2 = Segundo quadrimestre; Q3 = Terceiro quadrimestre.

Fonte: elaboração própria dos autores.

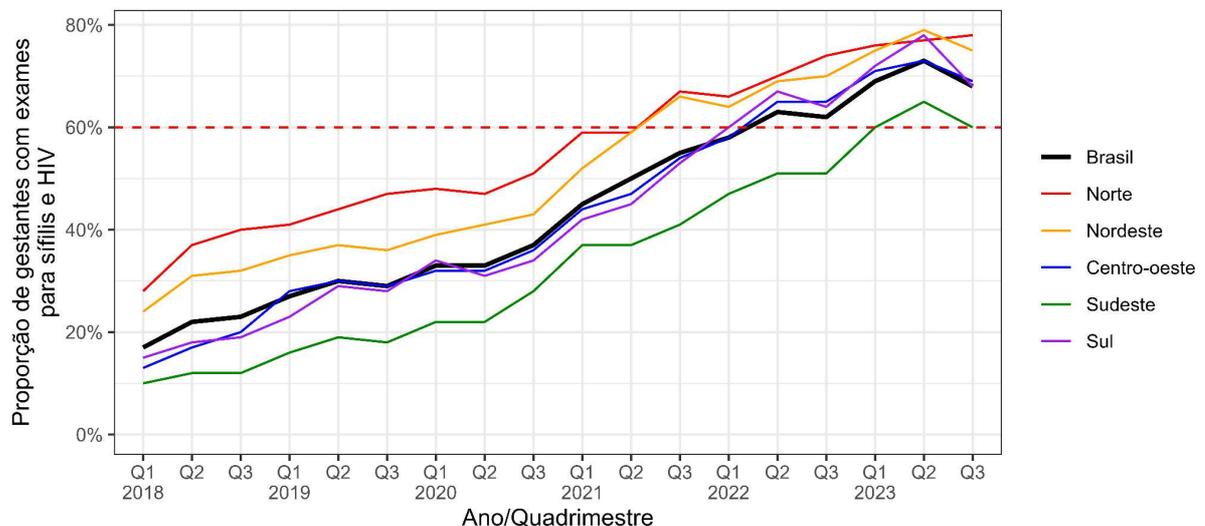
5.3 PROPORÇÃO DE GESTANTES COM REALIZAÇÃO DE EXAMES DE SÍFILIS E HIV

Destacou-se um aumento do indicador de “proporção de gestantes que realizaram exames de sífilis e HIV”, em nível nacional, passando de 17% em 2018

para 68% em 2023, superando a meta estabelecida, que foi alcançada no segundo quadrimestre de 2022 (63%). Durante o período de 2020 e 2021, esse indicador permaneceu em constante crescimento no país. Esses dados refletem avanço contínuo nas métricas monitoradas.

Em nível regional, o indicador também demonstrou aumento constante e estabilidade nos dados analisados e todas as regiões alcançaram a meta proposta, evidenciando bom desempenho das equipes neste indicador. Vale destacar que, as regiões Norte e Nordeste, atingiram a meta no último quadrimestre de 2021, enquanto as regiões Centro-oeste e Sul alcançaram em 2022 e, por último, a região Sudeste atingiu a meta somente em 2023. Além disso, as maiores taxas foram registradas no segundo quadrimestre de 2023 (Gráfico 5).

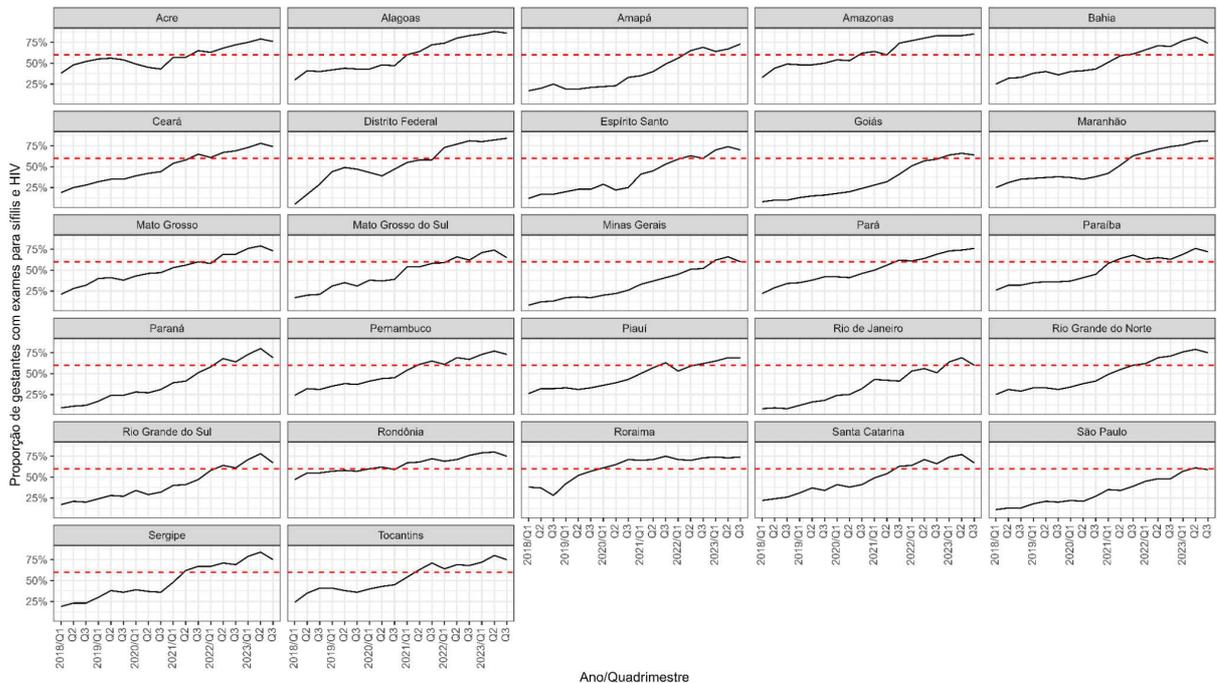
Gráfico 5- Distribuição das porcentagens alcançadas no indicador “Proporção de gestantes com realização de exames de sífilis e HIV” de acordo com as grandes Regiões do Brasil, 2018 a 2023



Q1 = Primeiro quadrimestre; Q2 = Segundo quadrimestre; Q3 = Terceiro quadrimestre.
Fonte: SISAB e Plataforma e-Gestor AB.

Todos os estados brasileiros conseguiram atingir a meta de 60%. O estado de Alagoas se destacou como o estado com melhor desempenho, apresentando um crescimento de 30% em 2018 para 86% em 2023. Por outro lado, São Paulo teve o pior desempenho, com de 11% em 2018, com melhora no segundo quadrimestre (61%) e queda no terceiro quadrimestre (59%) de 2023, sendo este o único estado abaixo da meta proposta (Gráfico 6).

Gráfico 6- Distribuição das porcentagens alcançadas no indicador “Proporção de gestantes com realização de exames de sífilis e HIV” nos Estados brasileiros no período de 2018 a 2023



Q1 = Primeiro quadrimestre; Q2 = Segundo quadrimestre; Q3 = Terceiro quadrimestre.
Fonte: SISAB e Plataforma e-Gestor AB.

De 2018 a 2019, o indicador se manteve em crescimento, porém nenhum estado conseguiu alcançar a meta, que em 2020 foi atingida pelos estados do Amazonas e de Roraima. Os estados Acre, Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rondônia, Roraima, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins alcançaram a meta em 2021. Os estados do Amapá, Distrito Federal, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Paraná e Rio Grande do Sul atingiram os 60% de testagens em 2022, enquanto que Goiás, Minas Gerais e Rio de Janeiro, alcançaram somente em 2023 (Gráfico 6).

Tabela 3 - Taxas de crescimento da cobertura entre os quadrimestres do indicador “Proporção de gestantes com realização de exames de sífilis e HIV”, de acordo com as grandes Regiões do Brasil, no período de 2018 a 2023

Tempo	Brasil	Norte	Nordeste	Centro-oeste	Sudeste	Sul
Q1/2018						
Q2/2018	29,4%	32,1%	29,2%	30,8%	20,0%	20,0%
Q3/2018	4,5%	8,1%	3,2%	17,6%	0,0%	5,6%
Q1/2019	17,4%	2,5%	9,4%	40,0%	33,3%	21,1%
Q2/2019	11,1%	7,3%	5,7%	7,1%	18,8%	26,1%
Q3/2019	-3,3%	6,8%	-2,7%	-3,3%	-5,3%	-3,4%
Q1/2020	13,8%	2,1%	8,3%	10,3%	22,2%	21,4%
Q2/2020	0,0%	-2,1%	5,1%	0,0%	0,0%	-8,8%
Q3/2020	12,1%	8,5%	4,9%	12,5%	27,3%	9,7%
Q1/2021	21,6%	15,7%	20,9%	22,2%	32,1%	23,5%
Q2/2021	11,1%	0,0%	13,5%	6,8%	0,0%	7,1%
Q3/2021	10,0%	13,6%	11,9%	14,9%	10,8%	17,8%
Q1/2022	5,5%	-1,5%	-3,0%	7,4%	14,6%	13,2%
Q2/2022	8,6%	6,1%	7,8%	12,1%	8,5%	11,7%
Q3/2022	-1,6%	5,7%	1,4%	0,0%	0,0%	-4,5%
Q1/2023	11,3%	2,7%	7,1%	9,2%	17,6%	12,5%
Q2/2023	5,8%	1,3%	5,3%	2,8%	8,3%	8,3%
Q3/2023	-6,8%	1,3%	-5,1%	-5,5%	-7,7%	-12,8%

*Q1/2018: período de referência para avaliação das taxas de crescimento nos quadrimestres seguintes.

Q1 = Primeiro quadrimestre; Q2 = Segundo quadrimestre; Q3 = Terceiro quadrimestre.

Fonte: elaboração própria dos autores.

A Tabela 3 apresenta as taxas de crescimento do indicador ao longo dos quadrimestres, com cada linha correspondendo a um período específico e as colunas refletindo a variação em relação ao quadrimestre anterior. As taxas oscilaram ao longo dos anos, alternando entre aumentos e quedas, evidenciando variações na cobertura dos exames. Embora tenha havido períodos de crescimento, destacam-se reduções expressivas em 2019 e 2023. O recuo mais recente,

especialmente nas regiões Sul e Sudeste, sugere possíveis desafios na manutenção e expansão da estratégia de realização desses exames.

6 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos na análise dos indicadores de saúde da mulher no âmbito da APS, no contexto do programa Previne Brasil, serão discutidos à luz da literatura científica e de documentos técnicos relevantes. A partir da comparação com estudos anteriores e com as metas estabelecidas pelo programa, busca-se compreender os avanços, desafios e desigualdades identificados entre as regiões e estados brasileiros.

A análise crítica dos dados permite avaliar a efetividade das estratégias implementadas no período, bem como refletir sobre os fatores que influenciaram positiva ou negativamente o desempenho dos indicadores selecionados, especialmente diante do impacto da pandemia de Covid-19 sobre os serviços de saúde.

6.1 PROPORÇÃO DE MULHERES COM COLETA DE CITOPATOLÓGICO NA APS

Os resultados do presente estudo destacam a evolução do indicador de proporção de mulheres com coleta do exame citopatológico na APS com o apoio do Programa Previne Brasil. Ao longo do período de 2018 a 2023, o indicador manteve-se em elevação, de forma lenta e discreta, considerando as características e especificidades de cada região brasileira e estado. Ainda, aponta o impacto da pandemia da Covid-19 nas ações de rastreamento do CCU.

Pode-se avaliar que, a taxa de cobertura do exame citopatológico em todas as regiões do Brasil, apresentava-se abaixo da meta até o estabelecimento do incentivo financeiro do Programa Previne Brasil. Apesar da elaboração e implementação de diversas políticas e estratégias mundiais (Inca, 2020; Ferrari *et al.*, 2024; Casas *et al.*, 2022) e nacionais (Inca, 2016; Brasil, 2024b; Brasil, 2022e) para captação das mulheres visando a realização do exame, os dados reais mostraram que o desempenho dos sistemas de saúde permaneceu abaixo do esperado.

Evidenciou-se, no período avaliado, disparidades na taxa de cobertura do exame citopatológico nas diferentes regiões brasileiras. Dados corroborados com outros estudos nacionais que apontaram maior taxa de cobertura na região Sul, as regiões Norte e Nordeste com os menores percentuais de realização do exame e maior incidência de casos de CCU (Silva *et al.*, 2022a; Schafer *et al.*, 2021; Ferrari *et al.*, 2024). No entanto, foi observado no presente estudo, a tendência de aumento da cobertura do exame citopatológico nessas duas regiões, alcançado a média nacional.

Estas desigualdades regionais podem também indicar barreiras no acesso à APS para a realização do exame citopatológico (Ferrari *et al.*, 2024; Cerqueira *et al.*, 2022; Schafer *et al.*, 2021). A vasta extensão territorial e o difícil acesso às regiões remotas, como na região amazônica e em áreas rurais, associadas à dispersão populacional, condições precárias de infraestrutura ou a falta de unidades de saúde próximas aos domicílios, limitam tanto a mobilidade dos profissionais de saúde quanto à possibilidade de as mulheres comparecerem aos serviços de saúde (Cerqueira *et al.*, 2022; Fernandes *et al.*, 2019). Deve-se considerar também as barreiras linguísticas e culturais, presentes em comunidades de povos originários, que acrescentam mais complexidade ao acesso à saúde. Além disso, também existem barreiras relacionadas a falta de acesso à informação, o medo, a dor no exame, vergonha, falta de confiança e vínculo com o profissional da saúde (Cerqueira *et al.*, 2022; Schafer *et al.*, 2021; Nunes *et al.*, 2024).

No período em estudo, não se pode deixar de observar o impacto da pandemia mundial da Covid-19, decretada pela OMS em março de 2020, e que desencadeou a necessidade de rearranjo dos serviços de saúde e consequente redução ou interrupção da assistência relacionada ao rastreamento no período (Ferrari *et al.*, 2024). Este cenário repercutiu nas baixas taxas de produção das equipes, uma vez que o rastreamento do CCU foi considerado procedimento eletivo, o que refletiu em quedas no indicador dos estados brasileiros (Brasil, 2020).

Situação semelhante foi observada, inclusive, em países desenvolvidos, como é o caso da Inglaterra, Massachusetts, Estados Unidos da América e em Ontário, Canadá (Castanon *et al.*, 2022; Bakouny *et al.*, 2021; Meggetto *et al.*, 2021). Entretanto, à medida que a situação começou a se normalizar e as restrições foram flexibilizadas, houve recuperação gradual nas taxas de rastreamento (Feletto *et al.*, 2020).

Evidencia-se a redução da mortalidade em países que implementaram o rastreamento organizado do CCU (Lin *et al.*, 2021). Enquanto que, no Brasil, observa-se a estabilização da incidência e mortalidade por CCU, que possivelmente reflete a adoção da estratégia de rastreamento oportunístico, a baixa cobertura do exame citopatológico, a identificação de lesões em estadiamento avançado, bem como alto índice de atrasos no diagnóstico e início tardio do tratamento (Teixeira *et al.*, 2022; Lopes; Ribeiro, 2019).

Para um programa de rastreamento bem estruturado é preciso garantir o acesso das mulheres e outras pessoas com colo uterino ao exame citopatológico, assegurar a qualidade das ações, alcançar a meta de cobertura mobilizando a população, capacitar os profissionais para realização correta do procedimento, monitorar e gerenciar continuamente as atividades e qualificar os laboratórios para análise do material coletado. Para reduzir efetivamente as taxas de mortalidade, é crucial a realização de diagnósticos precisos, tratamentos rápidos e eficazes das lesões antes do estágio invasivo (Teixeira *et al.*, 2022; Lopes; Ribeiro, 2019).

Para aumento da cobertura do exame citopatológico, evidencia-se a necessidade de ampliar e qualificar a oferta, com estratégias como a utilização de unidades móveis para a realização do exame citopatológico (Cerqueira *et al.*, 2022). Além da ampliação e flexibilização do horário de atendimento das UBS, conforme previsto no Programa Saúde na Hora, implementado em 2019, que tem o potencial de aumentar a captação e adesão da população-alvo (Harzheim *et al.*, 2022).

Destaca-se, que o Programa Previne Brasil beneficiou a APS na expansão da oferta dos serviços, contudo os municípios enfrentam a falta crônica de recursos financeiros para a realização de melhorias na infraestrutura das unidades de saúde, na contratação de profissionais capacitados e na aquisição dos materiais necessários para o atendimento adequado da população (Lopes; Ribeiro, 2019; Silva; Noronha; Andrade, 2023). É importante ressaltar que os municípios mais afetados são aqueles que já têm uma rede de saúde fragilizada e que atendem uma população com poucos recursos financeiros. Essas áreas precisam de maior investimento para garantir o acesso universal à saúde e para melhorar a qualidade dos serviços oferecidos (Silva; Noronha; Andrade, 2023).

A prevenção do câncer de CCU encontra-se alinhada aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) no que tange à saúde (ODS-3) e igualdade de gênero (ODS-5) (Opas, 2023). É fundamental que políticas públicas sejam

implementadas visando reduzir as diferenças regionais e que contemplem a diversidade cultural, social, econômica e educacional existentes no território brasileiro (Ferrari *et al.*, 2024). Tais ações devem alinhar-se para garantir que todas as pessoas da população-alvo tenham acesso ao sistema de saúde que ofereça ações de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e de promoção da saúde sexual, aumento da cobertura vacinal contra o HPV, rastreamento e tratamento adequados, inclusive aos cuidados paliativos, com a expansão da oferta do rastreamento do CCU em áreas remotas, rurais e populações em situação de vulnerabilidade, por meio do fortalecimento da APS (Opas, 2023; Ferrari *et al.*, 2024). Além disso, é importante promover a capacitação de profissionais de saúde para melhor atender às necessidades das mulheres, e outras pessoas com colo uterino, pertencentes a diferentes grupos sociais, sobretudo aqueles que se encontram em condição de maior vulnerabilidade.

6.2 PROPORÇÃO DE GESTANTES COM PELO MENOS 6 CONSULTAS DE PRÉ-NATAL REALIZADA, SENDO A 1º ATÉ A 12º SEMANA DE GESTAÇÃO

A nível mundial, o acesso ao pré-natal é desigual e acompanha os diferentes níveis de desenvolvimento socioeconômico dos países. Segundo dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2023), 87% das gestantes do mundo têm acesso a cuidados pré-natais, das quais 70% acessam pelo menos 4 consultas durante o período. Em regiões menos desenvolvidas, com maior índice de mortalidade materna, o percentual de mulheres com 4 consultas em 2023 é ainda menor. Nas regiões da África Ocidental e Central, a taxa é de 57% e na Ásia Meridional de 58%. Gestantes residentes nos países mais ricos têm cerca de 2 vezes mais chance de alcançar pelo menos 4 consultas, comparadas àquelas que residem nos países mais pobres do mundo, revelando a associação entre o acesso ao pré-natal de qualidade e as condições socioeconômicas da região.

De igual forma, no Brasil, são muitas as barreiras enfrentadas para o alcance das metas dos indicadores de saúde. As desigualdades de acesso à saúde vivenciadas nas diferentes regiões são reflexo das iniquidades do país, que resultam no dificultoso alcance de resultados favoráveis. Estudo recente mostrou que mulheres negras e com baixa escolaridade são menos propensas a terem pelo

menos 6 consultas de pré-natal, com início até a 12^a semana gestacional (Santos; Oliveira; Bastos, 2024).

No primeiro e no segundo quadrimestres de 2020, destacou-se a pandemia de Covid-19 como principal fenômeno responsável pela queda nas taxas do indicador na maioria dos estados, com destaque para a região norte. Mais uma vez, esse dado reflete a maior vulnerabilidade socioeconômica enfrentada pela região. O colapso dos sistemas de saúde da região norte durante a pandemia, somado às dificuldades de acesso já enfrentadas pelas gestantes da região, resultaram no aumento considerável da Razão de Mortalidade Materna (RMM) no norte do país durante o período pandêmico (Pazos *et al.*, 2023). Tal achado demonstra não somente a precariedade do sistema de saúde, mas a ineficiência dos serviços de saúde materno-infantil, sobretudo da atenção ao pré-natal, nessas regiões.

Além disso, após o terceiro quadrimestre de 2020, as regiões apresentaram um aumento considerável nos indicadores. Em 2021, as regiões centro-oeste, sul e nordeste alcançaram a meta estabelecida de 45%, enquanto o sudeste atingiu apenas em 2022 e o norte, apesar de nem todos os estados terem alcançado o esperado, têm demonstrado crescimento na curva do indicador estudado, demonstrando o resultado dos incentivos federais para a melhoria dos pré-natais no Brasil.

Apesar do aumento na cobertura do pré-natal pelo SUS, as desigualdades regionais no acesso a serviços de qualidade persistem, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. A infraestrutura inadequada, a falta de recursos e a ausência de exames de rotina, juntamente com a escassez de profissionais qualificados, comprometem a eficácia do atendimento. Nas áreas rurais e periféricas, as dificuldades são ainda mais acentuadas pela falta de transporte e longas distâncias até as unidades de saúde, o que limita o acesso a cuidados adequados (Tomasi *et al.*, 2022). Essas disparidades regionais e sociais não apenas dificultam o acesso equitativo ao pré-natal, mas também têm um impacto profundo na saúde materna e infantil, especialmente entre mulheres de baixa renda em áreas remotas (Leal *et al.*, 2020). É necessário um olhar crítico sobre essas questões para que se promovam políticas eficazes que garantam um pré-natal de qualidade a todas as gestantes, independentemente de sua localização geográfica ou condição socioeconômica (Melo *et al.*, 20224).

Salienta-se que o crescimento da cobertura do pré-natal e a melhoria na qualidade do atendimento podem ser resultado da implementação de políticas públicas pelo SUS, como a PNAISM em 2004 e a Rede Cegonha em 2011. Essas ações aumentaram o número de gestantes que realizaram pelo menos as consultas mínimas de pré-natal e facilitaram o acesso a exames e testes de rastreamento para doenças como sífilis, HIV e hepatites, ajudando na identificação precoce de complicações (Melo *et al.*, 20224; Tomasi *et al.*, 2022).

Embora 89% das gestantes realizem seis ou mais consultas de pré-natal, apenas 15% recebam atendimento de qualidade adequada. Mulheres mais jovens, com menor renda e das regiões Norte e Centro-Oeste, com municípios de baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), apresentaram piores condições de atendimento. Apesar de uma melhora no número de consultas realizadas, a qualidade da atenção pré-natal ainda é inadequada, devido à falha no atendimento, descontinuidade do acompanhamento e desigualdades regionais, que impactam o acesso e a qualidade da assistência (Amorim *et al.*, 2022). Ribas e colaboradores (2023) destacam a relevância do número de consultas para medir a efetividade da assistência pré-natal. No entanto, ressalta que embora haja um aumento significativo no número de consultas, isso não necessariamente indica a qualidade do atendimento oferecido na APS, pois o aumento das complicações registradas, como por exemplo Sífilis na gestação, evidencia as fragilidades do sistema público de saúde.

No estudo de Souza *et al* (2024) que avaliou o indicador de assistência ao pré-natal, que mede a proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal até a 12ª semana de gestação entre 2022 e 2023, verificou-se que este atingiu a meta apenas no primeiro quadrimestre de 2023. As desigualdades socioespaciais são evidentes, com o Amapá, na região Norte, apresentando o pior desempenho em quatro dos sete indicadores. Os resultados indicam uma melhora progressiva nos indicadores de desempenho da APS ao longo dos quatro trimestres, embora de forma desigual, ressaltando a necessidade de redirecionamento de recursos para áreas com desempenho inferior e a melhoria dos serviços de saúde na APS. O Nordeste teve o melhor desempenho, superando a meta, enquanto o Sudeste não alcançou a média neste indicador. O indicador de assistência pré-natal (consultas) foi o único com a meta cumprida por alguns estados. O número de unidades federativas que atingiu a meta aumentou significativamente entre o

primeiro quadrimestre de 2022 e 2023, de 7 para 21 no indicador de consultas de pré-natal.

Os resultados da pesquisa de Wanderley *et al* (2024) indicam que os municípios alagoanos enfrentaram dificuldades em cumprir as metas dos indicadores, com fatores como a correta identificação das gestantes, o registro de dados e a capacidade das unidades de saúde influenciando diretamente. Além disso, o desempenho ruim é explicado por problemas nos dados: o numerador não reflete os atendimentos reais e/ou o denominador da população alvo está distorcido devido a falhas no cadastro. Esses resultados apontam para a necessidade de um monitoramento mais rigoroso da qualidade dos registros, da rotina das equipes e do acompanhamento da população.

Silva, Noronha e Andrade (2023) apontam que os municípios com melhores resultados geralmente são mais urbanizados, populosos e envelhecidos, e destacam que o indicador de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal é o que mais revela desigualdade entre os municípios. Em contraste, os municípios com baixo desempenho enfrentam desafios devido à baixa renda e infraestrutura precária, o que dificulta o acesso e a expansão da cobertura da APS.

Ao avaliar a evolução dos indicadores de desempenho do Previner Brasil entre 2020 e 2022, observa-se que os municípios com melhor desempenho estão predominantemente nas regiões Sudeste e Sul, enquanto o Norte concentra os de pior desempenho. Embora o Brasil tenha buscado melhorar a qualidade da saúde por meio de políticas como o Previner Brasil, os municípios com menos recursos têm mais dificuldades para atingir as metas e aprimorar sua infraestrutura.

6.3 PROPORÇÃO DE GESTANTES COM REALIZAÇÃO DE EXAMES DE SÍFILIS E HIV

Os dados do presente estudo destacam a evolução do indicador de proporção de gestantes com realização de testes para sífilis e HIV na APS com o apoio do Programa Previner Brasil. Ao longo do período de 2018 a 2023, o indicador manteve-se em elevação de 17% para 68%. Aponta ainda que a pandemia de Covid-19 não impactou negativamente nas ações de realização dos referidos testes.

O aumento da cobertura do pré-natal e a melhoria na qualidade do atendimento, podem ser resultados da implementação de políticas públicas pelo

SUS, como a PNAISM em 2004 e a Rede Cegonha em 2011, que elevaram o número de gestantes que realizaram ao menos seis consultas de pré-natal. Além disso, o acesso a exames e testes de rastreamento para doenças, como sífilis, HIV e hepatites também melhorou, contribuindo para a identificação precoce de complicações e doenças (Tomasi *et al.*, 2022; Melo *et al.*, 2024).

Apesar de avanços no país quanto ao acesso ao pré-natal, as desigualdades regionais persistem, onde a infraestrutura, muitas vezes inadequada, e a escassez de profissionais qualificados limitam o atendimento. Em áreas rurais e periféricas, o acesso a cuidados de saúde é limitado, agravado pela falta de transporte, dificuldades financeiras, longas distâncias entre as unidades de saúde e a residência das gestantes. Essas desigualdades regionais dificultam o acesso equitativo aos cuidados pré-natais, impactando negativamente na saúde materna e infantil (Tomasi *et al.*, 2022; Melo *et al.*, 2024; Leal *et al.*, 2020).

Os resultados do presente estudo são corroborados por estudo que analisou o desempenho da APS entre o primeiro quadrimestre de 2022 e o primeiro quadrimestre de 2023, o indicador "Proporção de gestantes testadas para sífilis e HIV" atingiu a meta, considerando a média dos quadrimestres avaliados (observado: 62,5%; meta: 60%). O estudo destacou ainda que, a região Nordeste, obteve o melhor desempenho superando as metas dos três indicadores de pré-natal (proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, a primeira até a 12^a semana de gestação; proporção de gestantes testadas para sífilis e HIV; proporção de gestantes com atendimento odontológico). Enquanto que, a região Sudeste, teve o pior desempenho, não alcançando a meta média no período em nenhum dos indicadores (Souza *et al.*, 2024).

Ressalta-se a importância do número de consultas para avaliar a efetividade da assistência pré-natal, principalmente para o diagnóstico adequado da sífilis e HIV durante a gestação. Porém a ampliação da cobertura não indica, necessariamente, a qualidade do atendimento pré-natal que continua sendo uma preocupação. A fragilidade do sistema de saúde pública pode ser evidenciada pelo aumento contínuo de casos de sífilis e sífilis congênita, que indicam falhas no monitoramento e no tratamento adequado das gestantes, já que se observa aumento significativo nos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita no Brasil entre 2011 e 2017, com destaque para a região Sul (Ribas *et al.*, 2023). A taxa de sífilis adquirida cresceu 12,3 casos/100.000 habitantes, e a sífilis na gestação passou de 2,2/1.000 nascidos

vivos em 2007 para 16,9 em 2017. A sífilis congênita também aumentou de 2/1.000 para 8,8/1.000 nascidos vivos no mesmo período (Santos *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2022b). Acresce-se a isso o aumento contínuo nas taxas de sífilis congênita e mortalidade infantil por sífilis em crianças menores de 1 ano entre 2010 e 2015, especialmente no Nordeste e Sudeste, além de um aumento nas taxas de aborto espontâneo e natimorto relacionados à sífilis (Bezerra *et al.*, 2019).

Esse aumento pode refletir tanto uma maior notificação quanto um aumento real de infecções, indicando falhas no cuidado pré-natal na APS e nos esforços de prevenção e controle da doença. Embora ocorra esforços para ampliar os testes diagnósticos e o número de consultas de pré-natal, especialmente após a implementação da Rede Cegonha, pesquisas indicam uma alta prescrição de medicamentos, mas com baixa taxa de adesão ao tratamento na APS, resultando no aumento contínuo dos casos de sífilis em várias regiões do país (Brasil, 2023a; Brasil, 2011).

No cenário internacional, na cidade de Chicago nos Estados Unidos da América (EUA), entre 2014 e 2018, gestantes com baixa escolaridade e renda, apresentaram dificuldades no acesso ao pré-natal, o que contribuiu para o aumento da sífilis congênita. Por sua vez, as gestantes com sífilis, apresentaram fatores de risco como uso de substâncias e múltiplos parceiros sexuais, não realizaram os exames de triagem ou tiveram acesso tardio aos serviços de saúde (Thorton; Chaisson; Bleasdale, 2022). Em Louisiana e na Flórida, também nos EUA, entre 2013 e 2014, as taxas de sífilis congênita foram superiores à média nacional, sendo que acesso inadequado ao o pré-natal em áreas remotas ou de baixa renda, vulnerabilidade social e baixo nível de escolaridade, dificultaram a realização dos exames e o seguimento do tratamento (Matthias *et al.*, 2017).

As fragilidades na APS, como falta de recursos, infraestrutura e equipamentos, treinamento insuficiente de profissionais para executar e interpretar os testes, acesso limitado a exames e ausência de campanhas educativas sobre prevenção e diagnóstico da sífilis, contribuem para o aumento da doença no Brasil. Populações vulneráveis enfrentam dificuldades no acesso a serviços de saúde de qualidade e, devido à estigmatização e discriminação das IST, muitas vezes adiam ou evitam procurar ajuda médica com medo do resultado. Gestantes com baixa escolaridade têm maior dificuldade para iniciar o pré-natal adequadamente, não realizam a testagem para sífilis, além de não receberem informações sobre a

doença. Além disso, as gestantes e os parceiros, frequentemente, realizam tratamento inadequado ou não os realizam (Zhang *et al.*, 2022; Santo *et al.*, 2021; Souza *et al.*, 2022).

O uso de testes rápidos de HIV e sífilis no pré-natal em países de baixa e média renda destaca a necessidade de investimento e financiamento adequados pelo poder público, bem como promover a educação em saúde, fornecendo informações sobre HIV, sífilis e a importância do diagnóstico precoce, o que pode reduzir o estigma e aumentar a adesão aos testes (Zhang *et al.*, 2022).

Em relação ao HIV, observou que, no estado do Pará, houve aumento nos casos de gestantes notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), passando de 1,5/1.000 nascidos vivos em 2010 para 3,3/1.000 em 2017 (crescimento médio anual de 0,8%), sendo que, 50,3% dos casos foram diagnosticados durante o pré-natal. Mas, como observado no presente estudo, a região Norte aumentou a cobertura dos testes de sífilis e HIV, atingindo a meta de 60% em 2021. Dados que destacam a importância dessa fase para a triagem sorológica, início do tratamento, controle da carga viral e redução da transmissão vertical, no entanto, os casos detectados durante o parto, evidenciando a necessidade de aprimorar a cobertura do pré-natal e a oferta e realização de testes rápidos (Perotta *et al.*, 2023; Trindade *et al.*, 2021).

Este atraso na testagem de HIV também é observado em diferentes países como nos EUA e na África Oriental. Fatores como idade, nível de escolaridade, renda, status socioeconômico, disponibilidade de serviços de saúde, comportamento sexual de risco, conhecimento sobre HIV/AIDS, estigma associado à doença e estado civil foram relacionados à não realização do teste, apontando desigualdades significativas e barreiras estruturais, individuais e comunitárias (Szlachta-McGinn *et al.*, 2020; Worku; Teshale; Tesema, 2021; Mugambi *et al.*, 2022).

Embora se busque o rastreamento universal, as mulheres que não frequentam pré-natal são um grupo de risco significativo devido à falta de conhecimento, baixa frequência de cuidados e desigualdades socioeconômicas. Uma vez identificadas como em risco, as mulheres podem se beneficiar de diversas ferramentas de prevenção, como aconselhamento para redução de risco, teste de parceiros, gestão de ISTs, preservativos e Profilaxia Pré-exposição (PrEP) (Mugambi *et al.*, 2022).

7 CONCLUSÃO

A presente dissertação teve como objetivo analisar a cobertura dos indicadores de saúde da mulher na APS, no âmbito do programa Previnde Brasil, no período de 2018 a 2023. A análise revelou importantes avanços na consolidação da APS como espaço estratégico para a promoção da saúde da mulher, ao mesmo tempo em que evidenciou desigualdades regionais significativas no desempenho dos indicadores avaliados.

Os resultados demonstram que o indicador com melhor desempenho ao longo do período foi a proporção de gestantes que realizaram exames de sífilis e HIV, cuja cobertura nacional superou a meta estabelecida, mesmo durante o contexto pandêmico. Em contrapartida, o indicador com pior desempenho foi a cobertura de coleta do exame citopatológico, que, embora tenha apresentado crescimento, permaneceu distante da meta em todas as regiões.

Dessa forma, os achados deste estudo contribuem para o entendimento da evolução dos indicadores de saúde da mulher no contexto do Previnde Brasil e reforçam a importância do monitoramento contínuo dessas métricas como instrumento de avaliação e gestão em saúde. As desigualdades regionais identificadas evidenciam a necessidade de políticas públicas mais equitativas e estratégias direcionadas ao fortalecimento da APS nos territórios com maior vulnerabilidade social e sanitária. As estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças, embora mais econômicas e sustentáveis a longo prazo, demandam tempo para gerar resultados concretos. Em contrapartida, os tratamentos curativos, apesar de mais onerosos, tendem a apresentar efeitos imediatos, o que muitas vezes os alinha aos interesses de curto prazo predominantes nas agendas políticas.

Durante a realização desta pesquisa, emergiram questionamentos que merecem ser aprofundados em estudos futuros, como a capacidade dos gestores em utilizar os indicadores na formulação de estratégias locais, os fatores estruturais que explicam o desempenho desigual entre os estados e os limites das políticas nacionais frente às realidades regionais. Também se destacam dúvidas quanto à priorização de determinados indicadores em detrimento de outros, como o caso do exame citopatológico, cuja cobertura permanece baixa. Por fim, questiona-se se o aumento da cobertura observado se traduz efetivamente em melhorias na qualidade do cuidado ofertado.

Recomenda-se, ainda, que pesquisas futuras aprofundem a análise de fatores contextuais e estruturais que influenciam a cobertura dos indicadores, a fim de subsidiar intervenções mais eficazes, sustentáveis e alinhadas às realidades locais.

7.1 PROPORÇÃO DE MULHERES COM COLETA DE CITOPATOLÓGICO NA APS

Evidenciou-se que a meta de rastreamento do CCU de 40%, estabelecida pelo MS, não foi alcançada em âmbito nacional. No entanto, observou-se um crescimento progressivo na taxa de cobertura entre 2018 e 2023, apesar da redução na realização do exame citopatológico durante o período pandêmico.

Os dados apresentados revelam a complexidade envolvida no rastreamento e no monitoramento do CCU. O modelo de rastreamento atual não está alcançando de forma eficaz as mulheres e pessoas com colo uterino na faixa etária alvo, o que é refletido pela cobertura abaixo da meta. Portanto, torna-se fundamental o incentivo, inclusive financeiro, para alcançar o sucesso na prevenção dessa patologia, com foco em aumentar a produtividade das equipes e melhorar a qualidade dos serviços oferecidos.

Esta pesquisa apresenta algumas limitações, como o uso de dados secundários, que podem conter erros de registro, subnotificações ou inconsistências. Além disso, o período analisado foi relativamente curto, o que pode ter influenciado a avaliação da cobertura da realização do exame citopatológico.

Este estudo traz como implicações para a prática a possibilidade de evidenciar a taxa de proporção de mulheres que realizaram a coleta do citopatológico na APS no Brasil, permitindo comparações entre diferentes cenários. Além disso, contribui para o planejamento e o monitoramento de ações de prevenção e promoção da saúde. Por fim, os dados apresentados podem sensibilizar gestores para desenvolver estratégias que melhorem o indicador, fortaleçam as equipes de saúde e, conseqüentemente, promovam a melhoria da qualidade de vida das mulheres.

7.2 PROPORÇÃO DE GESTANTES COM PELO MENOS 6 CONSULTAS DE PRÉ-NATAL REALIZADA, SENDO A 1º ATÉ A 12º SEMANA DE GESTAÇÃO

Entre 2018 e 2023, o Brasil avançou na cobertura do pré-natal, mas persistem desafios relacionados às desigualdades regionais e sociais. A pandemia de Covid-19 afetou significativamente as taxas de cobertura, expondo as fragilidades do sistema de saúde nas regiões mais vulneráveis. Embora o número de consultas de pré-natal tenha aumentado, a qualidade do atendimento continua sendo um problema, com a falta de continuidade no acompanhamento e a insuficiência de exames de rotina. A infraestrutura precária e a escassez de profissionais nas áreas mais remotas dificultam o acesso a cuidados de qualidade, especialmente nos estados mais pobres.

Apesar do crescimento na cobertura, as disparidades entre regiões e grupos sociais, como mulheres negras e com baixa escolaridade, destacam a dificuldade em alcançar equidade no acesso à saúde. A implementação de políticas públicas deve ser acompanhada por ações que visem reduzir essas desigualdades, com foco na capacitação de profissionais e na melhoria da infraestrutura, principalmente em áreas rurais e periféricas.

Portanto, é crucial ampliar os recursos e melhorar a qualidade do atendimento pré-natal, especialmente nas regiões mais remotas, para garantir o bem-estar materno e fetal e alcançar as metas propostas de maneira mais equitativa.

7.3 PROPORÇÃO DE GESTANTES COM REALIZAÇÃO DE EXAMES DE SÍFILIS E HIV

Conclui-se que, apesar dos avanços significativos do SUS para a ampliação da cobertura do pré-natal, ainda há a necessidade de aprimorar o acesso e a qualidade do atendimento. É fundamental a implementação de políticas públicas que assegurem assistência pré-natal eficaz, reduzindo as desigualdades regionais e fortalecendo a infraestrutura dos serviços de saúde. As medidas adotadas até o momento ainda não são suficientes para controlar as doenças na gestação. A colaboração entre profissionais de saúde, comunidades e políticas públicas é essencial para melhorar os resultados de saúde para mães e bebês.

REFERÊNCIAS

ABUD, C. de O. *et al.* Indicadores de saúde: abordagem comparativa entre a proposta da OPAS e dos ODS3. In: XII Encontro Nacional de Pós-Graduação, 2023, Santos-SP. Anais do XII Encontro Nacional de Pós-graduação - Programa de Pós-graduação em Direito da Saúde. Santos-SP: Universidade Santa Cecília (UNISANTA), 2023. Disponível em:

<https://periodicos.unisanta.br/index.php/ENPG/article/view/3707/2475>.

AMORIM, T. S. *et al.* Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro-RJ, v. 26, e20210300, 2022. DOI:

<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0300>.

ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro-RJ, v. 14, n. 41, p. 2180, 2019. DOI:

[https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)2180](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2180).

ANGÉLICA, B.; TAVEIRA, V. A saúde pública no Brasil: um breve resgate histórico [1500-1990] SUS e COVID-19 no Brasil. **Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM)**. Grupo de Trabalho SUS e COVID-19.

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), p. 1-9, jul. 2020. Disponível em:

<https://www.denem.org.br/2020/05/31/a-saude-publica-no-brasil-um-breve-resgate-historico-1500-1990/>.

ARRUDA, D. É. G.; DE SOUSA, M. N. A. Período gravídico e Covid-19: efeitos da pandemia no processo de gestar no sertão da Paraíba. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador-BA, v. 21, n. 2, p. 193–202, 2022. DOI:

<https://doi.org/10.9771/cmbio.v21i2.45257>

BAKOUNY, Z. *et al.* Cancer screening tests and cancer diagnoses during the COVID-19 pandemic. **JAMA Oncology**, [S.L.], v. 7, n. 3, p. 458-460, 14 Jan. 2021.

Disponível em: <http://doi.org/10.1001/jamaoncol.2020.7600>

BEZERRA, M. L. M. B. *et al.* Congenital syphilis as a measure of maternal and child healthcare, Brazil. **Emerging Infectious Diseases**, [S.L.], v. 25, n. 8, p. 1469-1476, Aug. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3201/eid2508.180298>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jun. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, nº 32** - Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 318 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.

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 União**, Brasília, DF, 21 Set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.808, de 28 de junho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 27 de setembro de 2018, para dispor sobre o financiamento das Equipes de Atenção Básica (eAB) e da Gerência da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 Jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária (eAP) e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal (eSB) com carga horária diferenciada. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 Set. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 Dez. 2019b.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Nota Técnica DIDEPRE/CONPREV/INCA de 30 de março de 2020: Detecção precoce de câncer durante a pandemia de Covid-19 [periódico na internet]. Rio de Janeiro- RJ, 30 Mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]. Brasília, 2021a. 57 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 37, de 18 de janeiro de 2021. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 12. Indicadores de Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil (2022) de que trata a Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022 que alterou a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 13. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 14. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2022c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 15. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2022d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 16. Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2022e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 22. Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2022f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 18. Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2022g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 23. Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2022h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis** [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022i. 211 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico Sífilis** [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023a. 59 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim epidemiológico - HIV e Aids** [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023b. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para

instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2024a.

BRASIL. Portaria SECTICS. nº 3, de 7 de março de 2024. Torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os testes moleculares para detecção de HPV oncogênico, por técnica de amplificação de ácido nucléico baseada em PCR, com genotipagem parcial ou estendida, validados analítica e clinicamente segundo critérios internacionais para o rastreamento do câncer de colo de útero em população de risco padrão e conforme as Diretrizes do Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União** [periódico na internet], Brasília, DF, 8 mar 2024b.

BRUNI, L., *et al.* Human papillomavirus and related diseases in the world: Summary report 10 March 2023. **ICO/IARC- Information Centre on HPV and Cancer**. 10 Mar. 2023 Disponível em: <https://hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>.

CASAS, C. P. R. *et al* Cervical cancer screening in low- and middle-income countries: A systematic review of economic evaluation studies. **Clinics**, Sao Paulo-SP, v.77: 100080, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2022.100080>

CASTANON, A. *et al.* COVID-19 disruption to cervical cancer screening in England. **Journal of Medical Screening**, [S.L.], v. 29, n. 3, p. 203-208, 2022. Disponível em: <http://doi.org/10.1177/09691413221090892>.

CARLETTO, A. F. O sentido político da Atenção Básica: descompassos da portaria nº 2.436 de 2017 ameaçam o coração do SUS. Dissertação (Doutorado) - Curso de Saúde Coletiva, Política, Planejamento e Administração em Saúde, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021. 96 f.

CERQUEIRA, R. S. *et al.* Controle do câncer do colo do útero na atenção primária à saúde em países sul-americanos: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública** [periódico na Internet], v. 46, e107, 2022. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.107>.

CHE, W. *et al.* How to use the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) data: research design and methodology. **Military Medical Research**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 1-11, 31 Out. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40779-023-00488-2>

CUNHA, H. L. da. Estudo sobre a nova estrutura dos blocos de financiamento fundo a fundo e os impactos nas ações de auditorias e na gestão. Monografia (Especialização) - Curso de Orçamento e Políticas Públicas, Departamento de Gestão de Políticas Públicas, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2022. 32 f..

DA SILVA, I. C. B. *et al.* Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1–10, 2017. DOI: 10.5712/rbmfc12(39)1433.

DUARTE, A. P. *et al.* Saúde da mulher e seus determinantes sociais: uma revisão da literatura. **Observatório de La Economía Latinoamericana**, [S. L.], v. 22, n. 1, p. 4271–4284, 2024. DOI: 10.55905/oelv22n1-225.

DUTRA, M. de F. da C.; FREITAS, R. M. de. Os Impactos da Emenda Constitucional 95 na Educação Pública. **Revista Semana Pedagógica**, Centro de Educação da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, v. 1, n. 1, p. 165-167, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistasemanapedagogica/>

ERCHICK, D. J., *et al.* Changes in prenatal care and vaccine willingness among pregnant women during the COVID-19 pandemic. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [S.L.], v. 22, n. 558, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04882-x>.

FERNANDES, P. C. C. *et al.* History and advances in women's health care: a narrative review. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, [S.L.], v. 17, n. 2, p. e5162, 2024. DOI: 10.55905/revconv.17n.2-123.

FERNANDES, N. F. S. *et al.* Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.] v. 35, n. 10, e00234618, 2019. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0102-311x00234618>.

FELETTO, E. *et al.* How has COVID-19 impacted cancer screening? Adaptation of services and the future outlook in Australia. **Public Health Research & Practice**, [S.L.], v. 30, n. 4, p. 1-5, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.17061/phrp3042026>

FERRARI, Y. A. C. *et al.* Tendência secular de mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil e regiões. **Ciência & Saúde Coletiva** [periódico na internet], Jan. 2024. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/tendencia-secular-de-mortalidade-por-cancer-do-colo-do-utero-no-brasil-e-regioes/19051?id=19051&id=19051>.

FIGUEIREDO, N. O.; PORTO JUNIOR, F. G. R. Políticas Públicas de Saúde: aportes para se pensar a trajetória histórica brasileira. **Desafios- Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, Palmas-TO, v. 4, n. 1, p. 21-31, 24 Jan. 2017. DOI: <https://doi.org/10.20873/uft.2359-3652.2017v4n1p21>

FONSECA, J. C. da. *et al.* Nova Política Nacional de Atenção Básica (Pnab): visão dos profissionais da atenção básica do município de São Mateus-MA. **Enciclopédia Biosfera: Centro Científico Conhecer**, Goiânia, v. 16, n. 30, p. 710-722, 2019. DOI: 10.18677/EnciBio_2019B40

FREITAS, J. C. de S. S. *et al.* A importância do acompanhamento pré-natal no contexto da atenção básica: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador-BA, v. 12, p. e5205, 2023. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.2023.e5205>
Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). **Antenatal care**. UNICEF, Nova Iorque, 2024. Disponível em: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>

GEREMIA, D. S. Atenção primária à saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 1-3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300100>

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; DE ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção

Básica: para onde vamos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>

GOMES, C. B. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1327-1338, abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>

GONÇALVES, A. B. M. *et al.*. Medidas de melhoria do indicador de proporção de mulheres com coleta de citopatológico numa unidade básica de saúde do distrito federal. **Revista Contemporânea**, São José dos Pinhais - PR, v. 4, n. 1, p. 1985–1998, 2024. DOI: <https://doi.org/10.56083/RCV4N1-109>

HARZHEIM, E. *et al.* Novo financiamento para uma nova atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, Abr. 2020a. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>

HARZHEIM, E. *et al.* Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 1-16, Jan.-Dez. 2020b. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf15\(42\)2354](https://doi.org/10.5712/rbmf15(42)2354)

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, Abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01552020>

HARZHEIM, E. *et al.* Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva** [periódico na Internet]. Rio de Janeiro, 27:609–617, Fev. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.20172021>

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Estimativa 2023: incidência do câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2020. 162 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2016. 118 p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_para_o_rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf.

LADAK, Z. *et al.* Equity in prenatal healthcare services globally: an umbrella review. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [S.L.], v. 24, p. 191, Mar. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06388-0>.

LEMP, J. M. *et al.* Lifetime prevalence of cervical cancer screening in 55 low- and middle-income countries. **JAMA**, [S.L.], v. 324, n. 15, p. 1532-1542, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.1001/jama.2020.16244>.

LEAL, M. do C. *et al.* Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, p. 8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>

LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 52-66, set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>

LIMA, M. M. *et al.* A importância do acompanhamento do pré-natal na Atenção Básica. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, Macapá, v. 6, n. 4, p. 2457-2468, 27 abr. 2024. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n4p2457-2468>.

LIN, S. *et al.* Worldwide trends in cervical cancer incidence and mortality, with predictions for the next 15 years. **Cancer**, [S. L.], v. 127, n. 21, p. 4030-4039, 2021. DOI: <http://doi.org/10.1002/cncr.33795>.

LO RÉ, M. M.; NASCIMENTO, A. C. A. S.; FONSECA, M. R. C. C. Caracterização da assistência pré-natal no Brasil segundo diferenças regionais e fatores associados às características maternas. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 11, n. 4, p. 1-12, e11111427180, 12 mar. 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27180>

LOPES, V. A. S.; RIBEIRO, J. M. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva** [periódico na Internet], Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3431-3442, 2019. DOI: <http://doi.org/10.1590/1413-81232018249.32592017>.

MACEDO, M. R. B. *et al.* Aspectos epidemiológicos e políticas públicas de saúde globais para o enfrentamento à sífilis: uma revisão narrativa. **Contribuciones a las ciencias sociales**, [S. L.], v. 17, n. 5, p. e6763, 2024. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.5-105>

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 259-281, 16 Fev. 2017. DOI: <https://doi.org/10.5380/rinc.v4i1.50289>

MARQUES, B.L. *et al.* Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Rev. Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098>

MATTHIAS, J. M. *et al.* Effectiveness of prenatal screening and treatment to prevent congenital syphilis, Louisiana and Florida, 2013–2014. **Sexually Transmitted Diseases**, [S.L.], v. 44, n. 8, p. 498-502, Ago. 2017. DOI: [10.1097/OLQ.0000000000000638](https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000638)

MENDONÇA, M. H. M. *et al.* Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, 2018. 610 p.

MENDES, K. M. C.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. da S. Matrix of solutions for the problems of neo selectivity induced in practice scenarios in Primary Care by the Previne Brasil program. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. e37011125018, 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.25018>

MENDES, Á.; MELO, M. A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 1-14, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621>

MEDEIROS, L. M. S., SOUZA, M. R. S., LOPES, G. S. Características clínicas e fatores de risco para a mortalidade materna: uma revisão integrativa. **Revista Contemporânea**, São José dos Pinhais - PR, v. 3, n. 12, p. 29527- 29544, 2023. DOI: <https://doi.org/10.56083/RCV3N12-240>

MEGGETTO, O. *et al.* The impact of the COVID-19 pandemic on the Ontario Cervical Screening Program, colposcopy and treatment services in Ontario, Canada: a population-based study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 128, n. 9, p. 1503-1510, 2021. DOI: <http://doi.org/10.1111/1471-0528.16741>

MELO, J.P.G. *et al.* Qualidade do Cuidado Pré-natal e Parto no Brasil: comparação entre a pesquisa nacional de saúde de 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva** [periódico na Internet], 2024. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/qualidade-do-cuidado-prenatal-e-parto-no-brasil-comparacao-entre-a-pesquisa-nacional-de-saude-de-2013-e-2019/19380>

MERCHÁN- HAMANN, E.; TAUIL, P. L. Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 30, n. 1, e2018126, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000100026>

MOURA, L. L.; CODEÇO, C. T.; LUZ, P. M. Cobertura da vacina papilomavírus humano (HPV) no Brasil: heterogeneidade espacial e entre coortes etárias. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo - SP, v. 24: e210001. Dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210001>

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. de F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. 1-20, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>

MUNNANGI, S.; BOKTOR, S. W. "Epidemiology Of Study Design". **StatPearls Publishing**, Treasure Island (FL), 24 April 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470342/>

MUGAMBI, M. L. *et al.* HIV prevention tools across the pregnancy continuum: what works, what does not, and what can we do differently? **Current HIV/AIDS Reports**, [S. L.], v. 19, n. 5, p. 293-300, 19 Ago. 2022. DOI: 10.1007/s11904-022-00621-1

NEVES, R. G. *et al.* Pré-natal no Brasil: estudo transversal do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 29, n. 1, p. 1-12, Mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100008>

NETO, L. F. da S. P. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo hiv em adolescentes e adultos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 30, n. 1, p. 1-16, Mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100013.esp1>

NUNES, R. G. O. *et al.* Motivos que levam as mulheres a não retornarem para buscar o exame citopatológico. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais-PR, v. 17, n. 1, p. 9073-9089, 2024. DOI: <http://doi.org/10.55905/revconv.17n.1-548>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Síntesis de evidencia y recomendaciones: directriz para el tamizaje, la detección y el tratamiento del cáncer de cuello uterino. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington - United States, v. 47:e72. Apr. 2023 DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.72>

OLIVEIRA, A. G. *et al.* Early neonatal mortality trend in adolescent pregnant women in the State of São Paulo, Brazil, from 1996 to 2017. **Translational Pediatrics**, [S.L.], v. 10, n. 6, p. 1573-1585, 2021. DOI: [10.21037/tp-20-438](https://doi.org/10.21037/tp-20-438)

PAZOS, J. V. G. *et al.* A evolução da mortalidade materna e o impacto da COVID-19 na Região Norte do Brasil: uma análise de 2012 a 2021. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá-PR, v. 16, n. 2, p. e-11707, 10 de Maio de 2023. DOI: [10.17765/2176-9206.2023v16n2.e11707](https://doi.org/10.17765/2176-9206.2023v16n2.e11707)

PEROTTA, M. *et al.* Perfil sociodemográfico e aspectos gestacionais de mulheres com HIV/AIDS de Curitiba, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [Internet], Rio Grande do Sul, v. 44, e20220202, p. 1-12, 26 Jun. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220202.pt>

PERUZZO, H. E. *et al.* The challenges of teamwork in the family health strategy. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1-9, 2 Ago. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0372>

PERKINS, R. B. *et al.* Cervical cancer screening: a review. **JAMA**, [S.L.], v. 330, n. 6, p. 547-558, 8 Aug. 2023. DOI: [http://doi.org/10.1001/jama.2023.13174](https://doi.org/10.1001/jama.2023.13174).

PEAHL, A.F.; SMITH, R.D.; MONIZ, M.H. Prenatal care redesign: creating flexible maternity care models through virtual care. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Ann Arbor, v. 223, n. 3, p. 389, 2020. DOI: [10.1016/j.ajog.2020.05.029](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.029).

PISCO, L.; PINTO, L. F. De Alma-Ata a Astana: o percurso dos cuidados de saúde primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da medicina familiar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1197-1204, Abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31222019>.

PORTELA, G Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, Jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>.

RIBAS, S. E. V. *et al.* Uma Análise dos Fatores Associados à Incidência da Sífilis na Gestação. **Health and Science Journal**, [S. L.], v. 2, 2023. Disponível em: <https://hpchsj.com/index.php/hpchsj/article/view/58>.

SANTOS, M. M. *et al.* Trends of syphilis in Brazil: a growth portrait of the treponemic epidemic. **PLoS One**, [S. L.], v. 15, n. 4, e0231029, p. 1-11, 9 Abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231029>

SANTOS, M. M. *et al.* Weaknesses in primary health care favor the growth of acquired syphilis. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, [S. L.], v. 15, n. 2, e0009085, 5 Fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009085>

SANTOS, K.R.S.; OLIVEIRA, F; BASTOS, J.L. Iniquidades na assistência pré-natal no Brasil: uma análise interseccional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 34, e34004, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434004pt>

SAUTER, A. M. W.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; KOPF,  . W. Política de regionaliza o da saúde: das normas operacionais ao pacto pela saúde. **Reme – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 265-274, Abr.-Jun. 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-653218>

SERVO, L. M. S. *et al.* Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participa es federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 114-129, Dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407>

SILVA, G. A. *et al.* Avalia o das a es de controle do câncer de colo do útero no Brasil e regiões a partir dos dados registrados no Sistema  nico de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 38(7):e00041722, 2022a. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT041722>

SILVA,  . A. O. *et al.* Spatiotemporal distribution analysis of syphilis in Brazil: cases of congenital and syphilis in pregnant women from 2001-2017. **PLoS One**, [S. L.], v. 17, n. 10, e0275731, p. 1-19, 6 out. 2022b. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275731>

SILVA, I. N. *et al.* Assistência de enfermagem   saúde da mulher na Aten o Primária   Saúde. **Enfermagem em Foco**, [S. L.], v. 15, supl. 1, p. e-202410SUPL1, 2024a. DOI: [10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202410SUPL1](https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202410SUPL1)

SILVA, L. C. *et al.* Política nacional de aten o integral a saúde da mulher: revisão de literatura. **Europub Journal of Health Research**, [S. L.], v. 5, n. 1, p. 75–93, 2024b. DOI: <https://doi.org/10.54747/ejhrv5n1-005>

SILVA, D.N.; NORONHA, K.; ANDRADE, M.V. Indicadores municipais da Atenção Primária à Saúde no Brasil: Desempenho e Estrutura no período 2020-2022. **APS em Revista**, [SI], v. 5, n. 2, p. 65 - 72, 2023. DOI: 10.14295/aps.v5i2.285.

SILVA, C. E. da; REIS, S. T. dos. Rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil: um estudo ecológico acerca das barreiras de acesso ao exame citopatológico. **Cuadernos de Educación y Desarrollo** [periódico na Internet], v. 16, n. 2, Edição Especial, Jan. 2024. DOI: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n2-ed.esp.078>.

SOARES, C. S. *et al.* Debate acerca do novo financiamento da APS: um relato de experiência. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde (RAHIS)**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 41-54, 26 Jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.21450/rahis.v18i2.6827>.

SOUSA, J. P. C. *et al.* Nobs e noas: princípios de organização do sus. In: **VI Congresso de Enfermagem das FIP e I Simpósio Nacional de Enfermagem (CONGREFIP)**, Campina Grande: Realize Editora, 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/27907>.

SOUZA, I. F. B. *et al.* Rastreamento de sífilis congênita no pré-natal. **Revista de Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 5, n. 1, p. 1-10, Abr.-Jul. 2022. Disponível em: https://unignet.com.br/wp-content/uploads/Ciencias-Biologicas_Volume-3_Abril-2022_com-links.pdf.

SOUZA, C. D. F. *et al.* Mensuração do desempenho da atenção básica no Brasil (Programa Previne Brasil), 2022–2023. **BMC Health Services Research**, [S. L.] v. 24, n. 949, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11409-x>.

SCHÖNHOLZER, T. E. *et al.* Indicadores de desempenho da Atenção Primária do Programa Previne Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto- SP, v. 31, e4008, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6640.4008>.

SCHÄFER, A. A. *et al.* Desigualdades regionais e sociais na realização de mamografia e exame citopatológico nas capitais brasileiras em 2019: estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 30, n. 4, e2021172, 2021. DOI: <http://doi.org/10.1590/s1679-49742021000400016>

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

SZLACHTA-MCGINN, A. *et al.* HIV screening during pregnancy in a U.S. HIV epicenter. **Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology**, [S. L.], v. 2020: 8196342, p. 1-7, 2020. DOI: 10.1155/2020/8196342

TAVARES, L. F. B.; ADAMSON-MACEDO, E. N. Mortalidade infantil continua sendo um grave problema de saúde pública. **Journal of Human Growth and Development**. São Paulo, vol. 33, Ed. 1, p. 6-9, 2023. DOI: 10.36311/jhgd.v33.14383

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde**

em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 361-378, Set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>

TEIXEIRA, J. C. *et al.* Organization of cervical cancer screening with DNA–HPV testing impact on early–stage cancer detection: a population–based demonstration study in a Brazilian city. **The Lancet Regional Health – Americas** [periódico na Internet]. v. 5: 100084. Jan. 2022. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(21\)00080-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(21)00080-6/fulltext).

TRINDADE, L. N. N. *et al.* HIV infection in pregnant women and its challenges for the prenatal care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. L.], v. 74, n. 4, p. 1-7, 3 out. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0784>

TOMASI, E. *et al.* Evolution of the quality of prenatal care in the primary network of Brazil from 2012 to 2018: what can (and should) improve?. **PLoS One**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. e0262217, 18 Jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262217>

THORNTON, C.; CHAISSON, L. H.; BLEASDALE, S. C. Characteristics of pregnant women with syphilis and factors associated with congenital syphilis at a Chicago hospital. **Open Forum Infectious Diseases**, [S. L.], v. 9, n. 5, p. 1-9, 3 abr. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1093/ofid/ofac169>

VIDAL, E.C.F. *et al.* Prenatal care associated with neonatal outcomes in maternity hospitals: a hospital-based cross-sectional study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 57, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0145en>

WANDERLEY, R.A. *et al.* Indicadores de desempenho da Atenção Primária à Saúde em Alagoas, Brasil: uma análise de situação durante o primeiro ano da pandemia de covid-19 (2020). **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 621-637, 2024. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v18iAhead-of-Print.3755>

WORKU, M. G.; TESHALE, A. B.; TESEMA, G. A. Prevalence and associated factors of HIV testing among pregnant women: a multilevel analysis using the recent demographic and health survey data from 11 East African countries. **HIV/AIDS Research and Palliative Care**, v. 13, p. 181-189, 11 Fev. 2021. DOI: [10.2147/HIV.S297235](https://doi.org/10.2147/HIV.S297235)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. **Geneva: World Health Organization (WHO)**, 28 Nov. 2016. 172 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>.

ZHANG, Y. *et al.* Barriers and facilitators to HIV and syphilis rapid diagnostic testing in antenatal care settings in low-income and middle-income countries: a systematic review. **BMJ Global Health**, v. 7, n. 11, e009408, 1 nov. 2022. DOI: [10.1136/bmjgh-2022-009408](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009408)

