



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Ana Claudia Beer

**Análise dos indicadores de continuidade do cuidado de atenção à saúde da mulher no
contexto da pandemia de Covid-19**

Rio de Janeiro

2022

Ana Claudia Beer

Análise dos indicadores de continuidade do cuidado de atenção à saúde da mulher no contexto da pandemia de Covid-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fiocruz Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis.

Coorientadora: Prof.^a Ma. Aline Gonçalves Pereira.

Linha de Pesquisa: Atenção Integral aos Ciclos de Vida e Grupos Vulneráveis.

Rio de Janeiro

2022

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

B415a Beer, Ana Cláudia.
Análise dos indicadores de continuidade do cuidado de atenção à
saúde da mulher no contexto da pandemia de Covid-19 / Ana Cláudia
Beer. -- 2023.

59 f. : il. color., tab., quad., graf.

Orientadora: Ana Cristina Gonçalves Vaz Reis.
Dissertação (Mestrado em Saúde da Família – PROFSAÚDE) –
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2023.

1. COVID-19. 2. Indicadores de Saúde. 3. Atenção Integral a
Saúde da Mulher. 4. Saúde da Mulher. 5. Petrópolis-RJ. I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.2098153

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Ana Paula Neves Longobuco – CRB/7-6876
Biblioteca de Saúde Pública

Ana Claudia Beer

**Análise dos indicadores de continuidade do cuidado de atenção à saúde da mulher no
contexto da pandemia de Covid-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fiocruz Rio de Janeiro, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 17 de novembro de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Ana Laura Brandão
Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dra. Gracia Maria de Miranda Gondim
Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Ma. Aline Gonçalves Pereira (Coorientadora)
Secretaria Municipal de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2022

A Juan Lima por ter me dado toda força,
motivação e auxílio para realização deste
trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus por guiar meus passos e ir em busca deste sonho.

À escola pública de qualidade que me fez caminhar até aqui.

Aos meus pais e sogros por sempre me incentivarem e apoiarem.

Ao meu marido, Juan Lima, por estar sempre ao meu lado e não me deixar desistir.

Às minhas verdadeiras amigas que estiveram ao meu lado nos momentos difíceis e que compartilharam os momentos felizes da minha vida.

Aos meus professores que dedicaram seu tempo, saberes e experiências.

Às minhas orientadoras, Ana e Aline, que são exemplo e inspiração, essenciais para construção deste trabalho.

À minha banca examinadora por aceitarem participar deste momento em minha vida.

Pés, para que os quero, se tenho asas para voar?

(KAHLO, 2005, p.12)

RESUMO

No início da pandemia de COVID 19, a Atenção Primária à Saúde vivenciou grandes desafios para seu enfrentamento, havendo a necessidade de reorganização dos serviços para o controle e mitigação da doença, dificultando a realização dos demais atendimentos e acompanhamentos dos grupos e linhas de cuidado. Este estudo tem como objetivo analisar os indicadores referentes às ações prioritárias na linha de cuidado de saúde da mulher, no contexto da pandemia de COVID 19 no município de Petrópolis. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, com análise de dados secundários, tomando-se como unidade de análise os indicadores de desempenho das equipes de Atenção Primária, no município de Petrópolis, relacionados à continuidade do cuidado, direcionados à saúde da mulher. Observou-se na maioria dos períodos avaliados a manutenção de baixos indicadores relacionados à continuidade do cuidado, nas ações voltadas para a linha de cuidado da saúde da mulher, visto que nenhum indicador atingiu a meta proposta pelo programa Previne Brasil. Conclui-se a importância e o foco prioritário da APS, em garantir o acesso à saúde das mulheres, garantindo a realização de um acompanhamento de qualidade, apesar do cenário da pandemia de Covid, visto que já existem problemas pré-existentes a este período, a serem identificados e sanados a fim de melhorar os indicadores em saúde.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; indicadores de saúde; saúde da mulher.

ABSTRACT

At the beginning of the COVID 19 pandemic, Primary Health Care experienced great challenges to face it, with the need to reorganize services to control and mitigate the disease, making it difficult to carry out other services and follow-ups of groups and lines of care. This study aims to analyze the indicators referring to priority actions in the line of women's health care, in the context of the COVID 19 pandemic in the city of Petrópolis. This is a cross-sectional study with a quantitative approach, with analysis of secondary data, taking as a unit of analysis the performance indicators of the Primary Care teams, in the city of Petrópolis, related to the continuity of care, aimed at women's health. In most of the periods evaluated, low indicators related to continuity of care were observed, in actions aimed at the women's health care line, since no indicator reached the goal proposed by the Previne Brasil program. It concludes the importance and priority focus of PHC, in guaranteeing access to women's health, ensuring the performance of quality monitoring, despite the scenario of the Covid pandemic, since there are already pre-existing problems at this period, to be identified and remedied in order to improve health indicators.

Keywords: primary health care; health indicators; women's health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	17
2.1	OBJETIVO GERAL.....	17
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICO.....	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	A PANDEMIA DE COVID-19	20
3.2	O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA COVID-19.....	22
3.3	A COORDENAÇÃO DO CUIDADO A SAÚDE DA MULHER FRENTE A PANDEMIA DE COVID-19	22
3.3.1	Atenção a cobertura do citopatológico na APS no contexto da pandemia...	25
3.3.2	Mortalidade Materna	27
3.4	INDICADORES EM SAÚDE E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO.....	29
4	METODOLOGIA	35
4.1	CONTEXTO E DESENHO.....	35
4.2	FONTE DE DADOS	35
4.3	SELEÇÃO DE INDICADORES	36
4.4	ANÁLISE DE DADOS	37
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	38
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
6	CONCLUSÃO	49
	REFERÊNCIAS	51

APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde iniciou-se em minha vida desde a graduação de enfermagem em Petrópolis, RJ, minha terra natal, como ligante na liga de Saúde da Família, onde tive o primeiro contato e experiência profissional. O que me impulsionou a buscar pela especialização na área com formação em serviço, a residência de enfermagem em Saúde da Família e Comunidade na UFRJ.

Após a finalização da residência, onde me encontrei como profissional imersa no SUS e como enfermeira de família e comunidade, atuei durante cinco anos no município do Rio de Janeiro no bairro da Penha, como preceptora do mesmo curso de residência onde me formei.

Ao final do primeiro ano da pandemia de COVID 19, fui convidada pela Instituição de Ensino onde me graduei a retornar como enfermeira preceptora do curso de graduação em enfermagem.

Todo o aprendizado e trabalho desenvolvidos durante esses anos em outro município poderiam ser realizados em minha terra natal e me fizeram perceber a gama de possibilidades para aprofundar meus conhecimentos e praticá-los, e ao mesmo tempo, poder retornar ao SUS todo o investimento que me foi dado durante este período.

Atualmente como responsável técnica e realizando a gerência da unidade de Saúde da Família onde trabalho, observo a necessidade da avaliação dos indicadores em saúde para planejamento, monitoramento e avaliação das ações, com objetivo de qualificar o trabalho e melhorar o atendimento prestado a população.

1 INTRODUÇÃO

No ano de 2020 com o início da pandemia de COVID 19, a Atenção Primária à Saúde (APS) vivenciou grandes desafios para seu enfrentamento, havendo a necessidade de reorganização dos serviços, com a apresentação de respostas rápidas e eficazes para o controle e mitigação da doença como o isolamento, distanciamento social, monitoramento e vigilância dos casos.

Com a sobrecarga do sistema de saúde devido ao grande aumento do número de casos sintomáticos respiratórios confirmados e/ou suspeitos, verificou-se o aumento da demanda de trabalho na Atenção Primária à Saúde, dificultando a realização dos demais atendimentos e acompanhamentos dos grupos e linhas de cuidado, causando o agravamento de outras comorbidades (SAVASSI, 2020).

Nesse sentido, a APS como principal porta de entrada do usuário e ordenadora da

Rede de Atenção à Saúde (RAS), apresentou sua capacidade de adaptação em circunstâncias não experimentadas antes para responder às necessidades da população (DAUMAS et al., 2020). Este fato exigiu uma rápida reorganização dos processos de trabalho e uma nova forma de garantir o acesso contínuo das suas ações prioritárias já previstas no escopo dos serviços (RAWAF et al., 2020). Sendo o modelo da Estratégia de Saúde da Família o mais adequado para dar suporte às famílias em isolamento social, devido aos seus atributos de responsabilidade territorial e orientação comunitária (MEDINA et al. 2020).

A garantia da longitudinalidade/continuidade, a integração da RAS e a coordenação do cuidado se tornam ainda mais necessária como eixos centrais para manutenção do acesso aos cuidados de saúde, especialmente das condições que requerem maior atenção, a exemplo do pré-natal, puericultura, diabetes e hipertensão, tuberculose, entre outros, em situações adversas como na pandemia de Covid 19 (VIANA et al., 2018).

Em estudo desenvolvido por Savassi et al. 2020, foi evidenciada uma tendência da descontinuidade do cuidado às condições de saúde, com a sobrecarga dos serviços devido ao grande aumento dos casos de COVID 19, o que contribuiu para a saturação do sistema e dificulta a realização dos acompanhamentos que já eram realizados e agravamento das comorbidades clínicas.

No Brasil alguns autores identificaram importante queda nos atendimentos de pré-natal, e alertam sobre o risco de crescente mortalidade neonatal, pós-natal e prematuridade, pois são

desfechos associados diretamente aos cuidados de pré-natal prestados na APS (CHISINI et al., 2021).

As gestantes e crianças reduziram o acesso aos serviços de saúde, como as consultas de puericultura e pré-natal, aumentando o risco de morbimortalidade pelo receio de contaminação e pela restrição de acesso (SAVASSI et al., 2020).

Segundo Knight et al. 2020, gestantes e puérperas constituem grupo de risco a infecção por COVID 19, sendo uma das linhas de cuidado, de foco prioritário de atenção à saúde da mulher. As gestantes e puérperas até o 14º dia de pós-parto devem ser consideradas grupo de risco para covid-19, pois estão mais susceptíveis a hospitalização e devido ao número elevado de mortes maternas decorrentes do coronavírus, orientando a necessidade da continuidade de atenção aos serviços de pré-natal e parto no território.

Considerando este contexto, já estavam em análise projeções com o aumento da mortalidade materna especialmente de mulheres em idade fértil de maior vulnerabilidade social, de baixa e média renda.

No início da pandemia, gestantes não foram incluídas entre os grupos de maior risco, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu pessoas acima de 65 anos e pessoas com comorbidades (problemas cardíacos, hepáticos ou renais crônicos, hipertensão, diabetes, “obesidade grave”, pessoas “imunocomprometidas”, entre outros) como grupo de maior risco para adoecimento grave por Covid.

O Ministério da Saúde (MS) publicou no início do mês de abril de 2020 uma nota técnica na qual afirmava que, coronavírus não estava associada a maior risco de agravamento para mulheres grávidas e puérperas, pois estas teriam apresentado quadros clínicos e taxas de complicação semelhantes aos de adultos não gestantes (Nota técnica nº 12- SEI/MS, 2020).

O aumento da mortalidade materna pode estar relacionado a dificuldades de acesso aos serviços de saúde, preexistentes, os quais a pandemia da Covid-19 trouxe à luz e intensificou tais fragilidades existentes no sistema público de saúde. O fator do isolamento social preconizado e necessário neste enfrentamento, pode ter contribuído neste agravamento, dado o receio, por parte deste grupo populacional, em procurar assistência durante a pandemia da Covid-19, assim como a redução da oferta de serviços por afastamento de profissionais de saúde em decorrência do adoecimento (SOUZA; AMORIM, 2021).

Ressalta-se que os problemas presumidamente levantados, não necessariamente influenciaram diretamente aos óbitos, mas evidencia-se que há problemas a serem superados e que se agravaram durante o período da pandemia da Covid-19 (PORTELA et al., 2022).

A APS deve dar continuidade às ações prioritárias que são realizadas em sua rotina, como por exemplo, a realização do pré-natal, um dos objetivos prioritários de acompanhamento da linha de cuidado da saúde da mulher, sem expor a população ao risco de contaminação, trazendo a necessidade de readequação de alguns processos e fluxos de trabalho, pensando novas estratégias de cuidado cotidiano à população.

As ações e atividades da APS na atenção à saúde das mulheres devem ser mantidas, assim como manter a atenção às consultas de pré-natal, seguindo um padrão de cuidado, com hora marcada, intervalos entre os atendimentos e sempre reforçar medidas de prevenção ao Coronavírus. Recomenda-se a adoção de outras estratégias educativas à distância, como grupos por aplicativos virtuais, vídeos curtos, tele chamadas e vídeo chamada. O Ministério da Saúde inclui incentivo financeiro em caráter temporário as ações e estratégias de apoio a gestação e puerpério para enfrentamento a emergência em saúde pública, devido a pandemia (BRASIL, 2021).

As ações de controle do câncer do colo uterino e mama são orientadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), que recomenda a realização de um exame citopatológico a cada três anos, em mulheres entre 25 e 64 anos, com história prévia de dois exames iniciais anuais negativos e para câncer de mama a realização a cada dois anos durante a faixa etária de 50 a 69 anos. Durante a pandemia, aconselha-se avaliar risco individual de adiar este rastreamento com o risco de contágio pelo Covid 19 (BRASIL, 2020).

Mulheres com presença de queixas ginecológicas e ou mamária, recomenda-se o atendimento destas e o monitoramento e busca ativa de usuárias que tiveram seu cuidado previamente compartilhado com a atenção secundária e terciária, a fim de, acompanhar a manutenção do seguimento da propedêutica, tratamento e reabilitação e garantir a continuidade do cuidado na APS (INCA, 2020).

Em pacientes com condições crônicas, foi identificado a necessidade de implementar estratégias de saúde digital; apoio logístico e operacional para assistência de qualidade em situações contingenciais; olhar diferenciado para as populações com risco clínico e social, além da necessidade de reconhecimento da importância de reduzir a fragmentação entre os pontos da Rede de Atenção em Saúde (RAS). Com isso, tornam-se indelévels as lições suscitadas e que ainda vigoram da pandemia da Covid-19 na reorganização do sistema de saúde no enfrentamento desta crise (MENDES, 2020).

A identificação das necessidades de saúde, considerando sua capacidade funcional, e dos recursos existentes em cada território são apresentados como eixos estruturantes do cuidado integral. Sendo assim, a Atenção Primária possui como prioridade e enfoque no cuidado de

alguns grupos populacionais e ciclos de vida, como a saúde da mulher, com foco prioritário para a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (OLIVEIRA, 2013).

Segundo a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Sistema Único de Saúde (SUS), deve estar orientado para ações de promoção da saúde que atendam as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde.

Os serviços devem possuir como objetivos específicos de atenção a ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, implantar a assistência em planejamento familiar, promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada; Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; Promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids; Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina entre outros (BRASIL 2004).

O financiamento dessas ações realizadas pelos serviços de saúde ainda está voltado principalmente para a dimensão quantitativa (número de consultas e procedimentos por período de trabalho). Em janeiro de 2020, o Programa Previne Brasil, reformulou o financiamento da APS, com um dos componentes que fazem parte do repasse financeiro mensal aos municípios, o pagamento por desempenho, cujo valor é calculado com base nos indicadores de atendimento realizados pelas equipes de saúde (BRASIL, 2020).

Os indicadores de pagamento por desempenho serão monitorados individualmente a cada quadrimestre, que são a avaliação da proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação; proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; cobertura de exame citopatológico; cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente; percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre; e percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (BRASIL, 2020).

Sendo assim, este estudo pretende analisar os indicadores de desempenho da continuidade das ações de atenção a linha de cuidado da saúde da mulher pela APS no contexto da pandemia de COVID. A continuidade do cuidado relacionadas as ações da linha de cuidado de saúde da mulher foram afetadas pela pandemia?

Motivação e Justificativa

A motivação para o desenvolvimento deste estudo consiste no envolvimento e atuação na linha de frente da pandemia de Coronavírus na Atenção Primária à Saúde, como enfermeira de família, no atendimento direto aos casos sintomáticos respiratórios, triagem, vigilância dos casos, imunização e nas dificuldades vivenciadas relacionadas à busca pela melhoria dos indicadores em saúde como responsável técnica do serviço de saúde, a fim de proporcionar saúde de qualidade, segura e eficaz aos usuários.

O presente estudo justifica-se pela APS ser considerada porta de entrada e primeiro contato do usuário na rede de saúde e a coordenação do cuidado e continuidade do cuidado como um dos atributos essenciais a serem desenvolvidos pelas equipes, sendo a linha de cuidado de Saúde da mulher um de seus focos prioritários.

O desempenho dos indicadores de saúde é estabelecido como uma das prioridades do Ministério da Saúde para garantia do financiamento e pagamento por desempenho das equipes de APS a partir do ano de 2020, que abrange ações estratégicas de Saúde da Mulher, Pré-natal, Saúde da Criança e Doenças crônicas, visto que no ano de 2020 observou-se um novo contexto em saúde, devido à pandemia de COVID 19, podendo ter afetado a continuidade das ações em saúde na APS.

Foi observado durante a vivência como enfermeira de família, que indicadores de desempenho primários que deveriam constituir o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF), em sua longitudinalidade/continuidade, se apresentam baixos em relação às metas desejáveis.

No Brasil houveram mudanças na Política Nacional de Atenção Básica no ano de 2017, trazendo aspectos que descontinuaram o modelo de assistência da ESF, como o estímulo à adesão de equipes de Atenção Básica, sem a obrigatoriedade de um agente comunitário de saúde em sua composição e permissibilidade da jornada de trabalho dos profissionais de 10 horas; Utilização de parâmetro populacional de 2.000 a 3.500 pessoas por eSF, de acordo com as especificidades de cada região; E a nova PNAB não especifica o número de agentes comunitários de saúde por eSF, em contraposição à versão anterior da política, que previa no mínimo quatro ACS por eSF.

Relacionado a isso, surge o contexto de uma pandemia, que gera a reorganização dos fluxos de processo de trabalho assistenciais e a criação de novos protocolos de cuidados realizados na APS, tornando-se mais um desafio para o acompanhamento das linhas de cuidado.

O pressuposto do presente estudo é que o contexto da pandemia da Covid-19 desvelou problemas já existentes em relação a longitudinalidade/continuidade à saúde da mulher atenção primária, ao mesmo tempo em que novas estratégias de cuidado foram desenvolvidas.

Este estudo também pretende abrir portas para outras pesquisas com contribuição acadêmica, no desenvolvimento de novos modelos em saúde dentro do contexto de uma pandemia. Apoiar a gestão do cuidado na organização do processo de trabalho frente a situações adversas, como pensar a continuidade do cuidado no contexto da pandemia e o enfrentamento ao COVID na vigilância sanitária.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os indicadores referentes às ações prioritárias na linha de cuidado de saúde da mulher, por meio dos indicadores de continuidade do cuidado, no contexto da pandemia de COVID 19 no município de Petrópolis.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos são:

- a) comparar o nível de desempenho dos indicadores de continuidade do cuidado antes da pandemia de Covid-19 (no ano de 2019) com o desempenho durante a pandemia de covid-19 (nos anos de 2020 e 2021); e
- b) identificar se houve a continuidade do cuidado nas ações voltadas para a linha de cuidado da saúde da mulher pelas equipes de Atenção Primária, no contexto da pandemia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A PANDEMIA DE COVID 19

O Coronavírus é uma família de vírus que causam infecções respiratórias com a manifestação de um quadro clínico de infecções, onde cerca de 80 % podem ser assintomáticas, mas 20% dos casos podem evoluir para quadros respiratórios graves, no qual, necessitam de atendimento hospitalar em virtude da dificuldade respiratória e 5% deste, pode demandar atendimento com suporte para tratamento da insuficiência respiratória aguda (OPAS, 2020).

Os primeiros casos manifestados em humanos foram detectados em 1937, porém, somente em 1965 que o coronavírus foi caracterizado como vírus (BRASIL, 2020d).

No final do ano de 2019, o novo coronavírus foi descoberto quando a China realizou os primeiros registros da doença (OPAS, 2020). O surto do Coronavírus (COVID-19) iniciou na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China, apresentando-se com rápida propagação comunitária, regional e internacional, seguido de grande crescimento dos casos e óbitos (WU et al., 2020).

Nesse período foram confirmados 76.769 casos no mundo e acometendo 26 países (China, Japão, Coreia do Sul, Singapura, Tailândia, Malásia, Austrália, Vietnã, Alemanha, EUA, França, Reino Unido, Canadá, Irã, Filipinas, Índia, Camboja, Itália, Rússia, Espanha, Nepal, Sri Lanka, Bélgica, Suécia, Finlândia e Egito), destes confirmados, 75. 569 casos (98,4%) foram notificados pela China (BRASIL, 2020b).

O primeiro caso de COVID-19 no Brasil e Caribe foi confirmado no dia 26 de fevereiro de 2020 (OPAS, 2020). Após a chegada do vírus no Brasil diversas medidas foram tomadas para o controle e prevenção da doença em diferentes esferas administrativas (federal, estadual e municipal), sendo a mais difundida o isolamento social (BEZERRA et al., 2020).

Nesse período o COVID-19 apresentava a possibilidade de rastreabilidade dos casos individuais e monitoramento dos contatos (BRASIL, 2020b). A partir desse evento, o COVID-19 espalhou-se rapidamente em 50 países e territórios nas Américas (OPAS, 2020). Em curto prazo de 60 dias desde a confirmação do primeiro caso, o Brasil já contabilizava 61.888 casos e 4.205 óbitos registrados (BRASIL, 2020c).

A partir disso, o surto da doença causada pelo COVID-19, foi anunciado pela OMS no dia 30 de janeiro de 2020 como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), visto que a propagação do COVID-19 atingiu uma escala mundial, então no dia 11 de março de 2020 foi caracterizado como uma pandemia e representa a sexta na história de ESPII

declarada (OPAS, 2020). Cabe ressaltar que em países que tiveram atraso na mitigação da pandemia, a mortalidade do COVID-19 alcança entre 3 a 5% dos casos (WATSON et al., 2020).

Os casos suspeitos com clínica leve e moderada podem ser atendidos na Atenção Primária à Saúde em Unidades de Saúde e somente os casos com maior gravidade que necessitem de internação hospitalar serão referenciados para outros pontos da Rede de Urgência e Emergência.

O cenário em tela reforça que a fase atual da pandemia no Brasil necessita de uma organização efetiva do acesso e dos serviços ofertados pela Atenção Primária à Saúde (APS), visto que é a principal forma de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) em conjunto com os outros pontos da rede (BRASIL, 2020a).

No entanto, a RAS é um sistema complexo, pois necessita de uma sinergia entre as necessidades de saúde da população e a gestão do sistema de saúde para responder socialmente as demandas populacionais. Portanto, torna-se um enorme desafio a execução dos seus serviços e sua gestão, visto a especificidade e complexidade dos estabelecimentos que a compõem (CONASS, 2015).

O Brasil é um país continental que possui diferenças regionais, características demográficas, urbanização, aspectos sociais e econômicos que são agravadas pelas desigualdades raciais (JANNUZZI, 2017).

Isto revela que, além da pandemia provocar efeitos na saúde pública, impactos negativos também são esperados do ponto de vista da vulnerabilidade social (BRASIL, 2020d).

Segundo o Banco Mundial (2020), o COVID-19, provavelmente, causará o primeiro aumento da pobreza global desde o ano de 1998, tal período representa o ano da crise financeira asiática. Além disso, estima-se que a pandemia pode resultar em mais de 2.7 milhões de pessoas vivendo abaixo da linha da pobreza na América Latina e Caribe. Em um país em que um quarto da população vive em situação de pobreza e que ainda recupera-se de uma grande recessão, mesmo quando se aproxima de outro colapso econômico, a população de baixa renda está sendo duramente atingida de todas as formas pela pandemia e por falta de políticas públicas (FRIEDMAN, 2020).

Frente a esse panorama, a maior parte dos brasileiros negros estão concentrados em bairros urbanos de baixa renda, no que inclui, as favelas do município do Rio de Janeiro (MRJ) e da cidade de São Paulo (SP). Diante da desigualdade econômica e do acesso aos serviços de saúde em níveis abissais, isto é representado por mais de 13 milhões de brasileiros, que dependem de um serviço público de saúde que vem sendo operado em sua capacidade máxima frente a pandemia (FRIEDMAN, 2020).

Há várias dimensões que são consideradas fatores agravantes da situação de populações de baixa renda relacionado ao COVID-19, como o uso de transporte público, o acesso ao saneamento básico, o acesso à saúde e a dificuldade em manter as medidas de isolamento social (OLIVEIRA et al, 2020).

Os autores Soltani et al. (2020), reforçam que a contribuição coletiva dos determinantes sociais da saúde e sua interseccionalidade devem ser reconhecidos para a mitigação de riscos pandêmicos. Sem a coleta de dados sobre esses fatores sociais e torná-los disponíveis tornamos-nos cegos sobre como esses fenômenos afetam a epidemia e como eles podem ser utilizados para informar as medidas de prevenção de saúde pública (OLIVEIRA et al, 2020).

3.2 O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA COVID 19

A Atenção Primária em Saúde (APS) é estabelecida como um componente principal do sistema de saúde, devido às inúmeras evidências do impacto na saúde da população, devido ao desenvolvimento da melhoria dos indicadores em saúde, maior garantia e eficácia no cuidado, abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (STARFIELD, 2002).

A organização do sistema de saúde deve ser desenvolvida pela lógica de rede de cuidados, com fluxos pré-estabelecidos, com objetivo de atender as necessidades individuais dos usuários e das famílias de acordo com critérios econômicos e epidemiológicos, estratificação de riscos e vulnerabilidades, porém os serviços ainda apresentam descontinuidade da assistência devido a falta de comunicação entre os estes, caracterizando a fragmentação das ações desenvolvidas pelos profissionais (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012).

A APS tem como prioridade a realização de ações que vão além de práticas curativas, como a de promoção, prevenção e recuperação da saúde de forma continuada, com foco na assistência centrada nas famílias, percebidas a partir do ambiente biopsicossocial onde vivem, e num conjunto de ações de acordo com o reconhecimento das necessidades dos usuários do serviço. Norteia-se por atributos essenciais, atenção ao primeiro contato, coordenação do cuidado, longitudinalidade e integralidade do cuidado e por atributos derivados orientação familiar/comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

O primeiro contato pode ser definido como porta de entrada dos serviços, a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde. A longitudinalidade implica a existência de

uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente das condições de saúde apresentadas ao longo do tempo (STARFIELD, 2002).

A coordenação do cuidado dos usuários é necessária para garantir a continuidade da atenção e o reconhecimento dos problemas em saúde, devido ao aumento da descontinuidade das ações, encaminhamentos para especialidades, tratamentos desnecessários e solicitação de exames desnecessários, medicalização excessiva, às necessidades de saúde dos usuários, que em geral não são adequadamente manejadas e acompanhadas pelos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária, a definição do território de atuação e de população sob responsabilidade, implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população.

Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco com o objetivo de prevenir danos evitáveis, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências, Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde entre outros (PNAB, 2012).

A APS tem como responsabilidade a coordenação do cuidado e ordenamento da rede a partir das linhas de cuidado na rede de atenção à saúde (RAS). Ao cumprir seu objetivo na RAS, é necessário que os indivíduos reconheçam o serviço como porta de entrada, próximo ao seu domicílio, sendo acessível e de fato resolutivo, e que possa atender a maior parte das necessidades em saúde da população.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é base para o desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde – RAS, proporcionando atenção à saúde, como porta de entrada principal através da Atenção Primária à Saúde (APS), que desenvolve ações preventivas, de promoção da saúde e o atendimento às condições crônicas e agudas. Assim, durante a pandemia de COVID 19, os usuários sintomáticos respiratórios suspeitos, também devem ser acolhidos por esse serviço, a partir do atendimento, orientação e garantia da longitudinalidade do cuidado (SAVASSI et al., 2020).

Contudo, a APS deve desenvolver continuamente suas ações rotineiras de atenção aos demais usuários do serviço, que necessitam de cuidado contínuo concomitantemente ao enfrentamento a Covid 19, a fim de evitar o risco de adoecimentos e mortes evitáveis por causas que são sensíveis a APS (ENGSTROM et al., 2020).

A APS possui papel primordial na continuidade das ações da APS; Suporte social aos grupos vulneráveis; Atenção aos usuários com COVID 19, e a Vigilância em Saúde no território.

O papel de vigilância em saúde, ocorre durante o monitoramento, notificação e acompanhamento dos casos sintomáticos respiratórios em isolamento domiciliar e de seus contactantes. Para a atenção aos usuários com Covid 19, os fluxos de trabalho foram reorganizados, a fim de reduzir a contaminação entre os indivíduos. A APS aumentou sua atuação no suporte a população vulnerável, como idosos e indivíduos com comorbidades.

Na continuidade das ações principais e próprias da APS, exigiu-se a reorganização e adequação do trabalho, estabelecendo novas formas de cuidar à distância e diminuindo o risco de redução do acesso e aumento das desigualdades sociais (MEDINA, 2020).

3.3 A COORDENAÇÃO DO CUIDADO A SAÚDE DA MULHER FRENTE A PANDEMIA DE COVID 19

Como prioridade da agenda mundial e incluída nas metas Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e na Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), a redução da mortalidade materna foi considerada como uma de suas prioridades (MARTINS; SILVA, 2018).

A fim de fortalecer ações que garantam assistência de qualidade, segura e humanizada para todas as mulheres durante o período do ciclo gravídico puerperal, é necessário garantir o acesso para o planejamento familiar, confirmação da gravidez, pré-natal, parto e puerpério assegurados e acompanhamento até os dois primeiros anos de vida da criança (NUNES et al., 2022).

A implementação de programas de saúde para o acompanhamento da mulher até o momento do parto, garantir o acesso e a manutenção dos cuidados de forma articulada entre os serviços de saúde são primordiais para bons desfechos perinatais (GARNELO et al., 2019).

Em investigações realizadas no Brasil entre os anos de 2011 e 2012, observou-se que persistem desafios para a assistência ao pré-natal de qualidade, como barreiras de acesso aos serviços públicos, principalmente nas regiões Norte e Nordeste que estão condicionados a baixa cobertura assistencial e de início tardio. O perfil dos óbitos maternos é composto em sua maioria por mulheres de baixa escolaridade, sem companheiro, maior número de gestações prévias, e indesejadas que realizaram tentativas de aborto e em gestantes adolescentes de cor/ raça preta (VIELLAS et al., 2014).

Segundo os autores Tomasi, et al, 2017, para o acesso equitativo deve ser considerado a influência do contexto social, o perfil demográfico e econômico pois há grande disparidade quanto às barreiras de acesso aos serviços de saúde, que podem ser vivenciadas três vezes maior por mulheres indígenas e especialmente por adolescentes e mulheres de cor/raça preta ou parda.

Em uma análise sobre a qualidade da atenção pré-natal no Brasil entre os anos de 2005 e 2015, demonstrou que houve aumento da cobertura do pré-natal, entretanto, observou-se baixo nível de qualidade da assistência, devido a fatores de inadequação, a não solicitação dos exames laboratoriais de rotina, a falta de procedimentos básicos recomendados pelos protocolos do Ministério da Saúde (prescrições e orientações durante as consultas) (NUNES et al., 2016).

O Ministério da Saúde elegeu os indicadores de desempenho por meio do Programa Previne Brasil, vinculado ao financiamento da atenção primária, sendo estes a Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, a 1^a até a 12^a semana de gestação; Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.

A rede de atenção à saúde para atenção ao pré-natal, parto e puerpério é composta pela atenção primária, atenção especializada ambulatorial e hospitalar. Todos esses níveis de atenção devem trabalhar de maneira compartilhada e evitar lacunas no cuidado durante todo o ciclo gravídico puerperal da mulher. Devem garantir o acolhimento das gestantes, manejo das situações de urgência e emergência obstétricas e continuidade da assistência durante o puerpério imediato e tardio, avaliação do risco, transporte, assistência ao parto (GUIMARÃES et al., 2018).

A APS é o ponto preferencial para acompanhamento do pré-natal de risco habitual e coordenadora do cuidado compartilhado do pré-natal de alto risco em conjunto com os outros pontos de serviços da RAS (AMORIM et al., 2022). É o serviço onde 90% das mulheres realizaram o acompanhamento do pré-natal em alguma unidade de saúde da rede pública (LEAL et al., 2020).

O acesso ao cuidado pré-natal é um indicador que avalia a qualidade da atenção primária que se baseia na premissa de ultrapassar as barreiras organizacionais, físicas, financeiras e sociais. Requer ações intersetoriais com intuito de proporcionar maior acessibilidade da oferta de serviços pela atenção primária, de acordo com as necessidades de saúde das pessoas (SOUZA et al., 2020).

Embora existam avanços, estudos apontam para falhas assistenciais durante o pré-natal, barreiras de acesso, baixo número de consultas, falta de orientações às gestantes durante o acompanhamento, falta de integração entre os serviços da rede, o que afeta na qualidade e

segurança da assistência (DOMINGUES et al., 2012; GRYSCHKEK et al., 2014 PARIS et al., 2013; VIELLAS et al., 2014).

Para que se possa garantir a integralidade do cuidado no pré-natal, é necessária a qualidade da assistência, o acesso aos serviços de saúde, a captação precoce e busca ativa contínua das gestantes no território, a integração da rede de atenção à saúde e o investimento da gestão na capacitação profissional (RUIZ et al., 2021).

Para a realização de boas práticas de gestão do cuidado durante o pré-natal, o reconhecimento do contexto social é determinante, especialmente em relação a invisibilidade da sexualidade feminina, racismo e o preconceito.

Estudos demonstram que mulheres em situação de rua, mulheres imigrantes e refugiadas, mulheres adolescentes, mulheres convivendo com HIV/AIDS, mulheres lésbicas e bissexuais, , mulheres privadas de liberdade ou semiliberdade, pessoas trans, dentre outras, enfrentam maiores obstáculos para a continuidade do cuidado e o acesso aos serviços de saúde (BASSICHETTO et al., 2013; CABRAL et al., 2019; SANTOS et al., 2021).

Observou-se que os profissionais possuem dificuldade em reconhecer os determinantes sociais, pois a sua prática é focalizada no agravo e, não orientada pela clínica ampliada, o que dificulta o reconhecimento da importância das ações intersetoriais e na compreensão dos fatores de influência cultural, social e econômica dos territórios de abrangência (SCHMITZ et al., 2018).

A efetivação do cuidado em saúde de gestantes e puérperas exige uma dinâmica de trabalho em equipe, de modo a assegurar que todos os episódios de cuidado decorrente dessa linha de atenção à saúde possam contribuir para o adequado desenvolvimento da gestação e facilitar que intervenções possam ocorrer em tempo oportuno para a solução de problemas quando couber.

Para melhoria da assistência deve haver o cuidado multiprofissional à gestantes e puérperas, como inclui intercalar as consultas de pré-natal, avaliar risco gestacional, atuar nas intercorrências durante o pré-natal, realizar busca ativa de gestantes faltosas às visitas domiciliares, orientar sobre amamentação e cuidados e preparar para o parto, entre outros (TOMASI et al., 2017).

Destacando-se também o papel do agente comunitário de saúde que possui atribuições e responsabilidades sanitárias como a captação precoce de gestantes residentes em sua microárea; realizam busca ativa de gestante faltosa; realizar educação em saúde com abordagem individual e comunitária; alertam e monitoram territorialmente possíveis complicações que podem influenciar no bem-estar materno e fetal; promovem o elo entre o território e unidade de

e realizam visita domiciliar puerperal para acompanhamento de aleitamento materno e planejamento familiar. Essas ações garantem a integralidade e continuidade do cuidado, além de ampliar práticas interprofissionais e a integração entre a equipe (BRASIL, 2016).

É importante salientar que a prática do registro clínico favorece a coordenação do cuidado e a relação entre os serviços de saúde da rede, busca-se evitar a construção peregrinação das gestantes entre os serviços e diminuir os riscos à sua saúde (VIELLAS et al., 2014).

O cuidado prestado à gestante exige o registro clínico no cartão de pré-natal e no prontuário eletrônico. As informações coletadas permitem avaliar a evolução da gestação e torna-se importante instrumento de comunicação entre a rede de atenção à saúde.

3.3.1 Atenção a cobertura do citopatológico na APS no contexto da pandemia

O câncer do colo do útero, é um dos tumores mais frequentes entre as mulheres, associado à infecção por alguns tipos do Papilomavírus Humano - HPV (tipos oncogênicos), transmitido por meio da relação sexual, infectando mucosas e pele. A infecção pelo HPV não é suficiente para o desenvolvimento do câncer, sendo necessária a infecção persistente e a influência de fatores como imunidade, genética, sendo o risco do desenvolvimento de cerca de 30% se as lesões precursoras não forem avaliadas e tratadas, levando de 10 a 20 anos, para sua evolução (WILD; WEIDERPASS; STEWART, 2020).

A detecção precoce e o rastreamento por meio do exame citopatológico é uma das principais estratégias de prevenção e controle do Câncer de Colo de Útero, pois permite avaliar e identificar lesões precursoras ou malignas em estágios iniciais, aumentando a chance de tratamento. É função da Atenção Primária a Saúde o desenvolvimento de ações de rastreio, vacinação e ações de educação para prevenir o câncer do colo do útero (INCA, 2017; BRASIL, 2016; 2019; 2021).

É recomendada a realização do exame citopatológico por mulheres de 25 a 65 anos a cada 3 anos, após dois exames anuais consecutivos sem alterações (BRASIL, 2016; 2019a; 2019b; 2021; WHO, 2021).

No Brasil, apesar das possibilidades de prevenção, é um dos cânceres com alta taxa de mortalidade, com risco de 15,4 casos a cada 100.000 mulheres e uma incidência anual de mais de 16.590 casos entre 2020 e 2022 (BRASIL, 2019; 2021; INCA, 2019; WILD; WEIDERPASS; STEWART, 2020).

Um dos indicadores de saúde abordados neste estudo é a Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS. Esse indicador mede a proporção de mulheres com idade entre

25 a 64 anos atendidas na APS que realizaram ao menos 1 coleta de exame citopatológico do colo do útero no intervalo 3 anos, em relação ao total de mulheres na mesma faixa etária estimadas do município.

Para o seu monitoramento é definido como parâmetro 80% da proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS nos últimos 3 anos, pois de acordo com a Organização Mundial de Saúde, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência de câncer do colo do útero quando a cobertura de rastreamento da população é de pelo menos 80%, garantindo o diagnóstico e tratamento adequado (OPAS, 2016).

Com o início da pandemia em março de 2020 pelo vírus Sars-Cov-2, somou-se a esses fatores o efeito da pandemia causada pelo novo coronavírus, com o atraso no diagnóstico e tratamento do câncer, que podem ocorrer por diversos fatores, relacionados ao indivíduo atendido, aos profissionais e ao acesso e organização dos serviços de saúde, no âmbito do sistema de saúde.

Em estudo realizado por Ribeiro et al. (2022) com objetivo de analisar efeitos de curto prazo da pandemia de COVID-19 no rastreamento, investigação diagnóstica e tratamento de câncer no Brasil, evidenciou que em 2020, houve redução de 44,6% na realização de exames citopatológicos, -42,6% mamografias, 35,3% biópsias, quando comparado ao ano de 2019.

Outros autores também evidenciaram que a pandemia de COVID-19 reduziu estatisticamente o número de ações relacionadas ao exame Papanicolaou e possivelmente a identificação das lesões precursoras ou relacionadas ao câncer cervical em 2020. Observou-se queda de 67% na realização do procedimento em todo o território nacional (MILITÃO et al. 2021).

A permanência de altas taxas de morbimortalidade entre as mulheres mostram que as ações desenvolvidas não estão alcançando os resultados esperados. Torna-se relevante a análise das desigualdades para a realização desses exames, visando identificar grupos com maior dificuldade de acesso a esses serviços, monitorar e determinar a continuidade das ações envolvidas e/ou propor novas intervenções.

No ano de 2020 mais de 80 mil mulheres foram acometidas por câncer de mama ou de colo do útero no Brasil, os mais frequentes no sexo feminino no país. Diante desta constatação evidencia-se a preocupação com as desigualdades regionais e sociais na cobertura da realização do exame preventivo e mamografia (INCA, 2021).

Segundo estudo de Schäfer et al. (2021), ao analisar desigualdades regionais e sociais na realização do exame citopatológico, estas persistem no país e afetam, principalmente, mulheres de raça/cor da pele preta, de baixa escolaridade e residentes no Nordeste brasileiro. E

a maior realização de exame citopatológico foi evidenciada nas mulheres de raça/cor da pele branca.

As desigualdades na realização do exame citopatológico, como o nível de desenvolvimento e os serviços de saúde ofertados nas regiões de moradia, além do intervalo de tempo entre o diagnóstico e o tratamento interferem no desfecho e evolução do câncer do colo do útero (OLIVEIRA et al., 2020).

A permanência de altas taxas de morbimortalidade entre as mulheres mostram que as ações desenvolvidas não estão alcançando os resultados esperados. Torna-se relevante a análise das desigualdades para a realização desses exames, visando identificar grupos com maior dificuldade de acesso a esses serviços, monitorar e determinar a continuidade das ações envolvidas e/ou propor novas intervenções.

É papel das equipes de APS, Além da captação e realização do exame citopatológico, o encaminhamento das mulheres que necessitam de confirmação diagnóstica e tratamento das lesões precursoras para unidades de atenção especializada e o acompanhamento longitudinal. Sendo necessário mapear os territórios sanitários, identificar as mulheres vulneráveis e as barreiras de acesso a realização do exame (FERNANDES et al., 2019).

3.3.2 Mortalidade Materna

A mortalidade materna é um desafio e um grave problema de saúde pública, que reflete a qualidade da assistência e o acesso aos serviços de saúde, pois os óbitos poderiam ter sido evitados em 92% dos casos e ocorrem principalmente em países em desenvolvimento, como no Brasil, evidenciando condições econômicas e sociais (MELO; KNUPP, 2008).

É definida como morte materna óbito em mulheres causado por qualquer agravo, exceto por causas acidentais, que ocorrem durante o parto, gestação ou no puerpério. Sendo as principais causas a hemorragia pós-parto, sepse, abortos inseguros, pré-eclâmpsia/eclâmpsia (SILVA et al., 2021).

A fim de identificar as prioridades de intervenção e melhorias das políticas de promoção e prevenção da saúde é necessária a construção do perfil e causas de óbitos maternos. Esse perfil está diretamente relacionado aos fatores como idade, raça, estado civil, escolaridade e padrão socioeconômico. A maior prevalência de óbitos maternos está em mulheres solteiras, negras, baixa escolaridade, adolescentes (BARRETO et al., 2021).

Foi estabelecida uma meta para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), redução de 30 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos, até 2030, porém em 2019,

ocorreram 58 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos no Brasil (Boletim Epidemiológico nº 29, 2020).

Necessita-se assim, esforços constantes, para o preenchimento de lacunas existentes no sistema de saúde, com objetivo de prevenir os óbitos maternos e para a definição de estratégias para a sua redução, com a melhoria da assistência perinatal que assegurem o acesso aos serviços de cuidados primários e ao pré-natal de alto risco e parto em hospitais e maternidades. Contudo, a mortalidade materna tem grande fator relacionado com as características demográficas, socioeconômicas e iniquidades de gênero (LIMA et al., 2017).

Com o surgimento da pandemia do coronavírus, gestantes e puérperas não foram consideradas como parte dos primeiros grupos de risco, trazendo desafios em relação a organização e manutenção desta linha de cuidado. A mudança de comportamento da Covid-19 e com o aumento de casos de óbitos maternos, considerou-se as gestantes e puérperas como grupos de maior risco de complicações maternas (SILVA et al., 2021).

O comportamento da infecção no ciclo gravídico puerperal ocasionou desfechos maternos negativos com elevadas taxas de natalidade. Em 2021, a taxa de letalidade da doença era de 12,9% entre gestantes (MAIA et al., 2020).

Segundo estudos realizados o maior risco de agravamento em gestantes pela infecção por COVID 19, ocorre no terceiro trimestre de gestação, que podem ter como desfechos restrição de crescimento intrauterino, trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas e natimortos (NANA et al., 2022).

Para isso o acompanhamento do pré-natal pela APS deve acontecer de maneira coordenada nos territórios de sua responsabilidade, reconhecendo os riscos clínicos e sociais para a prevenção e promoção para uma gestação saudável, promovendo o enfrentamento da Covid-19 e continuidade dos cuidados em gestantes (MEDINA et al., 2020).

Como práticas de cuidado estão incluídas medidas de testagem para Covid 19 m tempo oportuno, isolamento social, notificação dos casos, avaliação do bem-estar fetal e planejamento do parto e acompanhamento contínuo ao longo do tempo (RASMUSSEM et al., 2020).

Durante a permanência da pandemia os serviços da APS devem ser remodelados, preservando suas atividades rotineiras, garantindo a continuidade do cuidado, com a introdução de novas tecnologias, ampliando sua capacidade de respostas efetivas (DAUMAS et al., 2020).

Diante disto, a continuidade do cuidado durante e após a gestação são medidas para evitar óbitos maternos. Estudos revelam que o acesso em tempo oportuno aos serviços de saúde para a realização do pré-natal/puerpério vinculados à uma assistência de qualidade são fundamentais na prevenção de óbitos maternos (COSTA et al., 2021).

3.4 INDICADORES EM SAÚDE E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

A busca por medidas válidas e confiáveis, sempre foi uma atividade essencial em saúde pública na procura por cifras que pudessem refletir o estado de saúde da população. Esse movimento teve início com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência (CARRENO et al., 2015).

Desse modo, com o controle das doenças infecciosas e a maturação do conceito de saúde aproximando-se cada vez mais da importância dos determinantes sociais, percebeu-se que era possível avaliar outras dimensões do estado de saúde. O acesso aos serviços públicos, avaliação da qualidade dos serviços ofertados, as condições de vida, dentre outros, são alguns exemplos referente à estas dimensões. Diante disso, desenvolveu-se indicadores que facilitassem a quantificação e a avaliação das informações produzidas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013).

No contexto das políticas públicas, para a sua implementação é necessária uma grande capacidade de gestão alinhado a estratégias factíveis ao desenho orçamentário disponível. Para tanto, é preciso um acompanhamento sistemático dos aspectos da realidade que se pretende capturar e deseja-se alterar, como também, considerar os vários interesses existentes na sociedade (BRASIL, 2018).

Na perspectiva da vigilância em saúde é importante que exista uma junção entre os indicadores sociais e indicadores de saúde para que juntos, ajudem a medir os problemas e avaliar os resultados da intervenção proposta. Os indicadores, quando pactuados com os diferentes atores envolvidos no processo representam um caminho potente para influenciar na formulação de políticas públicas ou programas, que melhor podem responder as demandas sociais de saúde (SANTIAGO et al., 2008).

Para análise da situação sanitária e a tomada de decisões em ações de saúde, é necessária a disponibilidade de informações baseadas em dados válidos e evidências confiáveis. Os indicadores em saúde possuem informações relevantes sobre dimensões do estado de saúde e do desempenho do sistema, que devem refletir a situação sanitária da população e acerca da do acompanhamento das condições de saúde (BRASIL, 2006).

No Brasil, a produção de serviços de saúde gera fluxos de dados que alimentam vários sistemas nacionais, criados por necessidades específicas da esfera federal. Tais sistemas, acessíveis em grande parte pela internet, acumularam-se em décadas sem concomitante esforço para compatibilizar o registro de variáveis comuns e integrar o gerenciamento de processos. Resultam bases de dados independentes, volumosas e heterogêneas em qualidade e cobertura,

que refletem condições socioeconômicas, administrativas e técnico-operacionais em cada instância de gestão da rede de serviços (JÚNIOR, 2006).

A qualidade dos indicadores de saúde está relacionada aos componentes utilizados em sua formulação como frequência de casos, tamanho da população em risco e da precisão dos sistemas de informação empregados, como registro, coleta e transmissão dos dados. O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua validade e confiabilidade (BRASIL, 2006).

Os indicadores em saúde possuem a finalidade de facilitar a avaliação e quantificação das informações em saúde produzidas pelos serviços, que contêm informação relevante acerca do desempenho do sistema de saúde. No Brasil, essas informações são produzidas nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde e em outros setores como instituições de ensino e pesquisa, associações técnico-científicas, agências não governamentais, organismos internacionais e instâncias de controle social (WEIGELT; MANCIO; PETRY, 2012).

Os indicadores, quando pactuados com os diferentes atores envolvidos no processo representam um caminho potente para influenciar na formulação de políticas públicas ou programas, que melhor podem responder as demandas sociais de saúde (SANTIAGO et al., 2008).

A avaliação desses indicadores e das condições de saúde da população, assim como dos resultados das ações, são decorrentes do monitoramento das informações produzidas no cotidiano da atenção, para orientação dos processos de implantação e reformulação das práticas de saúde. O acompanhamento destes indicadores vem ocorrendo através de metas de cobertura, indicadores epidemiológicos e produção de serviços (MEZOMO, 2001).

A fim de melhor utilizar as informações em saúde de forma integrada e organizada na gestão do SUS, o Ministério da Saúde em conjunto com a Organização Panamericana da Saúde (OPAS/OMS), instituiu em 1996 a Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde, criando uma Rede Intergestora de Informação para a Saúde (RIPSA) (JÚNIOR, 2006).

A Ripisa, obtinha como um dos seus produtos finalísticos a publicação regular de Indicadores e Dados Básicos (IDB), que sistematizava informações, contendo conceitos, métodos e critérios de utilização das bases de dados e ficha de qualificação, a fim de compreender a situação de saúde brasileira e sua tendência. A base eletrônica que disponibiliza as informações dos dados atualmente é o DATASUS (JÚNIOR, 2006).

A Análise das informações em saúde (ASIS) de forma crítica e reflexiva visam a conhecer a situação de saúde de uma população para adoção de medidas e ações prioritárias em

saúde, para formulação de estratégias para a promoção, prevenção e controle de danos, projetando cenários futuros e fortalecendo a vigilância em saúde (BRASIL, 2015).

Nessa perspectiva a ASIS utiliza dados secundários para análise, e isso, está diretamente atribuído as vantagens favorecidas por esses dados, como por exemplo, da simplicidade no seu uso, do baixo custo e do tempo, de possuir uma validade externa, da oportunidade e continuidade das análises, entre outros (BRASIL, 2015).

A ASIS são processos analítico-sintético que engloba vários tipos de análise. O ASIS permite caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os danos e problemas de saúde, bem como os seus determinantes, sejam estes concorrência do setor da saúde ou de outros setores. O ASIS Também facilitam a identificação de necessidades e prioridades em saúde, bem como a identificação de intervenções programas apropriados e a avaliação de seu impacto sobre os saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013).

Existem vários tipos de ASIS do ponto de vista metodológico, sendo os mais comuns Análise de tendências, Análise de conjuntura e Avaliação em saúde (efeito/impacto) (BRASIL, 2015). O primeiro está ligado a análise das mudanças nos processos de saúde e doença de uma população, podendo ser feito num período a médio e longo prazo (BRASIL, 2015). Já a análise de conjuntura tem muita importância na análise das desigualdades em saúde. Permite orientar as ações dependendo das condições de viabilidade e factibilidade da conjuntura política (BRASIL, 2015). Por último, a Avaliação em saúde, analisa as influências das ações em saúde com os objetivos propostos, de forma sistemática. A qualidade de todas essas análises vai depender sempre da qualidade dos dados secundários (BRASIL, 2015; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013).

A informação em saúde no âmbito da gestão pode ser explicitada como um instrumento auxiliar ao processo decisório, possibilitando o conhecimento da questão sócio sanitária, demográfica, epidemiológica e orçamentária, servindo como base para o desenvolvimento de ações de governo e políticas públicas em saúde, a fim de qualificar as ações da gestão e do controle social. O objetivo da informação em saúde é reconhecer os problemas de saúde; compreender a sua importância para o quadro sanitário e quais são possíveis serem solucionados; Proporcionar fatores para análise da situação; Definir as prioridades; Favorecer o diálogo com a sociedade, para melhoria da qualidade, dentre outros (CARVALHO, 2009).

A avaliação e o monitoramento na saúde vêm sendo protagonista na orientação das ações e ferramentas para o aprimoramento das políticas públicas (SANTOS, 2018).

Os indicadores de saúde são importantes para a construção de instrumentos que realizam a avaliação e o monitoramento dos indicadores em saúde. Esses instrumentos partem de informações do sistema de saúde que são difundidos e qualificados como dados secundários (GRIMM et al., 2018).

O uso destes indicadores de saúde auxilia no processo de gestão e garantia da qualidade na atenção básica, visto que possibilitam a realização de um diagnóstico situacional. O uso destes dados precisa ser estimulado, pois possibilita a compreensão da situação de saúde e melhorias no sistema de saúde mais efetivas, contribuindo para melhoria nas condições de saúde da população (GRIMM et al., 2018)

O monitoramento dos indicadores de saúde são um desafio para gestão dos sistemas de saúde e possibilitam a organização, qualificação e a difundir dados secundários dos diferentes sistemas de informação do SUS de forma ágil e oportuna (GRIMM et al., 2018).

O uso de indicadores para a avaliação e acompanhamento de tópicos da atenção básica é importante para a garantia de qualidade e segurança do paciente (SILVA et al., 2018)

A utilização de indicadores de saúde para gestão do serviço e qualidade da Atenção Básica auxiliam o cumprimento do objetivo teórico proposto nas políticas de saúde pública, garantindo assim a integralidade da assistência (MAGRI et al., 2016).

Em vários setores e principalmente para o setor da saúde a informação é necessária e fundamental para o desenvolvimento dos processos que possibilitam a tomada de decisões e ações a serem desenvolvidas para que possam intervir na situação de saúde.

Na Atenção Primária, foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), para fins de financiamento e adesão as estratégias e programas da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2021).

Este sistema propõe a automação dos processos, a melhoria da infraestrutura, gestão da informação e dos processos de trabalho e para obtenção de informações acerca da situação de saúde e sanitária da população através de relatórios de indicadores por estado, município, região de saúde e equipes (BRASIL, 2021).

A captação destes dados nos serviços de saúde é realizada através de dois sistemas de coleta de dados que são inseridos no SISAB, pelos profissionais de saúde de todas as equipes de Atenção Primária à Saúde, que são a Coleta de Dados Simplificado (CDS); Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e Aplicativos (App) para dispositivos móveis, como o e-SUS Território e Atividade Coletiva (BRASIL, 2021).

Os dados registrados nesses sistemas são gerados com base no registro de todos os profissionais que atuam na Atenção Primária do país, cujo conteúdo enviado à base nacional de dados é de responsabilidade dos municípios e Distrito Federal, que são submetidos a um processo de validação para serem disponibilizados nos painéis de relatórios do SISAB no eGestor (BRASIL, 2021).

O sistema e-SUS Atenção básica (e-SUS AB), também integra a estratégia do Departamento de Saúde da Família, que aumenta a gestão da informação, dos processos e a melhoria das condições de infraestrutura, que captam dados por dois sistemas que estão inseridos no SISAB: A coleta de Dados simplificados (CDS); o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (BRASIL, 2020).

Estes sistemas estão disponíveis para o acesso a todos os profissionais de saúde das equipes de Atenção Primária para o desenvolvimento dos processos de trabalho e para gestão do cuidado em saúde. A partir do registro destes dados é possível identificar informações sobre a situação sanitária e de saúde do território através dos relatórios de indicadores de saúde por estado, município e equipe (BRASIL, 2020).

As equipes de Atenção Primária serão avaliadas pelo seu desempenho através de um conjunto de indicadores que serão consolidados pelo Indicador Sintético Final, que corresponde ao cálculo de desempenho do conjunto de sete indicadores, diretamente por meio dos dados do SISAB, que irá determinar o valor do incentivo a ser recebido pelo município (BRASIL, 2020).

Esses indicadores serão avaliados a cada quatro meses e essa aferição irá se repetir a quadrimestralmente são referentes às ações de atenção ao pré-natal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Condições Crônicas, devido a prioridade e relevância clínico-epidemiológica destas condições (BRASIL, 2020).

Os sete indicadores em saúde avaliados são: Indicador 1 - Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação; Indicador 2 - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; Indicador 3 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; Indicador 4 - Cobertura de exame citopatológico; Indicador 5 - Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente; Indicador 6 - Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre; Indicador 7 - Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (BRASIL, 2020).

A qualidade da atenção básica é um desafio para o SUS, pois pode afetar diretamente outros níveis da RAS, por possuir um caráter orientador, com a finalidade de promover saúde e prevenir agravos evitáveis ao usuário no processo de adoecimento. Sendo assim, a com a

utilização de ferramentas que contribuam para a avaliação de aspectos relevantes e reflexão acerca do serviço prestado. Os resultados desenvolvidos possibilitam a avaliação efetividade de programas, do trabalho dos profissionais, do impacto das ações e uma autoavaliação por parte dos gestores (MESSIAS et al., 2021).

4 METODOLOGIA

4.1 CONTEXTO E DESENHO

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, com análise de dados secundários, tomando-se como unidade de análise os indicadores de desempenho das equipes de Atenção Primária, no município de Petrópolis, relacionados à continuidade do cuidado, direcionados à saúde da mulher.

O cenário do estudo foi no município de Petrópolis, localizado na região serrana do estado do Rio de Janeiro, a 68km da capital, que ocupa uma área territorial de 791,144km², com A Densidade demográfica de 371,85hab/km², possui uma população de 307.144pessoas e Índice de desenvolvimento humano municipal 0,745 (IBGE, 2021).

A taxa de escolarização realizada em 2010 pelo IBGE foi de 97,4% na população residente no município de 6 a 14 anos de idade matriculada no ensino regular.

Atualmente o município possui 42 equipes de Estratégia de saúde da família, formada por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo haver uma equipe de Saúde Bucal vinculada. Com uma Cobertura populacional estimada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, dada pelo percentual da população coberta por essas equipes em relação à estimativa populacional de 47,32% ou 144.900 pessoas (E-Gestor, 2020).

A análise dos indicadores foi realizada em dois períodos importantes para as unidades de saúde do município de Petrópolis:

Período 1: que corresponde o início do uso dos indicadores de desempenho da APS através do novo financiamento da APS;

Período 2: que corresponde ao período do início da pandemia COVID-19 e a necessidade de reorganização dos processos de trabalho das unidades de saúde.

Comparar o nível de desempenho dos indicadores de continuidade do cuidado antes da pandemia de Covid-19 entre os três Quadrimestres, dos anos de 2019, antes da pandemia, 2020 e 2021 durante a pandemia de Covid 19.

4.2 FONTE DE DADOS

As variáveis serão do tipo de dados secundários, coletados em sítio eletrônico do Sistema de Informação do Ministério da Saúde disponível no Sistema de Informação em Saúde

para a Atenção Básica (SISAB), através do link <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/situacao-geral>.

4.3 SELEÇÃO DE INDICADORES

Para definição dos indicadores, determinou-se através dos atributos de Acesso e Continuidade do cuidado da Atenção Primária, sendo selecionados dois indicadores principais, os Indicadores de Ações e de desempenho, voltadas para saúde da mulher, disponíveis no SISAB.

Em Pereira (2020), foi defendido por meio de sua tese e avaliado por uma série de especialistas um painel com os indicadores de ações, para avaliar o monitoramento da situação de saúde do município do Rio de Janeiro e da gestão das ações, conforme Tabela 1, que descrevem apenas os indicadores relacionados a linha de cuidado de saúde da mulher que serão avaliados neste estudo:

Tabela 1 - Painel de Monitoramento e Avaliação da APS

Subdimensão	Indicador	Dimensão: Objetivo	Fonte	Forma de cálculo
Acesso e continuidade do cuidado	Proporção de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal	Medir o acesso de gestantes ao cuidado do pré-natal na APS	SISAB	Número de mulheres que encerraram o pré-natal com 6 ou mais consultas na área no período em análise / Número total de mulheres que encerraram o pré-natal no período em análise x 100
Acesso e continuidade do cuidado	Proporção de gestantes com pelo menos uma consulta odontológica	Medir o acesso à assistência odontológica durante a gestação	SISAB	Número de gestantes com pelo menos uma consulta odontológica ou orientação em Saúde Bucal / Número de gestantes que encerraram o pré-natal X 100
Acesso e Abrangência da Oferta de Serviços	Razão de coleta de material Citopatológico do colo do útero	Medir a oferta de coleta do material citopatológico para o rastreamento do câncer de colo de útero pelas equipes de APS	SISAB	Número de coletas de material citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos / Número de mulheres de 25 a 64 anos cadastradas

Fonte: PEREIRA, 2020.

Após a construção e validação deste painel elaborado por Pereira (2020), o Ministério da Saúde institui novos parâmetros normativos para avaliação e pagamento por desempenho para a Atenção Primária, que foi instituído a partir de setembro de 2020, através da Portaria 2.979 de 12 de novembro de 2019 que Institui o Programa Previne Brasil e da Portaria 3.222 de 10 de dezembro de 2019, que dispõe Indicadores do Pagamento por Desempenho no âmbito do Brasil Previne.

Os indicadores para pagamento por desempenho que foram instituídos para ser avaliados a partir de 2020, foram sete, sendo eles: I. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação. II. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV. III. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado. IV. Cobertura de exame citopatológico. V. Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente. VI. Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre. VII. Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Sendo assim, a partir desta atualização dos indicadores, foi selecionado para compor a análise deste estudo o novo indicador, que não foi elencado na Tabela 1 e que está relacionado ao acesso e continuidade do cuidado a saúde da mulher, apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Indicador de II de desempenho das equipes de Atenção Primária a partir do ano de 2020 pelo Programa de avaliação e financiamento Previne Brasil

Subdimensão	Indicador	Dimensão: Objetivo	Fonte	Forma de cálculo
Acesso e continuidade do cuidado	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	Medir o acesso das mulheres gestantes a realização dos exames de Sífilis e HIV	SISAB	Número de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis/ Número de gestantes identificadas

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva, dos Indicadores de Ações e de desempenho, voltadas para saúde da mulher realizadas no município de Petrópolis.

As medidas descritivas auxiliam a análise do comportamento dos dados e tem como objetivo sintetizar um conjunto de valores da mesma natureza. Isso permite uma visão global

da variação desses valores, organização e descrição dos dados por meio de tabelas e de medidas descritivas.

Após selecionados os indicadores, seus respectivos dados foram extraídos a partir de sua fonte de base de dados, devidamente extraídos e tabulados em Microsoft Excel® (versão 2019). Os dados foram analisados e comparados os resultados e diferenças percentuais entre os de 2019, 2020 e 2021 e apresentados em cada indicador.

Os gráficos apresentados foram construídos conforme visualização semafórica do percentual de alcance da meta definida para cada indicador. As cores (vermelho, laranja, verde e azul) são atribuídas a partir do cálculo entre o valor do resultado do indicador dividido pela meta definida para o indicador. Se menor que 40% da meta = vermelho; Se entre 40% e 69% da meta = laranja; Se entre 70% e 99% da meta = verde; Se maior ou igual a meta = azul.

Tabela 3 - sinalização semafórica do alcance dos indicadores

Indicador	Meta	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo
Indicador 1	45%	<18%	≥18% e <31%	≥31% e <45%	≥45%
Indicador 2	60%	<24%	≥24% e <42%	≥42% e <60%	≥60%
Indicador 3	60%	<24%	≥24% e <42%	≥42% e <60%	≥60%
Indicador 4	40%	<16%	≥16% e <28%	≥28% e <40%	≥40%

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Por se tratar de uma pesquisa que utilizará dados secundários agregados, de natureza pública, sem qualquer tipo de identificação individual dos registros, disponível em sítio eletrônico de acesso livre ao público, este trabalho não será submetido ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi realizado o levantamento e análise dos indicadores, conforme quadro abaixo, onde observou-se em relação ao primeiro indicador de Proporção de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal, onde houve uma diminuição do mesmo, se comparado ao primeiro e segundo quadrimestres de 2019 a 2020 e um aumento do indicador se comparado ao ano de 2021, sendo que em nenhum quadrimestre a meta proposta de 45% foi atingida.

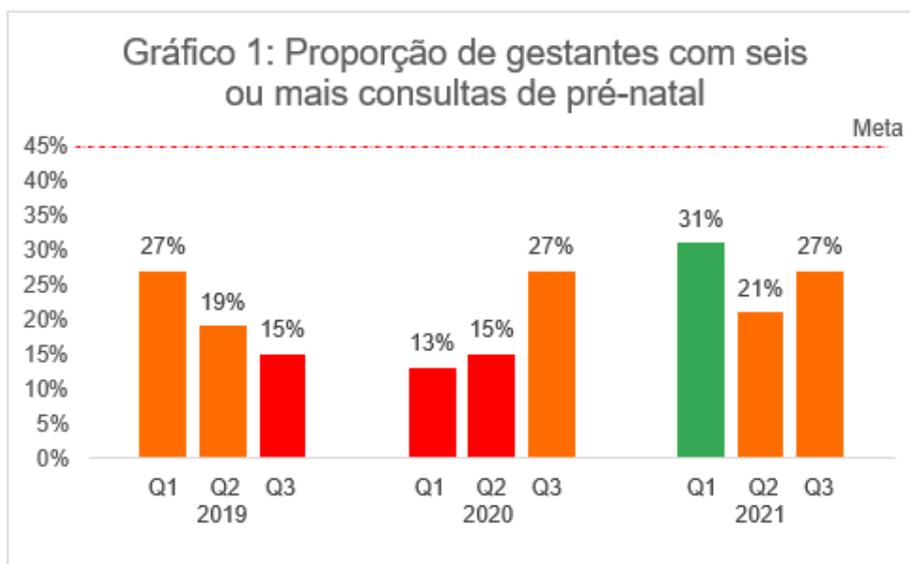
Quadro 1- Proporção de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal

Ano	Q1	Q2	Q3	Média do Indicador	Varição entre os anos
2019	27%	19%	15%	20%	NA
2020	13%	15%	27%	18%	-2%
2021	31%	21%	27%	26%	8%

Nota: Q1, Q2 e Q3: Refere-se ao quadrimestre do ano de referência.

Legenda: Não aplicável por não haver dados do ano anterior (NA).

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.



Legenda:

Indicador	Meta	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo
Indicador 1	45%	<18%	≥18% e <31%	≥31% e <45%	≥45%

O segundo indicador, Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV, com meta proposta pelo programa de 60%, apresentou uma diminuição no Q1 do

indicador em 2020, de 25% para 16% e uma tendência de aumento iniciando no Q3 de 2020, sendo em 2021, para 37% no primeiro quadrimestre

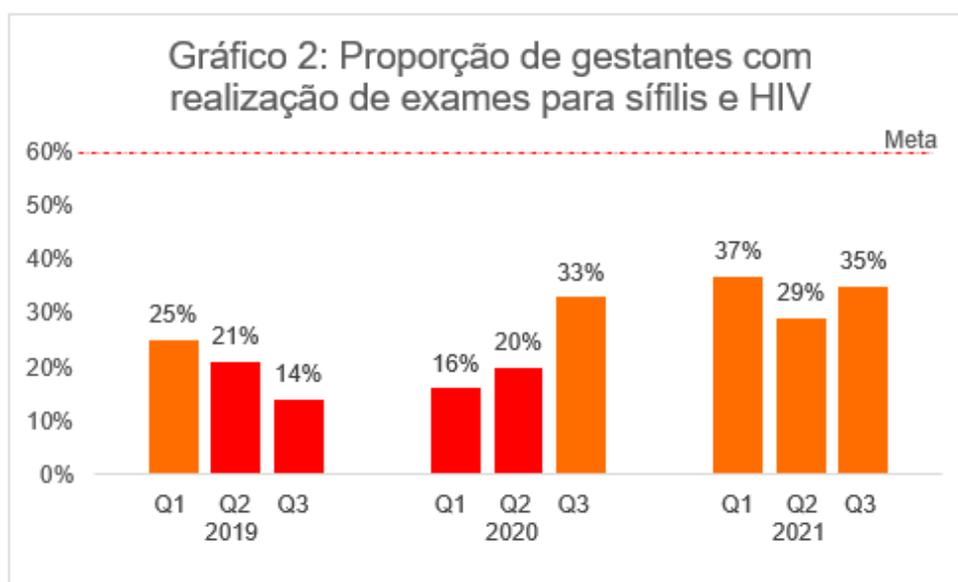
Quadro 2 - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV

Ano	Q1	Q2	Q3	Média do Indicador	Varição entre os anos
2019	25%	21%	14%	20%	NA
2020	16%	20%	33%	23%	3%
2021	37%	29%	35%	34%	11%

Nota: Q1, Q2 e Q3: Refere-se ao quadrimestre do ano de referência.

Legenda: Não aplicável por não haver dados do ano anterior (NA).

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.



Legenda:

Indicador	Meta	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo
Indicador 2	60%	<24%	≥24% e <42%	≥42% e <60%	≥60%

Em relação a proporção de gestantes com pelo menos uma consulta odontológica, houve um aumento gradativo, comparando-se os quadrimestres entre os anos de 2019 a 2021 com maior porcentagem atingida no último quadrimestre de 2021 com 30%, sendo a meta proposta de 60%.

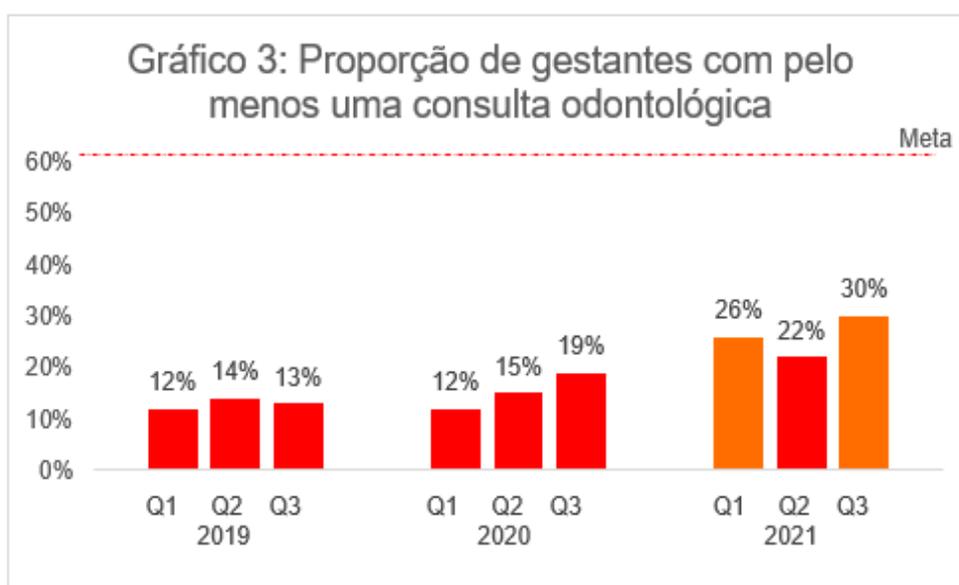
Quadro 3 – Proporção de gestantes com pelo menos uma consulta odontológica

Ano	Q1	Q2	Q3	Média do Indicador	Varição entre os anos
2019	12%	14%	13%	13%	NA
2020	12%	15%	19%	15%	2%
2021	26%	22%	30%	26%	11%

Nota: Q1, Q2 e Q3: Refere-se ao quadrimestre do ano de referência.

Legenda: Não aplicável por não haver dados do ano anterior (NA).

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.



Legenda:

Indicador	Meta	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo
Indicador 3	60%	<24%	≥24% e <42%	≥42% e <60%	≥60%

O indicador de Razão de coleta de material Citopatológico do colo do útero, permaneceu abaixo do preconizado, sendo a meta o total de 40% e identificou-se a manutenção do indicador em menos de 20% na maioria dos quadrimestres.

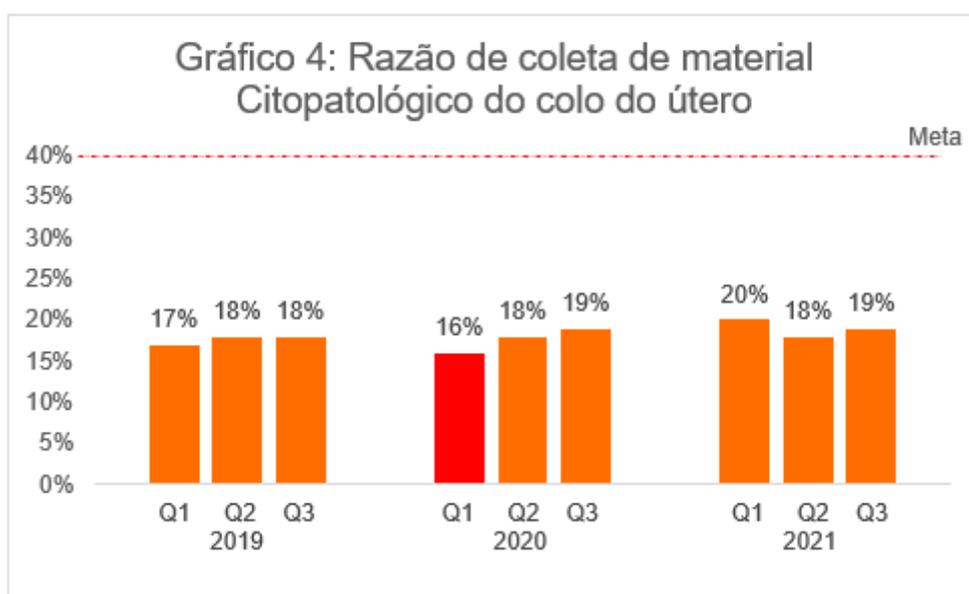
Quadro 4 – Razão de coleta de material Citopatológico do colo do útero

Ano	Q1	Q2	Q3	Média do Indicador	Varição entre os anos
2019	17%	18%	18%	18%	NA
2020	16%	18%	19%	18%	0%
2021	20%	18%	19%	19%	1%

Nota: Q1, Q2 e Q3: Refere-se ao quadrimestre do ano de referência

Legenda: Não aplicável por não haver dados do ano anterior (NA).

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.



Legenda:

Indicador	Meta	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo
Indicador 4	40%	<16%	≥16% e <28%	≥28% e <40%	≥40%

Com base nos dados coletados e análises realizadas na evolução comparativa entre os períodos de Q1 a Q3, podemos notar dois cenários distintos onde nos anos de 2019 e 2020 mantém-se uma proporcionalidade quase que linear quando comparamos a média anual dos indicadores, tendo um aumento percentual no Q3 de cada ano.

Analisando os dados obtidos no ano de 2021, observou-se a tendência de crescimento exponencial da média anual se comparado aos anos anteriores de análise

Como resultado obtido através da análise da média dos indicadores entre os três anos avaliados, observou-se um aumento da média de todos os indicadores analisados durante o ano de 2021, que ocorreu durante o principal período de pandemia de Covid 19.

Através da análise dos resultados identificados observou-se na maioria dos períodos avaliados a manutenção de baixos indicadores relacionados à continuidade do cuidado, nas ações voltadas para a linha de cuidado da saúde da mulher pelas equipes de Atenção Primária, visto que nenhum indicador atingiu a meta proposta pelo programa Previne Brasil.

Identificou-se que durante a pandemia de Covid 19, a produção do cuidado na APS foi afetada, devido ao aumento das demandas que surgiram com a doença. A circulação de pessoas, o funcionamento dos comércios, as ações e atividades presenciais e a interrupção do ensino foram recomendados, visando reduzir a circulação e disseminação do vírus, com a construção de protocolos e guias de segurança e recomendação para enfrentamento à Covid.

Entre as diversas recomendações orientadas pela OMS e pelo Governo Federal, foram a contratação de profissionais de saúde, dispensa de licitações para serviços ou insumos, a instituição de trabalho remoto, atendimento via telefone para atividades não essenciais, afastamento de profissionais portadores de doenças crônicas, gestantes e pessoas com mais de 60 anos de idade considerados como do grupo de risco; e suspensão de qualquer atividade cultural com presença de público (PETRÓPOLIS, DIÁRIO OFICIAL, 2020).

Em consonância com diversos municípios e o Estado do Rio de Janeiro, no dia 17 de março de 2020, o município de Petrópolis publicou em seu Diário Oficial, medidas de contingenciamento para a contenção da contaminação em relação ao Covid-19.

Dentre essas medidas adotadas para o funcionamento da rede municipal de saúde, referente a Estratégia de Saúde da Família, estavam que os atendimentos de coleta de preventivo e atividades em grupo seriam adiadas e informadas à população; Os agendamentos das consultas nas Unidades de Saúde serão mantidos, porém os novos agendamentos para retornos deverão ser concedidos com um prazo maior, respeitando a clínica do paciente, para que haja o mínimo de pacientes dentro de nossas recepções; Fica autorizado o reagendamento, se necessário, dos atendimentos médicos, de enfermagem e de odontologia, para que os pacientes não fiquem em sala de espera, evitando aglomerações, devendo ser diluído os atendimentos em horários diferenciados; O agendamento para idosos deverá ser evitado e nos casos que requeiram cuidados específicos, os profissionais realizarão a visita com EPI, e deverão orientar a família, informando que o idoso deverá permanecer em casa. A equipe deverá discutir como realizará este atendimento com o idoso e se preciso for realizar visita domiciliar com EPI (PETRÓPOLIS, DIÁRIO OFICIAL, 2020).

As atividades de saúde da Rede de Atenção à Saúde foram mantidas, a partir da construção de protocolos de precaução e treinamento quanto ao uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI, reorganização do acesso aos usuários das unidades de saúde, visando

a oferta do atendimento aos casos suspeitos sintomáticos e aos demais usuários. Sendo, que os profissionais de saúde, na linha de frente no enfrentamento à pandemia, estão expostos diariamente ao vírus, influenciando na força de trabalho (TEIXEIRA et al., 2020).

Devido a dificuldade da adoção das recomendações de isolamento pela população, resultou no aumento do número de casos de Covid, e no excesso de demandas apresentadas nos serviços. Diante disto, a APS foi sendo reorganizada, a fim de manter o cuidado a linhas prioritárias e a vigilância em saúde, além dos cuidados com a agudização de condições crônicas, pela falta de orientações específicas e de medicamentos (RAMOS; SILVA, 2021).

O município de Petrópolis, seguiu o plano de contingência do estado do Rio de Janeiro, veiculado em março de 2020, com as recomendações para Atenção à Saúde frente à Pandemia de Covid, com as orientações de organização da agenda da APS, evitando atividades coletivas; realização de atendimentos apenas os casos provenientes de demanda espontânea e as agendas programadas, cuja suspensão de atenção resulte em agravamento do quadro e internações hospitalares: Doenças crônicas descompensadas, pré-natal, imunização, triagem neonatal, mulheres e crianças em situação de violência domiciliar (ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2020).

Neste plano de contingência, apresentaram-se as recomendações relacionadas à atenção ao período gravídico puerperal frente à pandemia, com recomendação a priorização do atendimento a gestantes e puérperas. Sendo necessário estratificar a gravidade dos casos, a fim de identificar rapidamente casos suspeitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), visto que este grupo é considerado de risco. As demais gestantes devem ter atendimento garantido, de modo que a suspensão ou o adiamento deste, podem resultar na perda de oportunidades terapêuticas de atenção à mulher (ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2020).

A atuação da APS no contexto da pandemia está relacionada à vigilância em saúde, com objetivo de reduzir o risco de expansão, notificação dos casos, detecção e acompanhamento, isolamento social orientados à população. A Atenção aos usuários com Covid 19, com a organização dos fluxos de atendimento de usuários com sintomas leves, garantindo encaminhamento dos quadros graves. No suporte social a grupos vulneráveis e grupos de risco, que se encontram em situações de isolamento agravados pela pandemia (MEDINA et al., 2020).

E na atuação na continuidade das ações prioritárias da APS, visto que há previsões de um longo curso de permanência da pandemia, o que exige a reorganização de ações, com novas formas de cuidado, evitando o aumento das desigualdades e dificuldades no acesso. Como o uso de tecnologias de comunicação, para realização de teleconsultas, através de chamadas de

vídeo ou telefone. Sendo possível também a resolução de demandas como renovação de prescrição medicamentosa (MEDINA et al., 2020).

As ameaças relacionadas a pandemia somadas aos problemas já enfrentados anteriormente pela APS no Brasil, com a precarização do trabalho das equipes, a contratação de organizações sociais, que fragiliza os vínculos, problemas relacionados a baixa integração com outros níveis de atenção, comprometendo a coordenação do cuidado, são algumas barreiras para a atuação da ESF durante a pandemia. Sendo importante também destacar, desde 2017 com o novo modelo de financiamento da atenção básica, com base em número de cadastrados, com a redução dos agentes comunitários, flexibilização de carga horária dos profissionais, extinção dos NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), representam dificuldades importantes para uma atuação efetiva da APS (GIOVANELLA, 2020)

O modelo da APS Brasileira, vem sendo descaracterizado, onde apresentava-se com uma abordagem territorial para um modelo individual, com resolução de problemas agudos, sem continuidade, vínculo ou responsabilidade populacional e coordenação do cuidado. O desfinanciamento do SUS, aprofundado pelo governo Bolsonaro, ocorreu antes da pandemia com falta de medicamentos e insumos e precariedade pela falta de contratação de recursos humanos. Além disso, a política econômica do governo afeta todos os determinantes sociais, acarretando o aumento da mortalidade infantil e surgimento de doenças como febre amarela, sarampo e dengue (REDE APS, 2019).

Com a redução dos serviços de saúde, em razão da redução do acesso e da cobertura de ações, devido a pandemia, existem estimativas de mortalidade por outras causas, além do impacto relacionado à Covid 19, em países de média e baixa renda. É estimado que a redução do cuidado materno infantil durante a pandemia de Covid-19 em países de renda média e baixa pode resultar em aumento de até 30% na mortalidade materna (ROBERTON et al., 2020).

É necessário e prioritário dar continuidade aos cuidados rotineiros da APS, pois as necessidades permanecem e corre-se o risco de quadros se agravarem e de o sofrimento e a mortalidade aumentarem por outras causas. Realizar o prosseguimento a continuidade aos cuidados rotineiros o Pré-natal, atenção aos hipertensos, diabéticos, criação de listagem de pacientes crônicos que necessitam de cuidado contínuo (GIOVANELLA, 2020).

Com o começo da pandemia de Covid, os idosos e pessoas com comorbidades, eram o maior grupo prioritário que necessitavam de maior atenção devido ao risco de agravamento e letalidade. Entretanto, com a realização de estudos maiores, observou-se que gestantes e puérperas também apresentam evolução clínica desfavorável, com casos moderados a graves (BRASIL, 2021).

As modificações anatômicas e fisiológicas relacionadas a gravidez, podem constituir risco elevado para a COVID-19, podendo as gestantes, evoluírem para casos graves da doença, com descompensação respiratória, principalmente entre a 32^a ou 33^a semanas de gestação, podendo haver até mesmo a necessidade de antecipação do parto (FIOCRUZ, 2021).

Segundo Dias et al., (2021), a morte materna é descrita como o óbito de uma mulher no decorrer da gestação ou até 42 dias após o parto e pode ser provocada por qualquer motivo concernente ou acentuado pela gestação ou por providências tomadas em relação a ela.

A grande maioria das mortes maternas no Brasil, são por causas evitáveis em acompanhamento gestacional adequado, como pré-eclâmpsia, infecções, abortos e complicações respiratórias. Além dos fatores sociais que são a dificuldade de acesso ao serviço, escassez de informação, deslocamento, preconceitos sofridos e falta de acolhimento (BRASIL, 2021).

Utiliza-se a razão de mortalidade materna (relação entre o número de mortes maternas por cada 100 mil nascidos vivos), para mensurar a taxa de mortalidade e a qualidade do atendimento. No Brasil, conforme o gráfico gerado pelo Observatório da Criança e do Adolescente baseado em dados do Ministério da Saúde, os coeficientes de mortalidade materna nos anos de 2018 e 2019 foram parecidos – 56,3 e 55,3, respectivamente, mas observou-se um aumento no ano de 2020, início da pandemia provocada pelo coronavírus, com taxa de 67,9 (BRASIL, 2020).

Uma análise específica dos casos de COVID-19 em gestantes e puérperas, as mortes maternas por COVID-19 dobraram de 2020 para 2021, com taxas, respectivamente, de 7,24% e 14,04% de óbitos de mulheres nesse perfil infectadas pelo coronavírus, Segundo o Observatório Obstétrico Brasileiro COVID-19 (OOBr COVID-19).

Observa-se a importância e o foco prioritário da APS, em garantir o acesso à saúde das mulheres, como gestantes e puérperas, garantindo a realização de um acompanhamento de qualidade, apesar do cenário da pandemia de Covid, visto que já existem problemas pré-existentes, apesar do quadro de calamidade pública.

Análise do Programa Previne Brasil

No Brasil com o lançamento da nova política para a APS em 2019, denominada Previne Brasil, que alterou o formato de financiamento da APS para os municípios, substituindo os critérios até então utilizados no PAB fixo e variável para financiamento de custeio da APS no

SUS, as transferências de recursos passaram a ser calculadas a partir do número de pessoas cadastradas em equipes de ESF.

Há acréscimo do valor per capita e do fator de ponderação para menores de 5 anos ou maiores de 65 anos, beneficiários de programas sociais de transferência de renda, população de até dois salários-mínimos vinculados ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), maior peso para municípios rurais.

É considerado também o pagamento por desempenho a partir de resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores pelas equipes, referentes a processos e resultados em Saúde da Gestante, da Mulher, da Criança e Doenças Crônicas. Até 2022, o número de indicadores chegaria a 21, com o monitoramento sobre Tuberculose, Infecções Sexualmente Transmissíveis e Saúde Bucal.

E Repasses vinculados a ações e programas de saúde contidos no PAB variável, passaram a compor o eixo de adesão a programas estratégicos, como os Programas Saúde na Hora; Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da APS - Informatiza APS e Programa de Formação em Residência Médica ou Multiprofissional em Odontologia e Enfermagem na Saúde da Família.

Segundo Massuda 2020, essa nova política tem um objetivo restrito, que limita a universalidade, pois se torna restrito à população cadastrada pelos municípios, induz o foco de ações da APS e aumenta a distorção do financiamento.

Os municípios em regiões mais vulneráveis podem apresentar maior dificuldade no cadastramento de pessoas, pode-se ocorrer a redução de recursos para a APS nessas regiões, onde existe maior necessidade. E em áreas mais populosas, pode-se dirigir a atenção de municípios para o aumento do número de pacientes cadastrados, em detrimento da qualidade e abrangência dos serviços. E a redução da qualidade, do acesso e do escopo da APS tende a desviar os usuários a unidades de urgência (MASSUDA, 2020).

Apesar do estímulo às equipes de saúde aumentarem sua produtividade para atingir as metas, evidências sugerem melhorias modestas em indicadores de processos sob avaliação e nenhuma melhoria consistente nos resultados em saúde (MENDELSON et al., 2017).

O cadastramento de usuários não garante o seu acompanhamento, acesso e atendimento nas ESF, sendo responsáveis por até 4.000 mil pessoas, gerando uma dificuldade real de seguimento do cuidado. Além dos problemas gerenciais de manutenção de equipes completas, estrutura física de unidades e perdas de registros em transições de tecnologias como na implantação da Estratégia e-SUS (SETA et al., 2022).

Além disso, o instrumento pode apresentar como efeito colateral a atenção das equipes voltadas apenas para os indicadores e metas pré-selecionadas e a redução da atenção para problemas de saúde apresentados pela comunidade (MASSUDA, 2020).

Segundo estudos, autores apontam críticas como o risco de desfinanciamento, prejuízo ao planejamento e segurança de financiamento pelo fim do PAB fixo, exigência em considerar o cadastro como via única de inserção ao SUS, conjugação entre cesta de serviços e lista de pacientes cadastrados; ausência de participação social e representação do CNS no controle das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (CEBES, 2019; FUNCIA, 2019).

6 CONCLUSÃO

Na análise da continuidade do cuidado relacionado aos indicadores de ações à saúde da mulher, observou-se na maioria dos períodos avaliados a manutenção de baixos indicadores, se comparados às metas propostas pelo programa Previnir Brasil e um aumento destes durante o ano de 2021, dentro do contexto da pandemia de Covid 19.

Observa-se a importância e o foco prioritário da APS, em garantir o acesso à saúde das mulheres, principalmente gestantes e puérperas, garantindo a realização de um acompanhamento de qualidade, apesar do cenário da pandemia de Covid, visto que já existem problemas pré-existentes a este período de calamidade pública, a serem identificados e sanados a fim de melhorar os indicadores em saúde.

É necessário que as equipes de ESF analisem criticamente o processo de produção e uso desses indicadores, em seus contextos, pois são elementos essenciais para a ação avaliativa, a qual pode suportar a tomada de decisão por parte de gestores e equipes de saúde, além de produzir conhecimento para a qualificação da APS.

O acesso ao SUS não pode ser condicionado ao cadastramento da população adscrita à ESF, tampouco servir ao repasse orçamentário regular, podendo contribuir para reverter conquistas históricas de redução de desigualdades em saúde, ocorridas desde a implantação do SUS e da ESF. A adoção da nova política de repasse financeiro possui propósitos restritivos ao invés da qualificação dos serviços, induzindo a focalização das ações na APS no SUS, limitando o princípio da universalidade e distorções do financiamento.

A fim de evitar o risco de aprofundamento da exclusão do acesso e das desigualdades sociais, as atividades rotineiras da Atenção Primária à Saúde precisam ser garantidas apesar das crises vivenciadas ao longo dos anos. Atualmente o uso de algumas formas de tecnologias de comunicação ofereceram formas de facilitar o acompanhamento das condições em saúde dos usuários, viabilizando o cuidado tanto para equipe quanto para os pacientes. A realização de teleconsultas, contatos telefônicos, mensagens de texto, são ações que além das atividades presenciais necessárias, são recursos que foram possibilitados após a pandemia.

É necessário um olhar diferenciado para pessoas em situação de risco social e clínico, como a identificação de lacunas de cuidado, trazendo a necessidade da utilização de estratégias de saúde digital, apoio logístico e operacional para assistência de qualidade em situações contingenciais; além de reduzir a distância entre os pontos da Rede de Atenção em Saúde (RAS) (MENDES, 2020.)

Com isso, tornam-se indelévels as lições suscitadas e que ainda vigoram da pandemia da Covid-19 na reorganização do sistema de saúde no enfrentamento desta crise. A Prática Interprofissional Colaborativa entre enfermeiros(as) e médicos(as) no cuidado à saúde da mulher, tem sido preconizada com vistas à melhoria do desempenho assistencial e à ampliação do acesso aos serviços de saúde, promovendo maior resolutividade/efetividade e a longitudinalidade/continuidade durante esse período do ciclo de vida (RAWLINSON, 2021).

A Prática Interprofissional Colaborativa pode promover melhores resultados de saúde, como a Acessibilidade e na coordenação do cuidado; Maior resolutividade do cuidado; Maior satisfação do usuário e Podem reduzir Complicações, tempo de internação; Tensão e conflito entre cuidadores; Rotatividade de profissionais; Erros clínicos e diagnóstico e Taxas de mortalidade (RAWLINSON, 2021).

Essa dinâmica visa alcançar, gradativamente, a resolutividade na assistência com a diminuição dos encaminhamentos inadequados para outros serviços da rede, fortalecendo o vínculo e a coordenação do cuidado (MATUDA, AGUIAR E FRAZÃO, 2013).

A atenção centrada no usuário e a comunicação são elementos primordiais, sendo atenção primária um espaço privilegiado para exercê-la. A discussão dessa prática necessita ser refletida cotidianamente nos serviços de saúde, principalmente em espaços de reuniões entre equipes.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, T. S. et al. Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Esc Anna Nery**, v.26, e20210300, 2022.
- BARRETO, B. L. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. **Rev Enferm Contemp.**, v.10, n.1, p.127–33, 2021.
- BASSICHETTO, K. C. et al. Gestantes vivendo com HIV/AIDS: características antropométricas e peso ao nascer dos seus recém-nascidos. **Rev Bras Ginecol e Obstet.**, v.35, n.6, p.268–73, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Análise de Situação de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, n. 10, 2020. Disponível em:
<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/17/2020-04-16---BE10---Boletim-do-COE-21h.pdf>. Acesso em: 12 jun 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, n. 13, 2020 Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/21/BE13---Boletim-doCOE.pdf>. Acesso em: 12 jun 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Boletim observatório da COVID-19**. Semanas epidemiológicas, 2021. Disponível em:
https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/boletim_covid_2021-semanas_20-21-red.pdf. Acesso em: 12 dez 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, n. 15. 2020 Disponível em:
<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/09/2020-05-06-BEE15-Boletim-do-COE.pdf>. Acesso em: 12 jun 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Covid-19: infecção pelo coronavírus na gestação. **Portal boas práticas em saúde da mulher, da criança e do adolescente**. 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4882> Acesso em: 12 jun 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS. **Indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil (2020)**. Disponível em:
https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204_N_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores_3604088260565235807.pdf Acesso em : 2 abr 2021.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Assuntos Econômicos. **Guia Metodológico para Indicadores: Orientações Básicas Aplicadas à Gestão Pública**. Brasília: MP, 2018. 36p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Guia Orientador para o enfrentamento da**

pandemia na Rede de Atenção à Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-VERS%C3%83O-FINAL-3.pdf> Acesso em: 2 abr 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Nota Informativa nº 13/2020 – SE/GAB/SE/MS – **Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19**. Brasília: MS, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção Primária (SAPS): **Nota Técnica–DIDEPRE/CONPREV/INCA**. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/notas- -tecnicas/rastreamento-de-cancer-durante-pandemia-de-covid-19>. Acesso em: 2 abr 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Indicadores do SUS**. Brasília: MS, 2006. v.3, n.7, 84p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 26p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a Covid-19**. Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à COVID-19 Secovid. 12ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação Em Saúde Para A Atenção Básica - SISAB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Citologia em meio líquido para rastreamento de câncer de colo de útero e lesões precursoras**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Deteção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021.

CABRAL, K.T. F, et al. Assistência de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais. **Rev Enferm UFPE Line**. v.13, n.1, p.79, 2019.

CARRENO, I. et al. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 947-956, 2015.

CARVALHO, A. L. B. Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 3, n. 3, p. 16-30, 2009.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **Carta ao Ministro da Saúde sobre os riscos da mudança de financiamento da Atenção Primária em Saúde**. Disponível em: <http://cebes.org.br/2019/10/carta-ao-ministro-da-saude-sobre-os-riscos-da-mudanca-de-financiamento-da-atencao-primaria-em-saude/> Acesso em: 15 jun 2021.

COSTA, M. F.B. et al. Contribuições da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde no Brasil para prevenção da mortalidade materna: Revisão integrativa de 2015 a 2019. **Res Soc Dev.**, v. 10, n. 3, e52810313207, 2021

DAUMAS, R. P. et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cad Saúde Pública**, v.36, e00104120, 2020.

DIAS, A. et al. Fóruns de discussão e matriciamento de profissionais de saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para o enfrentamento à morte materna e infantil durante a pandemia de COVID-19. **BEPA**, v.18, n.208, p.17-21, 2021.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.28, n.3, p. 425–437, 2012.

ENGSTROM, E. et al. **Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19**. Rio de Janeiro, 2020. 13p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41404?show=full>. Acesso em 15 jun, 2021.

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**, v. 35, n. 10, e00234618, 2019.

FUNCIA, F. R. **Novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 31 de outubro de 2019**. Domingueira da Saúde, Nº 39 - Novembro 2019. Disponível em: <https://www.idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-39-novembro-2019?lang=pt>. Acesso em 15 jun, 2021.

GARNELO, L. et al. Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. **Cad Saúde Pública**, v.35, e00181318, 2019. Suplemento 2.

GIOVANELLA, L. et al. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em debate**, v.44, n.4, p.161-176, 2020.

GIOVANELLA L; FRANCO, C.M; ALMEIDA, P.F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciênc Saúde Colet.**, v.25, n.4, p.1475-1482, 2020.

GUIMARÃES, W. S. G. et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cad Saúde Pública**, v.34, n.5, e00110417, 2018.

GRYSCHKEK, A. L. F. P. L. et al. Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari? **Saúde E Soc.**, v.23, n.2, p.689–700, 2014.

GRIMM, S. C. A. et al. Dezesesseis anos de monitoramento em saúde na atenção primária em uma grande metrópole das Américas. **Revista Pan de Salud Pública**, v. 42, p. 1-8, 2018.

IBGE. Censo demográfico 2010. **Portal IBGE**. c2023. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br> Acesso em: 15 jun 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estatísticas de câncer**: Ações de Vigilância do Câncer, componente estratégico para o planejamento eficiente e efetivo dos programas de prevenção e controle de câncer no país. Portal INCA. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/> Acesso em: 13 nov 2022.

JÚNIOR, J. B. R. Informação em saúde no Brasil: a contribuição da Ripsa. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1049-1053, 2006.

KAHLO, F. **The Diary of Frida Kahlo**: An Intimate Self-Portrait. New York: ABRAMS, 2005. 295p.

LEAL, M. C. et al. Prenatal care in the Brazilian public health services. **Rev Saúde Pública**, v. 54, n.8, p.1-12, 2020

MAGRI, L. V. et al. Estudo comparativo de indicadores de saúde bucal em município do estado de São Paulo. **Saúde em Debate**, v. 40, n.108, p. 144-155, 2016.

MARTINS, A. C. S.; SILVA, L. S. Epidemiological profile of maternal mortality. **Rev Bras Enferm.**, v.71, n. 1, p. 677–83, 2018.

MAIA, F. L. et al. **Coronavírus na gestação aspectos clínicos e reprodutivos**. Maceió: Afiliada, 2020. 168 p.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020.

MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. L.; FRAZÃO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde Soc.**, v. 22, n.1, p.173-186, 2013.

MEDINA, M. G. et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cad Saúde Pública**, v. 36, n.8, e00149720, 2020.

MELO, E. C. P; KNUPP, V. M. Mortalidade materna no município do Rio de Janeiro: magnitude e distribuição. **Esc Anna Nery Ver Enferm**, v. 12, n.4, p.773-779, 2008.

MENDELSON, A. The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review. **Ann Intern Med.**, v.166, n.5, p.341-353, 2017.

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível**. Brasília: CONASS, 2020. 92p.

MEDINA, M. G. et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 8, e00149720, 2020.

MEDINA, M. G. et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate.**, v.42, n.1, p.244-260, 2018.

MESSIAS, J. K. S. et al. Indicadores em saúde na atenção básica: uma revisão de literatura. **Revista Humanidades e Inovação**, v.8, n.45, p.112-124, 2021.

MEZOMO, J. C. **Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos**. São Paulo: Manole, 2001.

MILITÃO, B.V. P. et al. Repercussões da pandemia de Sars-Cov-2 na realização do exame de Papanicolaou: um estudo epidemiológico. **Rev Eletr Acervo Saúde**, v13, n.9, e8869, 2021.

NANA, M. H. K. et al. Diagnosis and management of covid-19 in pregnancy. **BMJ**, v. 377, e069739, 2022.

NUNES, A. L. et al. Acolhimento ao parto em estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha no Brasil: a perspectiva das usuárias. **Cad Saúde Pública**, v.38, n.4, e0022892, 2022.

NUNES, J. T, et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad Saúde Coletiva**, v.24, n.2, p.252–261, 2016

OBSERVATÓRIO OBSTÉTRICO BRASILEIRO SRAG.**Análise cruzada**. 2021. Disponível em: https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/. Acesso em: 21 jun 2021.

OLIVEIRA, M. A. C; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v.66, p.158-164, 2013.

OLIVEIRA, N. P. D. et al. Association of cervical and breast cancer mortality with socioeconomic indicators and availability of health services. **Cancer Epidemiol.**, v.64, e01660, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate.** Brasília: OPAS; 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: avaliação dos três anos de Clínicas da Família.** Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre: OPAS; 2013.

PARIS, G. F. et al. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.35, n.10, p.447-452, 2013.

PATINO, C. M. P; FERREIRA, J. C. F. Intervalos de confiança: Uma ferramenta útil para estimar o tamanho do efeito no mundo real. *Educação Continuada: Metodologia Científica.* **J Bras Pneumol.**, v.41, n. 6, p. 565-566, 2015.

PEREIRA, A. G. **Uma proposta de instrumentos para a gestão: Avaliação e Monitoramento do Desempenho das Equipes de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro, 2020.** Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde) – Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

PETRÓPOLIS (Município). Decreto nº 1.089 de 17 de março de 2020. Dispõe sobre a adoção de novas medidas temporárias de prevenção ao contágio do novo coronavírus (COVID -19) no âmbito do município de Petrópolis e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de Petrópolis.** Petrópolis, RJ, nº 5881, 17mar 2020c.

PETRÓPOLIS (Município). Decreto nº 1.147 de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso de máscaras descartáveis ou de tecido durante a pandemia do coronavírus (covid-19) e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de Petrópolis.** Petrópolis, RJ, nº 5881, 15 abr. 2020a.

PETRÓPOLIS (Município). Decreto n. 1.168 de 28 de abril de 2020. Dispõe sobre a revogação do art. 2º e a alteração do art. 3º do Decreto Municipal nº 1.147, de 15 de abril de 2020, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de Petrópolis.** Petrópolis, RJ, nº 5910 15, 28 abr. 2020b.

PORTELA, M. C.; REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L. (Org.). **COVID-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022. Série Informação para ação na Covid-19. E-book.

RAMOS, T. C. S.; SILVA, T. F. O trabalho na Atenção Primária em Saúde e a pandemia por Covid-19: um relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, e38210313396, 2021

RASMUSSEN, S.A. et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 222, n.5, p.415-426, 2020.

RAWAF, S. et al. Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. **Eur J Gen Pract.**, v.26, n.1, p.129–133, 2020.

RAWLINSON, C, et al. An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. **Int J Integr Care.**, v.21, n.2, p.32, 2021.

REDE APS. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. **Contribuição dos pesquisadores da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de atenção primária propostas pelo MS.** 2019. Disponível em: tps://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Contribuicoesdospesquisadores_REDEAPS.pdf. Acesso em: 15 dez 2020.

RIBEIRO, C. M. et al. Efeitos de curto prazo da pandemia de COVID-19 na realização de procedimentos de rastreamento, investigação diagnóstica e tratamento do câncer no Brasil: estudo descritivo, 2019-2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 1, e2021405, 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Plano de Contingência da Atenção Primária à Saúde para o Coronavírus no Estado do Rio** –Versão 1.0 de 17 de março de 2020. Rio de Janeiro, RJ: Secretaria de Estado de Saúde, 2020a. 28p.

ROBERTON, T. et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. **Lancet Glob Heal**, v. 8, p.901-908, 2020

ROZENFELD, S. (Org). **Fundamentos da vigilância sanitária.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

RUIZ, L. K. F. T. et al. Assistência pré-natal em serviços públicos de saúde do Estado do Paraná. **Res Soc Dev.**, v.10, n.2, e37010212543, 2021.

RYAN, A. M; KRINSKY, S.; KONTOPANTELIS, E; DORAN, T. Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. **Lancet**, v.388, n.10041, p.268-274, 2016.

SANTAGADA, S. Indicadores sociais: uma primeira abordagem social e histórica. **Rev Pensamento Plural**, v. 1, p. 113-142, 2007.

SANTIAGO, A.C; et al. Indicadores sociais e de saúde para a operacionalização da Vigilância à Saúde. **Rev da Escola de Enfermagem**, v. 42, n. 4, p. 798-803, 2008.

SANTOS, G.C. et al. De quem é esse bebê?: desafios para o direito à maternidade de mulheres em situação de rua. **Cad Saúde Pública.**, v.37, n.5, e00269320, 2021.

SANTOS, L. P. R. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro. **Cad de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 178-183, 2018

SAVASSI, L. C. M. et al. Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária. **J Manag Prim Health Care**, v.12, e38, p.1-13, 2020.

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**, v. 30, n. 4, e2021172, 2021.

SILVA, H.C.D. et al. Desafios para gestão do cuidado no pré-natal durante a pandemia da COVID-19: um relato de experiência. **Glob Acad Nurs**, v. 2, n.1, e93, 2021

SILVA, A. S. et al. Indicadores do uso de medicamentos na atenção primária de saúde: uma revisão sistemática. **Rev Panamericana de Salud Pública**, v. 41, e132, 2018.

SCHMITZ, C.C.C, et al. A Atuação dos Profissionais da Atenção Primária Acerca das Práticas de Promoção e dos Determinantes Sociais da Saúde. **Rev Enferm Atual Derme**, v.86, 2018

SETA, M. H., et al. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n.2, p. 3781-3786, 2021.

SOUZA, A. S. R; AMORIM, M. M. R. Maternal mortality by COVID-19 in Brazil. **Rev Bras Saúde Materno Infant.**, v.21, n.1, p.253–256, 2021.

SOUZA, F. L. et al. Motivos da não realização do pré-natal por gestantes. **Rev Eletrônica Acervo Saúde**, v.55, e3878, 2020.

STARFIELD. B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.

TAMAKI, E. M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n.4, p. 839-849, 2012.

TEIXEIRA, C. F. S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.25, n.9, p.3465-3474, 2020.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad Saúde Pública** ,v.33, n.3, e00195815, 2017.

VIANA, A. D. et al. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.1791–1798, 2018.

VIEIRA, S. **Bioestatística: tópicos avançados**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier:2010.

VIELLAS E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saúde Pública**. 30(suppl 1):S85–100, agosto de 2014.

WEIGELT, L. D; MANCIO, J. G; PETRY, E. L. S. Indicadores de saúde na visão dos gestores dos municípios no âmbito da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde - RS. **Barbaroi**, n.36, p. 191-205, 2012.

WILD, C. P.; WEIDERPASS, E.; STEWART, B. W. (ed.). World cancer report: cancer research for cancer prevention. Lyon, France: **International Agency for Research on Cancer**, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention**. 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2021.

ZARLOTTI, C. et al. Interações por condições sensíveis à atenção primária após a implantação da estratégia saúde da família no município de Petrópolis/RJ. **Rev. Pesqui. Univ. Fed. Estado Rio Janeiro**, v. 9, n.3, p.811-817, 2017.