

Indicadores de Saúde Sexual e Reprodutiva: um estudo para as macrorregiões de saúde de Minas Gerais utilizando registros administrativos, 2017-2021

Raquel Zanatta Coutinho - UFMG (quelzanatta@gmail.com)
Fernanda Gonçalves de Souza - UFMG (souza.fergn@gmail.com)
Michelle Siqueira Ferreira - UFMG (mesferreira23@gmail.com)
Annamaria Massahud - UFMG (annamaria.massahud@gmail.com)
André Braz Golgher - UFMG (agolgher@gmail.com)
Laura Lidia Rodriguez Wong - UFMG (lwong@cedeplar.ufmg.br)

Resumo: O Brasil um dos pioneiros no desenvolvimento de políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), no Continente, ainda enfrenta entraves para o alcance das metas do desenvolvimento sustentável. Neste trabalho, utilizamos unicamente registros contínuos e administrativos de acesso público com as vantagens e desvantagens que isto implica. Foram construídos 18 indicadores de saúde SSR segundo macrorregiões de saúde do Estado de Minas Gerais, em dois períodos (2017-2019 e 2020-2021). Para além dos perfis obtidos a partir de indicadores de SSR, apresenta-se um Índice Síntese revelando piores condições nas regiões Nordeste, Leste e Triângulo do Sul, opostamente ao Extremo Sul, Sul e Triângulo do Norte, que se destacam com os melhores indicadores. As desigualdades existentes entre as macrorregiões revelam o impacto negativo da pandemia de Covid-19 em alguns deles, em especial a mortalidade materna.

Palavras-chave: Saúde sexual e reprodutiva; registros administrativos; indicadores; sistemas de informação em saúde.

Sexual and Reproductive Health Indicators: A Study of the Health Macro-Regions of Minas Gerais Using Administrative Records, 2017-2021

Abstract: Brazil, one of the pioneers in the development of Sexual and Reproductive Health (SRH) policies on the continent, still faces challenges in achieving the Sustainable Development Goals. In this work, we use only continuous and administrative public access records, with the advantages and disadvantages that this entails. Eighteen SRH health indicators were constructed according to the health macro-regions of the State of Minas Gerais, for two periods (2017-2019 and 2020-2021). Beyond the profiles obtained from the SRH indicators, a Synthesis Index is presented, revealing worse conditions in the Northeast, East, and Southern Triangle regions, in contrast to the Extreme South, South, and Northern Triangle regions, which stand out with the best indicators. The existing inequalities between the macro-regions reveal the negative impact of the Covid-19 pandemic on some of them, especially maternal mortality.

Keywords: Sexual and reproductive health; administrative records; indicators; health information systems.

1 - INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, uma série de convenções internacionais visa o estabelecimento de orientações para a construção, cooperação e implementação de mecanismos de controle que garantam os direitos básicos à vida digna sem discriminação de classe social, cultura, religião, cor/raça, etnia e/ou orientação sexual, sendo eles o direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação e ao afeto. Não existe um direito que sobreponha ao outro, e para o exercício da cidadania de forma integral é preciso garantir a aplicação de todo o conjunto (ARAGÃO, 2011).

As dimensões da reprodução e da sexualidade passaram por diversos avanços ao longo das três últimas décadas, sendo, talvez o mais importante a mudança do paradigma previamente focado na saúde materno-infantil e controle do número de filhos para focar nos direitos sexuais e reprodutivos como parte dos direitos humanos, expandindo o significado da saúde da mulher e a necessidade da sua promoção como forma de combater a desigualdade. Foram três os eventos mundiais que apontaram este novo horizonte: a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) de Bucareste em 1974, a CIPD de Cairo, em 1994, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher de Beijing em 1995.

O Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM), lançado pelo Ministério da Saúde em 1983, um dos pioneiros no desenvolvimento de políticas de SSR no continente, já atentava para a importância dos princípios de equidade sem caráter coercitivo e sem que as políticas de planejamento familiar estivessem associadas a políticas sociais e econômicas (OSIS, 1998). O PAISM destacava, também, pelo cuidado com a capacitação dos trabalhadores da saúde e a oferta de educação em saúde e serviços que contemplassem a contracepção, a concepção, o pré-natal, o parto e o puerpério; além da abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até o envelhecimento, assim como a prevenção, tratamento e controle das patologias mais prevalentes, inclusive das infecções sexualmente transmissíveis, e os cânceres cérvico-uterinos e mamários. Por ser anterior a CIPD de Cairo em 1994, a “adoção do PAISM representou, sem dúvida, um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta” (OSIS, 1998), acompanhando a evolução das demandas sociais.

Foi lançada, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e em 2015 o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (BRASIL, 2016; BRASIL, 2013a), que estabeleceu indicadores de

acompanhamento e monitoramento das ações de saúde da mulher. Desde então, ações e programas com foco na SSR integral têm feito parte da agenda de gestores de saúde e resistido ao subfinanciamento, à perda de prioridade em meio às crises sanitárias, aos desmontes de cunho político nas políticas nacionais de saúde que buscam fortalecer o SUS e à perseguição de grupos conservadores contrários à emancipação feminina (DINIZ e CABRAL, 2022).

Tais intercorrências justificam a importância de analisar indicadores de saúde sexual e reprodutiva como instrumento de monitoramento e avaliação do estado de saúde da população (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006). Em que pesem os avanços socioeconômicos havidos no país, alguns indicadores de SSR teriam revelado estagnação, ou ainda, retrocesso, além da manutenção das desigualdades raciais e socioeconômicas. Todavia, como sustentam Oliveira, Costa e Kubica (2019), carecem de acompanhamento às novas exigências da SSR.

Os resultados desse trabalho poderão servir de insumo a formulação e adequação de políticas públicas, programas e ações que estejam alinhados com os indicadores já estabelecidas pela literatura (BRASIL, 2016; BRASIL 2013b), como os do PNPM, além do Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ONU, 2015). Um ponto a se considerar sobre essa literatura é a utilização de indicadores inadequados, como os não padronizados, além da ausência de metas claras. Com isso, o objetivo deste trabalho é analisar e ranquear as macrorregiões de saúde de Minas Gerais no que tange às seis dimensões de saúde sexual e reprodutiva (SSR): Gravidez Adolescente, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Mortalidade materna e infantil, Qualidade do Pré-natal, Violência contra a mulher, e Mortalidade e estadiamento do câncer de colo uterino e de mama.

2 – METODOLOGIA: SEIS DIMENSÕES QUE CARACTERIZAM A SSR

O presente estudo, epidemiológico transversal, analisou dados referentes à SSR das mulheres nas macrorregiões de saúde do Estado de Minas Gerais, em dois períodos, o primeiro compreendendo o intervalo entre 2017 e 2019 e o segundo, 2020-2021, durante os anos de pandemia de Covid-19 que reconhecidamente causaram desorganização dos serviços de SSR. Os dados foram obtidos por meio de consulta aos registros contínuos publicamente disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema Nacional do Câncer (SISCAN).

Os indicadores apresentam-se no Quadro 1 que são sempre referidos como a média anual do período considerado. Salvo menção expressa, todos os indicadores são calculados considerando o lugar de residência. A população exposta ao risco do evento foi estimada a partir da taxa de crescimento médio anual por sexo e faixa etária, implícita nos dados dos censos de 2010 e 2022. Na segunda coluna do Quadro supracitado, listam-se as bases de dados utilizadas para o cálculo de cada indicador agrupados em seis dimensões e das quais se faz necessário, a seguir, uma breve contextualização.

Para calcular todos os indicadores das dimensões de Gravidez Adolescente e Qualidade do Pré-Natal, utilizam-se dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC). Considerado uma das principais fontes de informações sobre nascidos vivos no Brasil, o SINASC realiza o cadastramento e registro das informações que constam nas Declarações de Nascidos Vivos (DNV). Dados consolidados e preliminares são disponibilizados publicamente por meio do DATASUS do Ministério da Saúde. A cobertura do registro de nascidos vivos melhorou de forma expressiva nos últimos anos, atingindo praticamente 100% na maioria das Unidades da Federação (UFs) do Sul e Sudeste e frequentemente acima de 95% nas outras UFs (WONG *et al.*, 2019). A DNV, além de proporcionar a contagem dos nascidos vivos, também apresenta informações epidemiológicas sobre os nascimentos, pois nos formulários são coletadas informações sobre a gestação, parto, a saúde dos recém-nascidos, além das características sociodemográficas da mãe, como a sua idade, o que permite os cálculos dos indicadores estabelecidos. Alguns quesitos como escolaridade e ocupação da mãe, ainda apresentam, com frequência, mal preenchimento o que dificulta um maior aprofundamento nas análises.

Para calcular as Taxas de Mortalidade por câncer uterino e de mama, a Taxa Específica de Mortalidade por Agressão e intenção indeterminada, a Razão de Mortalidade Materna e a Taxa de Mortalidade Infantil utilizaram-se dados do Sistema de Informação da Mortalidade (SIM), advindos da Declaração de Óbito (DO). O SIM contabiliza todos os óbitos ocorridos em território brasileiro além de registrar informações acerca do indivíduo e do evento, configurando-se como a principal fonte de dados sobre Mortalidade no país. Alimentado com dados das secretarias municipais e estaduais, o SIM utiliza a Classificação Internacional de Doenças (CID – 10) desde 1996 (BRASIL, 2024a). Os nascidos vivos registrados no SINASC foram utilizados no denominador do cálculo das Taxas de Mortalidade Infantil, além da Razão de Mortalidade Materna. Esses indicadores estimam indiretamente o risco de morte por essas causas e dimensionam a sua magnitude como problema de saúde pública.

É importante destacar duas características relacionadas o SIM. Ainda é elevada a proporção de mal preenchimento, como algumas pesquisas revelam (REBOUÇAS *et al.*, 2023). No caso de algumas categorias dos dados de Mortalidade Materna, o mal preenchimento chegou a 22%. Em relação a mortalidade feminina geral, na DO não há registro das circunstâncias ou intencionalidade do óbito, por exemplo, se foi um feminicídio, que faz com que o mesmo seja apenas utilizado como *proxy* da violência que possui o gênero da vítima como motivação.

Para o estudo do Estadiamento do câncer de colo uterino e de mama, foram utilizados dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). Criado em 2013, registra os exames de rastreamento e de investigação diagnóstica dos cânceres de mama e de colo de útero realizados no SUS e permite o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, à confirmação diagnóstica e ao início do tratamento de neoplasias malignas em todos o território nacional (BRASIL, 2024b). Os usuários da rede SUS equivalem a aproximadamente 70-75% do total da população brasileira, com as correspondentes variações regionais associadas ao nível de desenvolvimento (BRASIL, 2024c). É importante comentar que o grau de estadiamento é uma variável com péssimo preenchimento, chegando a 29% de dados faltantes na macrorregião Noroeste, 24%, na Nordeste e 23% na Oeste. Assim, o cálculo da proporção de estadiamentos grau 3 e 4 foi feito apenas com aquelas observações para as quais tínhamos informação. Por último, os dados não especificam o lugar de residência, logo, esse indicador tem implícitos evasão e invasão de eventos, além de se referirem a população total, não apenas os usuários do SUS.

Já para as o cálculo dos indicadores da dimensão de Infecção Sexualmente Transmissível e das Taxas de notificação de violência interpessoal e Proporção da violência interpessoal notificada e caracterizadas como violência sexual, foram utilizados dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O Sinan compreende a notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória que possuem importância epidemiológica sem necessariamente levar a óbitos. A notificação de tais agravos é primordial para auxiliar o planejamento da saúde e definir prioridades de intervenção e sua cobertura deve ser objetivo de investigação, já que apesar de compulsória, a notificação só acontece quando o episódio é relatado nas unidades notificadoras, como as instituições de saúde ou polícias, o que sugere seletividade dos casos notificados (NUNES, 2022).

No caso de violência, as informações sobre a vítima, a forma de violência (à violência física, sexual, psicológica/moral, financeira/econômica, tortura, tráfico de

pessoas, trabalho infantil, negligência/abandono e intervenção legal) e o agressor são registradas por meio da Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violências Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências Interpessoais (FNIV) (ENGEL, 2020). Apesar da compulsoriedade do preenchimento no serviço que fez o atendimento à mulher, há subnotificação devido a um viés de seleção decorrente da possível diferenciação no acesso dos serviços que geram a notificação. Além disso, há problemas na qualidade do preenchimento, que varia segundo o quesito avaliado (NUNES, 2022). Dado que estamos comparando macrorregiões distintas, é possível que também haja efeito de seleção caso alguma região tenha nível de subnotificação diferente de outra, ou que alguma(s) tenha(m) maior prevalência de mulheres com características que aumentam a chance de notificar as violências sofridas. Neste trabalho, fazemos o pressuposto que os erros serão os mesmos, ou seja, se houver notificação por uma determinada causa, essa não será afetada pela macrorregião em si, já que as políticas de segurança pública, em teoria, deveriam ser as mesmas.

É importante frisar que esses indicadores têm sido largamente validados e utilizados no campo da demografia e da saúde pública (CAVENAGHI 2006; RIPSÁ 2008; BRASIL, 2013b; BRASIL 2016). Nota-se a ausência de indicadores importantes, como as internações por aborto disponíveis no Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) e a oferta de contracepção, disponível no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Em relação aos números do aborto, além de problemas de notificação devido ao seu caráter sensível, não há consenso na literatura se um número elevado representaria um avanço ou um retrocesso nos direitos reprodutivos. Além disso, em adição ao fato de que houve queda nos nascidos vivos e nas gestações não planejadas, nos últimos anos houve o aumento do aborto medicamentoso que, quando bem feito, reduz as taxas de internação (ULIANA *et al.*, 2022; ALVES e ROCHA, 2024). Em relação a oferta de contracepção, há grande heterogeneidade na disponibilidade desse indicador e essa base de dados ainda carece de mais estudos sobre a sua qualidade (BARROS, SILVA e SOUZA, 2024).

Outro possível questionamento é a utilização de indicadores de mortalidade e violência junto aos indicadores de SSR. O nosso argumento, nesse caso, é que todo o conjunto de desigualdades em saúde avaliadas neste artigo tem como pano de fundo a desigualdade de gênero e a busca pelo controle do corpo feminino. O óbito é a pior consequência dessa desigualdade e a redução dessa violência está listada como meta (5.2) dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ONU, 2015).

Procedimento

Os dezoito indicadores dispostos no Quadro 1 foram calculados para as 16 macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, para os anos de 2017 a 2019 e 2020 a 2021, sempre segundo residência e referidos como média anual do período. Os resultados apresentam-se na Tabela 1. A fim de mostrar similaridades geoespaciais entre os mesmos, os indicadores foram mapeados, o que pode ser observado na Figura A do Material Suplementar. Para facilitar a construção e interpretação do indicador síntese, optamos por deixar cada um dos indicadores na mesma direção das taxas e proporções calculadas, isto é: quanto maior o valor do indicador, pior o desfecho de saúde sendo analisado.

Com exceção do já mencionado problema de mal preenchimento nos dados de Mortalidade Materna e Estadiamento do Câncer, as demais variáveis apresentaram poucos dados faltantes, que não alterariam o resultado em uma eventual distribuição *pro rata*. Assim, nos casos onde, ao extrair os dados, aparecia como categoria de resposta as opções “desconhecida”, “ignorada”, “não informada” e “período inconsistente”, as observações foram excluídas. O mal preenchimento limita a capacidade de monitoramento das ações de saúde no Estado de Minas Gerais e deve ser motivo de atenção dos gestores da saúde.

Os indicadores foram então padronizados (z-scores) e agrupados para a construção de índice síntese que expressa o status da SSR feminina naquela macrorregião, sendo que, quanto maior o seu valor, pior o status de saúde. Para esse agrupamento, descrito no Quadro 1, uma matriz de correlação de Pearson foi utilizada com a finalidade de conferir se os indicadores apresentavam associação e se essa relação era positiva, pois existindo relação negativa, que não foi o caso, não seria indicado agrupá-los. Foram então feitas duas formas de agrupamento no indicador síntese (ver Quadro 1). Por apresentar resultados semelhantes, neste trabalho optamos por apresentar, na Figura 2, apenas o valor do Indicador Síntese Simples.

Neste estudo, os dados foram compilados em planilhas do Microsoft Excel 2016 e utilizado o software R Studio para os testes de correlação e a elaboração dos índices sínteses e dos mapas. Ressalta-se, que, por se tratar de bancos de domínio público, disponíveis on-line, sem identificação pessoal ou institucional, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

As macrorregiões de Minas Gerais

Os indicadores e dimensões foram analisados para as 16 macrorregiões de saúde ilustradas no Mapa da Figura 1 e definidas pelo Plano Diretor de Regionalização de 2024 (SES-MG, 2024), um instrumento que objetiva organizar espacialmente a oferta de serviços do SUS/MG entre os 853 municípios de acordo com o nível de complexidade do atendimento em saúde, já que procedimentos de alto custo não são ofertados em todos eles. As macrorregiões de saúde, agregam os municípios via critério de tamanho, densidade populacional e localização geográfica/distância. Assim, cada macrorregião possui os três níveis atenção, terciária, secundária e básica, de forma a otimizar os serviços de saúde no que tange à escala, o escopo, o fluxo e as especialidades (SES-MG, 2020). Com exceção da macrorregião Centro, que possui 31% da população do estado, e a macrorregião Jequitinhonha, que possui menos de 2% da população, todas as outras macrorregiões possuem entre 3 e 8% da população estadual.

Desde o ano 2000, o PDR considera a região de saúde não apenas por critérios espaciais, mas um “espaço sócio econômico, ambiental, sanitário e político, onde população e gestores de saúde interagem tendo em vista solucionar problemas identificados” (SES-MG, 2020, pg. 34). Assim, as macrorregiões agregam características sociodemográficas, econômicas e culturais específicas que agem como determinantes sociais de saúde. Minas Gerais expressa a diversidade encontrada no território brasileiro, com macrorregiões mais e menos desenvolvidas, que incluem também uma diversidade de microrregiões internas, fazendo a análise de indicadores agregados um desafio. Apesar disso, utilizando algumas variáveis como PIB per capita, renda média e taxa de alfabetismo como proxies, é possível elencar as macrorregiões no que tange ao seu nível de desenvolvimento comparadas ao nível médio calculado para o estado. Calculados com dados do Censo de 2010 (MINAS GERAIS, 2023), por exemplo, o PIB per capita do estado, que no período era de R\$ 20.325, variou entre R\$7.775 no Jequitinhonha, seguido de R\$8.012 no Nordeste e, no outro extremo, R\$31.346 no Triângulo do Sul, seguido de R\$29.982 no Triângulo do Norte. A renda média, que no estado foi de R\$733 mensais no período, variou entre R\$370 no Nordeste seguido de R\$380 no Jequitinhonha, novamente os piores valores, e R\$965 no Centro, seguido de R\$853 no Triângulo do Norte. As macros Jequitinhonha, Nordeste e Norte concentram mais de 50% da sua população com renda abaixo de meio salário mínimo. Essa maior pobreza está refletida em maiores taxas de trabalho infantil e analfabetismo. Em relação ao IDH, o mesmo variou entre 0,713 e 0,605,

sendo que os maiores registrados foram Triângulo do Sul, Triângulo do Norte e Oeste. Os menores, novamente, foram Nordeste, Norte e Jequitinhonha (MINAS GERAIS, 2023).

Já em relação aos serviços de saúde, quanto maior a resolubilidade (percentual das internações de residentes de um território que foram realizadas no próprio território) melhor é considerada a capacidade de absorção das demandas de saúde da região. Em 2020, Jequitinhonha, Leste do Sul e Noroeste possuíam resolubilidade abaixo de 60% (SES-MG, 2021). Centro, Sudeste, Sul e os Triângulos possuíam acima de 90%. Uma avaliação das taxas de resolubilidade na atenção hospitalar terciária revela redução significativa nas macros Jequitinhonha, Leste do Sul e Noroeste, e pouca alteração nas macros Leste e Norte nos últimos anos.

3 – RESULTADOS

Os resultados serão apresentados nos parágrafos abaixo, numerados de acordo com as dimensões de SSR às quais cada indicador pertence. Após breve conceitualização, apresentamos os menores e maiores valores encontrados para cada macrorregião de saúde, conforme Tabela 1.

Gravidez Adolescente

A incidência de gravidez entre adolescentes sinaliza um problema de saúde pública e a necessidade de avaliação e intervenção, no atual contexto brasileiro, pois na grande maioria dos casos indica ausência ou falha de medidas preventivas (PERPÉTUO; WONG; RIBEIRO, 2006). Além disso, pode ser resultado de desconhecimento sobre a própria saúde, sobre a oferta de métodos contraceptivos modernos, sobre as repercussões da gravidez e parto, incluindo pressão social e/ou violência (WONG 2009; RODRIGUEZ-VIGNOLI e CAVENAGHI, 2014; SULLY *et al.*, 2020; WHO, 2023).

A Taxa Específica de Fecundidade (TEF) mede a intensidade de fecundidade a que as mulheres estão sujeitas num dado grupo etário do período reprodutivo (FOZ, 2021, p. 341). No Brasil a TEF (15-19) vem caindo, porém ainda se encontra em patamares considerados elevados: era de 74,8 a cada 1000 mulheres em 1991, subindo para 93,8 em 2000 e depois se reduzindo para 69,9 em 2010 (CAVENAGHI, 2015). Nos países desenvolvidos, ele não passa de 10 ou 5 por mil.

Na Tabela 1, observa-se que para o triênio 2017-2019, as TEF (15-19) variaram entre 60,4 na macrorregião Nordeste, seguida pela Noroeste (52,5), Leste (52,1) e Leste do

Sul (50,5). Já os menores valores foram encontrados na macrorregião Centro Sul (35,7), seguida de Oeste (38,5), Centro (40,5) e Jequitinhonha (41,2), apesar do conhecido alto grau de vulnerabilidade social desta última macrorregião. No biênio pandêmico, 2020-2021, as taxas caem em todas as regiões, atingindo 30,8 na Centro-Sul e ficando abaixo de 40 em pelo menos outras nove macrorregiões. Na Tabela 1 é também possível observar a proporção dos nascidos vivos que são filhos de mães menores de 20 anos, que variou entre 11% nas macrorregiões Centro-Sul, Centro e Oeste e 20% na Nordeste. Nas regiões Norte (16%), Noroeste, Leste do Sul, Leste e Jequitinhonha (15%) também são elevadas. Durante o biênio da pandemia, 2020-2021, todas as proporções diminuíram, o que pode ser um efeito exógeno da pandemia, mas também pode-se dever à diminuição numérica da população menor de 20 anos na última década.

Infecção Sexualmente Transmissível

Para avaliar o status das macrorregiões de saúde mineiras em relação às infecções sexualmente transmissíveis, utiliza-se a incidência de sífilis congênita e a taxa de detecção de sífilis em gestante, haja vista que, como parte do Protocolo de Atenção à Gestação de Baixo Risco, todas as gestantes devem ser testadas. No Brasil, a notificação compulsória de sífilis congênita foi instituída em 1986 e a de Gestantes, em 2005, com dados disponíveis no SINAN a partir do ano de 2007.

Os dados do Boletim Epidemiológico de Sífilis do Ministério da Saúde mostram uma tendência de aumento na incidência de sífilis congênita e em gestantes ao entre 2011 e 2021, indicando falhas no controle e prevenção dessas infecções (BRASIL, 2022a). Durante esse período, o Brasil registrou 466.584 casos de sífilis em gestantes com 2 mil óbitos por sífilis congênita, sendo que a taxa de detecção de sífilis em gestante atingiu o maior valor registrado desde o início da série histórica, de 27,1 por mil nascidos vivos. Já a taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 12 meses foi de 9,9 por mil nascidos vivos, outro recorde (BRASIL, 2022a). A meta estabelecida pela OMS e OPAS, também preconizada no Brasil, de eliminar a sífilis congênita é definida como a redução da sua incidência para menos de 0,5 casos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2021a).

Tabela 1: Indicadores de Saúde Sexual e Reprodutiva para as macrorregiões de MG segundo dimensão, 2017-2019 e 2020-2021 (continua).

Macrorregião de Minas Gerais	Gravidez Adolescente				Infecção Sexualmente Transmissível				Mortalidade materna e infantil			
	Proporção dos nascidos vivos totais que são filhos de mães menores de 20 anos		Taxa Específica de Fecundidade adolescente (15 a 19)		Incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos		Taxa de detecção de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos		Razão de Mortalidade Materna por cem mil nascidos vivos		Taxa de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos	
	2017-2019	2020-2021	2017-2019	2020-2021	2017-2019	2020-2021	2017-2019	2020-2021	2017-2019	2020-2021	2017-2019	2020-2021
SUL	0,12	0,11	43,01	38,48	4,46	6,14	14,01	16,32	45,18	52,35	11,75	10,18
CENTRO SUL	0,11	0,09	35,73	30,76	6,62	5,04	12,55	14,51	34,24	88,86	12,74	10,07
CENTRO	0,11	0,09	40,51	33,35	11,55	9,98	19,99	23,81	44,79	60,79	10,47	10,11
JEQUITINHONHA	0,15	0,13	41,17	37,91	2,64	1,91	10,02	11,25	41,74	31,84	11,9	12,21
OESTE	0,11	0,1	38,53	33,71	5,14	3,25	15	12,82	57,09	70,29	10,17	10,21
LESTE	0,15	0,14	52,14	47,29	15,87	15,72	25,36	28,24	91,13	120,93	13,37	14,94
SUDESTE	0,14	0,12	45,24	38,22	8,9	9,71	21,65	29,38	47,87	85,92	11,24	11,71
NORTE	0,16	0,14	50,28	45,06	6,66	7,56	11,79	14,47	46,16	93,64	12	10,79
NOROESTE	0,15	0,13	52,53	44,24	4,16	3,85	11,89	10,67	31,74	115,5	13,58	10,06
LESTE DO SUL	0,15	0,13	50,46	43,24	6,24	3,86	13,56	16,31	52,02	75,99	11,37	9,59
NORDESTE	0,2	0,18	60,43	54,65	8,96	12,64	15,16	15,74	55,18	117,19	15,03	14,27
TRIANGULO DO SUL	0,14	0,13	49,76	42,88	13,01	12,83	28,01	31,17	74,16	109,16	11,63	10,32
TRIANGULO DO NORTE	0,13	0,11	47,16	36,43	5,64	4,88	15,81	15,69	31,43	67,93	10,84	8,96
VALE DO ACO	0,12	0,11	43,27	38,3	11,39	14,77	18,37	28,26	51,76	45,83	10,8	9,83
EXTREMO SUL	0,12	0,1	43,02	36,17	3,7	1,59	10,11	10,06	37,01	17,65	8,94	9,75
SUDOESTE	0,13	0,12	44,49	39,69	3,89	5,75	9,83	10,91	37,92	59,53	11,6	10,42

Tabela 2: Indicadores de Saúde Sexual e Reprodutiva para as macrorregiões de MG segundo dimensão, 2017-2019 e 2020-2021 (continua).

Macrorregião de Minas Gerais	Qualidade do pré-natal									
	Proporção dos partos que são cesarianos		Proporção dos nascidos vivos que fizeram até 4 consultas pré-natal		Proporção dos nascidos vivos que fizeram menos de 7 consultas de pré-natal		Proporção de nascidos vivos prematuros (<37 semanas)		Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (<2500g)	
	2017-2019	2020-2021	2017-2019	2020-2021	2017-2019	2020-2021	2017-2019	2020-2021	2017-2019	2020-2021
SUL	0,7	0,72	0,03	0,03	0,18	0,16	0,12	0,12	0,09	0,09
CENTRO SUL	0,72	0,73	0,04	0,04	0,27	0,25	0,12	0,12	0,1	0,1
CENTRO	0,48	0,47	0,04	0,04	0,23	0,21	0,11	0,11	0,1	0,1
JEQUITINHONHA	0,4	0,42	0,04	0,04	0,19	0,17	0,11	0,11	0,09	0,09
OESTE	0,65	0,64	0,03	0,03	0,21	0,17	0,12	0,13	0,09	0,09
LESTE	0,62	0,63	0,05	0,06	0,31	0,28	0,1	0,1	0,08	0,08
SUDESTE	0,67	0,67	0,05	0,05	0,22	0,21	0,11	0,11	0,09	0,1
NORTE	0,47	0,49	0,05	0,04	0,24	0,2	0,11	0,1	0,09	0,09
NOROESTE	0,66	0,69	0,04	0,03	0,24	0,21	0,12	0,12	0,09	0,09
LESTE DO SUL	0,67	0,68	0,03	0,03	0,21	0,21	0,09	0,1	0,09	0,09
NORDESTE	0,43	0,45	0,07	0,07	0,3	0,27	0,11	0,11	0,09	0,08
TRIANGULO DO SUL	0,71	0,7	0,05	0,05	0,24	0,23	0,11	0,12	0,09	0,1
TRIANGULO DO NORTE	0,72	0,72	0,03	0,02	0,14	0,1	0,11	0,1	0,09	0,09
VALE DO ACO	0,59	0,59	0,04	0,04	0,25	0,23	0,11	0,1	0,08	0,08
EXTREMO SUL	0,68	0,68	0,04	0,05	0,2	0,18	0,11	0,12	0,09	0,09
SUDOESTE	0,65	0,65	0,04	0,04	0,16	0,16	0,12	0,13	0,09	0,1

Tabela 3: Indicadores de Saúde Sexual e Reprodutiva para as macrorregiões de MG segundo dimensão, 2017-2019 e 2020-2021 (final).

Macrorregião de Minas Gerais	Mortalidade e estadiamento do câncer de colo uterino e de mama								Violência contra a mulher					
	Taxa padronizada de Mortalidade por câncer de colo uterino em mulheres de 20 anos e mais anos de idade, por cem mil mulheres		Taxa padronizada de Mortalidade por Câncer de mama em mulheres de 20 anos e mais de idade, por cem mil mulheres		Proporção de Cânceres de colo em Estadiamento 3 e 4 na primeira consulta, com diagnóstico e sem tratamento entre mulheres de 20 anos e mais anos de idade		Proporção de Cânceres de mama em Estadiamento 3 e 4 na primeira consulta, com diagnóstico e sem tratamento entre mulheres de 20 anos e mais anos de idade		Taxa Específica de Mortalidade por agressão (CID X.85 - Y.9) e intenção indeterminada (CID Y.10 a Y.34) por 100 mil mulheres em idade reprodutiva		Taxa de notificação de violência interpessoal por cem mil mulheres		Proporção da violência interpessoal notificada que é tipificada como violência sexual	
	2017-2019	2020-2021	2017-2019	2020-2021	2017-2019	2020-2021	2017-2019	2020-2021	2017-2019	2020-2021	2017-2019	2020-2021	2017-2019	2020-2021
SUL	4,36	2,86	22,64	20,25	0,40	0,46	0,29	0,42	3,12	4,21	392,59	286,81	0,06	0,05
CENTRO SUL	5,53	3,91	24,97	20,59	0,58	0,82	0,45	0,45	4,26	5,43	654,37	286,67	0,04	0,06
CENTRO	6,86	5,51	27,51	26,49	0,58	0,65	0,45	0,49	8,1	7,52	203,27	146,74	0,21	0,27
JEQUITINHONHA	4,62	9,33	12,78	14,22	0,56	0,48	0,58	0,54	9,04	2,47	417,67	241,45	0,20	0,29
OESTE	6,05	5,06	22,34	21,62	0,57	0,64	0,37	0,41	7,7	4,94	310,24	221,11	0,10	0,13
LESTE	11,51	6,81	27,47	22,52	0,54	0,67	0,42	0,40	8,66	6,69	483,1	304,4	0,10	0,12
SUDESTE	5,84	6,56	22,87	23,02	0,59	0,65	0,35	0,46	8,36	5,3	264,27	154,92	0,17	0,19
NORTE	6,09	5,79	14,78	15,34	0,44	0,43	0,53	0,63	5,18	5,91	332,31	193,95	0,15	0,18
NOROESTE	6,04	5,49	18,69	20,98	0,62	0,66	0,53	0,69	6,74	4,33	325,4	223,8	0,10	0,13
LESTE DO SUL	6,54	5,72	16,51	16,23	0,67	0,58	0,43	0,43	8,22	3,5	370,23	325,84	0,08	0,11
NORDESTE	7,45	6,79	15,45	15,62	0,64	0,74	0,62	0,58	8,25	9,2	370,23	193,09	0,09	0,12
TRIANGULO DO SUL	5,41	6,88	20,24	24,86	0,41	0,47	0,33	0,52	6,17	4,83	432,71	263,76	0,22	0,25
TRIANGULO DO NORTE	5,69	6,05	21,07	22,29	0,45	0,39	0,36	0,43	4,66	3,03	213,65	139,06	0,22	0,41
VALE DO ACO	8,93	7,76	23,75	22,39	0,81	0,91	0,54	0,54	5,29	5,88	303,7	166,03	0,15	0,19
EXTREMO SUL	2,84	4,62	20,56	22,51	0,28	0,41	0,27	0,30	3,05	2,37	421,11	107,39	0,07	0,11
SUDOESTE	4,14	4,34	21,33	22,92	0,49	0,48	0,36	0,28	3,18	3,65	481,32	365,07	0,08	0,09

Fonte: elaboração própria com bases nos dados disponibilizados publicamente pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema Nacional do Câncer (SISCAN).

A Tabela 1 mostra a incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos para as macrorregiões, sendo o maior valor registrado o 15,9 na macrorregião Leste, seguido de Triângulo do Sul (13), Centro (11,5) e Vale do Aço (11,4). A macrorregião do Jequitinhonha registrou o menor valor, de 2,6, seguida da Extremo Sul (3,7), Sudoeste (3,9) e Sul (4,5). Todos os valores se reduzem durante o biênio pandêmico, com exceção das regiões Sul, Sudeste, Norte, Nordeste, Vale do Aço e Sudoeste. A macrorregião Triângulo do Sul teve o maior valor registrado para a taxa de detecção de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos, atingindo 28 a cada mil nascidos vivos, no triênio. Ela é seguida pelas macrorregiões Leste (25,4), Sudeste (21,7), Centro (20) e Vale do Aço (18,4). As macrorregiões com as menores taxas foram Jequitinhonha (10), Sudoeste (9,8), Extremo Sul (10,1) e Norte (11,8). Com exceção das Extremo Sul e Oeste, todas as macrorregiões observam piora no período pandêmico.

Para ambos os indicadores, é possível pensar que a pandemia pode ter levado a diminuição dos exames de diagnóstico, fato que pode ser demonstrado uma vez que os dados de 2022 e 2023 forem consolidados. Além disso, para a região do Jequitinhonha, reconhecidamente com os piores indicadores de desenvolvimento não nos parece plausível o menor valor neste indicador, a não ser pela subnotificação causada por uma menor testagem das gestantes e nascidos vivos ou uma drástica mudança na composição das mulheres que engravidaram durante a pandemia e que podem ter comportamento de risco diferenciado para infecções sexualmente transmissíveis.

Mortalidade materna e infantil

A Razão de Mortalidade Materna e a Taxa de Mortalidade Infantil são indicadores cruciais para avaliação das condições socioeconômicas e de saúde de um país e a melhoria desses indicadores foi colocada como prioritária nas pactuações que originaram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), no ano 2000, e nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), no ano de 2015.

A RMM brasileira passou de cerca de 140 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos no início dos anos 1990, para 59 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos no ano de 2015, valor que permaneceu estagnado até atingir valores recordes em 2021, de 107 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Mesmo fora de período pandêmico, sempre há importante variação regional, como o Piauí, por exemplo, que apresenta RMM acima de 100 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos mesmo em anos não pandêmicos

(FERREIRA et al., 2023; MOTTA e MOREIRA, 2021). Esforços têm sido empreendidos para melhoria das políticas públicas e ações voltadas para a assistência à mulher e à criança, o que inclui medidas econômicas, de assistência social e de saúde pública (FREITAS-JUNIOR, 2020; MOTTA; MOREIRA, 2021). A meta para esse indicador no Brasil é atingir 30 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos até 2030 (IPEA 2018).

No entanto, a RMM calculada para as macrorregiões mostra uma condição alarmante, pois em nenhuma das macrorregiões o valor fica abaixo dessa meta. Os valores mínimos encontrados são para as macrorregiões Triângulo do Norte (31,4), Noroeste (31,7), Centro-Sul (34,2) e Extremo Sul (37). Já os maiores valores são encontrados na macrorregião Leste (91,1), Triângulo do Sul (74,1), Oeste (57,9) e Nordeste (55,2). No biênio da pandemia, a situação se agrava, com elevação em todas as macrorregiões, com exceção do Jequitinhonha, Vale do Aço e Extremo Sul, que se reduz. A Leste observou 120,9 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos no biênio pandêmico, seguida da Nordeste, com 117,2 óbitos. A região Noroeste teve a sua taxa aumentada 2,6 vezes (passando para 115,5) e a Centro-Sul 1,6 vezes (passando para 88,9), enquanto outras regiões (Norte, Nordeste, e Triângulo no Norte) aumentaram pelo menos 100%. Parte desse aumento na RMM pode ser um efeito de composição: devido à queda nos nascidos vivos entre mulheres que possuem bom controle contraceptivo e menor probabilidade de mortalidade materna (mulheres de alta escolaridade e renda), resta, entre as que engravidaram durante a pandemia, maiores proporções de mulheres selecionadas negativamente - isto é, mulheres de maior vulnerabilidade social e menor controle contraceptivo, que são também mulheres com maiores chances de se observar mortalidade materna. Essa análise carece de uma decomposição e está fora do escopo deste estudo.

Quanto à TMI, medidas de saúde pública, como ampliação das campanhas de aleitamento materno, políticas de vacinação, melhorias estruturais nos domicílios e entorno, políticas de redistribuição de renda, entre outras medidas, contribuíram para que a TMI brasileira passasse de 47,1 óbitos de menores de um ano por 1000 nascidos vivos em 1990, para 13,3 óbitos por 1000 nascidos vivos em 2019 e 12,4 em 2021 (BRASIL, 2021b), próximo da meta estabelecida para o país (IPEA 2018).

Para as macrorregiões de Minas, a TMI caiu entre os dois períodos, o que pode ser efeito de redução de nascidos vivos de um ano para o outro, mas em algumas regiões o seu valor aumentou levemente, como no Jequitinhonha (de 11,9 para 12,2), Leste (13,4 para 14,9), Extremo Sul (8,94, o menor valor registrado para a TMI no primeiro triênio subindo

para 9,8) e Sudeste (11,2 para 11,7). O maior valor registrado da TMI foi de 15 por cada mil nascidos vivos no Nordeste entre 2017-2019.

Qualidade do pré-natal

O número expressivo de óbitos infantis e maternos no Brasil são, na sua maioria, fruto de causas evitáveis. Assim, o início oportuno do pré-natal, a consistência e a qualidade do mesmo, assim como a atenção qualificada no parto e no puerpério são fatores imprescindíveis para os bons desfechos das gestações e nascimentos, seja em relação a saúde da criança, quanto a da mãe (BRASIL, 2012).

O primeiro indicador, a Proporção de Parto Cesárea, foi escolhido, pois a cirurgia cesariana, quando bem indicada, reduz significativamente a morbimortalidade perinatal. No entanto, as cesarianas mal indicadas estão associadas a riscos imediatos e a longo prazo para a mãe e bebê, como maior morbimortalidade materna e perinatal devido a hemorragia e infecção, efeitos psicológicos adversos e problemas em futuras gestações (como ruptura da cicatriz uterina), além de prematuridade e seus riscos associados (SOUZA *et al.*, 2010; LEAL *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2022). Assim, as cesarianas deveriam ser reservadas a situações onde há indicação e avaliação dos riscos e benefícios, que a OMS estima que sejam 15% das gestações. Atualmente, no Brasil, esse número é de 57,7% chegando 83% na Rede Suplementar (ANS, 2018), o que a literatura explica por meio de uma miríade de fatores, como remunerações diferenciadas e comodidade para o corpo médico, associação com cesáreas prévias, busca de laqueadura como método contraceptivo, e outros mitos bem difundidos na cultura brasileira, como o medo da dor, do desconforto e alterações na satisfação sexual após o parto vaginal (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Além, disso, seu uso indiscriminado também alerta para a sua possível associação com a prática da violência obstétrica (SANTOS e SOUZA, 2015).

Como pode ser visto na Tabela 1, a proporção de partos que foram cesáreas varia entre 40% no Jequitinhonha e 72% nas macrorregiões Centro-Sul e Triângulo do Norte. Entre as com menor proporção ainda se encontram a Nordeste (43%), Norte (47%) e Centro (48%). Entre as de maior prevalência ainda estão Triângulo do Sul (71%) e Sul (70%) e Extremo Sul (68%). A proporção de cesáreas guarda relação com a dependência do SUS, sendo mais elevada onde há uma maior inserção do sistema suplementar e mais baixa onde os atendimentos pelo SUS são mais prevalentes. Oito das macrorregiões observaram um leve aumento nesta proporção durante o segundo biênio, compatível com

o observado para o Brasil, já que a pandemia serviu como justificativa para a realização de cesáreas (SILVA; GUIDA; COSTA, 2023).

O segundo e terceiro indicadores são a Proporção dos Nascimentos vivos que fizeram até 4 consultas de pré-natal e a Proporção dos Nascimentos vivos que fizeram menos de 7 consultas. No Brasil, o Ministério da Saúde considera como cobertura adequada 6 ou mais consultas durante o período gestacional, sendo que a primeira deve acontecer ainda no primeiro trimestre de gestação (BRASIL, 2012). Números menores do que o preconizado pode indicar demora no diagnóstico da gravidez e no início do pré-natal ou descontinuidade das consultas possivelmente por falha no sistema de saúde em prover o número mínimo de consultas. Embora a cobertura da assistência pré-natal tenha aumentado desde 1990 no Brasil, muitas gestantes ainda enfrentam dificuldades para obter o número mínimo de consultas recomendadas. Além disso, há uma preocupação com o início tardio do pré-natal, com mais de 1/4 das mulheres iniciando o acompanhamento após a 16ª semana de gestação (BITTENCOURT *et al.*, 2020). O cuidado pré-natal inadequado ou insuficiente está relacionada com maiores índices de morbimortalidade materna e infantil. Por possuírem interseção, o que causaria um ruído nos dados, eliminamos o primeiro na construção do indicador síntese.

Na Tabela 1 é possível observar que ainda há uma parcela de mineiras que fazem menos que 4 consultas de pré-natal, número que não variou durante o período pandêmico e ficou ao redor de 4%, sendo mais elevado no Nordeste, com 7%. O diferencial entre as macrorregiões está no percentual de mulheres que fazem menos de 7 consultas, número que diminuiu durante o período pandêmico. As regiões com esse maior percentual foram Leste (31%), Nordeste (30%), Centro-Sul (27%) e Vale do Aço (25%). Já as que têm o menor percentual foram Triângulo do Norte (14%), Sudoeste (16%), Sul (18%) e Jequitinhonha (19%).

Na Tabela 1 também podemos observar que a proporção de NV com baixo peso é muito similar entre as macrorregiões, variando entre 10% no Centro e Centro-Sul e 8% no Leste e Vale do Aço. Já a proporção de prematuros varia entre 12% registrado nas macrorregiões Sul, Centro-Sul, Oeste, Noroeste e Sudoeste e 9% na Leste do Sul. As proporções observadas não se alteraram de uma forma sistemática durante o biênio pandêmico, com mudanças menores que um ponto percentual para algumas macrorregiões.

Mortalidade e estadiamento do câncer de colo uterino e de mama

Na abordagem de SSR centrada em populações, os cânceres do sistema reprodutor feminino incluídos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) foram os cânceres de colo e de mama, dada as disparidades entre a sua ocorrência (incidência) e as taxas de mortalidade, quando comparadas as populações de baixa e média renda por evidências científicas ou na prática médica (INCA, 2023a; PAHO, 2020; ROSA *et al.*, 2020; ROSITCH *et al.*, 2020). Desta forma, a neoplasia maligna mamária tem sua relevância ao ser o tipo de câncer mais frequente, excluídos os tumores de pele não melanoma, com mais de 2,2 milhões de casos no mundo e 73 mil, no Brasil, ao ano. Ela é também a principal causa de morte por câncer em mulheres e ocorre principalmente acima dos 50 anos (IARC, 2021; INCA, 2023b; SANTOS *et al.*, 2023), sendo que no Brasil cerca de 40% dos casos são diagnosticados em mulheres mais jovens (RAHAL *et al.*, 2019; SIMON, 2019). Já o câncer de colo do útero, como terceiro câncer, em média, mais comum em brasileiras e como quarta causa de mortalidade por câncer entre mulheres, é potencialmente uma doença evitável por meio de vacinação (BRASIL, 2024b; INCA, 2023a; PAHO, 2020).

Na Tabela 1 é possível ver que a macrorregião que apresenta a pior taxa de mortalidade por câncer de mama a cada mil mulheres é a Centro (27,5), seguida da Leste (27,4), Centro-Sul (25) e Vale do Aço (23,8). Já as que possuem as menores taxas são Jequitinhonha (12,8), Norte (14,8), Nordeste (15,5) e Leste do Sul (16,5). As macrorregiões Centro-Sul e Leste observaram aumento de pelo menos 4 pontos percentuais na pandemia. As demais se mantiveram parecidas no mesmo período ou diminuíram poucos pontos. Em relação a taxa de mortalidade por câncer de colo uterino, que é em geral mais baixa que a de mama, a macrorregião Leste se destaca com o pior indicador, 11,5 óbitos por mil mulheres. Esse valor cai no biênio pandêmico, mas permanece elevado em 6,8. Atrás dela, avaliando o primeiro triênio, estão Vale do Aço (8,9), Nordeste (7,5) e Centro (6,9). Em primeiras posições, com taxas mais baixas, estão Extremo Sul (2,9), Sudoeste (4,1), Sul (4,4) e Jequitinhonha (4,6). Para todas as macrorregiões a variação no biênio pandêmico é pequena, com exceção do Jequitinhonha, cuja taxa se eleva para 9,3, e Extremo Sul (sobe para 4,62) quase o dobro da registrada no período anterior.

Em relação ao estadiamento, que determina o avanço da doença no organismo, o seu nível no momento do diagnóstico do câncer de colo está associado a características da população e à organização do sistema de saúde (LOPES; RIBEIRO, 2019), sendo evidências indiretas do contexto de acesso e jornada no sistema de saúde, de realização do

rastreamento e, também de desfecho em oncologia (ROSITCH *et al.*, 2020). Neste trabalho, o indicador indica a proporção dos tumores que estavam em estadiamento clínico de grau 3 e 4 na primeira consulta, de pessoas ainda sem tratamento, que buscaram o serviço de saúde pública ou privado, desde que atuem de forma complementar ao SUS. Sem levar em conta a possível subnotificação devido ao mal preenchimento, ou seja, levando em consideração apenas aqueles casos nos quais o nível de diagnóstico é conhecido, a situação é bastante grave. No Vale do Aço, 80,1% dos diagnósticos são feitos em estágio tardio, seguido das macrorregiões Leste do Sul (67,2%), Nordeste (64,5%) e Noroeste (61,7%). As macrorregiões com menor proporção de diagnóstico tardio são Extremo Sul (28%), Sul (40,3%) e Triângulo do Sul (40,7%). Essas proporções se mantêm elevadas durante o biênio pandêmico e diminuem apenas em algumas exceções, como Triângulo do Norte, Jequitinhonha e Leste do Sul.

No caso do estadiamento de mama, a situação é igualmente crítica, atingindo 62,4% na macrorregião Nordeste, seguida do Jequitinhonha (58%), Vale do Aço (53,6%) e Noroeste (53,2%). As macrorregiões com a menor proporção são Extremo Sul (26,8%), Sul (28,8%), Triângulo do Sul (33,4%) e Sudeste (35,2%). Novamente, os valores aumentam ou são mantidos durante a pandemia, com exceção das macrorregiões Leste, Nordeste e Sudoeste.

Violência contra a mulher

Apesar de mudanças na legislação brasileira, como a implementação da Lei Maria da Penha (GARCIA *et al.*, 2013), um estudo encontrou que as taxas de mortalidade feminina por agressão (homicídio feminino) se mantiveram estáveis quando comparados 1990 e 2019 (PINTO *et al.*, 2022). Em 2012, o país registrou 6,16 óbitos de mulheres de 20 a 49 anos por 100 mil mulheres, variando entre 3,68 a 11,35 vítimas de acordo com o estado da federação (LEITE *et al.*, 2017). Em um ranking publicado em 2024, o Brasil ficou com o terceiro lugar entre os países mais perigosos para mulher no critério “homicídio intencional” (WORLD POPULATION REVIEW, 2024). Em outro estudo, o Brasil apresentou a 25ª maior taxa de mortalidade e a 26ª maior taxa de DALY (Anos de vida ajustados por incapacidade) por violência interpessoal contra mulheres quando comparado a todos os outros países (Global Burden of Disease In PINTO *et al.*, 2022), com taxas piores para mulheres em idade reprodutiva. Independente da métrica, o estudo da violência permanece um desafio devido a disponibilidade e a confiabilidade dos dados, já que o

mesmo, especialmente a violência que não é letal, sofre com problemas de cobertura e subnotificação.

Analisando a Tabela 1 é possível ver que a taxa Específica de Mortalidade por agressão (CID X.85 - Y.9) e intenção indeterminada (CID Y.10 a Y.34) por 100 mil mulheres varia entre 3 no Extremo Sul, seguida por Sul (3,1), Sudoeste (3,2) e Centro Sul (4,3), e 9 no Jequitinhonha, seguida por Leste (8,7), Sudeste (8,4) e Nordeste (8,3). As taxas oscilam durante o período pandêmico, porém caem naquelas macrorregiões que tinham os valores mais altos, especialmente no Jequitinhonha (cai para 2,5) e no Sudeste (cai para 5,3). No Nordeste, ela aumenta para 9,2, o novo recorde.

A Taxa de notificação de violência interpessoal por cem mil mulheres, também disponível na Tabela 1, aponta valores elevados, chegando a 654,4 na Centro-Sul, seguida de 483,1 na Leste, 481,3 no Sudoeste e 432,7 no Triângulo do Sul. Os menores valores foram registrados no Centro (203,4), Triângulo do Norte (213,7), Sudeste (264,3) e Vale do Aço (303,7). Sem nenhuma exceção, todas as notificações caem durante o biênio pandêmico, sugerindo, juntamente à análise do dado anterior, queda da notificação, sem redução da violência, já que os óbitos permanecem elevados.

Em relação à proporção da violência interpessoal notificada que é violência sexual, esse número variou de 22,2% no Triângulo do Norte para 4,2% no Centro-Sul. Em seguida, as regiões com maiores proporções foram Triângulo do Sul (21,9%), Centro (21,4%) e Sudeste (16,9%). As regiões com as menores proporções após a macrorregião Centro-Sul foram Sul (6,3%), Extremo Sul (7,1%) e Sudoeste (7,7%).

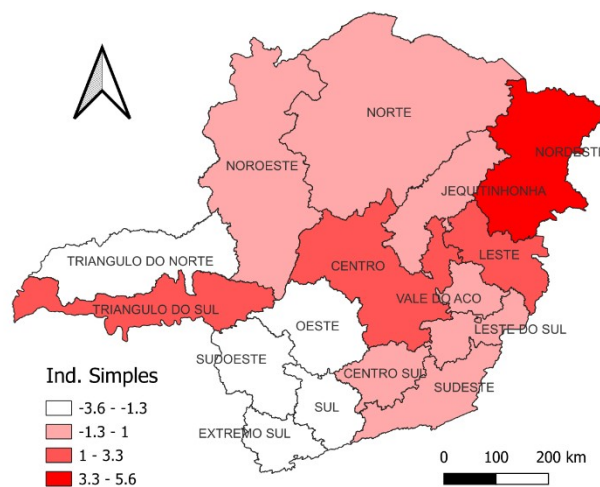
Embora para os indicadores de violência não existam metas, é possível pensar que, uma vez vencida a subnotificação, a sua redução consistente no tempo é desejada e representa a melhoria da posição feminina na sociedade.

Índice Síntese

A Tabela A do Material Suplementar mostra os resultados para os índices síntese simples e ponderado e seus ranqueamentos nos dois períodos, além de um valor médio. Os mesmos valores, porém, para os índices simples de 2017-2019 podem ser vistos nos Mapa 1 abaixo. Quanto menor o valor de cada um deles, melhores são os indicadores de SSR. Há uma correlação positiva bastante elevada, na ordem de 0,90, entre os dois períodos. Para cada período, ambos os rankings (simples e ponderado) também se mostraram ainda mais correlacionados, 0,91. Em termos de valor médio, uma macrorregião se destacou por ter os

melhores índices, Extremo Sul. Outras duas aparecem empatadas com bons indicadores, Triângulo do Norte e o Sul. Por outro lado, as macrorregiões Nordeste e Leste apareciam com os piores valores, seguido das macrorregiões Triângulo do Sul e Centro, que também apresentaram valores elevados. As demais macrorregiões apresentaram um resultado intermediário. No período pandêmico, as três melhores regiões permanecem no topo do ranking, enquanto as últimas três trocam de ordem, mas permanecem as mesmas.

Mapa 1: Índice Síntese Simples de SSR para as macrorregiões de Minas Gerais, 2017-2019



Fonte: elaboração própria com bases nos dados disponibilizados publicamente pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema Nacional do Câncer (SISCAN).

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos 18 indicadores selecionados, agrupados em seis dimensões distintas do cuidado, oferece insumo para entender a dimensão da desigualdade, no âmbito da SSR, entre as macrorregiões do Estado de Minas Gerais, paralelamente às diferenças na fecundidade. Os dados apresentados refletem a diversidade de perfis existentes dentro do Estado. Se por um lado, certas regiões de Minas esboçam indicadores similares a países desenvolvidos, outras ainda carecem de atenção e prioridade por Gestão. Com esse trabalho, fica clara a importância de se abarcar a complexidade das regiões de Minas e de seus desfechos de SSR durante o planejamento dos serviços de saúde.

Em relação às adolescentes, por exemplo, os programas de SSR devem ser priorizados na agenda de desenvolvimento global e na gestão de saúde coletiva a fim de atender as necessidades deste grupo, fomentando planos de vida que incluem trajetórias

escolares e profissionais e assim reduzindo as gestações e nascimentos não planejados (SULLY *et al.*, 2020). Neste trabalho não foram utilizados indicadores de contracepção devido a fragilidade do indicador disponível pela SISAB, mas é possível pensar em incluir na Declaração do Nascido Vivo quesitos que representem o desejo da mulher pela gravidez, como o uso de contracepção ao engravidar ou escalas tais quais a *London Measure of Unplanned Pregnancy*, que aferem o nível de planejamento da gestação (CAVALHIERI, 2011).

Em termos de infecções sexualmente transmissíveis, apesar dos avanços promovidos pelo SUS, percebe-se que o enfrentamento da sífilis congênita, doença que pode causar complicações para a saúde fetal, infantil e adulta, continua sendo um desafio significativo e denuncia fragilidades na assistência pré-natal, tornando a sífilis congênita um indicador crítico para monitorar o acesso e a qualidade dos serviços de atenção básica à saúde materna (DOMINGUES *et al.*, 2013).

Para monitoramento dos indicadores de saúde materna e infantil, desde a primeira década do ano 2000, o Brasil já conta com a atuação dos Comitês de Vigilância e Prevenção de Óbito Materno e Infantil (FERREIRA; COUTINHO; QUEIROZ, 2023). Apesar disso, a mortalidade materna segue estagnada e, mesmo na ocorrência de crises de saúde pública onde já se previa o potencial catastrófico para a mortalidade materna, como ocorrido com a Covid-19, o enfrentamento foi moroso e restritivo, ocasionando mortes adicionais. Assim, os indicadores de saúde materna apontam para uma ineficiência da assistência pré-natal com piora acentuada durante a pandemia de Covid-19, inclusive para casos de Near Miss Materno, como relato pela literatura (HERDT *et al.*, 2021).

A mortalidade materna representa o maior desafio. Para qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil no Brasil, foi implementado, em 2011/2012, a Rede Cegonha, cujos objetivos principais eram a humanização do parto e do nascimento e a prática médica baseada em evidência; a organização dos serviços de saúde em rede; o acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção; a vinculação da gestante à maternidade de referência para evitar a peregrinação; e a realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2013b). Os avanços realizados na década foram repentinamente colocados à prova quando da substituição da política, em 2022, pela Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI) (BRASIL, 2022b). Em 2023, a Rede Cegonha foi novamente retomada e espera-se que, com o fim da emergência sanitária e a continuidade das ações, as RMM melhorem nos próximos anos. É imperativo combater os altos níveis de prematuridade devido a situações de agravamento da gestante, como as pré-

eclâmpcias, que muitas vezes poderiam ter sido evitadas com o pré-natal de qualidade. Além disso, tanto a duração da gestação quanto o baixo peso estão associados com a prematuridade iatrogênica causada, primordialmente, pelas cesáreas eletivas que não aguardam o início do trabalho de parto (GERVASIO, 2022).

Em relação aos cânceres, pelo diagnóstico em fases avançadas da doença impactar em piora da sobrevida, a OMS estabeleceu, em 2023, a detecção precoce do câncer de mama como Key Performance Indicator (KPI) num dos pilares para a redução da mortalidade pela doença, e meta de > 60% de diagnósticos em estágios iniciais (OMS, 2023; RAHAL, *et al.*, 2019; SIMON *et al.*, 2019). No entanto, esse trabalho deixa claro a dificuldade do acesso aos serviços diagnósticos, haja vista a enorme proporção de casos que são diagnosticados em níveis tardios de espriamento. Ademais, a vacinação contra o papiloma vírus humano (HPV) e o rastreamento colpocitológico fazem parte da estratégia de eliminação da doença na agenda 2020-2023 da Organização das Nações Unidas e na estratégia nacional para prevenção e eliminação do câncer do colo do útero (ONU, 2015). Porém, mesmo reduzindo o esquema vacinal, a cobertura vacinal ainda é baixa (USP, 2024) e essa política também enfrenta resistências de grupos conservadores anti-vacina (VILLA e RICHTMANN, 2023).

Por último, a violência contra a mulher é um problema complexo, multidimensional e ligado às práticas culturais de uma sociedade (MINAYO, 2006) que legitimam as relações desiguais entre os gêneros (CAMPBELL *et al.*, 2007; MENEGHEL *et al.*, 2013). As manifestações dessa violência, que podem vir de diferentes formas, letais e não letais, são motivadas como vingança, reafirmação da superioridade, defesa da honra e controle, exercidas com o intuito de manter o poder sobre as mulheres e reafirmar a identidade masculina e sua superioridade (SILVA, 2014). Para além das questões de gênero, outras interseccionalidades aprofundam as desigualdades sociais, como as discriminações de raça e classe (CARNEIRO, 2003). Quando não resulta no seu pior desfecho, que é o óbito, a violência tem impactos profundos na saúde da mulher, abrangendo tanto o aspecto físico quanto o psicológico, que necessitam enfrentamento por parte dos sistemas de saúde (JINA e THOMAS, 2013). Desde lesões físicas superficiais até ferimentos graves, infecções sexualmente transmissíveis e gravidezes não planejadas, as mulheres que sofrem violência podem enfrentar consequências de longo prazo para sua saúde física, como problemas crônicos de saúde, dor crônica e até mesmo incapacidades permanentes (PAHO, 2015).

A violência de gênero também afeta a saúde mental das mulheres, como trauma psicológico, medo, ansiedade, tristeza, depressão, problemas de sono e transtorno de

estresse pós-traumático, que muitas vezes afetam permanentemente a qualidade de vida e o bem-estar emocional das vítimas (RIVARA *et al.*, 2019). Esse trabalho mostra a gravidade da violência contra as mulheres no estado. Além de ser um gatilho para comportamentos de saúde prejudiciais, como o abuso de substâncias, como álcool e drogas, como mecanismo de enfrentamento dos traumas vivenciados, a violência cria barreiras ao acesso aos serviços de saúde, já que as mulheres podem sentir medo de buscar ajuda ou enfrentar obstáculos sociais e econômicos para fazê-lo, o que pode levar a atrasos no tratamento e falta de apoio para recuperar-se dos efeitos da violência (PAHO, 2015).

É importante dizer que a utilização da Proporção da Violência Notificada que é Sexual, nosso último indicador, que já é um passo no esforço por dar visibilidade à violência de gênero, além da sexual, também sofre limitações de possível subnotificação. No entanto, estudos futuros, especialmente que utilizem metodologias mistas, poderão revelar o tipo de violência a qual as mulheres estão mais sujeitas em cada macrorregião e a proporção que de fato a leva ao conhecimento das autoridades de saúde.

Esse trabalho também reforça o aprofundamento de alguns indicadores durante o contexto pandêmico e a fragilidade dos avanços encontrados até aqui. Crises de saúde pública, perdas em financiamento, mudanças drásticas em ideologias de governo, *fake news*, barreiras sociais e geográficas para o acesso aos serviços de saúde no âmbito dos determinantes sociais da saúde, entre outros, representam desafios para a agenda de SSR e devem ser fruto de investigação científica. Além disso, é necessária uma investigação aprofundada em relação à demanda por serviços, não apenas o lado da oferta.

É preciso ter em vista que esse trabalho possui importantes limitações, tais quais as já citadas, que são as subnotificações ou erros de preenchimentos dos eventos em saúde, o que pode afetar a confiabilidade das análises. Apesar disso, presume-se que os erros intra-estado, ou seja, utilizando macrorregiões, sejam menores que ao se comparar estados da federação, já que todas as macrorregiões estão subordinadas às mesmas diretrizes estaduais. Outra importante limitação é a ausência de outras dimensões que são importantes para a captação da SSR plena, como a fecundidade não desejada, as práticas contraceptivas, a capacidade de implementar as preferências reprodutivas, entre outras, que só seriam possíveis de serem calculadas em pesquisas de base populacional ou amostral, tal como inquéritos específicos do tipo DHS.

Acredita-se que as estimativas deste trabalho possam contribuir para melhor programação e formulação de intervenções estratégicas, mais condizentes com a realidade das mulheres mineiras. Ressalta-se que pela legislação brasileira, os direitos sexuais e

reprodutivos se relacionam com os direitos à saúde, à educação, à informação, direitos individuais e de não interferência e não discriminação. A SSR, portanto, implica em se oferecer aos cidadãos acesso à informação e aos meios para que possam expressar sua sexualidade e exercê-la de maneira segura e satisfatória, livre de coerção, violência e discriminação, tendo autonomia para se reproduzirem e a liberdade de decidirem se querem ter filhos, quando e quantos.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Taxas de partos cesáreos por operadora de plano de saúde. Ano 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxa-de-partos-cesareos-poroperadora-de-plano-de-saude>. Acesso em 30 Ago. 2024.

ALVES, S; ROCHA, D. N. Hospitalizações por aborto no SUS caem 18% em 10 anos. Disponível em <<https://www.generonumero.media/reportagens/hospitalizacoes-aborto-sus/>> Acesso em 30 Ago. 2024.

ARAGÃO, J.C.M. Choque entre direitos fundamentais Consenso ou controvérsia? Revista de Informação Legislativa, Brasília, v. 48, n. 189, p. 259-268, 2011. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/48/189/ril_v48_n189_p259.pdf. Acesso em 30 Ago. 2024.

BARROS, R. D., SILVA, L. A., & SOUZA, L. E. P. F. de .. (2024). Avaliação do impacto da implantação do novo sistema de informações da atenção primária à saúde nos registros de atendimentos e visitas domiciliares no Brasil. Cadernos De Saúde Pública, 40(1), e00081323.

BITTENCOURT S.D.A., CUNHA E.M., DOMINGUES R.M.S.M., DIAS et al. Nascer no Brasil: continuidade do cuidado na gestação e pós-parto à mulher e ao recém-nato. Rev Saude Publica. 2020;54:100.

BRASIL Ministério da Saúde (MS). Atenção ao pré-natal de baixo risco Brasília: MS;(2012). (Cadernos de Atenção Básica, 32).

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, (2013a). 114 p. : il.https://www.gov.br/mulheres/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas-1/arquivo33_pnpm.pdf Acesso em 30 Ago. 2024.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, (2013b). 300 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26) Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf Acesso em 30 Ago. 2024.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres - SPM, Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)

e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM), (2016). Disponível em <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf>. Acesso em 30 Ago. 2024.

BRASIL (2021a) a
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_certificacao_eliminao_trasmissoo_vertical_hiv_sifilis.pdf Acesso em 30 Ago. 2024.

BRASIL. (2021b) Mortalidade Infantil no Brasil. Boletim Epidemiológico 37. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Vol. 52. Brasília, out.2021

BRASIL. Boletim Epidemiológico de Sífilis Número Especial. Out. (2022a) Ano 6 – n1 Tiragem: 150 ISSN: 2358-9450 (2022) <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022>. Acesso em 30 Ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2022b). Portaria nº 715, de 4 de abril de 2022. Institui a Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 abr. 2022. Seção 1, p. 215-218.

BRASIL. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. (2024a) Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/sim/apresentacao/> Acesso em 30 Ago. 2024.

BRASIL. Histórico das ações. www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-utero/historico-das-acoas. (2024b) Acesso em 30 Ago. 2024.

BRASIL. Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos. 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/setembro/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos#:~:text=Garantido%20no%20artigo%20196%20da,para%20qualquer%20atendimento%20de%20sa%C3%BAde>. Acesso em 30 Ago. 2024c.

CAMPBELL J.C., GLASS N., SHARPS P.W., LAUGHON K., BLOOM T. Intimate partner homicide: review and implications of research and policy. *Trauma Violence Abuse*. 2007;8(3):246-69.

CARNEIRO, S. Enegrecer o Feminismo: A Situação da Mulher Negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. *Racismos contemporâneos*, 2003. Disponível em: <<https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2021/04/CARNEIRO-2013-Enegrecer-o-feminismo.pdf>>. Acesso em 30 Ago. 2024.

CAVALHIERI, F.B. Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa de um instrumento para mensuração de gravidez não planejada (London Measure of Unplanned Pregnancy). 2011. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

CAVENAGHI, S. (Organizadora). Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília : UNFPA/2006. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/indicadores.pdf> Acesso em 30 Ago. 2024.

CAVENAGHI, S. Fecundidade de jovens e acesso à saúde sexual e reprodutiva no Brasil: desigualdades territoriais. In: População, espaço e sustentabilidade (Capítulo 9). Org: Miguel Bruno. IBGE. 2015. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94508_cap9.pdf Acesso em 30 Ago. 2024.

CORRÊA, S; ALVES, J.E.D.; JANNUZZI, P.M. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, Suzana (org.). Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva. Rio de Janeiro: Abep, Brasília: Unfpa, 2006. Cap. 5. p. 27-62.

DINIZ C.S.G., CABRAL C.D.S.. Reproductive health and rights, and public policies in Brazil: revisiting challenges during covid-19 pandemics. *Glob Public Health*. 2022 Nov;17(11):3175-3188.

DOMINGUES R.M.S.M., SARACENI V., HARTZ Z.M.A., LEAL M.C. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública* 2013; 47:147-57.

ENGEL, C.L. A Violência contra a mulher. . [S.l.]: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2020. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10313>>. Acesso em 30 Ago. 2024.

FERREIRA M.E.S, COUTINHO R,Z,, QUEIROZ B.L. Morbimortalidade materna no Brasil e a urgência de um sistema nacional de vigilância do near miss materno. *Cadernos de Saúde Pública* 2023; 39(8):e00013923

FERREIRA, C.V.L. et al. Razão de mortalidade materna no Brasil entre 2019 e 2021: uma análise antes e após a pandemia. *Arq. ciências saúde UNIPAR*, p. 2960–2975, 2023.

FOZ, Grupo de; "Demografia, Estatística Social, Geografia de População e outras Abordagens do Estudo da População", p. 15 -32. In: Métodos Demográficos Uma Visão Desde os Países de Língua Portuguesa. São Paulo: Blucher, 2021. ISBN: 9786555500837. Acesso em 30 Ago. 2024.

FREITAS-JÚNIOR, R.A.O. Mortalidade materna evitável enquanto injustiça social. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 20, p. 607–614. 2020.

GARCIA, L.P.; FREITAS, L.R.S.; HOFELMANN, D.A. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2013, vol.22, n.3, pp.383-394. ISSN 1679-4974.

GERVASIO, M.G. Lei da Cesárea: sentidos produzidos na mídia e no cotidiano dos serviços de saúde. 2022. 189 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.6.2022.tde-23122022-135926>. Acesso em 30 Ago. 2024.

HERDT M.C.W., MAGAJEWSKI F.R.L., LINZMEYER A., TOMAZZONI R.R. et al Temporal trend of near miss and its regional variations in Brazil from 2010 to 2018. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2021; 43:97-106.

IARC - INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Cancer Today. Population fact sheets. Lyon: IARC; 2021. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations>.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Dados e números sobre câncer de colo do útero - Relatório anual 2023. Rio de Janeiro, 2023a. <https://antigo.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-utero/publicacoes>.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Dados e Números sobre Câncer de Mama - Relatório Anual 2023. Rio de Janeiro 2023b. <https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/dados-e-numeros-sobre-cancer-de-mama-relatorio-anual-2023>.

IPEA. 2018. Agenda 2030. ODS – Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável Proposta de adequação. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2018 IPEA. AGENDA 2030.

JINA, R. THOMAS, L.S. Health consequences of sexual violence against women. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. Volume 27, Issue 1. February 2013, Pages 15-26. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology

LEAL M.D.C., ESTEVES-PEREIRA A.P., NAKAMURA-PEREIRA M., et al. Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil BMJ Open 2017;7:e017789.

LEITE, F.M.C. et al. Análise da tendência da mortalidade feminina por agressão no Brasil, estados e regiões. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 9, p. 2971–2978, 2017.

LOPES, V.A.S., & RIBEIRO, J. M.. (2019). Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(9), 3431–3442. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.32592017>

MENEGHEL, S.N., CECCON, R.F., HESLER, L.Z., MARGARITES, A.F., et al. (2013). Femicídios: narrativas de crimes de gênero. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(46), 523–533. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000300003>

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Análises Situacionais de Saúde dos Territórios de Minas Gerais. (2023). Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/06_2023/2-jul-ago-set/regionalizacao/11-ASIS%20PRI.pdf. Acesso em 30 Ago. 2024.

MINAYO, M.C.S. Seis características das mortes violentas no Brasil. *Rev. bras. estud. popul*, v. 26, n. 1, p. 135–140, 2009.

MOTTA, C.T; MOREIRA, M.R. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021, v. 26, n. 10

NUNES, F.P. Análise acerca do evento e perfil das mulheres em idade reprodutiva que experienciaram violência letal e não letal de 2015 a 2019 no Brasil. <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/48880/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o-FI%C3%A1via%20Palma.pdf>. Dissertação Mestrado Cedeplar. Defendida em 2022. Acesso em 30 Ago. 2024.

OLIVEIRA, B.M.C.; KUBIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. *Saúde debate* ; 43(122): 939-948, jul.-set. 2019.

OLIVEIRA, C.F., BORTOLI, M.C. de ., SETTI, C., LUQUINE JUNIOR, C.D., & TOMA, T.S.. (2022). Apoio contínuo na assistência ao parto para redução das cirurgias cesarianas: síntese de evidências para políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(2), 427–439.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Global breast cancer initiative implementation framework: assessing, strengthening and scaling-up of services for the early detection and management of breast cancer. Executive summary. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240067134>

Organização das Nações Unidas. (2015). Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. <https://sdgs.un.org/2030agenda> Acesso em 30 Ago. 2024.

OSIS, M.J.M.D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 1998;14:S25–32. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>

PAHO 2015. 54.º CONSELHO DIRETOR 67.ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS Washington, D.C., EUA 28 de setembro a 2 de outubro de 2015 Tema 4.6 da agenda CD54/9, Rev. 2 30 de setembro de 2015 Original: inglês Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18386/CD549Rev2_por.pdf?sequence=9&isAllowed=y#:~:text=A%20viol%C3%Aancia%20contra%20a%20mulher,s%C3%A9rie%20de%20impactos%20negativos%20na. Acesso em 30 Ago. 2024.

PAHO - PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem and its associated goals and targets for the period 2020–2030. Geneva, 2020. <https://www.paho.org/en/documents/global-strategy-accelerate-elimination-cervical-cancer-public-health-problem-and-its>

PERPÉTUO, I.H.O; WONG, L.R; RIBEIRO, M.M. Os indicadores de saúde sexual e reprodutiva: estudo de casos de municípios selecionados. In: CAVENAGHI, Suzana (org.). *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva*. Rio de Janeiro: Abep, Brasília: Unfpa, 2006. Cap. 5. p. 188-256.

PINTO, I.V., VASCONCELOS, N.M. de ., CORASSA, R.B., NAGHAVI, M., MARINHO, F., & MALTA, D. C.. (2022). Mortality and years of life lost to death or disability by interpersonal violence against women in Brazil: Global Burden of Disease Study, 1990 and 2019. *Revista Da Sociedade Brasileira De Medicina Tropical*, 55, e0287–2021.

RAHAL R.M.S, ROCHA M.E., FREITAS-JUNIOR R., et al. Trends in the Incidence of Breast Cancer Following the Radiological Accident in Goiânia: A 25-Year Analysis. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2019;20(12):3811-3816. 2019.

REBOUÇAS, P., ALVES, F.J., FERREIRA, A., MARQUES, L., et al Avaliação da qualidade do Sistema Brasileiro de Informações sobre Mortalidade (SIM): uma scoping review. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2023/Out). Acesso em 30 Ago. 2024.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il.ISBN 978-85–87943–

65-1. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>
Acesso em 30 Ago. 2024.

RIVARA, F. et al. The Effects Of Violence On HealthHealth Affairs 2019 38:10, 1622-1629

RODRIGUEZ-VIGNOLI, J. e CAVENAGHI, S. (2014). Adolescent and youth fertility and social inequality in Latin America and the Caribbean: What role has education played? *Genus*, 70(1), 1-25.

ROSA D.D., BINES J., WERUTSKY G., et al. The impact of sociodemographic factors and health insurance coverage in the diagnosis and clinicopathological characteristics of breast cancer in Brazil: AMAZONA III study (GBECAM 0115). 2020

ROSITCH A.F., UNGER-SALDANA K., DEBOER R.J., NG'ANG'A A, WEINER B.J.. The role of dissemination and implementation science in global breast cancer control programs: Frameworks, methods, and examples. *Cancer*. 2020 May 15;126 Suppl 10:2394-2404. doi: 10.1002/cncr.32877. PMID: 32348574.

SANTOS M.O, LIMA F.C.S., MARTINS L.F.L., OLIVEIRA, J.F.P., et al. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. *Rev. Bras. Cancerol.* [Internet]. 6º de fevereiro de 2023 [citado 3º de setembro de 2023];69(1):e-213700.

SANTOS, R.C.S.; SOUZA, N.F. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. *Estação Científica: UNIFAP, Macapá*, v. 5, n. 1, p. 57-68, jun. 2015. Disponível em:
<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/%20article/%20view/1592/%20rafaelv5n1.pdf>.

SES-MG (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS) 2020. https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/06_2023/2-jul-ago-set/regionalizacao/1-PDR%202020.pdf Acesso em 30 Ago. 2024.

SES-MG (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS) Subsecretaria de Gestão Regional. *Indicador de Resolubilidade da Assistência Hospitalar Terciária e Secundária*. 1. ed. Belo Horizonte: SES-MG, 2021. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/06_2023/2-jul-ago-set/regionalizacao/6-Livro%20resolubilidade.pdf Acesso em 30 Ago. 2024.

SES-MG (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS) Subsecretaria de Gestão Regional. *Ajuste do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)*. (2024) Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/gestor/regionalizacao>. Acesso em 30 Ago. 2024.

SILVA, C.E.B., GUIDA, J.P.S., & Costa, M.L. (2023). Increased Cesarean Section Rates during the COVID-19 Pandemic: Looking for Reasons through the Robson Ten Group Classification System. *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetrícia*, 45(7), 371–376.

SILVA, J.R.T. Masculinidade e violência: formação da identidade masculina e compreensão da violência praticada pelo homem. 18o REDOR. Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife - PE, p. 2802–2817, 2014.

SIMON S.D., BINES J., WERUTSKY G., et al. Characteristics and prognosis of stage I-III breast cancer subtypes in Brazil: The AMAZONA retrospective cohort study. *Breast*. 2019;44:113-119

SOUZA J.P., et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008. WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC medicine*. 8 (71). 2010.

SULLY, E.A. et al. Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. New York: Guttmacher Institute; 2020. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019>. Acesso em 30 Ago. 2024.

ULIANA, M.D., MARIN, D.F.D., SILVA, M.B., GIUGLIANI, C., & ISER, B. P. M. (2022). Internações por aborto no Brasil, 2008-2018: estudo ecológico de série temporal. *Epidemiologia E Serviços De Saúde*, 31(1), e2021341.

USP. Dose Única da Vacina contra HPV pode ser a saída para aumentar a cobertura vacinal. 2024. <https://bvsms.saude.gov.br/dose-unica-da-vacina-contrahpv-pode-ser-saida-para-aumentar-a-cobertura-vacinal/>. Acesso em 30 Ago. 2024.

VILLA, L.L., RICHTMAN, R. HPV vaccination programs in LMIC: is it time to optimize schedules and recommendations? *Jornal de Pediatria*. Volume 99, Supplement 1, March–April 2023, Pages S57-S61

WHO. Adolescent pregnancy. Genebra, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>. Acesso em 30 Ago. 2024.

WONG, L.L.R. Evidences of further decline of fertility in Latina America – Reproductive behavior and some thoughts on the consequences on the age structure (2009). In: Demographic transformations and inequalities in Latin America. Suzana Cavenaghi (Org) Rio de Janeiro: ALAP, 2009. 368 p.

WONG. L.L.R., CARVALHO, J.A.M., BARRIOS, M.L., FERREIRA, V.C. Reconstitución de la población menor de cinco años mediante la ecuación compensadora: estimación de subcobertura y omisión en el Censo Demográfico brasileño de 2010. *Notas de Población* N° 109 Santiago, julio-diciembre de 2019 Año XLVI.

WORLD POPULATION REVIEW. Femicide Rates by Country 2024. Disponível em: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/femicide-rates-by-country>. Acesso em 30 Ago. 2024.

Agradecimentos

R.Z.C., A.B.G. e L.L.R.W. agradecem ao CNPq pelas bolsas de produtividade em pesquisa e pelo financiamento ao projeto [409964/2021-2, Saúde Sexual e Reprodutiva, Gênero e Conjugalidade em Minas Gerais em Tempos de Covid-19, Chamada CNPq/MCTI/FNDCT No 18/2021 - Faixa A - Grupos Emergentes]. F.G.S. e M.E.S.F agradecem à CAPES pelas bolsas de mestrado e doutorado, respectivamente.