

Tendências na qualidade da atenção à saúde da criança na primeira semana de vida na Atenção Primária no Brasil

Trends in the quality of child health care in the first week of life in primary care services in Brazil

María del Pilar Flores-Quispe (<https://orcid.org/0000-0003-1472-7350>)¹
Suele Manjourany Silva Duro (<https://orcid.org/0000-0001-5730-0811>)²
Luiz Augusto Facchini (<https://orcid.org/0000-0002-5746-5170>)^{1,3}
Nicole Borba Rios Barros (<https://orcid.org/0000-0002-0581-4914>)⁴
Elaine Tomasi (<https://orcid.org/0000-0001-7328-6044>)^{1,3}

Abstract *The aim of this study was to assess temporal trends in the quality of health care during the first-week child check-up in primary care services stratified by municipal, health team and maternal characteristics. We conducted a cross-sectional study using data from the three cycles of the National Program for the Improvement of Access and Quality (PMAQ) (2012, 2014 and 2018). Adult service users with children aged up to 2 were interviewed. The outcome was “good quality health care in the first week of life”. Descriptive and time trend analyses were performed using variance-weighted least squares regression. The frequency of good quality care during the first-week check-up was 47.9% (95%CI 46.6-49.3) in 2012, 52.5% (95%CI 51.3-53.7) in 2014 and 53.3% (95%CI 52.2-54.4) in 2018, with an annual increase of 0.73 pp ($p < 0.001$). The annual increase was greater in the Northeast (2.06 pp) and in municipalities with very low/low HDI (1.48 pp) and 100% family health strategy coverage (0.98 pp). Trends in the frequency of good quality health care during the first-week child check-up were favorable.*

Key words *Health care quality assessment, Primary Health Care, Trends, Child Health*

Resumo *O objetivo deste estudo foi avaliar a tendência temporal da qualidade da atenção à saúde da criança na consulta da primeira semana de vida no nível da Atenção Primária à Saúde, segundo características dos municípios, do processo de trabalho das equipes e das usuárias responsáveis pelas crianças. Foram realizadas análises transversais com dados dos três ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) (2012, 2014 e 2018). Usuárias adultas com filhos de até dois anos foram entrevistadas. O desfecho foi a “boa qualidade da atenção à saúde na primeira semana de vida”. Foram realizadas análises descritivas e de tendência temporal por meio de regressão de mínimos quadrados ponderados por variância. A frequência de boa qualidade na consulta da primeira semana de vida foi 47,9% (IC95% 46,6-49,3) em 2012, 52,5% (IC95% 51,3-53,7) em 2014 e 53,3% (IC95% 52,2-54,4) em 2018, com um aumento anual de 0,73 ponto percentual ($p < 0,001$). O aumento anual foi maior na região Nordeste (2,06 pp) e com IDH muito baixo/baixo (1,48 pp) e com 100% de cobertura de ESF (0,98 pp). Ao longo dos três ciclos do PMAQ-AB houve uma evolução favorável na frequência da boa qualidade na atenção à saúde na primeira semana de vida.*

Palavras-chave *Avaliação da qualidade do cuidado de saúde, Atenção Primária à Saúde, Tendências, Saúde da Criança*

¹ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Rua Marechal Deodoro 1160, Centro. 96020-220 Pelotas RS Brasil. mariadelpilarfloresq@hotmail.com

² Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, UFPel. Pelotas RS Brasil.

³ Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, UFPel. Pelotas RS Brasil.

⁴ Faculdade de Medicina, UFPel. Pelotas RS Brasil.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como o primeiro contato, contínuo, integral e coordenado dirigido a toda população¹ e reconhecida como componente central dos sistemas de saúde em países de baixa e média renda². A qualidade do cuidado em saúde pode ser definida como o grau em que os recursos ou serviços de saúde correspondem a padrões específicos³ e é um componente importante do direito à saúde, com dignidade e equidade para todos, em especial para mulheres e crianças⁴. Também pode se referir ao cumprimento de todas as ações previstas em documentos oficiais para cada condição de saúde⁵.

Para monitorar o progresso na saúde infantil, indicadores isolados de cobertura e situação de saúde – vacinação em dia, desnutrição, mortalidade infantil – têm sido utilizados, em detrimento da qualidade do cuidado, em parte pela dificuldade de definição e operacionalização⁶. A insuficiente qualidade do cuidado recebido por algumas mães e recém-nascidos pode contribuir para a baixa utilização dos serviços e para o aumento das taxas de morbidade e mortalidade⁷.

Estudo realizado no Kenya e Uganda mostrou que a melhoria da qualidade da atenção foi uma estratégia eficaz para diminuir taxas de mortalidade e morbidade relacionadas à prematuridade⁸. No Brasil, estudo concluiu que a qualidade da APS, medida através de variáveis do processo de trabalho das equipes, tinha um papel importante para a diminuição da mortalidade de menores de um ano⁹.

Harzheim *et al.*¹⁰ validou a versão brasileira do PCATool¹¹ para crianças, construído com base no modelo de Donabedian, que considera a qualidade da atenção à saúde composta por: i) estrutura (recursos materiais e humanos); ii) processo (atividades oferecidas pelos profissionais); e iii) resultado (efeito das ações ou procedimentos para o cuidado da saúde do indivíduo)¹². Estudos realizados no Brasil, no nível municipal, utilizando este instrumento, têm identificado que alguns atributos da APS ainda não têm atingido um nível satisfatório, podendo trazer consequências negativas para o cuidado e a saúde da criança¹³⁻¹⁶.

Estudos que registrem tendências temporais da qualidade da atenção à saúde da criança na APS no Brasil não foram encontrados, seja para o nível local, regional ou nacional. Além disso, identificou-se lacunas na abordagem de ações específicas para o recém-nascido na primei-

ra semana de vida. O presente estudo avaliou a tendência temporal da qualidade da atenção à saúde da criança na consulta da primeira semana de vida na APS, estratificando por características dos municípios, do processo de trabalho das equipes e das usuárias responsáveis pelas crianças no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

Métodos

Desenho do estudo e fonte de dados

Foram realizadas análises transversais com dados dos três ciclos do PMAQ-AB, desenvolvidos em 2012, 2014 e 2018. Cada ciclo compreendeu quatro fases: i) adesão e contratualização; ii) desenvolvimento; iii) avaliação externa; iv) recontratualização, e para o presente estudo foram usados os dados da avaliação externa, conduzida por Instituições de Ensino Superior (IES) sob a liderança do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS). Para estas análises foram utilizados o Módulo II - caracterização da organização dos serviços e o processo de trabalho das equipes, e o Módulo III - entrevista com usuários na UBS. A logística do estudo, assim como o instrumento, foi padronizada em todo o país e desenvolvida pelas IES sob a coordenação do DAB.

População do estudo

Foram entrevistados usuários com 18 anos ou mais que utilizaram os serviços da UBS nos 12 meses anteriores à entrevista e que aguardavam atendimento no dia da avaliação externa. Os entrevistadores selecionaram aleatoriamente estes usuários, sendo pelo menos quatro por equipe da ESF. No ciclo I foram incluídos 65.410 usuários e destes, 50.808 (77,7%) eram mulheres, pouco menos de 90% (45.560) delas estiveram grávidas alguma vez na vida e 8.777 (19,3%) tinham filhos de até dois anos de idade. No ciclo II foram 114.615 usuários entrevistados, 91.203 eram mulheres (79,6%), 82.935 (90,9%) estiveram grávidas alguma vez na vida, das quais 12.787 (15,4%) tinham filhos de até dois anos de idade. No ciclo III o número de usuários entrevistados foi 140.444, sendo 110.145 (78,4%) mulheres, das 21.110 (19,2%) eram mulheres que tinham ficado grávida nos últimos dois anos referentes ao dia da entrevista, das quais 14.276 (67,6%) tinham filhos de até dois anos de idade (Tabela 1).

Tabela 1. População do estudo. Usuários entrevistados na avaliação externa em cada ciclo. PMAQ, Brasil.

	Ciclo I (2012)	Ciclo II (2014)	Ciclo III (2018)
	N	N	N
Total de usuários ≥18 anos entrevistados	65.410	114.615	140.444
Usuários que eram mulheres	50.808	91.203	110.145
Mulheres que estiveram grávidas	45.560	82.935	21.110
Mulheres com filhos até dois anos de idade	8.777	12.787	14.276

Fonte: Autores.

Desfecho

O desfecho, “*boa qualidade da atenção à saúde na primeira semana de vida*”, foi obtido por meio de um escore composto por seis perguntas: i) “A criança foi pesada?”; ii) “A criança foi medida?”; iii) “Foi colocada para mamar?”; iv) “A criança teve o umbigo examinado?”; v) “Foi conversado sobre a melhor posição para a criança dormir?”; e vi) “Foi realizado teste do pezinho na criança?”. A cada resposta negativa foi atribuído o valor 0 (zero) e afirmativa, o valor 1 (um). O desfecho foi operacionalizado de forma dicotômica, considerando boa qualidade da atenção na primeira semana de vida quem respondeu afirmativamente a todas as seis perguntas.

Exposições

Características do município: região (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), porte populacional estimado para 2014 (até 10.000; 10.001-30.000; 30.001-100.000; 100.001-300.000; mais de 300.000 hab.), Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M 2010), de acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, (Muito baixo/baixo: ≤0,599; Médio: 0,600-0,699; Alto: 0,700-0,799; Muito alto: 0,800-1,000) e cobertura populacional da ESF no ano de 2014 (até 50%; 50,1 a 75,0%; 75,1 a 99,9%; 100%).

Características da equipe: 1) ações para garantir consulta de puerpério – a equipe realizou, até 10 dias após o parto, pelo menos duas das três seguintes ações: visita do ACS para captação da mulher, visita domiciliar de algum membro da equipe, consulta em horário especial em qualquer dia da semana (sim, não); 2) busca ativa de todas as crianças prematuras, baixo peso, consulta de puericultura atrasada e calendário vacinal atrasado (sim, não); 3) registro do acompanhamento das crianças do território para todos os seguintes indicadores: vacinação em dia, cresci-

mento e desenvolvimento, estado nutricional e teste do pezinho (sim, não).

Características da usuária: relato de visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na primeira semana após o parto (sim, não) e relato de consulta de puerpério (sim, não).

Análise estatística

Análise descritiva e de tendência. Foram descritas as características dos municípios, das equipes e das usuárias através de frequências absolutas e relativas, e analisada tendência temporal das frequências de boa qualidade da atenção ao longo dos ciclos do PMAQ por meio de regressão de mínimos quadrados ponderados por variância, o que permite verificar mudanças médias anuais considerando diferentes intervalos de tempo. Para todas as análises adotou-se um nível de significância de 5%. O ano da pesquisa foi usado como variável independente nestas análises e mudanças absolutas anuais foram expressas em pontos percentuais. As análises foram realizadas utilizando o *software* Stata (StataCorp. 2015. Stata Statistical Software: Release 15. College Station, TX: StataCorp LP).

Aspectos éticos

Os estudos foram submetidos e aprovados por Comitês de Ética em Pesquisa (CEP). No Ciclo I foi submetido à Universidade Federal de Pelotas, parecer 38/2012; no Ciclo II foi submetido ao CEP da Universidade Federal de Goiás, parecer 487055; no ciclo III, foi submetido ao CEP da Universidade Federal de Pelotas, parecer 2.453.320. Todos os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente informados sobre o tema da pesquisa, a garantia do sigilo e da confidencialidade das informações prestadas e sobre o direito de recusar a participar a qualquer momento do estudo.

Resultados

Das usuárias que referiram que tinham filho até dois anos de idade, em 2012, 5.636 (64,2%) referiram ter feito a consulta da criança na primeira semana de vida, em 2014 foram 7.151 (55,9%) e em 2018 foram 8.888 (62,3%).

Mais de dois terços das entrevistadas residiam nas regiões Sudeste e Nordeste – 78% em 2012, 73% em 2014 e 72% em 2018. Cerca da metade eram residentes de municípios entre 10.001 e 100.000 habitantes, 50% em 2012, 52% em 2014, e 53% em 2018. Nos três ciclos, a maior proporção das usuárias residia em municípios com IDH alto (40%, 40% e 39%, respectivamente). Cerca de um terço (31%) das usuárias residia em municípios com até 50% de cobertura da ESF em 2012, já em 2014 e 2018, a maior proporção delas morava em municípios com 100% de cobertura (43% e 45%, respectivamente).

A frequência de oferta de ações por parte das equipes para garantir a consulta de puerpério foi observada em 75% das usuárias em 2012, 77% em 2014, e 78% em 2018. A busca ativa de crianças teve uma frequência de 68% no primeiro ciclo, diminuindo para 57% no segundo ciclo, aumentando para 90% no terceiro. Sobre as equipes realizarem registro do acompanhamento das crianças, observou-se frequências de 71%, 80% e 92% em 2012, 2014 e 2018, respectivamente. O relato de recebimento de visita domiciliar do ACS na primeira semana após o parto foi de 71% em 2012, 72% em 2014, e 67% em 2018, e o relato de ter realizado a consulta de puerpério foi de 66% em 2012 e em 2014 e 76% em 2018 (Tabela 2).

A aferição do peso e comprimento foram os procedimentos mais realizados nos três ciclos, chegando a 94% em 2012, e os menos realizados foram ter colocado a criança para mamar e a usuária ter recebido aconselhamento sobre a melhor posição para o bebê dormir, com proporções entre 72% e 76%. Em relação à mudança anual observou-se que a realização do teste do pezinho até os sete dias de vida teve a maior mudança com 0,69 ponto percentual ($p<0,001$), seguido por a criança ter sido colocada para mamar durante a consulta, com aumento anual de 0,56 ponto percentual ($p<0,001$), e o umbigo ter sido examinado, com 0,30 ponto percentual ($p<0,001$). A aferição do comprimento teve a menor mudança anual com 0,19 ponto percentual ($p=0,018$). Na aferição do peso, houve uma diminuição nas frequências no período, expressa na mudança anual de -0,17 ponto percentual por ano ($p=0,043$). A orientação sobre a melhor posição para dormir

não apresentou variação significativa ($p=0,831$) (Tabela 3).

A frequência de boa qualidade da atenção à saúde na consulta da primeira semana de vida na APS foi 47,9% (IC95% 46,6-49,3) em 2012, 52,5% (IC95% 51,3-53,7) em 2014, e 53,3% (IC95% 52,2-54,4) em 2018, observando-se um aumento anual de 0,73 ponto percentual ($p<0,001$) (Tabela 3).

A região Nordeste teve o maior aumento na frequência da boa qualidade da atenção de 2012 para 2018, sendo este aumento, em média, de 2,06 pontos percentuais por ano ($p<0,001$), seguido pelas regiões Centro-Oeste e Norte com uma mudança anual de 1,54 ($p=0,002$) e 1,28 ($p=0,022$) ponto percentual, respectivamente. Municípios entre 30.001 e 100.000 habitantes apresentaram a maior mudança anual com 1,12 ponto percentual ($p<0,001$). Municípios com até 10.000 habitantes e aqueles com mais de 300.000 não apresentaram mudança significativa na boa qualidade da atenção entre os ciclos (Tabela 4). Os municípios com IDH muito baixo/baixo e médio apresentaram mudanças anuais significativas, de 1,48 e 1,24 p.p. respectivamente ($p<0,001$). Os municípios com 100% de cobertura de ESF tiveram maior mudança anual com 0,98 ponto percentual ($p<0,001$) (Tabela 4).

Quando as equipes ofereciam pelo menos duas ações para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto, a frequência de boa qualidade foi maior de 50% nos três ciclos, não tendo sido observado aumento significativo ao longo do período ($p=0,230$). A frequência de boa qualidade, quando as equipes realizavam busca ativa das crianças aumentou, em média, 0,68 ponto percentual por ano ($p<0,001$). No caso de as equipes terem registro do acompanhamento das crianças, a proporção de atenção de boa qualidade foi ao redor de 53% em 2014 e 2018, tendo sido observado um aumento anual de 0,69 ponto percentual ($p<0,001$) (Tabela 4).

Quando as mães referiram ter recebido a visita domiciliar do ACS na primeira semana após o parto nos três ciclos, observou-se aumento anual de 0,44 ponto percentual ($p=0,026$). Também entre as usuárias que realizaram a consulta de puerpério houve aumento médio de 0,44 ponto percentual por ano ($p=0,007$) (Tabela 4).

Discussão

Ao longo dos ciclos do PMAQ, houve um aumento da boa qualidade da atenção durante a consulta na primeira semana de vida, apesar de que so-

Tabela 2. Distribuição das crianças com atenção à saúde na primeira semana de vida na rede básica segundo características dos municípios, equipes e usuárias para cada ciclo. PMAQ, Brasil.

Variável	Ciclo I		Ciclo II		Ciclo III	
	N	%	N	%	N	%
Brasil	5.636		7.151		8.888	
Características do município						
Região						
Norte	220	4,0	466	6,5	782	8,8
Nordeste	1.450	26,3	2.448	34,2	3.211	36,1
Sudeste	2.844	51,5	2.790	39,1	3.215	36,2
Sul	573	10,4	882	12,3	1.032	11,6
Centro-Oeste	429	7,8	565	7,9	648	7,3
Porte Populacional						
Até 10.000	814	14,8	958	13,6	1.029	11,6
10.001 a 30.000	1.542	27,9	1.954	27,7	2.428	27,3
30.001 a 100.000	1.200	21,7	1.711	24,3	2.264	25,5
100.001 a 300.000	704	12,8	954	13,5	1.168	13,1
Mais de 300.000	1.256	22,8	1.469	20,9	1.999	22,5
IDH						
Muito baixo/baixo	369	6,7	281	15,8	1.695	19,0
Médio	1.236	22,4	2.463	35,0	2.893	32,6
Alto	2.218	40,2	2.786	39,5	3.433	38,6
Muito alto	1.693	30,7	683	9,7	867	9,8
Cobertura de Saúde da Família %						
Até 50	1.699	30,8	1.363	19,3	1.406	15,8
50,1 a 75,0	1.331	24,1	1.230	17,5	1.734	19,5
75,1 a 99,9	1.075	19,5	1.428	20,3	1.776	20,0
100	1.411	25,6	3.025	42,9	3.972	44,7
Características da equipe						
Ações para garantir consulta de puerpério						
Não	519	25,0	1.437	22,6	1.832	21,8
Sim	1.560	75,0	4.919	77,4	6.557	78,2
Busca ativa de crianças						
Não	1.781	32,2	3.053	43,3	919	10,4
Sim	3.752	67,8	3.933	56,7	7.955	89,6
Registro do acompanhamento de crianças						
Não	1.587	28,7	1.418	20,1	696	7,8
Sim	3.946	71,3	5.628	79,9	8.178	92,2
Características da usuária						
Recebeu visita do ACS						
Não	621	29,2	1.945	27,6	2.779	32,7
Sim	1.507	70,8	5.101	72,4	5.715	67,3
Fez consulta de puerpério						
Não	1.877	33,6	2.354	33,6	2.019	23,7
Sim	3.718	66,4	4.654	66,4	6.492	76,3

Fonte: Autores.

mente metade das crianças tenham recebido essa boa qualidade. Aumentos significativos foram observados na região Nordeste, em municípios de 30.001 a 100.000 habitantes, com IDH muito baixo/baixo e médio, e com 100% de cobertura da

ESF. Foi observado um aumento ao longo do período quando as equipes realizavam a busca ativa e o registro adequado do acompanhamento das crianças e a usuária recebeu visita domiciliar do ACS e havia realizado a consulta de puerpério.

Tabela 3. Frequência e evolução das orientações e procedimentos recebidos sobre o cuidado da criança na consulta na primeira semana de vida. PMAQ, Brasil.

Variável	Ciclo I	Ciclo II	Ciclo III	Mudança anual*	P-valor#
	%	%	%		
Peso aferido	88,3	94,3	90,1	-0,17	0,043
Comprimento aferido	88,3	94,0	91,9	0,19	0,018
Colocada para mamar	71,5	75,5	75,8	0,56	<0,001
Umbigo examinado	88,9	89,9	90,8	0,30	<0,001
Melhor posição para dormir	72,4	71,7	72,0	-0,03	0,831
Teste do pezinho até sete dias	90,2	91,1	94,2	0,69	<0,001
Boa qualidade da atenção	47,9	52,5	53,3	0,73	<0,001

*Média da mudança anual absoluta em pontos percentuais na frequência da boa qualidade. #Regressão de mínimos quadrados ponderados por variância.

Fonte: Autores.

Tabela 4. Frequência e evolução da boa qualidade na atenção à saúde da criança na primeira semana de vida segundo características dos municípios, equipes e usuárias. PMAQ, Brasil.

Variável	Ciclo I	Ciclo II	Ciclo III	Mudança anual*	P-valor#
	%	%	%		
Brasil	47,9	52,5	53,3	0,73	<0,001
Características do município					
Região					
Norte	42,2	49,5	52,3	1,28	0,022
Nordeste	44,3	50,6	57,6	2,06	<0,001
Sudeste	51,3	55,9	50,1	-0,39	0,072
Sul	44,5	51,1	50,0	0,59	0,161
Centro-Oeste	44,3	48,2	53,8	1,54	0,002
Porte Populacional					
Até 10.000	50,6	53,8	53,8	0,44	0,261
10.001 a 30.000	48,4	53,3	54,2	0,79	0,003
30.001 a 100.000	46,7	52,8	54,8	1,12	<0,001
100.001 a 300.000	45,3	50,4	52,9	1,11	0,004
Mais de 300.000	48,2	52,3	50,4	0,19	0,520
IDH					
Muito baixo/baixo	44,0	50,4	55,0	1,48	<0,001
Médio	46,6	53,4	56,0	1,24	<0,001
Alto	48,1	52,3	51,0	0,31	0,170
Muito alto	49,3	55,2	49,7	0,07	0,849
Cobertura de saúde da Família %					
Até 50	48,1	52,5	50,9	0,38	0,216
50,1 a 75,0	47,3	51,6	50,6	0,42	0,169
75,1 a 99,9	47,8	51,4	52,0	0,56	0,072
100	48,3	53,7	55,9	0,98	<0,001
Características da equipe					
Busca ativa de crianças	48,2	54,3	53,8	0,68	<0,001
Registro do acompanhamento de crianças	48,0	53,3	53,6	0,69	<0,001
Características da usuária					
Teve visita do ACS	55,2	57,2	58,5	0,44	0,026
Fez consulta de puerpério	52,6	57,9	56,7	0,44	0,007

*Média da mudança anual absoluta em pontos percentuais na frequência da boa qualidade. #Regressão de mínimos quadrados ponderados por variância.

Fonte: Autores.

Uma das maiores mudanças observadas foi a realização do teste do pezinho até os sete dias de vida, conforme preconizado pelo MS^{17,18}. No entanto, evidências demonstram frequências mais baixas (entre 60% e 84%) para a realização do exame na primeira semana de vida^{19,20}.

Embora a ação da criança ter sido colocada para mamar durante a consulta tenha experimentado uma melhora significativa, ainda se manteve inferior a 80% em 2018. A amamentação, mesmo sendo um ato natural, também é um comportamento aprendido²¹. A técnica adequada, que inclui o posicionamento da criança e a pega/sucção do bebê, é importante para o sucesso da amamentação²² e cabe aos profissionais da saúde orientar o mais precocemente possível^{23,24}. Alves *et al.*²⁵ observaram que somente 63% das mães de crianças menores de seis meses referiram o recebimento de orientação sobre a pega/posição para amamentação em serviços de APS²⁵.

Apesar do MS preconizar a orientação da posição supina para o bebê dormir¹⁷, esta recomendação ainda não está sendo transmitida para as mães de forma universal. A probabilidade de o bebê dormir em posição supina aumentou 43% e 49% entre mães que receberam orientação por médico ou outro profissional da saúde, respectivamente²⁶. Entretanto, outro estudo evidenciou que apenas 20% das mães entrevistadas sabiam a posição correta para o bebê dormir, e somente 29% delas referiram que tinham recebido esta informação de médicos²⁷.

Nosso indicador de qualidade da atenção, obtido por meio de um escore de completude de ações preconizadas pelo MS, voltadas para a primeira semana de vida e referidas pelas mães, permitiu evidenciar a evolução favorável desta qualidade no âmbito da atenção básica. Esta melhoria pode ter sido resultado de um conjunto de ações direcionadas, ao longo dos três ciclos do PMAQ, notadamente para a estrutura dos serviços e a qualificação das equipes. Em países de baixa e média renda, a combinação de múltiplas intervenções como incentivos financeiros, educação permanente, uso de guias e normas, auditorias e *feedback*, além de intervenções para melhorar a organização do trabalho, tem contribuído para a melhoria da qualidade na assistência à saúde materno-infantil²⁸.

O presente estudo registrou melhor evolução e maiores frequências para o Nordeste, que já teve destaque em estudos anteriores por ter uma melhor qualidade na atenção dos serviços de saúde da criança²⁹⁻³². Acredita-se que tais melhorias possam continuar a impactar os indicadores de

saúde materno-infantil^{33,34} e, também, melhorar a infraestrutura e qualificação do processo de trabalho de seus serviços e equipes de saúde³⁵⁻³⁸. Outro fator a ser destacado é a sinergia de efeitos benéficos de iniciativas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a Estratégia da Saúde da Família (ESF), o Programa Bolsa Família e o Programa Mais Médicos (PMMB).

Ainda não há consenso sobre associações entre porte dos municípios e o comportamento de indicadores de saúde na APS. Enquanto alguns estudos mostraram que em municípios de grande porte a organização da equipe, estrutura e processo de trabalho era adequada para a atenção de usuários³⁹⁻⁴¹, outros encontraram melhor qualidade de indicadores em municípios de menor porte^{30,32,39,42} e outros ainda em municípios com porte populacional intermediário^{34,43}. Nosso estudo observou que a evolução da boa qualidade foi maior em municípios de 30.001 a 100.000 habitantes. Resultados semelhantes foram relatados por Vieira-Meyer *et al.*⁴⁴, com dados dos dois primeiros ciclos do PMAQ no Ceará, registrando que indicadores de promoção da saúde, saúde na escola, planejamento, acolhimento e qualidade geral do processo de trabalho tiveram melhores resultados em municípios de 50 mil a 100 mil habitantes⁴⁴. Por um lado, municípios maiores teriam melhor estrutura nos serviços, seus profissionais de saúde teriam mais acesso a atividades de formação e capacitação, os usuários teriam mais acesso e opções de utilização de serviços. Entretanto, municípios menores, com maiores coberturas de AB ou ESE, oportunizariam um contato mais próximo com a população, tendo efeito sobre a qualidade do cuidado.

O IDH-M foi utilizado como *proxy* da condição socioeconômica dos municípios, pois combina indicadores de saúde, educação e renda. Nossos achados mostraram que em 2012 a frequência de boa qualidade foi maior em municípios com IDH-M muito alto, mas em 2018 municípios com IDH-M muito baixo/baixo e médio tiveram as maiores frequências. Comportamento semelhante foi relatado por Kovacs *et al.*⁴⁵ ao estudar o desempenho das equipes de APS, tendo observado que o escore de desempenho era melhor em áreas censitárias com maiores médias de renda, mas em 2018 foi observado o inverso, e ainda estas tiveram maior aumento no escore ao longo do tempo⁴⁵.

Estudos com dados dos ciclos I e II do PMAQ sobre qualidade da atenção ao pré-natal^{32,42}, saúde da mulher⁴¹ e cuidado dos usuários com diabetes⁴⁰, também mostraram maiores frequências

dos indicadores de qualidade em municípios com IDH alto. Já um estudo sobre saúde bucal com dados do DATASUS do ano de 2008 a 2015 apontou que municípios com baixo IDH apresentaram os maiores incrementos anuais da cobertura de saúde bucal⁴⁶. Os mesmos fatores apontados anteriormente para o porte se aplicariam aqui; municípios com maior IDH teriam melhores características em sua rede de saúde e os com menor IDH se beneficiariam das vantagens dos pequenos municípios.

A ESF teve grandes avanços na ampliação de sua cobertura no Brasil, chegando a mais de 60% em 2016, com destaque para a região Nordeste^{38,47}. Nossos achados evidenciaram que a proporção de municípios com 100% de cobertura da ESF aumentou de 26% em 2012 para 45% em 2018 e a mudança anual da boa qualidade foi maior nestes municípios. Estudos mostram que as taxas de internações por condições sensíveis à APS em crianças menores de cinco anos diminuíram em municípios da região Nordeste, onde a cobertura da ESF estava consolidada^{48,49}. Geralmente municípios com médio ou pequeno porte são os que conseguem ter uma maior cobertura da ESF, e parte apresentam características econômicas deficitárias, além de estarem mais localizados nas regiões Norte e Nordeste. Em municípios com alta cobertura da ESF e alta cobertura do Programa Bolsa Família, as taxas de mortalidade infantil pós-neonatal tendem a ser menores³³, evidenciando que para a melhoria de indicadores de saúde da criança também são necessárias políticas públicas que atuem em sinergia com a ESF e possam ter ainda um maior efeito na saúde infantil. Apesar das evidências do efeito positivo da ESF sobre indicadores de saúde infantil, as equipes apresentam limitações na prática profissional, como a incompletude da oferta de ações e de cuidados de saúde preconizados em diretrizes e protocolos⁵.

No âmbito da vigilância à saúde, a busca ativa tem a finalidade de acessar o território do usuário e estabelecer ou recuperar vínculos terapêuticos⁵⁰, sendo uma tarefa atribuída a todos os profissionais da ESF de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica⁵¹. No entanto, seu cumprimento ainda não é satisfatório, sobretudo em unidades básicas tradicionais. O registro adequado da população-alvo é uma ação essencial para o sucesso da busca ativa, e precisa aumentar sua realização a fim de apoiar a melhoria da cobertura desta ação. Composto o escopo da integralidade da atenção, nossos resultados revelaram não apenas um crescimento na proporção de equipes que realizavam busca ativa das crian-

ças ao longo dos ciclos, mas uma forte associação com a qualidade da atenção, da mesma forma que o registro adequado, o que corrobora o efeito benéfico destas ações.

O relato de recebimento de visita domiciliar do ACS e da realização de consulta de puerpério, aqui considerados como *proxy* do processo de trabalho das equipes, podem indicar um vínculo mais estreito destas usuárias com o serviço de saúde. Este vínculo afetaria positivamente a percepção das mães sobre os cuidados recebidos, o que explicaria a relação observada entre estas variáveis e a qualidade da atenção na primeira semana de vida^{52,53}.

A visita domiciliar, quando realizada após o parto, pode aumentar a sobrevivência neonatal⁵⁴, sendo uma atividade atribuída à equipe de APS para fortalecer o vínculo entre o neonato e a UBS¹⁸.

Estudo realizado nas regiões Norte e Nordeste registrou que a visita do ACS ou outro profissional da saúde durante a primeira semana de vida foi pouco frequente, com frequência de 57%¹⁸. Em nosso estudo, essa proporção ficou em torno de 70%, o que deveria aumentar, dado que as equipes incluídas na avaliação externa do PMAQ eram quase que totalmente vinculadas à ESF. Esta realidade pode ter sido agravada com a edição de 2017 da PNAB, que admite a redução do número de ACS nas equipes de SF. Nossos achados já observaram uma leve queda na ocorrência destas visitas, passando de 71% em 2012 para 67% em 2018, quando os efeitos da nova PNAB ainda poderiam ser considerados discretos. Apesar de a visita domiciliar ser reconhecida como atividade principal do ACS, as equipes de saúde tendem a atribuir a eles outras funções, incluindo atividades administrativas³⁶. A APS é fundamental para reduzir a morbimortalidade materno-infantil⁵⁵, tendo um papel efetivo na melhoria da saúde neonatal através de intervenções e fornecendo suporte às mães grávidas e puérperas⁵⁶. Observou-se que a proporção de usuárias que realizaram consulta de puerpério na UBS aumentou de 2012 a 2018 e, além disso, houve um aumento significativo da boa qualidade da atenção à saúde na primeira semana de vida quando as mães realizaram esta consulta.

Uma das limitações do estudo é o possível viés de seleção, já que a adesão das equipes foi voluntária. No ciclo I, supõe-se que apenas as melhores equipes foram incluídas. Nos ciclos seguintes, o total de equipes aproximou-se de 100%. Esta limitação pode ter resultado na superestimação do desfecho para o primeiro ciclo, e

a sua evolução poderia ter sido ainda mais marcante. Também os usuários entrevistados eram diferentes em cada ciclo, o que poderia afetar a interpretação mais precisa da evolução dos indicadores. No entanto, a análise do perfil socio-demográfico das mães nos três ciclos não sugere diferenças significativas. O viés de recordatório também poderia afetar os resultados dado que as mães entrevistadas poderiam não lembrar todas as recomendações recebidas durante a consulta da primeira semana de vida de seus filhos. Quando o desfecho foi estratificado de acordo com a idade da criança, não foram observadas diferenças significativas, o que minimiza a possibilidade deste viés. Outra limitação pode ser atribuída ao conjunto restrito de perguntas para definir a qualidade da atenção na primeira semana de vida, mas os itens considerados estão preconizados em documentos e relatórios da OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e em

documentos do MS. Um ponto forte do estudo é o tamanho amostral e sua distribuição no território nacional, decorrente da inclusão de 42% das equipes da ESF no país em 2012 (ciclo I), 73% em 2014 (ciclo II) e 92% em 2018 (ciclo III).

Conclusões

A boa qualidade da consulta na primeira semana de vida, aqui tomada pela completude das ações disponíveis no instrumento do PMAQ, é de vital importância para garantir melhor oportunidade de acompanhamento do desenvolvimento das crianças e sua sobrevivência, como preconizado pelo MS. Fortalecer o processo de trabalho das equipes, via educação permanente e proporcionar estrutura adequada nas UBS deveria ser prioridade na concepção e formulação das políticas públicas de saúde materno-infantil.

Colaboradores

Todos os autores participaram da preparação do manuscrito e aprovaram sua versão final para submissão. MP Flores-Quispe e E Tomasi conceberam a questão de pesquisa. MP Flores-Quispe, E Tomasi e SMS Duro conduziram as análises e interpretação dos dados. MP Flores-Quispe, E Tomasi, SMS Duro, LA Facchini e NR Barros conduziram a escrita do manuscrito.

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. Número do processo do apoio financeiro do MS 25000.119660/2013-17.

Referências

- Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344(8930):1129-1133.
- Bitton A, Ratcliffe HL, Veillard JH, Kress DH, Barkley S, Kimball M, Secci F, Wong E, Basu L, Taylor C, Bayona J, Wang H, Lagomarsino G, Hirschhorn LR. Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries. *J Gen Intern Med* 2017; 32(5):566-571.
- Roemer MI, Montoya-Aguilar C. Quality assessment and assurance in primary health care. *WHO Offset Publ* 1988; 105:1-78.
- World Health Organization (WHO). United Nations Children's Fund (UNICEF). 2018 progress report: reaching every newborn national 2020 milestones. Geneva: WHO; 2018.
- Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saude Debate* 2018; 42(1):208-223.
- Van den Broek NR, Graham WJ. Quality of care for maternal and newborn health: the neglected agenda. *BJOG* 2009; 116(Supl. 1):18-21.
- Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, Sankar MJ, Blencowe H, Rizvi A, Chou VB, Walker N. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet* 2014; 384(9940):347-370.
- Walker D, Otieno P, Butrick E, Namazzi G, Achola K, Merai R, Otare C, Mubiri P, Ghosh R, Santos N, Miller L, Sloan NL, Waiswa P; Preterm Birth Initiative Kenya and Uganda Implementation Research Collaborative. Effect of a quality improvement package for intrapartum and immediate newborn care on fresh stillbirth and neonatal mortality among preterm and low-birthweight babies in Kenya and Uganda: a cluster-randomised facility-based trial. *Lancet Glob Health* 2020; 8(8):e1061-e1070.
- Vieira-Meyer APGF, Dias MSA, Vasconcelos MIO, Rouberte ESC, Almeida AMB, Pinheiro TXA, Saintrain MVL, Machado MFAS, Dufault S, Reynolds SA, Fernald L. What is the relative impact of primary health care quality and conditional cash transfer program in child mortality? *Can J Public Health* 2019; 110(6):756-767.
- Harzheim E, Strafield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1649-1659.
- Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics* 2000; 105(4 Pt. 2):998-1003.
- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260:1743-1748.
- Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev Bras Saude Materno Infantil* 2011; 11(3):323-334.
- Ferreira TLS, Souza, AMG, Medeiros JSS, Andrade FB. Avaliação do atributo coordenação do cuidado em serviços de puericultura na atenção primária à saúde. *Rev Cien Plural* 2017; 3(1):98-107.
- Araujo JP, Viera CS, Oliveira BRG, Gaiva MA, Rodrigues RM. Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children. *Rev Bras Enferm* 2018; 71(Supl. 3):1366-1372.
- Samelli AG, Oliver FC, Almeida MHM, Molini-Avejonas DR, Rondon-Melo S, Tomazelli GA. Avaliação do cuidado ao bebê de risco: comparação de modelos de atenção primária à saúde. *Rev Saude Publica* 2019; 53:98.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Cadernos de Atenção Básica N° 33 Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento*. Brasília: MS; 2012.
- Pinheiro JMF, Tinoco LS, Rocha ASS, Rodrigues MP, Lyra CO, Ferreira MAF. Atenção à criança no período neonatal: avaliação do pacto de redução da mortalidade neonatal no Rio Grande do Norte, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(1):243-252.
- Bittencourt SDA, Cunha EM, Domingues RMSM, Dias BAS, Dias MAB, Torres JA, Leal MC. Nascer no Brasil: continuidade do cuidado na gestação e pós-parto à mulher e ao recém-nato. *Rev Saude Publica* 2020; 54:100.
- Gubert FA, Barbosa Filho VC, Quieroz RCS, Martins MC, Alves RS, Rolim ILTP, Lopes MSV, Vieira-Meyer APGF. Qualidade da Atenção Primária à Saúde infantil em estados da região Nordeste. *Cien Saude Colet* 2021; 26(5):1757-1766.
- World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva: WHO; 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Caderno de Atenção Básica N° 23*. Brasília: MS; 2009.
- Levinienė G, Petrauskienė A, Tamulevičienė E, Kudzyte J, Labanauskas L. The evaluation of knowledge and activities of primary health care professionals in promoting breast-feeding. *Medicina (Kaunas)* 2009; 45(3):238-247.
- Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta ZA. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC Public Health* 2013; 13(Supl. 3):S20.
- Alves JS, Oliveira MIC, Rito RVVF. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. *Cien Saude Colet* 2018; 23(4):1077-1088.
- Silva BGC, Silveira ME, Oliveira PD, Domingues MR, Neumann NA, Barros FC, Bertoldi AD. Prevalence and associated factors of supine sleep position in 3-month-old infants: findings from the 2015 Pelotas (Brazil) Birth Cohort. *BMC Pediatrics* 2019; 19:165.

27. Cesar JA, Cunha CF, Sutil AT, Santos GB. Opinião das mães sobre a posição do bebê dormir após campanha nacional: estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. *Rev Bras Saude Materno Infantil* 2013; 13:329-333.
28. Althabe F, Bergel E, Cafferata ML, Gibbons L, Ciapponi A, Alemán A, Colantonio L, Palacios AR. Strategies for improving the quality of health care in maternal and child health in low- and middle-income countries: an overview of systematic reviews. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2008; 22(Supl. 1):42-60.
29. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):669-681.
30. Santos ASD, Duro SMS, Cade NV, Facchini LA, Tomasi E. Quality of infant care in primary health services in Southern and Northeastern Brazil. *Rev Saude Publica* 2018; 52:11.
31. França GV, Restrepo-Méndez MC, Maia MF, Victora CG, Barros AJ. Coverage and equity in reproductive and maternal health interventions in Brazil: impressive progress following the implementation of the Unified Health System. *Int J Equity Health* 2016; 15(1):149.
32. Tomasi E, Fernandes PA, Fischer T, Siqueira FC, Silveira DS, Thumé E, Duro SM, Saes MO, Nunes BP, Fassa AG, Facchini LA. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saude Publica* 2017; 33(3):e00195815.
33. Guanais FC. The combined effects of the expansion of primary health care and conditional cash transfers on infant mortality in Brazil, 1998-2010. *Am J Public Health* 2013; 103(11):2000-2006.
34. Facchini LA, Florencio ASR, Nunes BP, Silva MRM, Rosales C, Alfaro G, Rocha TAH, Molina J. Contribuições do Programa Mais Médicos ao desempenho de equipes de Saúde da Família na atenção à hipertensão e ao diabetes no Brasil, 2012 a 2015. *Rev Panam Salud Publica* 2020; 44:e63.
35. Giovanella L, Mendonça MHM, Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A, Lima JG, Seidl H, Franco CM, Fusaro ER, Almeida SZF. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2697-2708.
36. Brito RS, Ferreira NEMS, Santos DLA. Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. *Saude Transform Soc* 2014; 5(1):16-21.
37. Dourado I, Medina MG, Aquino R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *Int J Equity Health* 2016; 15(1):151.
38. Viacava F, Bellido JG. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Cien Saude Colet* 2016; 21(2):351-370.
39. Neves RG, Duro SMS, Muñoz J, Castro TR, Facchini LA, Tomasi E. Structure of primary healthcare units for treating persons with diabetes: Cycles I and II of the Brazilian National Program to Improve Access and Quality. *Cad Saude Publica* 2018; 34(4):e00072317.
40. Tomasi E, Cesar MA, Neves RG, Schmidt PR, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FC, Nunes BP, Fassa AG, Saes MO, Duro SM, Volz PM, Facchini LA. Diabetes Care in Brazil: Program to Improve Primary Care Access and Quality-PMAQ. *J Ambul Care Manage* 2017; 40(Supl. 2):S12-S23.
41. Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Duro SMS, Saes MO, Nunes BP, Fassa AG, Facchini LA. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ. *Rev Bras Saude Materno Infantil* 2015; 15(2):171-180.
42. Neves RG, Flores-Quispe MDP, Facchini LA, Fassa AG, Tomasi E. Prenatal care in Brazil: a cross-sectional study of the Program for Improving Primary Care Access and Quality, 2014. *Epidemiol Serv Saude* 2020; 29(1):e2019019.
43. Gonçalves KF, Giordani JMDA, Bidinotto AB, Ferla AA, Martins AB, Hilgert JB. Utilização de serviço de saúde bucal no pré-natal na atenção primária à saúde: dados do PMAQ-AB. *Cien Saude Colet* 2020; 25(2):519-532.
44. Vieira-Meyer APGF, Moraes APP, Guimarães JMX, Campelo ILB, Vieira NFC, Machado MFAS, Nogueira PSF, Nuto SAS, Freitas RWJF. Infraestrutura e processo de trabalho na atenção primária à saúde: PMAQ no Ceará. *Rev Saude Publica* 2020; 54:62.
45. Kovacs R, Barreto JOM, Silva EM, Borghi J, Kristensen SR, Costa DRT, Gomes LB, Gurgel Junior GD, Sampaio J, Powell-Jackson T. Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams. *Lancet Glob Health* 2021; 9(3):e-331-e339.
46. Santos JL, Ferreira RC, Amorim LP, Santos, ARS, Chiari APG, Senna MIB. Oral health indicators and sociodemographic factors in Brazil from 2008 to 2015. *Rev Saude Publica* 2021; 55:25.
47. Neves RG, Flores TR, Duro SMS, Nunes BP, Tomasi E. Time trend of Family Health Strategy coverage in Brazil, its Regions and Federative Units, 2006-2016. *Epidemiol Serv Saude* 2018; 27(3):e2017170.
48. Carvalho SC, Mota E, Dourado I, Aquino R, Teles C, Medina MG. Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. *Cad Saude Publica* 2015; 31(4):744-754.
49. Pinto Junior EP, Aquino R, Medina MG, Silva MGCD. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia. *Cad Saude Publica* 2018; 34(2):e00133816.

50. Lemke RA, Silva RAN. The active search as political principle of practices of care in the territory. *Estud Pesq Psicol UERJ* 2010; 1:281-295.
51. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2017.
52. Figueiredo KMS, Gonçalves GAA, Batista HMT, Akerman M, Pinheiro WR, Nascimento VB. Actions of primary health care professionals to reduce maternal mortality in the Brazilian Northeast. *Int J Equity Health* 2018; 17:104.
53. Edmond KM, Yousufi K, Anwari Z, Sadat SM, Staniczai SM, Higgins-Steele A, Bellows AL, Smith ER. Can community health worker home visiting improve care-seeking and maternal and newborn care practices in fragile states such as Afghanistan? A population-based intervention study. *BMC Med* 2018; 16(1):106.
54. World Health Organization (WHO). *Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia: declaración conjunta OMS/UNICEF* [Internet]. 2009 [acessado 2022 jan 13]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70057>.
55. Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Mello DF. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anna Nery* 2015; 19(1):181-186.
56. Sacks E, Freeman PA, Sakyi K, Jennings MC, Rassekh BM, Gupta S, Perry HB. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 3. neonatal health findings. *J Glob Health* 2017; 7(1):010903.

Artigo apresentado em 14/06/2022

Aprovado em 21/03/2023

Versão final apresentada em 23/03/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva