

- Área: Saúde
- Tema/modalidade de pesquisa: Fenomenológica

CONHECIMENTO DE GESTORES SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA COM A IMPLANTAÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE

Rosane Meire Munhak da Silva¹

Andrea Ferreira Ouchi Franca²

Adriana Zilly³

Ana Paula Contiero Toninato⁴

Sebastião Caldeira⁵

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná; zanem2010@hotmail.com

²Universidade Estadual do Oeste do Paraná; andreafranca192@gmail.com

³Universidade Estadual do Oeste do Paraná; aazilly@hotmail.com

⁴Universidade Estadual do Oeste do Paraná; ana_contiero@hotmail.com

⁵Universidade Estadual do Oeste do Paraná; calenf2@bol.com.br

Resumo

O estudo teve por objetivo descrever o conhecimento de gestores sobre a atenção à saúde da criança com a implantação da Rede Mãe Paranaense. Pesquisa de abordagem qualitativa na perspectiva da Fenomenologia Social de Alfred Schütz. Realizaram entrevistas com seis gestores de saúde de cinco municípios da nona Regional de Saúde do Paraná, no primeiro semestre de 2015. As informações foram organizadas nas categorias: Conhecimento sobre as ações para a atenção à saúde da criança, Organização das ações para a atenção à saúde da criança e Perspectivas dos gestores para atenção à saúde da criança. Compreende-se que existe a necessidade de reavaliar as ações em saúde conforme a bagagem de conhecimento dos gestores, para assim, melhorar a assistência infantil em relação a padronização e utilização da carteira de saúde da criança, a referência ao ambulatório de alto risco e ao incentivo ao aleitamento materno, para assim, proporcionar de fato a redução da morbimortalidade infantil.

Palavras-chave: Saúde da Criança. Programas Governamentais. Atenção Primária à Saúde.

KNOWLEDGE OF MANAGERS ON THE CHILDREN'S HEALTH CARE WITH THE IMPLEMENTATION OF MÃE PARANAENSE NETWORK

Abstract

The purpose of this study was to describe the knowledge of managers about the children's health care with the implementation of Mãe Paranaense Network. Qualitative research in the perspective of Social Phenomenology of Alfred Schütz. Interviews were conducted with six health managers from five municipalities of the ninth Regional Health Service of Paraná, in the first half of 2015. The information was organized in the following categories: Knowledge about actions to care for children's health, Organization of actions for attention to children's health and Perspectives of Managers for children's health care. It is understood that there is a need to re-evaluate health actions according to the managers' knowledge, in order to improve children care in relation to the standardization and use of the children's health portfolio, the reference to the high risk outpatient clinic and the encouraging breastfeeding, in order to effectively reduce infant morbidity and mortality.

Keywords: Child Health. Government Programs. Primary Health Care.

Introdução

A Rede Mãe Paranaense (RMP) foi instituída em 2012 pelo governo do estado do Paraná com a proposta de melhorar a atenção à saúde materna e infantil, com especial atenção à redução dos índices de mortalidade (HUÇULAK; PETERLINI, 2014; SESA/PR, 2017). No tocante à assistência à criança, a mortalidade infantil tem sido considerada um importante indicador de qualidade de vida e de saúde de uma população.

A RMP entre suas ações para a criança destacou a estratificação do risco (habitual, intermediário e alto risco); o acompanhamento ao crescimento e desenvolvimento infantil, ao menos no primeiro ano de vida; a referência da criança de risco para o ambulatório especializado; a ampliação das ações para o incentivo ao aleitamento materno; captação precoce e padronização da carteira de saúde da criança (SESA/PR, 2017).

Tais ações são justificadas pelo panorama de morbimortalidade vivenciada no país. Embora tenha-se alcançado um dos objetivos propostos para o desenvolvimento do milênio entre 1990 e 2015, em reduzir dois terços da mortalidade entre crianças até os cinco anos de idade, há muito o que se fazer (UNICEF, 2015), considerando os desafios ainda encontrados.

Dentre esses desafios, é dada relevância aos índices de hospitalização de crianças por morbidades consideradas passíveis de prevenção, ou seja, por causas sensíveis à atenção primária, assim como, para as taxas de mortalidade para o segmento neonatal. Tais considerações são justificadas pelas fragilidades na organização das ações em saúde nos serviços de atenção primária, seja para o pré-natal ou para o seguimento da criança (SILVA et al., 2015).

Estudos têm demonstrado que as principais causas de mortalidade infantil tem se relacionado ao acesso, a utilização e a qualidade dos serviços de saúde ofertados à população (SILVA et al., 2015; FRANK et al., 2016). Nestas perspectivas, este trabalho se justifica por apresentar, na visão dos gestores de saúde, como as ações para a assistência à criança têm sido planejadas, organizadas e executadas nos serviços de atenção primária após a implantação da RMP, e principalmente, se os gestores possuem conhecimento de tais ações.

Deste modo, apresenta-se como objetivo do estudo descrever o conhecimento de gestores sobre a atenção à saúde da criança com a implantação da Rede Mãe Paranaense.

Método

O presente estudo é parte de um projeto multicêntrico, intitulado “Análise do processo de implantação e desenvolvimento da Rede Mãe Paranaense” o qual foi realizado em três regionais de saúde do Paraná – 9ª (Foz do Iguaçu), 10ª (Cascavel) e 17ª (Londrina). Foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq - conforme o Edital Universal 14/2013, Processo 474768/2013-9.

Realizou-se um estudo qualitativo com abordagem da Fenomenologia Social de Alfred Schütz (SCHÜTZ, 2012), desenvolvido em cinco municípios pertencentes a nona regional de saúde do estado do Paraná: Foz do Iguaçu, Matelândia, Serranópolis do Iguaçu, Santa Terezinha de Itaipu e Ramilândia. A referida regional de saúde está composta por nove municípios, para tanto, foram realizados sorteios para seleção dos municípios.

Os participantes foram seis gestores de saúde, os quais foram incluídos por atuar nas secretarias municipais de saúde desde a implantação da RMP. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Realizaram-se entrevistas, no próprio ambiente de trabalho, em local privativo, no primeiro semestre de 2015, as quais foram gravadas em áudio e depois transcritas. Utilizou-se um roteiro norteador impulsionado pelas seguintes questões: Qual o seu conhecimento e planejamento das ações para a atenção à saúde da criança? Quais as suas expectativas para a saúde da criança a partir da RMP?

A trajetória para organização e análise dos dados aconteceu segundo os pressupostos de pesquisadores da Fenomenologia Social (SCHÜTZ, 2012). Com os resultados, iniciou-se a análise buscando compreender os “motivos porque” e “motivos para”, e ao final elaborou-se o grupo social dos gestores.

As categoriais encontradas foram: “Conhecimento sobre as ações para a atenção à saúde da criança”, “Organização das ações para a atenção à saúde da criança” e “Perspectivas dos gestores para atenção à saúde da criança”.

Com o intuito de manter o anonimato dos participantes, os gestores foram identificados apenas pela palavra Gestor, com o número de entrevista sequencial, por exemplo, Gestor 1, Gestor 2 e assim consecutivamente.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo autorizado pela SESA/PR e

aprovado pelo Parecer Número 544.107 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Resultados e discussão

A categoria “**Conhecimento sobre às ações para à atenção à saúde da criança**” refere-se aos “motivos por que” e traduzem a bagagem de conhecimentos do Gestor em relação à atenção à saúde da criança, apresentadas por suas experiências vivenciadas.

A gente tem a puericultura que é o acompanhamento até um ano, à triagem neonatal, os cuidados com os reflexos que é feito no hospital, [...] o teste do pezinho (Gestor 2).

As agentes de saúde passam nas casas na visita domiciliar para orientar. Todas vêm para primeira consulta na unidade com o pediatra. As consultas de puericultura são com ele porque ele vem todos os dias e a demanda não é muito grande, não é com a enfermeira (Gestor 5).

A criança como a gente sabe, deve ser acompanhada pela puericultura pelo menos até os dois anos. Há um incentivo ao aleitamento materno também nas unidades, então sempre que possível é feito essa abordagem no treinamento da mãe, na hora do aconselhamento da mãe. A questão da vacina que hoje é o calendário está bem extenso [...]. Chega a Declaração de Nascidos Vivos e o agente comunitário faz a busca ativa (Gestor 6).

Os gestores demonstram conhecimento das ações para à atenção à saúde da criança, descrevendo ações para o segmento neonatal e infantil. Apresentam entre essas ações, uma importante ferramenta para cuidar, a visita domiciliar.

Através da visita domiciliar é possível construir e fortalecer o vínculo com a população, buscar estratégias que propiciem a integralidade e humanização. A visita domiciliar permite a aproximação das pessoas e o conhecimento de suas reais necessidades, sejam elas de saúde, familiares ou sociais. Abre-se desse modo um espaço para proteger e promover saúde (MELLO; SILVA; PANCIERI, 2017). Contudo, no tocante a realização da visita domiciliar, estudos apontam dificuldades da equipe de saúde para realizá-las, considerando a sobrecarga de atividades desenvolvidas nas unidades de saúde, assim como, a grande demanda populacional de suas áreas de abrangência (CUNHA; SÁ, 2013; KEBIAN; ACIOLI, 2014).

Nesta mesma categoria, os gestores descreveram outro desafio para o sistema de saúde, o cuidado no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança baseado no

modelo hegemônico, centralizado na figura do médico. Este se refere a uma grande dificuldade dos serviços de atenção primária para à assistir à criança, uma vez que mostram as fragilidades para coordenar às ações e para apresentar resolutividade aos problemas de saúde das famílias (SILVA et al., 2015).

Neste mesmo pensar, para obter resolutividade é preciso organizar às ações em saúde. Nesta questão emergiu neste estudo a categoria “**Organização das ações para à atenção à saúde da criança**”, a qual também envolve os “motivos por que” e refletem a experiência vivenciada pelo gestor na gerência dessas ações. A partir dessa categoria, o Gestor descreve sobre: a utilização da carteira de saúde da criança, a vinculação da criança ao ambulatório de alto risco; a captação precoce da criança após a alta hospitalar; e sobre incentivo ao aleitamento materno.

Sobre a utilização da carteira de saúde da criança padronizada pela RMP, o Gestor trouxe em suas falas:

Adota do programa só que a carteirinha que foi mandada pela rede, é complicada, ela vem separada, vem a carteirinha da criança e a carteirinha de vacina totalmente separada. Para gente não perder, porque têm algumas mães que perdem as coisas, a gente grampeou toda ela [...] (Gestor 3).

Eu acho que esse aí é outro modelinho, do mãe paranaense não, eu não tenho certeza, não tenho certeza (Gestor 4).

A carteira de saúde da criança é uma importante ferramenta para a vigilância em saúde, ou seja, proporciona o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Nela são realizadas inúmeros registros de dados e eventos da saúde da criança, que fortalecem às ações à saúde infantil (LINHARES et al., 2012). Deste modo, deve haver uma homogeneidade na apresentação desses dados, o que poderá otimizar a assistência à criança. Na presente pesquisa, os gestores não demonstraram conhecimento da padronização deste instrumento, e também, em municípios que embora utilizem, reconhecem a existência de falhas na confecção das mesmas.

Ressalta-se que é essencial a clareza e aceitabilidade dos profissionais de saúde para a padronização de tal instrumento, para assim, incentivar a utilização da mesma pelas mães como uma importante instrumento de acompanhamento da saúde do filho (LINHARES et al., 2012).

Referente à vinculação da criança ao ambulatório (especializado) e ao hospital de alto risco, houve os seguintes depoimentos:

A gente não tem na região, não funciona, não funciona da criança. Eu não tenho para onde mandar a criança de risco intermediário e nem alto risco. Se ela nasceu lá no alto risco e precisa de um acompanhamento tipo seis meses, eles mesmos remarcam por lá mesmo. Mas se eu detectar, por exemplo, a criança aqui de alguns meses que ela, que eu classifico ela de repente de alto risco, eu não tenho para onde mandar (Gestor 3).

Na verdade a criança a partir do momento que nasce ela volta para o Programa Saúde da Família (PSF) que é o primeiro contato. Se a criança for uma criança de risco habitual ela dá seguimento dentro da própria unidade [...], se for uma criança que precisa de algum atendimento especializado nós temos um pediatra na secretária de saúde e também no centro de especialidades. E se for uma criança que precise de algum especialista fora o pediatra convencional nós temos o consórcio intermunicipal de saúde com sede em Medianeira e a gente encaminha para os médicos de referência. Então não existe um ambulatório especializado de alto risco para criança na região, mas a criança que precisa de um atendimento especializado ela vai para um desses médicos de referência. E ainda, se a criança precisar de uma referência maior a gente encaminha via Tratamento Fora do Domicílio, por exemplo, para o Pequeno Príncipe em Curitiba quando for necessário (Gestor 6).

De acordo com a RMP a partir do momento que se identifique uma criança de risco, é necessário o acompanhamento em um serviço de atenção especializada. Para tanto, os municípios precisam adequar seus serviços de atenção secundária e terciária, assim como, garantir a vinculação à serviços especializados caso não dispõe de tais especialidades (SESA/PR, 2017). A regional de saúde estudada, na visão dos gestores, não possuem esses serviços organizados pelo sistema público de saúde. A forma encontrada pelos municípios para resolver parcialmente tal problema, foi a contratualização de consórcios intermunicipais de saúde.

Referente à captação precoce da criança após a alta hospitalar em decorrência ao nascimento, os gestores demonstraram conhecimento sobre como ocorre:

As unidades de saúde, principalmente as que têm Estratégia Saúde da Família (ESF) dentro das metas de cada unidade é justamente fazer sempre a parte da busca ativa. Isso a gente já tem como prática, ou fazer visita domiciliar ou fazer a busca ativa nessa primeira semana que você já acompanhou o pré-natal dessa puérpera (Gestor 1).

Da criança é mais tranquilo, eles vêm para vacinar, você já orienta, vem para vacina BCG, você já orienta a consulta (Gestor 5).

O primeiro momento é com o agente comunitário. Quando ele passa na visita ele fica sabendo que a gestante da área dele ganhou neném, então ele faz a primeira visita. Nessa visita ele já dá as orientações necessárias, mas comunica a unidade até porque muitas vezes a Declaração de Nascido Vivo (DNV) não chega a tempo dessa primeira visita [...]. Normalmente a mãe vem para a unidade com sete dias por causa do teste do pezinho, se ela não aparecer é feito a busca ativa (Gestor 6).

A captação precoce da criança permite avaliar seu estado de saúde, esclarecer dúvidas junto às mães ou cuidadores, mas principalmente identificar situações de riscos e possíveis problemas para que se possa intervir de forma oportuna e em tempo hábil. Cabe destacar o importante papel assumido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por terem maior proximidade das famílias e serem capazes de identificar queixas e sintomas durante às visitas domiciliares (KEBIAN; ACIOLI, 2014). Ressalta-se que, a presença do ACS nos domicílios não reduz a responsabilidade dos demais profissionais de saúde na assistência à criança e sua família.

Perguntou-se também aos gestores como ocorre o incentivo ao aleitamento materno nos serviços de atenção primária, e os mesmos responderam:

Cada unidade, junto com apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) montam estratégias in loco. [...] a equipe monta estratégia específica para o atendimento daquela equipe. Assim vai desde palestras, acolhimento dessa mãe na hora do aleitamento que, às vezes, está só precisando mais de uma escuta sensibilizada para aquele momento do parto, do que realmente uma dificuldade fisiológica da amamentação. [...] Então cada unidade conhecendo sua localidade, sua população de abrangência faz as estratégias (Gestor 1).

Muito pouco é feito o incentivo, mas é muito pouco. [...] Poderia ter grupos de mães, de rodas de conversa com mães que já estão amamentando e com as que ainda estão gestantes para estar ensinando, para estar falando. Existe hoje só a orientação do médico e da enfermeira nas consultas que as gestantes tem (Gestor 4).

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) tem um curso para gestante, então, nessas reuniões é trabalhado junto com a nossa nutricionista e o mesmo enfermeiro da unidade, o médico do PSF, trabalham com o incentivo a amamentação. Na sequência, na primeira consulta também,

não só é reforçada, mas orientada a pega. É pedido que a mãe se tiver alguma dificuldade, que conte ou que busque a unidade mais próxima. Também temos semanas de aleitamento materno aqui no município, a gente sempre faz um movimento para que as pessoas relembrem dessas necessidades para fiquem nas cabeças delas que quando engravidar dê prioridade para o aleitamento materno (Gestor 6).

O leite materno é o alimento ideal para o lactente, principalmente nos primeiros seis meses de vida. A Organização Mundial da Saúde preconiza o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e complementar até o segundo ano de vida. Muito embora apresente dada relevância, o desmame precoce tem sido considerado um problema de saúde pública, pois inúmeras dificuldades tem sido apontadas para a manutenção de tal prática. Deste modo, as ações por parte de gestores e profissionais da saúde que incentivem o aleitamento materno são essenciais (SOUSA; FRACOLLI, ZOBOLI, 2013; NETTO et al., 2016).

Na presente pesquisa, essas ações não tem acontecido em todos os municípios de forma organizada, na percepção dos gestores. Mas há de ressaltar, a sensibilidade de um gestor ao mencionar a multiplicidade de fatores que podem portencializar ou dificultar o aleitamento materno, baseados nas diversidades culturais, sociais ou familiares de cada região, no próprio município. Somado a essa estratégia, também foi apontado a escuta, o diálogo e o apoio que às mães necessitam para o processo do aleitamento materno.

A categoria **“Perspectivas dos gestores para atenção à saúde da criança”** diz respeito aos “motivos para” e demonstra o que o gestor espera para as crianças com a implantação e desenvolvimento da RMP:

Que as crianças tenha uma referência, que eu acho que elas têm que serem acompanhadas até um ano, que é onde a gente tem as maiores infecções respiratórias e gastrointestinais, a gente tem aumentado o óbito infantil, então na puericultura e no acompanhamento mais próximo, a gente reduziria isso, e, melhor qualidade de vida para essas crianças (Gestor 2).

Redução da mortalidade, prevenção de doenças preveníveis em crianças então, só que para criança não tem nada. Se for alto risco, se for uma criança não tem nada, a gente não tem nada pactuado. Eles falam quando a gente até questiona em reuniões, assim, e o alto risco pra crianças? O alto risco de criança ficou para os municípios por enquanto, não tem nenhum município que tem uma referencia (Gestor 5).

Espero também que a mãe se comprometendo, os profissionais se comprometendo, a criança será bem assistida. [...] Assim, a mãe tem que se comprometer a trazer essa criança desde cedo, para ser vacinada e o profissional também vacinar com comprometimento, com qualidade. E também vincular essa criança a programas e servir para outras doenças que não é imunopreveníveis, que são as crônicas (Gestor 6).

Para agregar suas perspectivas, os gestores entrevistados esperam o melhor para as crianças atendidas pela RMP. Preocupam-se em garantir o atendimento às suas necessidades, reconhecem que pouco tem sido feito para a assistência à criança de risco, preocupam-se com as condições agudas, mas também as crônicas, e principalmente, demonstram inquietação em relação a redução da mortalidade infantil. É importante destacar que as ações de cuidado à saúde precisam proporcionar e assegurar a continuidade do atendimento (MELLO et al., 2012).

Nesta perspectiva, os gestores de saúde devem proporcionar, planejar, organizar e incentivar o acolhimento de forma digna à criança e a sua família, considerando-os sujeitos de direitos e não objetos passivos da atenção (SILVA et al., 2013).

Considerações finais

O grupo social formado por gestores da nona regional de saúde do Paraná possuem bagagem de conhecimentos sobre as ações em saúde para a atenção à criança, no que diz respeito a promoção da saúde, destacando uma importante ferramenta para cuidar, a visita domiciliar. Reconhecem que os serviços de saúde possuem fragilidades em relação a utilização da carteira de saúde da criança preconizada pela RMP, bem como na inexistência de uma referência para a criança de risco e na parcialidade no incentivo ao aleitamento materno. Todavia, elencam potencialidades em relação a captação precoce da criança pelos serviços de saúde dos municípios. Esperam a melhoria do atendimento à criança após a implantação do referido programa, principalmente no que diz respeito a redução da morbimortalidade infantil.

REFERÊNCIAS

CUNHA, M. S.A.; SÁ, M.C. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v.17, n.44, p.61-73, 2013.

- FRANK B.R.B.; TOSO, B.R.G.O.; VIERA, C.S.; GUIMARÃES A.T.B.; CALDEIRA, S. Avaliação da implementação da rede mãe paranaense em três regionais de saúde do Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n.40, v.109, p.163-74, 2016.
- HUÇULAK, M.C.; PETERLINI O.L.G. Rede Mãe Paranaense: Relato de Experiência. **Espaço para a Saúde**. Londrina, v.15 n.1, p.7-86, 2014. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasauade/article/viewFile/18347/pdf_22. Acesso em: 25 març. 2017.
- KEBIAN, L.V. A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, v. 16, n. 1, p.161-9, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20260>. Acesso em: 05 dez. 2017.
- LINHARES, A.O.; GIGANTE, D.P.; BENDER, E.; CESAR, J.A. Avaliação dos registros e opinião das mães sobre a caderneta de saúde da criança em unidades básicas de saúde, Pelotas, RS. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 3, p. 245-250, 2012.
- MELLO, D. F.; FURTADO, M. C. C.; FONSECA, L. M. M.; PINA, J. C. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 675-9, 2012.
- MELLO, D. F.; SILVA, R.M.M.; P.L. Êxito técnico e sucesso prático em visita domiciliar para o cuidado da saúde da criança. **Revista de Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 13-22, 2017.
- NETTO, A.; SPOHR, F.A.; ZILLY, A.; FRANÇA, A.F.O.; ROCHA-BRISCHILIARI, S.C.; SILVA, R. M.M.S. Amamentação na primeira hora de vida em uma instituição com iniciativa hospital amigo da criança. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, n.3, v. 15, p. 515-21, 2016.
- SCHÜTZ, A. **Sobre Fenomenologia e Relações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2012. 357p.
- SESA/PR. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Programa Rede Mãe Paranaense. Linha guia**. 1. ed. Curitiba: SESA-PR, 2017. 56 p.
- SILVA, R.M.M.; SILVA-SOBRINHO, R.A.; NEVES E.T.; TOSO, B.R.G.O.; VIERA, C.S. Desafios à coordenação na atenção primária à saúde da criança. **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, n. 20, v.4, p.1217-24, 2015.
- SILVA, R.M.M.S.; VIERA, C.S.; TOSO, B.R.G.O.; NEVES, E.T.; RODRIGUES, R.M. Resolutividade na atenção à saúde da criança: percepção de pais e cuidadores. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.26, n.4, p.382-8, 2016.

SOUSA, A. M.; FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.C.P. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 34, n. 2, p. 127-34, 2013.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (Unicef). **Levels & trends in child mortality. Estimates developed by the UN inter-agency group for child mortality estimation.** WHO: Geneva; 2015. Disponível em: http://www.childmortality.org/files_v20/download/IGME%20Report%202015_9_3%20LR%20Web.pdf. Acesso em: 05 dez. 2017.