

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

KARINA GAMA DOS SANTOS SALES

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA COMBATER A MORTALIDADE
INFANTIL NA REGIÃO DE SAÚDE DE CARANGOLA: UM DESAFIO
PARA O SUS**

**Conselheiro Lafaiete – Minas Gerais
2014**

KARINA GAMA DOS SANTOS SALES

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA COMBATER A MORTALIDADE
INFANTIL NA REGIÃO DE SAÚDE DE CARANGOLA: UM DESAFIO
PARA O SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Tutor: Prof^a. Dr^a. Angela Cristina Labanca de Araújo

**Conselheiro Lafaiete – Minas Gerais
2014**

Karina Gama dos Santos Sales

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA COMBATER A MORTALIDADE
INFANTIL NA REGIÃO DE SAÚDE DE CARANGOLA: UM DESAFIO
PARA O SUS**

Banca Examinadora

Prof. Prof^a. Dr^a. Angela Cristina Labanca de Araújo - Orientadora

Prof. Prof^a. Dr^a Selme Silqueira de Matos - Examinadora

Aprovado em Conselho Lafaiete, em: 22/03/2014.

RESUMO

A mortalidade infantil na região de saúde de Carangola tem apresentado significativos números, estando, portanto se destacando negativamente no cenário dos indicadores de saúde de Minas Gerais. Vale lembrar que este é um dado que serve para mensurar a qualidade e eficácia dos serviços de saúde ofertados em estados e municípios. Considerando o fato em sua essência, observa-se que muitas iniciativas já foram desenvolvidas ao longo dos anos, por parte do governo, das instituições e da própria sociedade para prevenir este agravo, porém com pouca resolutividade uma vez que os índices prevalecem elevados. Sendo assim, o objetivo deste estudo é quantificar e conhecer as causas de mortes infantis ocorridas nesta região, como também elaborar uma proposta de intervenção com vistas a redução deste agravo. Para tanto, este trabalho respalda-se em referências bibliográficas referentes ao assunto e foi desenvolvido dentro de uma abordagem qualitativa descritiva, utilizando-se de pesquisa bibliográfica. O estudo busca contribuir para a melhoria da atenção às gestantes e crianças no Sistema Único de Saúde através de um plano de intervenção para que as Equipes de Atenção Primária à saúde possam desenvolver ações estratégicas para combater a mortalidade infantil em consonância com as equipes de atenção hospitalar. A proposta de intervenção constitui-se na elaboração de um instrumento que viabilize maior interação entre as Equipes de atenção Primária à saúde e a Equipe de atenção hospitalar, para oferecer um atendimento contínuo e de qualidade para a gestante, puérpera e recém-nascido. Este é um ponto de partida para o desenvolvimento de inúmeras discussões e proposições acerca da assistência que previne a mortalidade infantil e assegura a vida.

Palavras-chave: Mortalidade Infantil. Equipe de Atenção Primária. Gestante. Puérpera. Criança.

ABSTRACT

Infant mortality in the health region Carangola has presented significant numbers and, therefore highlighting the negative scenario of health indicators of Minas Gerais. Remember that this is a fact which serves to measure the quality and effectiveness of health services offered in states and municipalities. Considering the fact that at its core, it is observed that many initiatives have been developed over the years by the government, institutions and society itself to prevent this injury, but little resoluteness since the prevailing high rates. Thus, the aim of this study is to quantify and understand the causes of infant deaths in this region, as well as develop a proposal for intervention aimed at reducing this disease. Therefore, this work draws upon in references on the topic and was developed within a descriptive qualitative approach , using a literature review . The study seeks to contribute to the improvement of care for pregnant women and children in the Health System through an intervention plan for the Crew of Primary Health Care to develop strategic actions to combat child mortality in line with the teams of hospital care. The proposed action is in the development of an instrument which facilitates greater interaction between the teams primary health care and hospital care team, to provide a continuous and quality care for pregnant women , postpartum women and drink . This is a starting point for the development of numerous discussions and assistance propositions about preventing child mortality and ensure life.

Keywords: Infant mortality. Primary care team. Pregnant woman who has recently given birth. Child.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EAB – Equipe de Atenção Básica.

ESF – Equipe Saúde da Família.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
	1.1 Diagnóstico Situacional.....	10
	1.2 Justificativa.....	11
	1.3 Objetivos.....	12
	1.4 Métodos.....	12
2	BASES CONCEITUAIS.....	14
3	PROPOSTA DE AÇÃO.....	19
4	CONCLUSÃO.....	21
	REFERÊNCIAS.....	22

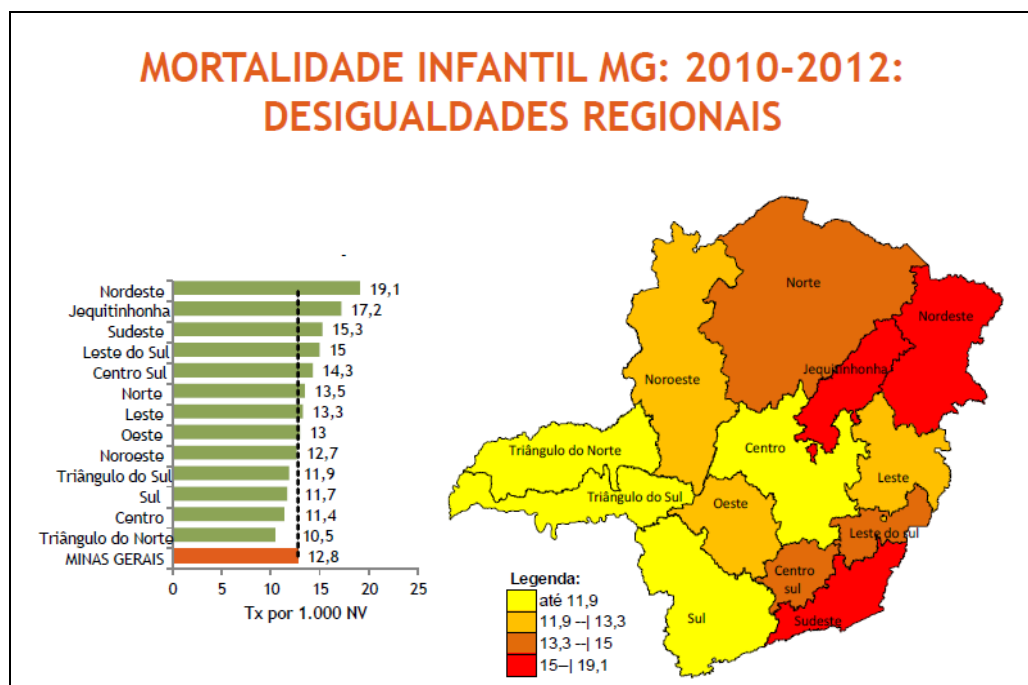
1. INTRODUÇÃO

Dentre os inúmeros indicadores de saúde existentes para mensurar a qualidade e eficácia dos serviços de saúde ofertados em estados e municípios, a mortalidade infantil encontra-se em destaque, uma vez que este é um dano irreparável para toda a sociedade (RIPSA, 2008)

No estado de Minas Gerais houve relevante queda no quantitativo destas mortes, principalmente no período de 2002 a 2010, como consta no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Houve redução de 18,0 óbitos em menores de 1 ano de idade, para mil nascidos vivos, em 2002; 13,1 óbitos, em 2010, ou seja uma queda de 27,2%.

Embora esta queda tenha sido significativa, tendo em vista o quantitativo geral do estado, os números de mortes infantis ainda encontram-se elevados em algumas regiões (FIGURA 1) (BRASIL, 2013).

Figura 1 – Cenário da Mortalidade Infantil em Minas Gerais no período de 2010 a 2012



Fonte: Apresentação da Jornada Mineira de Redução da Mortalidade Infantil, 2013.

Visualizando este cenário, pode-se observar que dentre as regiões de saúde com os maiores índices, está à Região Ampliada de Saúde Sudeste de Minas Gerais, onde encontra-se a região de saúde de Carangola, com uma taxa de

mortalidade de 15.3 por 1.000 nascidos vivos, no período analisado. Esta é uma das situações alarmantes e que demonstra a fragilidade dos serviços públicos de saúde no que diz respeito à assistência que evita a morte e assegura a vida das crianças que nascem neste território (BRASIL, 2013).

A Região de Saúde de Carangola está situada na Região Sudeste de Minas Gerais, é composta por 11 municípios, sendo eles: Caiana, Caparaó, Carangola, Divino, Espera Feliz, Faria Lemos, Fervedouro, Orizania, Pedra Bonita, Pedra Dourada e Tombos. A população total é 123.872 habitantes de acordo com dados do IBGE.

Para atender a gestante e a criança, existem nesta região de saúde 40 Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família e cinco hospitais, sendo que um possui UTI adulto e neonatal para assistência avançada, de acordo com as informações do DATASUS (BRASIL, 2013).

Tendo em vista a infraestrutura da região, pode-se dizer que as Unidades de Saúde existentes tem condições para atender a população de gestantes e crianças da região. No entanto, há necessidade de avaliar a maneira como está sendo executado este atendimento e se a qualidade dos serviços oferecidos impactam na redução da mortalidade infantil.

Neste contexto, observam-se os inúmeros desafios, que são necessários alcançar, para que uma infraestrutura como a supracitada possa contribuir para a melhoria dos índices. O primeiro ponto dificultador, que pode ser observado é a falta de conhecimento por parte da gestão e também dos profissionais das causas da mortalidade infantil, fato que também contribui para a elevada taxa, uma vez que subentende-se que ações de prevenção não estão sendo efetivas.

Outro problema recorrente é a falta de integração das equipes e dos serviços que atendem as gestantes, principalmente no que diz respeito à troca de informações referente a situação de saúde da gestante e bebê e aos cuidados a eles prestados durante o pré-natal, parto e puerpério, mesmo sendo este um procedimento fundamental para assertividade das ações (BRASIL, 2001).

Abramson (1988) afirma que o desconhecimento de informações compromete também a validade da medida, pois se há muitos resultados desconhecidos, os achados não poderão mostrar a situação real.

Dispomos de inúmeros artifícios para obter os dados sobre o grupo de causas da mortalidade, porém são poucos os instrumentos que tem-se para obter

informações em tempo real das condições de saúde da gestante e bebê mensurados pelas equipes de saúde como também das intervenções realizadas no período gravídico-puerperal, no âmbito da atenção primária à saúde e na atenção secundária. Ambos oferecem ferramentas essenciais para a obtenção de informações e dimensionamento do problema (BRASIL, 2009).

Diante disso e tendo em vista o impacto deste agravo para a sociedade, faz-se necessário o conhecimento da magnitude e o perfil da causalidade destes óbitos, para que sejam estabelecidas intervenções capazes de minimizar a ocorrência e prevalência deste dano irreparável, principalmente no que diz respeito à mortalidade infantil por causas evitáveis. Este, portanto é o fator fundamental para existência deste estudo, pois acredita-se que muito ainda pode ser feito para garantir que as crianças mineiras, residentes nesta região em estudo tenham a oportunidade de nascer saudáveis (CARVALHO, 2001).

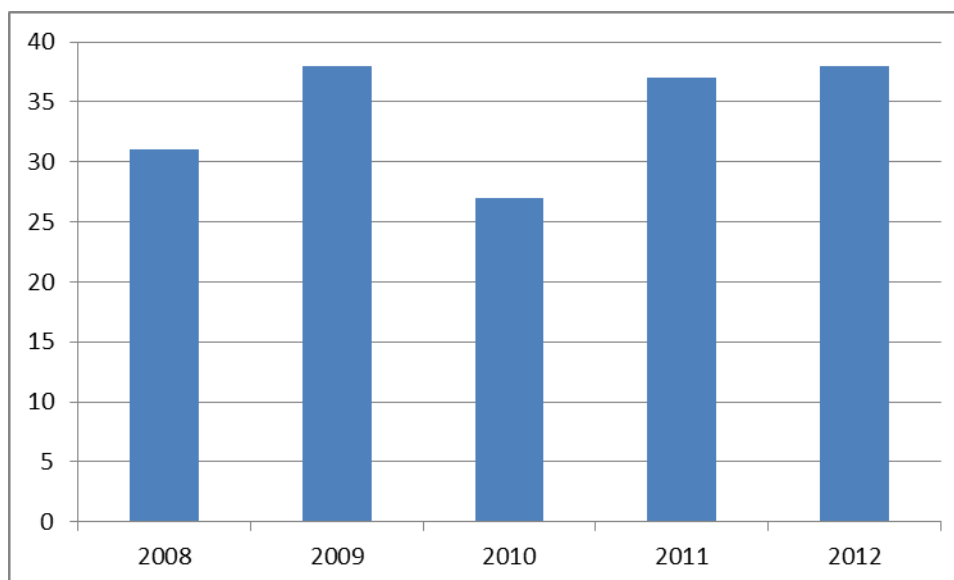
Contudo, a proposta deste trabalho é conhecer as principais causas de mortalidade infantil na região de saúde de Carangola, ocorridas no período de 2009 a 2012 para elaborar um plano de intervenção para que as Equipes de Atenção Primária em consonância com as equipes da atenção hospitalar possam desenvolver ações estratégicas para combater a mortalidade infantil por causas evitáveis.

1.1 Diagnóstico Situacional

No decorrer do curso de especialização, estudos foram realizados e impulsionada pela evidência da alta mortalidade infantil em Minas Gerais, iniciamos o desenvolvimento deste trabalho, com o intuito de identificar as regiões com maior incidência do evento. A intenção foi contribuir para a redução deste agravo tido como catastrófico em todo território mineiro.

Com base no cenário de mortalidade infantil em Minas Gerais, pode-se verificar que a Região Ampliada de Saúde Sudeste encontra-se em terceiro lugar comparando-se às demais do estado. Buscou-se então o estudo dos índices da região de saúde de Carangola que pertencentes a esta região ampliada, possui uma série histórica relevante, com altos índices de mortalidade infantil no período estudado, compreendido entre 2009 a 2012 (GRÁFICO 1).

Gráfico 1 – Ocorrência de óbito infantil masculino e feminino notificados, no período de 2008 a 2012 na Região de Saúde de Carangola



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade – SIM (2013)

1.2 Justificativa

Embora no Estado de Minas Gerais tenha havido uma redução significativa do índice de mortalidade infantil, algumas Regiões de Saúde ainda apresentam números relevantes de óbitos, como é o caso da Região de Saúde de Carangola que registrou no ano de 2012 um total de 38 óbitos de menores de 01 ano, um percentual de 43,8% de mortalidade infantil (BRASIL, 2013).

A Região de Saúde de Carangola abriga cinco hospitais, dentre eles um possui em sua estrutura UTI adulto e neonatal, para receber os pacientes de toda a região. Logo, todos os municípios possuem serviços de atenção primária em seu sistema local de saúde.

Assim as gestantes realizam o pré-natal no próprio município e em seguida são direcionadas ao município de Carangola para realização do parto. Embora exista este fluxo bem definido, o índice de mortalidade infantil nesta região tem se destacado no estado de Minas Gerais, pelas suas altas taxas, sendo este fato de extrema relevância para sociedade.

Questiona-se portanto, os processos de trabalho que por sua vez podem ser o grande fator dificultador para a assertividade das ações, uma vez que existe uma disparidade entre a infraestrutura existente com os resultados obtidos.

1.3 Objetivos

Geral: Quantificar e conhecer as causas de mortes infantis ocorridas nesta região, como também elaborar uma proposta de intervenção com vistas a redução deste agravo.

Específicos:

- Identificar as principais causas de mortalidade infantil na região de saúde de Carangola, ocorridas no período de 2010 a 2012.
- Construir um instrumento que viabilize maior interação entre as Equipes de atenção Primária à saúde e a Equipe de atenção hospitalar, para oferecer um atendimento contínuo e de qualidade para a gestante, puérpera e bebê.

1.4 Métodos

Este estudo consta de uma pesquisa qualitativa, descritiva, do tipo bibliográfico.

Mediante um levantamento e seleção de materiais já publicados em livro, periódicos e artigos científicos disponibilizados na Internet em sites com Lilacs e Bireme sobre o tema, este, em sua maioria referente ao período de 2009 a 2012, construiu-se a base teórica do estudo. Na busca dos artigos utilizou-se palavras-chaves tais como: Mortalidade Infantil, Equipe de Atenção Primária, Gestante, Puérpera, Criança.

O levantamento, seleção e análise inicial ocorreram no período entre janeiro de 2013 a agosto de 2013, articulando os conceitos teóricos na referida área de conhecimento.

A elaboração do modelo de instrumento proposto como parte da assistência à gestante na unidade hospitalar e na unidade básica de saúde ocorreu de agosto a

setembro de 2013. Tal modelo consta de partes relacionadas desde o acompanhamento do parto até o período neonatal/puerperal, compondo-se de questões abertas e fechadas sob forma de “check-list”.

A análise final dos conteúdos abordados e elaboração do modelo instrumental como parte da implementação desta estratégia que intenciona a sistematização do cuidado para redução da mortalidade infantil, compreendeu o período de setembro a novembro de 2013 seguindo-se a posterior conclusão do estudo.

2. BASES CONCEITUAIS

Os Sistemas de Informação constituem-se em uma excelente ferramenta para mensurar a situação de saúde de determinada região. Para obtenção dos dados referente a mortalidade infantil na Região de Saúde de Carangola utilizou-se do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o qual possibilitou a análise da série histórica e do quadro atual (GRÁFICO 2).

Gráfico 2 - Óbito infantil masculino e feminino em menores de um ano notificados, no período de 2008 a 2012 na Região de Saúde de Carangola.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade – SIM (2013)

Pode-se observar que em 2008 o número de óbitos em menores de 1 ano foi significativo na região de saúde, apresentando significativo aumento em 2009. Ocorreu um declínio considerável em 2010, voltou a aumentar assustadoramente nos anos de 2011 e 2012, ultrapassando todos os índices anteriores aqui registrados. O crescimento do agravo tornou-se preocupante e questionável, uma vez que durante todo este tempo os serviços de saúde e o próprio SUS tem-se aprimorado.

Com relação aos óbitos por faixa etária, observa-se que a maior ocorrência do óbito ocorre no período neonatal precoce (7 primeiros dias de vida), seguido do período pós-neonatal (após 28 dias de vida) e por último o neonatal tardio (7 a 28 dias de vida) (GRÁFICO 3). Este cenário traz apontamentos diversos para identificação da causalidade das mortes, estando estas principalmente ligadas aos problemas no pré-natal e no parto (BRASIL, 2013).

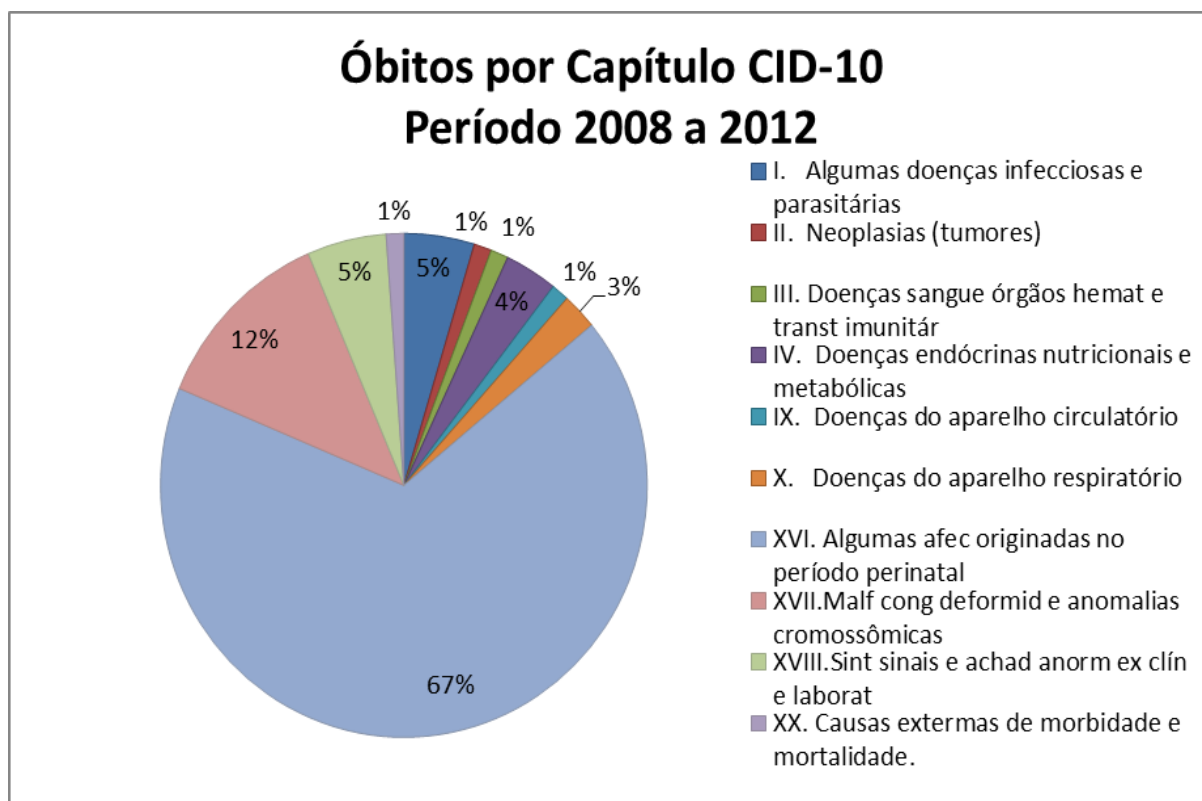
Gráfico 3 - Número de óbitos infantis (masculino e feminino), por faixa etária, no período de 2008 a 2012 ocorridos na Região de Saúde de Carangola



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade – SIM (2013)

Verifica-se que mais de 60% das mortes ocorrem por afecções originadas no período perinatal (GRÁFICO 4). Estas afecções podem estar relacionadas com o nível socioeconômico da mãe e as condições assistenciais ao pré-natal, ao parto e ao recém nascido (SOUZA *et al.*, 2006).

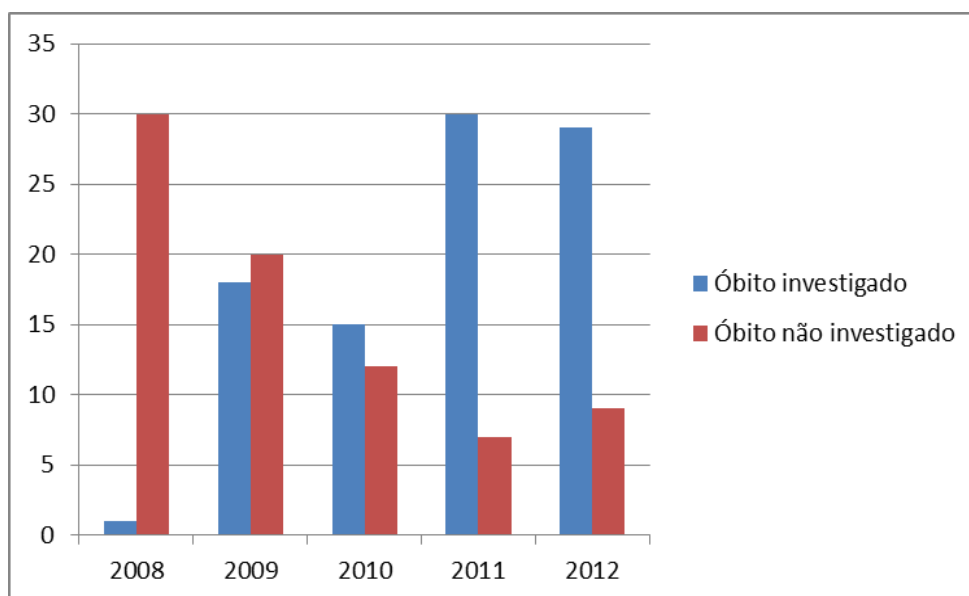
Gráfico 4 - Número de óbitos infantis (masculino e feminino) notificados, no período de 2008 a 2012 segundo Capítulo CID – 10



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade – SIM (2013)

A investigação de óbitos infantis é um compromisso assumido por todos os gestores e profissionais de saúde envolvidos no cuidado à gestante e a criança no SUS. No entanto, a subnotificação de óbitos é ainda um problema a ser enfrentado, especialmente nas região de saúde de Carangola (GRÁFICO 5). A omissão do registro do óbito compromete o real dimensionamento do problema e a identificação das ações adequadas de saúde para a diminuição das taxas de mortalidade (BRASIL, 2000).

Gráfico 5 - Investigação de óbitos infantis (masculino e feminino) notificados, no período de 2008 a 2012 segundo Capítulo CID – 10 na Região de Saúde de Carangola

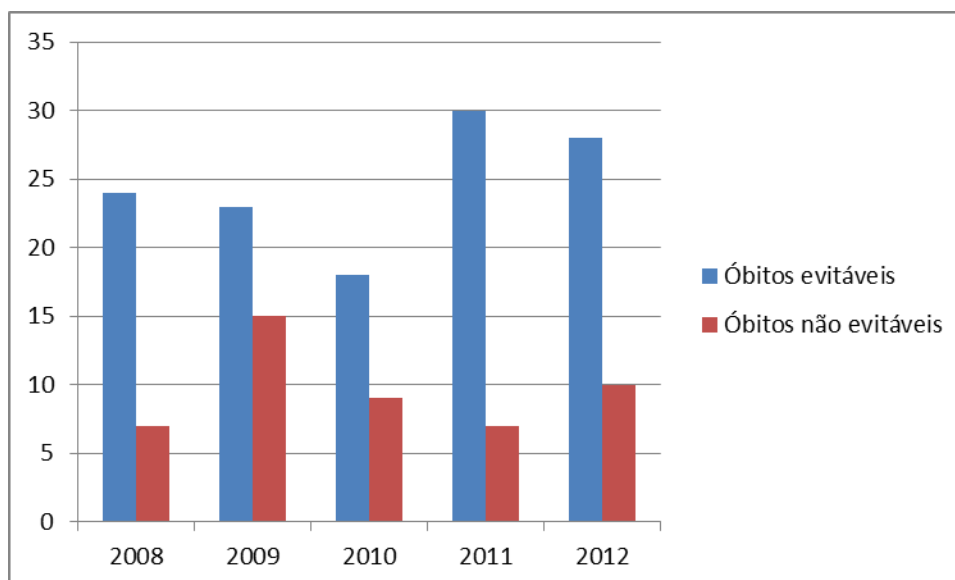


Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade – SIM (2013)

Para analisar o GRÁFICO 6 é preciso reportarmos aos gráficos anteriores que demonstram a faixa etária em que as mortes ocorreram. Pode-se deduzir que as mortes precoces são consideradas evitáveis em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, estes óbitos ocorrem em decorrência de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde (BRASIL, 2009).

Gráfico 6 – Evitabilidade de óbitos infantis (masculino e feminino) notificados, no período de 2008 a 2012, na Região de Saúde de Carangola



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade – SIM (2013)

3. PROPOSTA DE AÇÃO

Muitos são os meios e as estratégias que devem ser implantadas para que as taxas de mortalidade infantil sejam reduzidas. No entanto, uma delas está na organização dos processos de trabalho com vistas à integração das ESF e Equipes de Atenção Hospitalar que assistem à gestante e a criança no pré-natal, parto e no período neonatal. (SZWARCOWALD *et al.*, 2002)

A ESF preenche o cartão da gestante durante todo o pré-natal, este por sua vez é entregue pela parturiente à equipe de atenção hospitalar no momento do parto para verificação da sua situação de saúde e posterior intervenção dos profissionais.

Portanto, logo tendo ocorrido o parto, as informações do mesmo na maioria das vezes não são retornadas à ESF para continuidade do cuidado à mulher e bebê. Esta ação seria a contrarreferência hospitalar, momento em que a equipe da Atenção Hospitalar realizaria anotações pertinentes à situação de saúde do binômio mãe-bebê, para serem enviadas as ESF, com o objetivo de direcionar melhor as ações desta equipe que irá reassumir seus clientes (PAIM, 2003)

Diante desta deficiência do sistema e com base na revisão da literatura, desenvolveu-se um instrumento para registro das informações de saúde da gestante e do bebê, durante a permanência de ambos na unidade hospitalar. Este documento contém campos para serem preenchidos com a identificação da mulher, dados do pré-natal, da internação hospitalar, do parto, do recém-nascido e também conta com um espaço para os profissionais deste setor inserirem recomendações para o acompanhamento da puérpera e recém-nascido na Atenção Primária. Também foi inserido um espaço para identificação do profissional responsável pelos registros.

Logo, este documento deverá ser enviado à respectiva Unidade Básica de Saúde da mulher, para que os profissionais da ESF possam acolher puérpera e criança de maneira adequada, tendo em vista a situação de saúde de ambos e as necessidades apresentadas. O modelo do instrumento encontra-se a seguir:

Atenção em Saúde da Mulher no período Gravídico-Puerperal

Identificação da Mulher

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Pertence a ESF _____ Município: _____

Idade gestacional: _____ Situação da gestação: () risco habitual () alto risco

Realizou pré-natal: () sim () não. Exames laboratoriais: () sim () não. Nº de consultas _____.

Dados da Internação Hospitalar

Nome do Hospital _____ Município: _____

Admissão Hospitalar: ___/___/____. Parto ___/___/____ Data da Alta Hospitalar: ___/___/____

Dados do Parto

Tipo de parto: () Vaginal () Cirúrgico. Desfecho do parto: () nascido vivo () natimorto

Complicações: () sim () não. Quais: _____

Realizado teste rápido para HIV: () sim () não. Presença de acompanhante () sim () não

Dados do Recém Nascido

Recém-nascido () pré-termo () a termo () pós-termo Peso: _____ Altura: _____ Apgar: _____

Imunobiológicos administrados no hospital: () BCG () Hepatite B Outros: _____

Aleitamento materno: () sim () não. Alojamento conjunto: () sim () não

Condições de Saúde do RN: _____.

Recomendações para o acompanhamento da puérpera e recém-nascido na Atenção Primária.

Responsável pelas Informações

Nome: _____

Formação: () Médico () Enfermeiro

Assinatura e carimbo: _____

Data: ___/___/____.

4. CONCLUSÃO

Ao término desta pesquisa muitos foram os desafios enfrentados e obstáculos superados.

A revisão dos conceitos teóricos que devem ser aplicados às gestantes no PSF e no trabalho de parto é fundamental para repensar as práticas que estão sendo desenvolvidas nas diversas Unidades de Saúde da Família e instituições obstétricas ou em setores de atenção à saúde da mulher voltado para esta área.

Não se pode deixar de reconhecer o profundo significado que o período gestacional, culminando com o parto, exerce na vida da mulher, seu companheiro, seu filho e à família como um todo.

Portanto é imprescindível que sejam implantadas diversas estratégias em prol da redução de óbitos infantis.

Atualmente, muito tem se discutido sobre os índices de mortalidade infantil, em Minas Gerais, tendo em vista o grande impacto que o mesmo causa na sociedade, porém percebe-se que é dada pouca ênfase ao estudo dos processos de trabalho desenvolvidos para a assistência à gestante e criança, uma vez que este é fundamental para o alcance de bons resultados.

Sendo assim, esperamos que este estudo contribua para a melhoria das ações direcionadas à mulher e bebê, por propiciar um instrumento que intenciona o compartilhamento de informações entre profissionais de saúde, objetivando um cuidado mais direcionado, mais assertivo e eficaz.

Os progressos da ciência na área da obstetrícia são considerados elementos de grande importância, entretanto desconhecer, desconsiderar e deixar de discutir os processos de trabalho, das equipes envolvidas no cuidado à mulher e a criança podem ser cruciais para o insucesso das ações e até mesmo provocar a temida mortalidade infantil.

Enfim, este estudo é um ponto de partida para o desenvolvimento de inúmeras discussões e proposições a cerca da assistência que previne a mortalidade infantil e assegura a vida.

REFERÊNCIAS

ABRAMSON, L.Y.; METALSKY, G. I.; ALLOY, L.B. The cognitive diathesis-stress theories of depression: Toward an adequate test of the theories validities. In L: B. Alloy (Ed..) *Cognitive processes in depression* (pp. 3-30). New York: Guilford. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto, Puerpério, Assistência Humanizada a Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.46

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**. Manual Técnico. Brasil: FEBRASGO, p.45, 2000. p. 8-23

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 26 de junho de 2013.

CARVALHO, B.G.; MARTIN, G.B.; CORDONI, Jr. L. **A organização do sistema de saúde no Brasil**. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni Jr. L, org. *Bases da saúde coletiva*. Londrina: Editora UEL;2001. p.27-57.

PAIM JS. **Modelos de atenção e vigilância da saúde**. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, eds. *Epidemiologia & saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi;2003. p.567-603.

RIPSA- Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. p.88.

SOUZA, I.G.; *et al.* **Parto Humanizado: O reflexo sobre as técnicas que norteiam este novo paradigma**. São Paulo: Martinari, 2006. p.97.

SZWARCWALD CL, *et al.* **Estimação da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde?** *Cad Saúde Pública*. 2002;18(6):1725-36.