
RELATÓRIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE MORTALIDADE INFANTIL NO DISTRITO FEDERAL, 2017

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Governo do Distrito Federal

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Subsecretaria de Vigilância em Saúde

Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Gerência de Informação e Análise de Situação em Saúde

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Comitê de Prevenção e Controle de Óbito Materno, Fetal e Infantil do Distrito Federal – CPCOMFI/DF

CONTEÚDO

1. INTRODUÇÃO	4
2. OBJETIVOS	4
3. METODOLOGIA.....	4
4. RESULTADOS.....	5
4.1. MORTALIDADE INFANTIL	5
4.2. MORTALIDADE FETAL	16
5. INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E FETAL	18
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS	23

1. INTRODUÇÃO

A taxa de mortalidade infantil estima o risco de morrer no primeiro ano de vida. Constitui um importante indicador de saúde porque reflete as condições de vida e saúde da população, assim como o acesso e a qualidade da assistência à saúde, orientando um melhor planejamento das políticas públicas de saúde materno infantil.

2. OBJETIVOS

Descrever o perfil da mortalidade infantil e fetal entre os residentes no Distrito Federal e regiões de saúde em 2017.

3. METODOLOGIA

Os dados de mortalidade foram obtidos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e os dados de nascidos vivos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Ambos os sistemas são fornecidos pelo Ministério da Saúde e administrados pela Gerência de Informações e Análise de Situação de Saúde (Giass), da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (Divep), da Subsecretaria de Vigilância à Saúde (SVS) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Os dados de mortalidade foram complementados e/ou corrigidos após investigação do óbito e discussão com o comitê de prevenção e controle dos óbitos materno, fetal e infantil das regiões de saúde.

A mortalidade infantil, óbitos que ocorrem até 364 dias de vida, foi subdividida em componente neonatal precoce (até seis dias de vida), neonatal tardio (sete a 27 dias) e pós neonatal (28 a 364 dias). A taxa de mortalidade infantil foi obtida dividindo-se o número de óbitos infantis pelo número de nascidos vivos ocorridos no período estudado. As taxas de mortalidade neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal foram calculadas dividindo o número de óbitos das respectivas faixas etárias pelo número de nascidos vivos no mesmo período.

Para o cálculo da taxa de mortalidade fetal foi considerado o número de óbitos fetais com 22 semanas de gestação e mais, dividido pelo número total de nascimentos, ou seja, número de nascidos vivos mais número de óbitos fetais de 22 semanas de gestação e mais. De acordo com orientação do Ministério da Saúde¹, foi somado tanto no numerador quanto no denominador o número de óbitos fetais com idade gestacional não informada.

4. RESULTADOS

4.1. MORTALIDADE INFANTIL

Em 2017, ocorreram 494 óbitos em menores de um ano de vida, entre os residentes no Distrito Federal. Desse total, 264 (53,4%) eram do sexo masculino e 230 (46,6%) do sexo feminino. A maioria dos óbitos ocorreu em estabelecimentos de saúde (478, 96,7%), sendo mais da metade em hospitais públicos, 342 (69,3%).

A taxa de mortalidade infantil ficou em 11,1 óbitos para cada grupo de 1000 nascidos vivos. Este valor foi 7,8% maior em relação a 2016 e representou uma inversão na tendência de redução que ocorria desde 2014 (Gráfico 1).

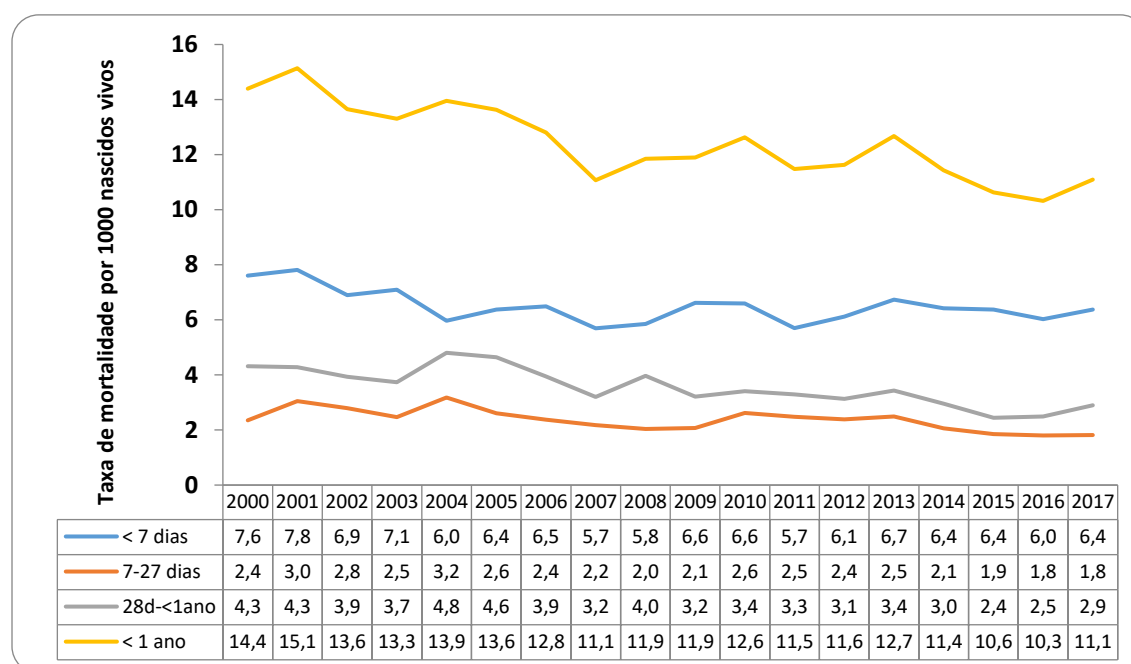


GRÁFICO 1 – TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL, NEONATAL PRECOCE, NEONATAL TARDIA E PÓS-NEONATAL – DISTRITO FEDERAL, 2000 A 2017

A Região de Saúde Centro-Sul apresentou o maior aumento do número de óbitos infantis, com 33 óbitos a mais, sendo 14 no Núcleo Bandeirante. A Região de Saúde Norte também teve um aumento significativo, 21 óbitos, dos quais 14 eram residentes em Planaltina (Tabela 1).

TABELA 1 – NÚMERO DE ÓBITOS INFANTIS POR REGIÃO DE SAÚDE DE RESIDÊNCIA – DISTRITO FEDERAL, 2016 e 2017.

Região de Saúde	2016	2017	2017-2016
Central	28	30	2
..Asa Norte	10	8	-2
..Asa Sul	8	7	-1
..Cruzeiro	1	1	0
..Lago Norte	2	3	1
..Lago Sul	2	3	1
..Sudoeste/Octogonal	5	8	3
..Varjão do Torto	0	0	0
Centro-Sul	39	72	33
..Candangolândia	0	2	2
..Guará	21	29	8
..Núcleo Bandeirante	0	14	14

..Park Way	2	1	-1
..Riacho Fundo I	2	6	4
..Riacho Fundo II	6	9	3
..SCIA (Estrutural)	8	11	3
..SIA	0	0	0
Leste	59	60	1
..Itapoã	11	16	5
..Jardim Botânico	4	6	2
..Paranoá	19	20	1
..São Sebastião	25	18	-7
Norte	46	67	21
..Fercal	1	3	2
..Planaltina	28	42	14
..Sobradinho	7	11	4
..Sobradinho II	10	11	1
Oeste	114	106	-8
..Brazlândia	7	21	14
..Ceilândia	107	85	-22
Sudoeste	119	112	-7
..Águas Claras	19	10	-9
..Recanto das Emas	24	17	-7
..Samambaia	39	45	6
..Taguatinga	31	33	2
..Vicente Pires	6	7	1
Sul	40	40	0
..Gama	19	19	0
..Santa Maria	21	21	0
Ignorado	2	4	2
Em Branco	0	3	3
Distrito Federal	447	494	47

O aumento dos óbitos infantis ocorreu principalmente nos períodos neonatal precoce e pós-neonatal (Tabela 2).

TABELA 2 – NÚMERO DE ÓBITOS INFANTIS POR FAIXA ETÁRIA – DISTRITO FEDERAL, 2016 e 2017.

Faixa etária	2016	2017	Diferença
< 7 dias	261	284	23
7-27 dias	78	81	3
28d-<1ano	108	129	21
Total	447	494	47

O Distrito Federal tem uma das menores taxas de mortalidade infantil do Brasil, mas existem diferenças importantes entre as regiões de saúde. A Região Centro-Sul teve a maior taxa de mortalidade, 14,1, seguido pela Região Oeste que teve 13,7 óbitos por 1000 nascidos vivos. Por outro lado, a Região Central teve quase a metade desse valor, 7,1 (Gráfico 2 e Tabela 3).

Dentro de cada região de saúde também houve diferenças entre as regiões administrativas: o Núcleo Bandeirante apresentou a pior taxa, 35,0 óbitos para cada grupo de 1000 nascidos vivos, enquanto que no Varjão do Torto e SIA não houve óbito infantil em 2017. Ceilândia concentrou o maior número de óbitos infantis, 17,2% do total (85 óbitos) (Tabela 3).

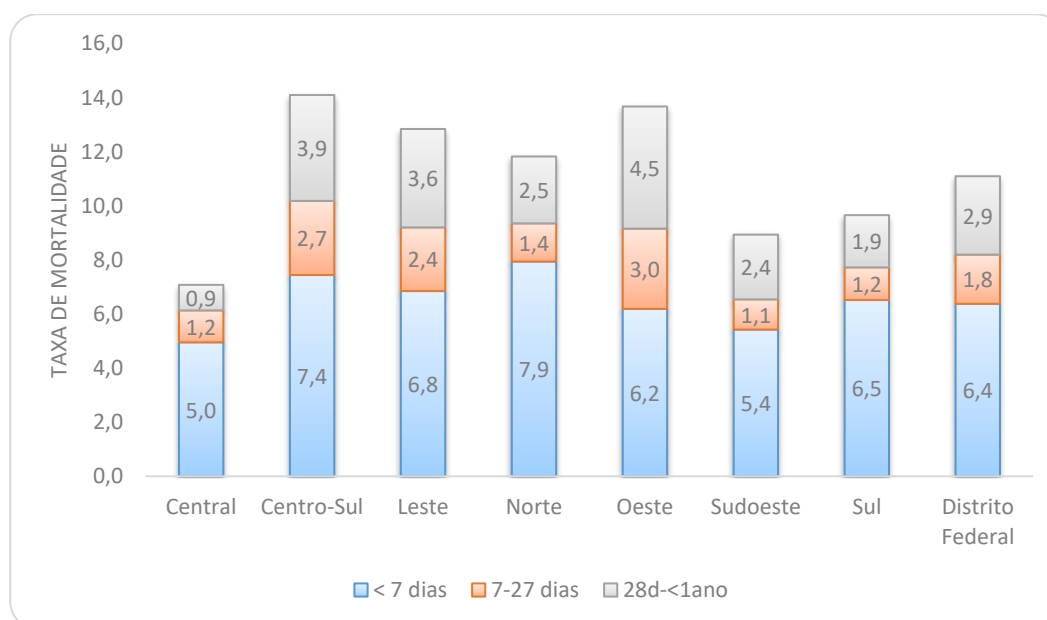


GRÁFICO 2 – TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE, NEONATAL TARDIA E PÓS-NEONATAL POR REGIÃO DE SAÚDE – DISTRITO FEDERAL, 2017

TABELA 3 - NÚMERO DE ÓBITOS NEONATAL PRECOCE, NEONATAL TARDIO, PÓS-NEONATAL, INFANTIL E TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POR LOCAL DE RESIDÊNCIA – DISTRITO FEDERAL, 2017

Região de Saúde	< 7 dias	7-27 dias	28d-<1ano	< 1 ano	Taxa de mortalidade infantil
Central	21	5	4	30	7,1
..Asa Norte	4	3	1	8	5,6
..Asa Sul	4	1	2	7	7,0
..Cruzeiro	1	0	0	1	2,4
..Lago Norte	2	0	1	3	9,2
..Lago Sul	3	0	0	3	11,3
..Sudoeste/Octogonal	7	1	0	8	13,9
..Varjão do Torto	0	0	0	0	0,0
Centro-Sul	38	14	20	72	14,1
..Candangolândia	1	0	1	2	7,0
..Guará	15	7	7	29	15,7
..Núcleo Bandeirante	9	3	2	14	35,0
..Park Way	1	0	0	1	5,1
..Riacho Fundo I	3	1	2	6	7,4
..Riacho Fundo II	4	2	3	9	12,1
..SCIA (Estrutural)	5	1	5	11	14,2
..SIA	0	0	0	0	0,0
Leste	32	11	17	60	12,8
..Itapoã	10	1	5	16	15,5
..Jardim Botânico	4	0	2	6	20,2
..Paranoá	10	5	5	20	16,1
..São Sebastião	8	5	5	18	8,6
Norte	45	8	14	67	11,8
..Fercal	3	0	0	3	14,6
..Planaltina	28	5	9	42	13,7
..Sobradinho	6	2	3	11	8,4
..Sobradinho II	8	1	2	11	10,1
Oeste	48	23	35	106	13,7
..Brazlândia	8	3	10	21	17,8
..Ceilândia	40	20	25	85	12,9
Sudoeste	68	14	30	112	8,9
..Águas Claras	3	1	6	10	4,0
..Recanto das Emas	8	1	8	17	8,1
..Samambaia	31	5	9	45	11,5
..Taguatinga	21	7	5	33	10,6
..Vicente Pires	5	0	2	7	7,8
Sul	27	5	8	40	9,7
..Gama	12	3	4	19	9,2

..Santa Maria	15	2	4	21	10,1
Ignorado	4	0	0	4	-
Em Branco	1	1	1	3	-
Distrito Federal	284	81	129	494	11,1

Mais da metade dos óbitos infantis (62,4%) ocorreu em prematuros (idade gestacional menor que 37 semanas) (Gráfico 3).

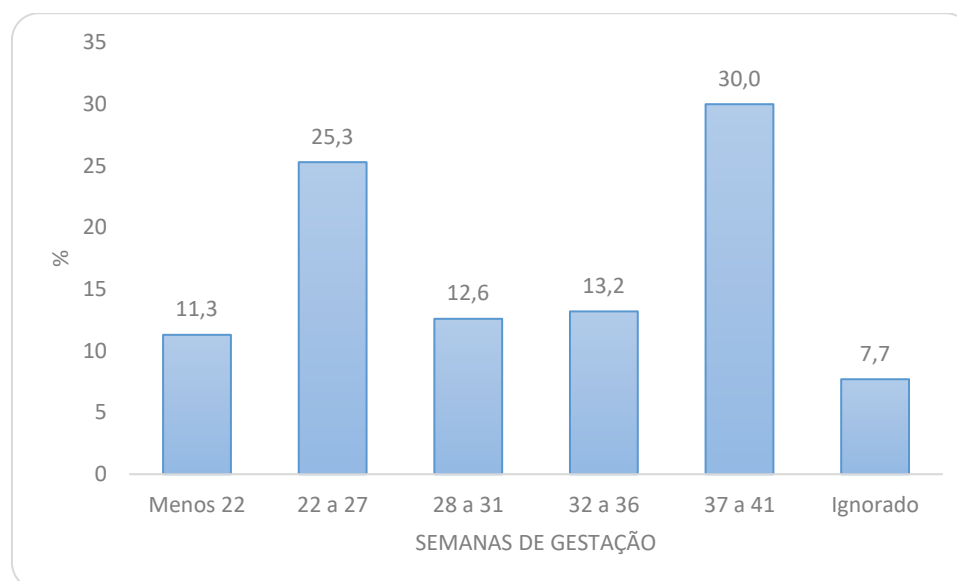


GRÁFICO 3 – PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS POR SEMANAS DE GESTAÇÃO – DISTRITO FEDERAL, 2017.

Essa proporção variou entre as regiões de saúde (Gráfico 4). Estudos indicam que a prematuridade e o baixo peso ao nascer constituem fator de risco para a mortalidade infantil^{2,3,4}. Ressalta-se então, a importância do pré-natal adequado para diminuir as causas da prematuridade e a mortalidade infantil.

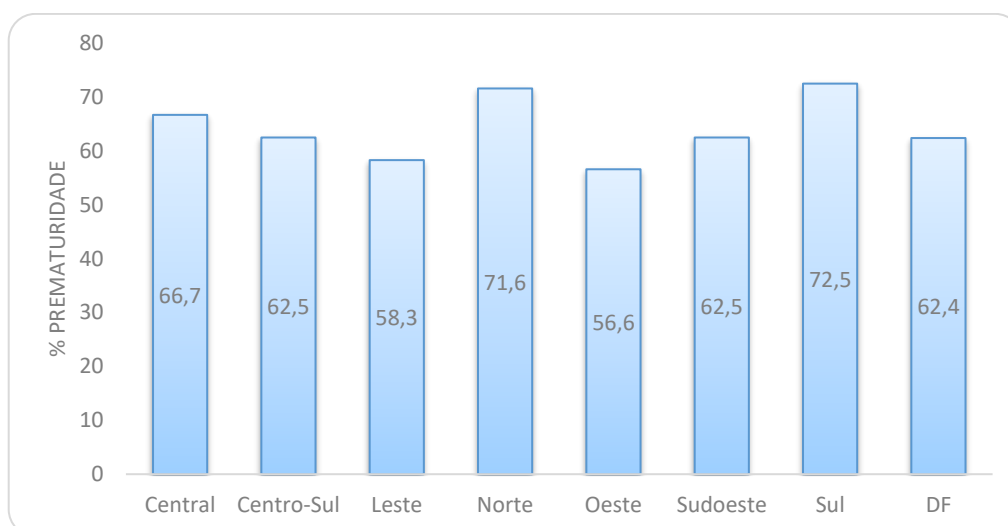


GRÁFICO 4 – PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS POR SEMANAS DE GESTAÇÃO – DISTRITO FEDERAL, 2017.

Em relação ao peso ao nascer, 66,4% dos óbitos infantis ocorreram em crianças com peso inferior a 2500g, sendo que quase a metade (48%) tinham peso inferior a 1500g (Gráfico 5). Ressalte-se novamente a importância da ampla cobertura e qualidade do pré-natal para reduzir a ocorrência de baixo peso ao nascer e consequentemente a mortalidade infantil.

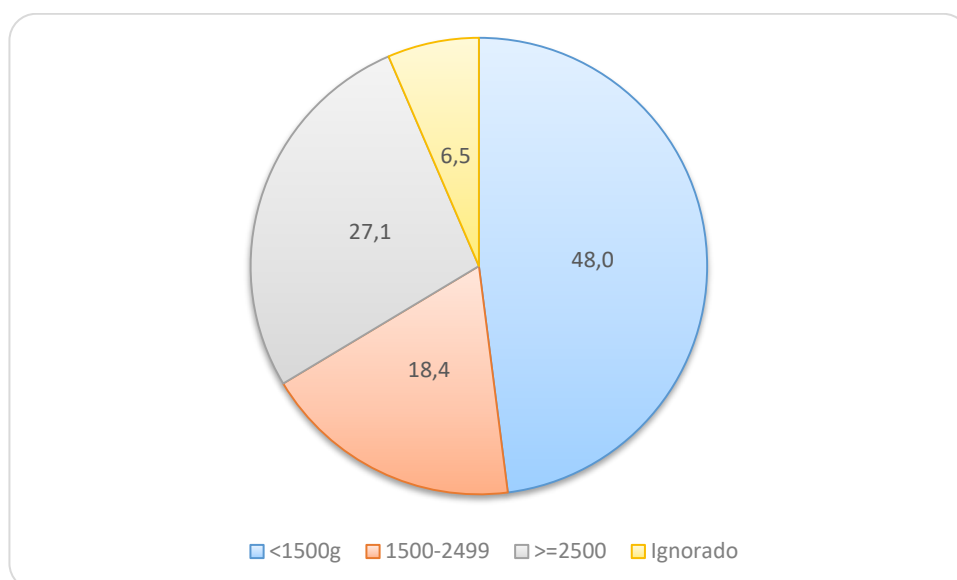


GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE ÓBITOS INFANTIS POR PESO AO NASCER – DISTRITO FEDERAL, 2017.

A proporção de baixo peso ao nascer entre os óbitos infantis variou entre as regiões de saúde. A Região Norte apresentou o maior percentual, 80,6% dos óbitos infantis tinham peso inferior a 2500g. Na Região Sul, 65% pesavam menos que 1500g ao nascer (Gráfico 6).

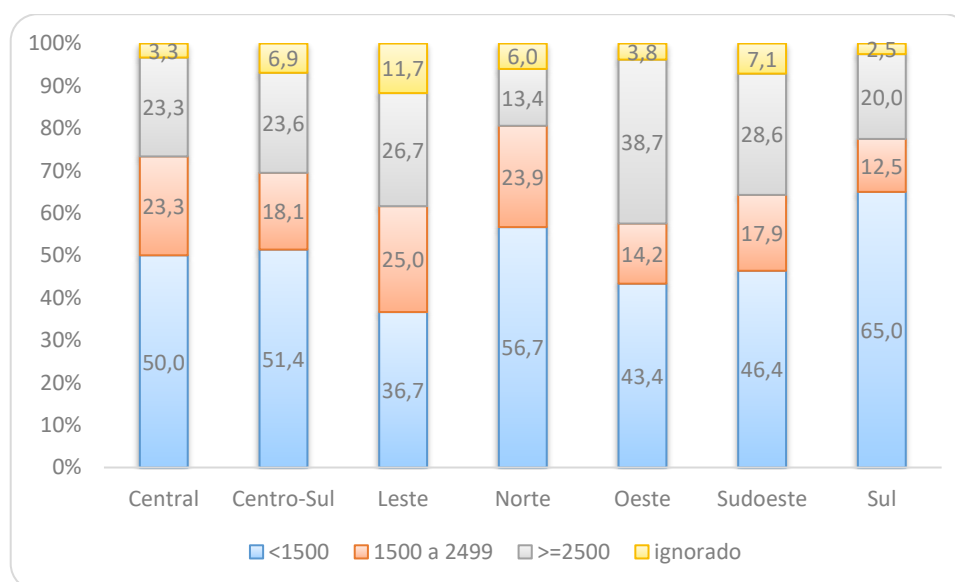


GRÁFICO 6 – DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE ÓBITOS INFANTIS POR PESO AO NASCER E REGIÃO DE SAÚDE – DISTRITO FEDERAL, 2017.

Em 12,1% dos óbitos infantis as mães tinham entre 10 a 19 anos de idade (Gráfico 7). Entretanto, a idade das mães sofreu variações entre as regiões de saúde. Na Região Central somente 3,3% das mães eram adolescentes e 83,4% tinham mais de 30 anos. Em contraposição, 17,9% das mães da Região Norte tinham entre 10 e 19 anos. Essas diferenças entre as regiões de saúde ocorreram possivelmente pelas diferentes condições sócio-econômico-demográficas (Gráfico 8).

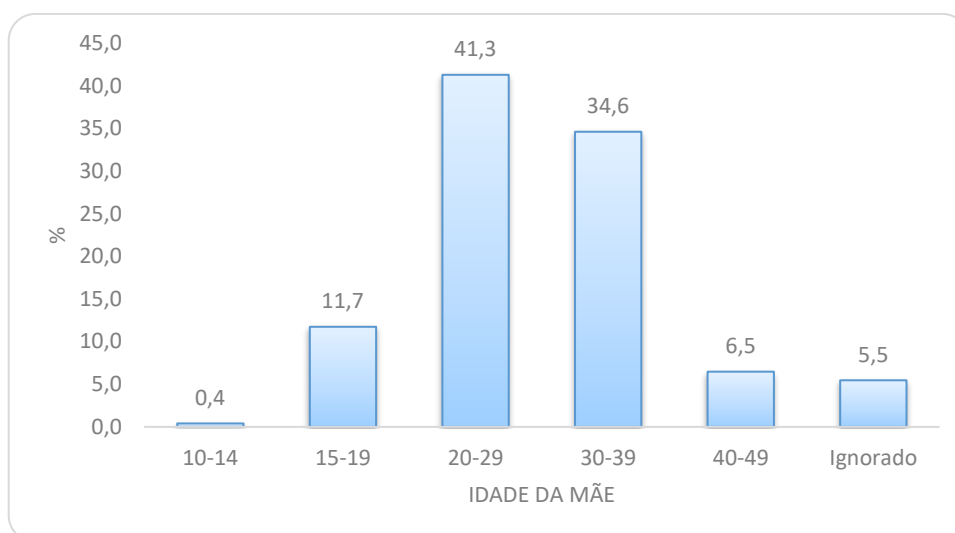


GRÁFICO 7 – DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE ÓBITOS INFANTIS POR FAIXA ETÁRIA DA MÃE – DISTRITO FEDERAL, 2017.

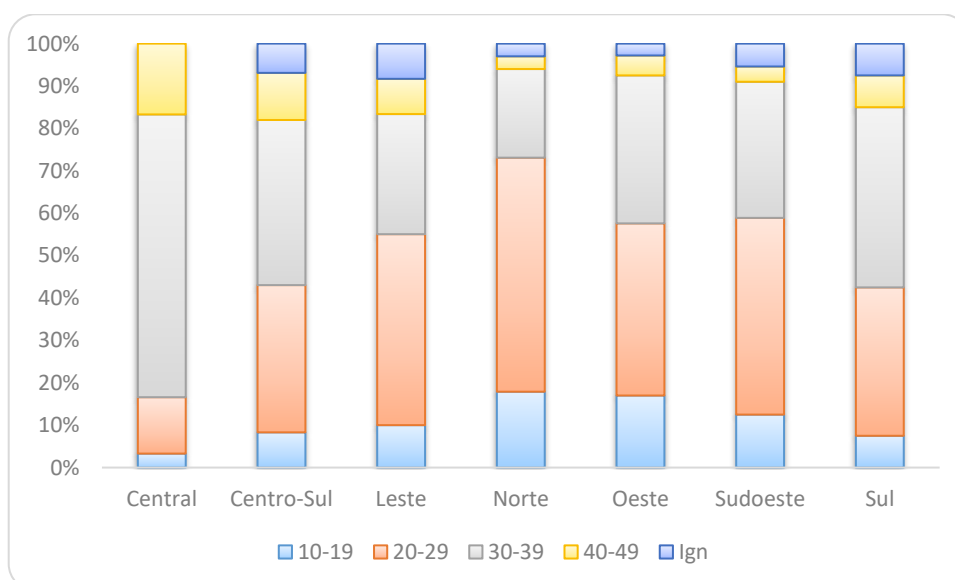


GRÁFICO 8 – DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE ÓBITOS INFANTIS POR FAIXA ETÁRIA DA MÃE E REGIÃO DE SAÚDE – DISTRITO FEDERAL, 2017.

Quanto à escolaridade materna, em 38,9% dos óbitos infantis as mães tinham entre oito e 11 anos de estudo, seguido de 29,6% com 12 ou mais anos (Gráfico 9). Essa condição também apresentou diferenças entre as regiões de saúde: na Região Central 90% das mães tinham 12 ou mais anos de estudo, enquanto que na Região Norte

somente 14,9% das mães tinham esta escolaridade (Gráfico 10). Possivelmente, essas diferenças ocorreram também pelas diferenças socioeconômicas entre as regiões.

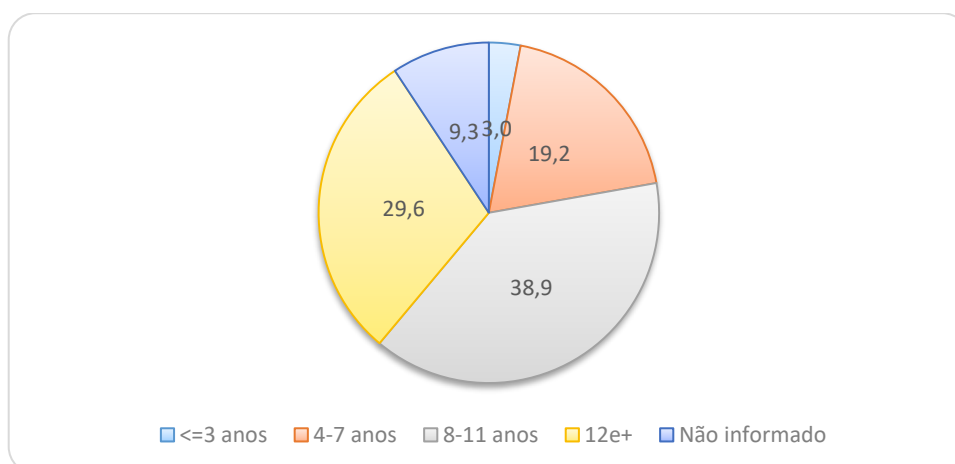


GRÁFICO 9 – DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE ÓBITOS INFANTIS POR ESCOLARIDADE DA MÃE - DISTRITO FEDERAL, 2017.

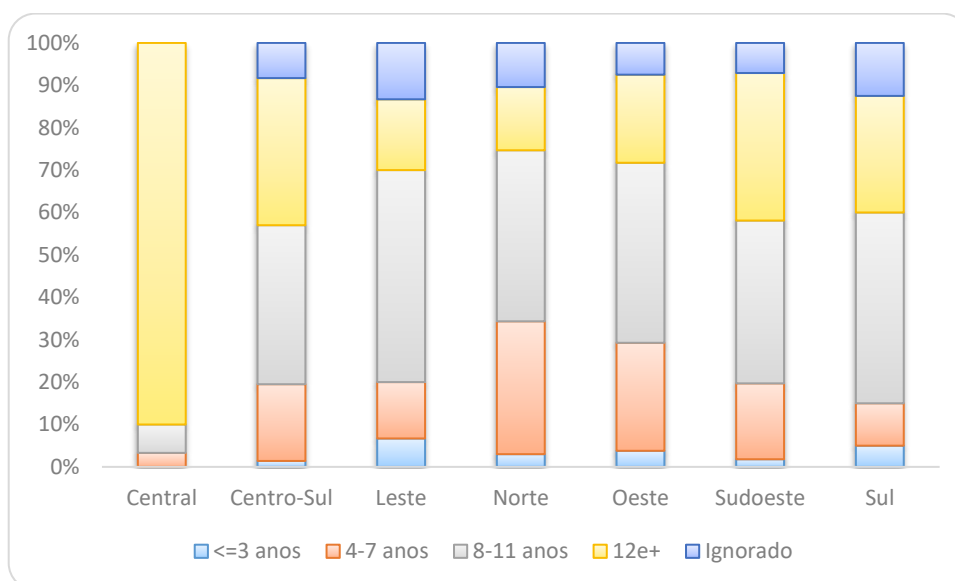


GRÁFICO 10 – DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE ÓBITOS INFANTIS POR ESCOLARIDADE DA MÃE E REGIÃO DE SAÚDE-DISTRITO FEDERAL, 2017.

A principal causa de morte infantil foi por afecções perinatais, responsável por pouco mais da metade de todos os óbitos (270 óbitos – 54,7%), seguida por malformações congênicas, 157 óbitos (31,8%). Comparando com o ano anterior, houve

26 óbitos a menos por afecções perinatais e 64 óbitos a mais decorrentes de malformações congênicas (Tabela 4).

TABELA 4 – CAUSAS DE MORTALIDADE INFANTIL – DISTRITO FEDERAL, 2016 E 2017.

Causas de óbito	2016		2017	
	N	%	N	%
<i>Afecções perinatais</i>	296	66,2	270	54,7
. Transtornos maternos hipertensivos	49	11,0	37	7,5
. Septicemia bacteriana RN/Infecção perinatal	29	6,5	22	4,5
. Incompetência do colo uterino	18	4,0	19	3,9
. Corioamnionite	24	5,4	19	3,9
. Ruptura prematura de membranas	16	3,6	16	3,2
. Hipóxia intrauterina/asfixia nascer	9	2,0	15	3,0
. Doenças maternas renais e das vias urinárias	12	2,7	15	3,0
. Doença da membrana hialina	20	4,5	14	2,8
. Hemorragia pulmonar período perinatal	7	1,6	13	2,6
. Prematuridade/Peso baixo	25	5,6	12	2,4
. Outras afecções maternas	6	1,3	10	2,0
. Descolamento prematuro de placenta	5	1,1	8	1,6
. Gravidez múltipla	9	2,0	8	1,6
. Síndrome de aspiração neonatal	10	2,2	7	1,4
. Atelectasia primária do RN	3	0,7	5	1,0
. Enterite necrotizante do feto e RN	12	2,7	4	0,8
. Oligohidrânio	5	1,1	3	0,6
. Pneumonia congênita	3	0,7	3	0,6
. Outras afecções perinatais	34	7,6	40	8,1
<i>Malformações congênicas</i>	93	20,8	157	31,8
. Sistema nervoso	13	2,9	12	2,4
. Aparelho circulatório	39	8,7	70	14,2
. Aparelho respiratório	6	1,3	6	1,2
. Aparelho digestivo	3	0,7	9	1,8
. Aparelho urinário	7	1,6	6	1,2
. Aparelho osteomuscular	13	2,9	23	4,7
. Anomalias cromossômicas	4	0,9	15	3,0
. Demais malformações congênicas	8	1,8	16	3,2
<i>Causas externas (acidentes/violência)</i>	10	2,2	13	2,6
. Acidente de transporte	1	0,2	3	0,6
. Inalação conteúdo gástrico, alimentos, objetos	5	1,1	4	0,8
. Demais causas externas	4	0,9	6	1,2
<i>Doenças do aparelho respiratório</i>	11	2,5	11	2,2
. Pneumonia	4	0,9	2	0,4

. Pneumonite devido a sólidos e líquidos (exclui neonatal)	3	0,7	2	0,4
. Demais doenças do aparelho respiratório	4	0,9	7	1,4
<i>Doenças infecciosas e parasitárias</i>	15	3,4	15	3,0
. Septicemias (exclui neonatal)	5	1,1	2	0,4
. Diarreia origem infecciosa presumível	1	0,2	6	1,2
. Sífilis congênita	5	1,1	3	0,6
. Demais DIP	4	0,9	4	0,8
<i>Demais causas de morte</i>	22	4,9	28	5,7
Total	447	100	494	100

Avaliando as causas de mortalidade infantil por capítulos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) 10, observa-se que malformação congênita foi responsável pela metade dos óbitos infantis entre os residentes na Região Central. Nas demais regiões essa causa representou entre 20 e 35% e afecções perinatais foi a principal causa de óbito (Tabela 5).

TABELA 5 – CAUSAS DE MORTALIDADE INFANTIL POR CAPÍTULOS DA CID10 E REGIÃO DE SAÚDE – DISTRITO FEDERAL, 2017.

Causas de óbito	Central	Centro-Sul	Leste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul	Ign	Total
Afecções perinatais	14	40	32	39	50	63	29	3	270
Malf. congênicas	15	25	14	20	37	36	8	2	157
Doenças infecciosas	0	2	5	3	4	1	0	0	15
Causas externas	1	2	2	0	2	2	2	2	13
D. ap. respiratório	0	0	3	1	4	2	1	0	11
Mal definidas	0	2	0	1	4	1	0	0	8
Demais causas	0	1	4	3	5	7	0	0	20
Total	30	72	60	67	106	112	40	7	494

4.2. MORTALIDADE FETAL

Em 2017, ocorreram 351 óbitos fetais, 17 a menos em relação ao ano anterior. A taxa de mortalidade fetal no Distrito Federal ficou em 7,8 óbitos para cada grupo de 1000 nascimentos (óbitos fetais mais nascidos vivos). As Regiões de Saúde Central e Centro-Sul tiveram as menores taxas, 4,2 e 4,1 respectivamente e a Região Norte a maior, 8,9 (Tabela 6).

TABELA 6 – NÚMERO DE ÓBITOS E TAXA DE MORTALIDADE FETAL POR REGIÃO DE SAÚDE – DISTRITO FEDERAL, 2017.

Região de Saúde	Número de óbitos	Taxa
Central	18	4,2
Centro-Sul	21	4,1
Leste	36	7,6
Norte	51	8,9
Oeste	66	8,4
Sudoeste	104	8,2
Sul	28	6,7
Ignorado	27	-
Distrito Federal	351	7,8

Cerca de ¼ dos óbitos fetais ocorreu em gestação a termo e com peso maior ou igual a 2500g (Tabelas 7 e 8).

TABELA 7 – NÚMERO E PERCENTUAL DE ÓBITOS FETAIS POR SEMANAS DE GESTAÇÃO – DISTRITO FEDERAL, 2017.

Semanas de gestação	Número de óbitos	%
22 a 27	92	26,2
28 a 31	58	16,5
32 a 36	97	27,6
37 a 41	86	24,5
Ignorado	18	5,1
Total	351	100

TABELA 8 – NÚMERO E PERCENTUAL DE ÓBITOS FETAIS POR PESO AO NASCER – DISTRITO FEDERAL, 2017.

Peso ao Nascer	Número de óbitos	%
<500g	24	6,8
501g a <1Kg	85	24,2
1kg a 1,4kg	51	14,5
1,5Kg a 2,4Kg	73	20,8
2,5Kg a 2,9Kg	38	10,8
3Kg a 3,9Kg	42	12,0
4Kg e +	10	2,8
Ignorado	28	8
Total	351	100

A maioria dos óbitos fetais foi decorrente de afecções perinatais, 320 óbitos – 91,2%, como hipóxia intrauterina, transtornos maternos hipertensivos, descolamento prematuro da placenta e corioamnionite. Ocorreram 22 óbitos por malformação congênita e 9 óbitos por sífilis congênita (Tabela 9).

TABELA 9 – CAUSAS DE MORTALIDADE FETAL – DISTRITO FEDERAL, 2017.

Causas de óbito	Número de óbitos	%
<i>Afecções perinatais</i>	320	91,2
. Prematuridade/Peso baixo	1	0,3
. Hipoxia intrauterina/asfixia nascer	99	28,2
. Transtornos maternos hipertensivos	57	16,2
. Doenças maternas renais e das vias urinárias	6	1,7
. Outras afecções maternas	10	2,8
. Incompetência do colo uterino	5	1,4
. Ruptura prematura de membranas	11	3,1
. Oligohidrânio	4	1,1
. Descolamento prematuro de placenta	18	5,1
. Corioamnionite	18	5,1
. Gravidez múltipla	6	1,7
. Morte fetal de causa desconhecida	36	10,3
. Outras afecções perinatais	49	14
<i>Malformações congênicas</i>	22	6,3
. Sistema nervoso	4	1,1
. Aparelho circulatório	2	0,6
. Aparelho digestivo	1	0,3
. Aparelho urinário	3	0,9
. Aparelho osteomuscular	1	0,3
. Anomalias cromossômicas	6	1,7
. Demais malformações congênicas	5	1,4
<i>Doenças infecciosas e parasitárias</i>	9	2,6
. Sífilis congênita	9	2,6
Total	351	100

5. INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E FETAL

A investigação de óbito infantil e fetal é realizada por profissionais dos Comitês Regionais de Prevenção e Controle de Óbito Materno, Fetal e Infantil, da vigilância em

saúde e da rede de atenção à saúde do Distrito Federal. As informações coletadas são posteriormente avaliadas e discutidas nos referidos Comitês, que recomenda medidas de ação aos gestores. A coleta de dados é feita por meio de visita domiciliar, consulta ao prontuário médico hospitalar e ambulatorial, cartão da gestante e laudo de necropsia da anatomia patológica ou do Instituto Médico Legal (IML). A análise das informações coletadas permite avaliar a causa básica do óbito, situações adversas ou eventuais falhas no sistema que possam ter contribuído para o desfecho fatal.

Desde a publicação da Portaria nº 72, de 11 de dezembro de 2018, do Ministério da Saúde, que estabelece a obrigatoriedade da vigilância do óbito infantil e fetal nos serviços públicos e privados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), o percentual de investigação dos óbitos infantis e fetais dobrou, passando de 47,0% e 22,9% respectivamente em 2010, para 95,3% e 90,0% em 2017 (Gráfico 11).

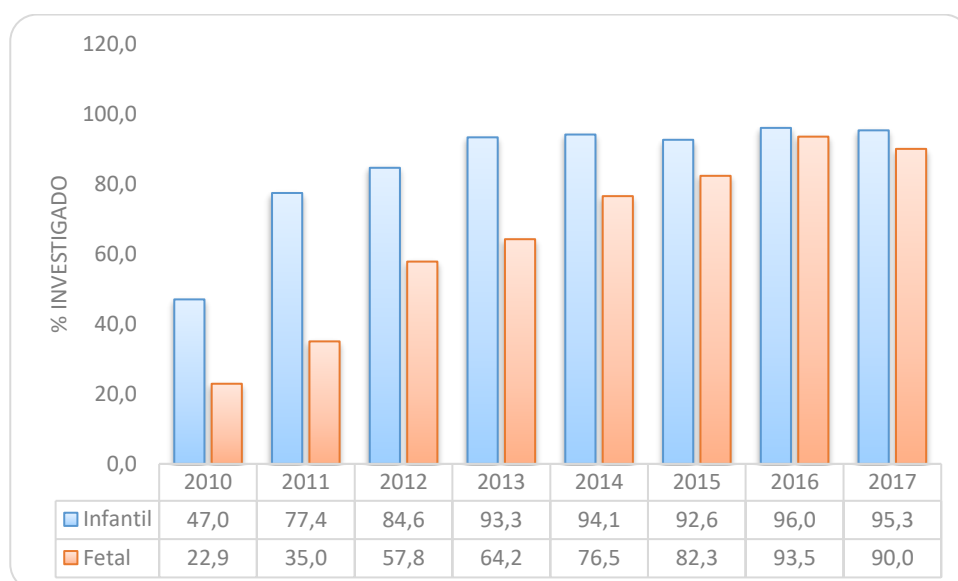


GRÁFICO 11 – PERCENTUAL DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E FETAL – DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2017.

As Regiões de Saúde Central e Centro-Sul investigaram todos os óbitos infantis e fetais ocorridos em 2017 (Gráfico 12).

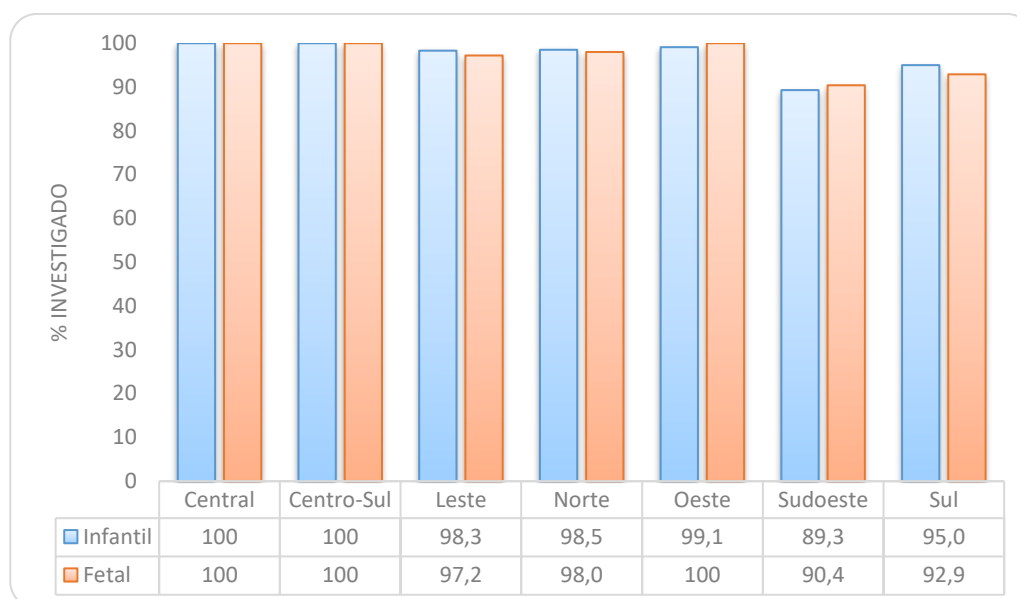


GRÁFICO 12 – PERCENTUAL DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E FETAL POR REGIÃO DE SAÚDE – DISTRITO FEDERAL, 2017.

Embora quase todos os óbitos infantis tenham sido investigados no Distrito Federal, somente 62,4% teve a investigação realizada oportunamente, ou seja, ocorreu até 120 dias após o óbito, como é recomendado na referida portaria ministerial. O percentual de investigação oportuna variou de 36,2% na região Oeste a 90,0% na região Central (Tabela 10).

TABELA 10 – PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS INVESTIGADOS E INVESTIGAÇÃO OPORTUNA – DISTRITO FEDERAL, 2017.

Região de Saúde	Investigado	Investigação oportuna
Central	100	90,0
Centro-Sul	100	48,6
Leste	98,3	81,4
Norte	98,5	78,8
Oeste	99,1	36,2
Sudoeste	89,3	65,0
Sul	95,0	76,3
Distrito Federal	95,3	62,4

Entre os óbitos infantis investigados em 2017, 58,4% ocorreram por causas evitáveis, o que indica que muito pode ser feito para reduzir a mortalidade infantil no Distrito Federal (Tabela 11).

TABELA 11 – NÚMERO E PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS EVITÁVEIS – DISTRITO FEDERAL, 2017.

Óbito evitável	Número de óbitos	%
Sim	275	58,4
Não	63	13,4
Inconcluso	34	7,2
Não informado	99	-
Total	471	100

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Distrito Federal segue enfrentando o desafio da redução contínua da taxa de mortalidade infantil. Apesar da tendência de queda apresentada nos últimos anos, nota-se o aumento da taxa no ano de 2017. Já em relação à mortalidade fetal, no ano de 2017 houve redução do número de óbitos em relação ao ano anterior. É importante ressaltar que as causas de mortalidade infantil e fetal relacionadas à melhoria do pré-natal e da assistência ao parto ainda são as mais significativas, mas o aumento do número de óbito por cardiopatia congênita no ano de 2017, também deve ser considerado.

Já a taxa de investigação de óbitos fetal e infantil mantém-se constante nos últimos anos, com discreta oscilação desse indicador. Vale a pena ressaltar que o aumento de casos investigados em tempo oportuno continua sendo um objetivo a ser alcançado.

Diante desses dados, é importante contextualizar que no fim do ano de 2016 foi lançado o Plano Brasília Saudável, um conjunto de ações com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS), articulando-a com os outros serviços da rede de saúde, como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde como um todo. Esse plano previa a conversão dos modelos de cuidado da APS naquele momento, conforme os ditames da Estratégia Saúde da Família, bem como a ampliação da cobertura por essa estratégia em todas as Regiões de Saúde do DF.

A ampliação da cobertura da APS no DF teve como modelo orientador as ações de saúde da Estratégia Saúde da Família, abrangendo alta cobertura populacional nas regiões de saúde, principalmente em áreas com maior vulnerabilidade econômica e social. O objetivo era que, até o final de 2018, ocorresse a expansão de 30,7% para 62% de cobertura da ESF, chegando a 100% nas áreas mais vulneráveis.

Além da qualificação e expansão da APS, o Plano Brasília Saudável previa a organização dos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. Pela primeira vez no Distrito Federal, iniciou-se a discussão em relação aos ambulatorios especializados, incluindo a organização de uma rede de serviços com a denominação de policlínicas.

Todo esse movimento pode ter refletido, nesse primeiro momento, no aumento da mortalidade infantil, como o que aconteceu no ano de 2017, durante o processo de remodelamento da APS, mas a expectativa é que com a melhoria dos cuidados na atenção básica, esse indicador apresente melhores resultados nos próximos anos, já que a atenção à mulher no pré-natal, e o acompanhamento das crianças menores de 1 ano serão mais abrangentes e qualificado.

É importante citar ainda que em relação ao atendimento especializado, organizou-se em cada Região de Saúde do DF, as policlínicas para o cuidado especializado em pediatria e nas especialidades pediátricas, além de ambulatorios em ginecologia obstetrícia e de pré-natal de alto risco. Notas Técnicas de encaminhamento para esses serviços, além do Protocolo de Encaminhamento de Crianças e Adolescentes nas Especialidades Clínicas e Cirúrgicas nos Níveis de Atenção à Saúde, foram construídas e divulgadas para a APS, a fim de dar seguimento ao cuidado das gestantes e crianças na rede da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF).

Assim, a expectativa é que nos próximos anos o processo de expansão e qualificação dos serviços de saúde avance e que reflita na melhoria dos indicadores relativos à mortalidade fetal e infantil, e também na taxa de investigação dos óbitos.

REFERÊNCIAS

1. 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, 2009.
2. SCHOEPS, D. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. Revista de Saúde Pública, v. 41, n. 6, p. 1013–1022, 2007.
3. CARVALHO, P.I. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 16(3):185-194, jul-set, 2007.
4. SANDERS, L. S. DE C. et al. Mortalidade infantil: análise de fatores associados em uma capital do Nordeste brasileiro. Caderno de Saúde Coletiva, v. 25, n. 1, p. 83–89, 2017.
5. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília Saudável: o fortalecimento da atenção primária à saúde no DF. Brasília: SES-DF, 2016.