
RELATÓRIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE MORTALIDADE INFANTIL NO DISTRITO FEDERAL, 2018

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
4.3. INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E FETAL.....	18
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21

1. INTRODUÇÃO

O monitoramento da mortalidade infantil é importante para avaliar as condições de vida e saúde de uma população. O melhor indicador para este acompanhamento é a taxa de mortalidade infantil, que estima o risco de morrer no primeiro ano de vida, ao relacionar o número de óbitos em menores de um ano com o número de nascidos vivos. A taxa de mortalidade infantil permite avaliar as condições socioeconômicas e sanitárias, assim como o acesso e a qualidade da assistência à saúde, orientando um melhor planejamento das políticas públicas de saúde materna e infantil.

Em 2018 o Distrito Federal era constituído por 32 Regiões Administrativas, agrupadas em 7 Regiões de Saúde: Central (Asa Norte, Asa Sul, Cruzeiro, Lago Norte, Lago Sul, Sudoeste e Octogonal, Varjão do Torto), Centro-Sul (Candangolândia, Guará, Núcleo Bandeirante, Park Way, Riacho Fundo I e II, Estrutural e SIA), Leste (Itapoã, Jardim Botânico, Paranoá e São Sebastião), Norte (Fercal, Planaltina, Sobradinho e Sobradinho II), Oeste (Brazlândia e Ceilândia), Sudoeste (Águas Claras, Recanto das Emas, Samambaia, Taguatinga e Vicente Pires) e Sul (Gama e Santa Maria).

O presente estudo tem por objetivo analisar a mortalidade infantil no Distrito Federal e Regiões de Saúde no ano de 2018.

2. OBJETIVOS

Descrever o perfil da mortalidade infantil e fetal entre os residentes no Distrito Federal e Regiões de Saúde em 2018.

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 Saúde, 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 2018 foram registrados 453 óbitos em menores de um ano de vida, entre os residentes no Distrito Federal. A maioria (77%) ocorreu no período neonatal, principalmente entre 0 a 6 dias de vida (61%).

A taxa de mortalidade infantil ficou em 10,3 óbitos para cada grupo de 1000 nascidos vivos. Este valor foi 7% menor em relação ao ano anterior e voltou ao patamar atingido em 2016 (Gráfico 1).

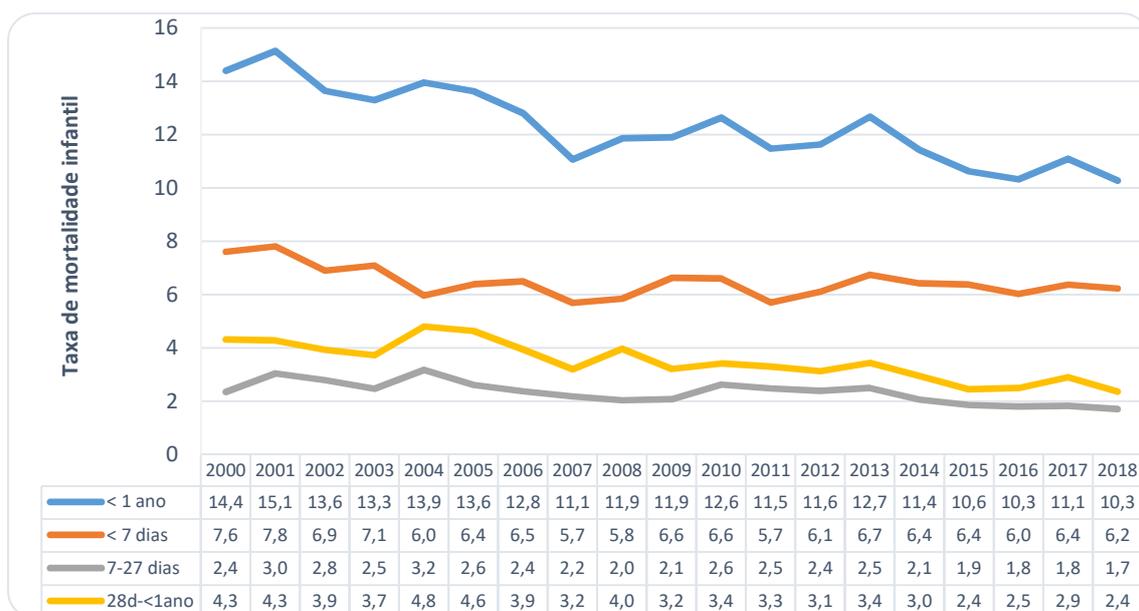


GRÁFICO 1. TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL, NEONATAL PRECOCE, NEONATAL TARDIO E PÓS-NEONATAL. DISTRITO FEDERAL, 2000 A 2018.

Quase a metade (43%) dos óbitos infantis ocorreu nas regiões Sudoeste e Oeste. A maior taxa de mortalidade infantil, 13,1 óbitos por 1000 nascidos vivos, foi registrada na região Sul, e a menor na região Central (5,4 óbitos por 1000 nascidos vivos). Entre as regiões administrativas, a taxa de mortalidade infantil também apresentou grandes variações, embora o número absoluto de óbitos infantis tem que ser considerado por ser muito pequeno em algumas regiões (Tabela 1).

TABELA 1. NÚMERO DE ÓBITOS NEONATAL PRECOCE, NEONATAL TARDIO, PÓS-NEONATAL, INFANTIL, TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL E PERCENTUAL DE ÓBITOS POR LOCAL DE RESIDÊNCIA. DISTRITO FEDERAL, 2018.

Região de Saúde	< 7 dias	7-27 dias	28d-<1ano	Total <1 ano	Taxa de Mortalidade	%
Central	18	1	6	25	5,4	5,5
..Asa Norte	4	0	2	6	3,7	1,3
..Asa Sul	4	0	1	5	4,7	1,1
..Cruzeiro	3	0	0	3	7,0	0,7
..Lago Norte	0	0	1	1	2,6	0,2
..Lago Sul	1	0	1	2	5,7	0,4
..Sudoeste/Octogonal	2	0	1	3	4,8	0,7
..Varjão do Torto	4	1	0	5	26,6	1,1
Centro-Sul	42	10	13	65	12,4	14,3
..Candangolândia	3	0	0	3	10,6	0,7

..Guará	9	2	1	12	6,3	2,6
..Núcleo Bandeirante	3	1	0	4	9,7	0,9
..Park Way	1	1	1	3	15,8	0,7
..Riacho Fundo I	7	1	1	9	11,2	2,0
..Riacho Fundo II	5	2	6	13	15,9	2,9
..SCIA (Estrutural)	14	1	4	19	23,8	4,2
..SIA	0	2	0	2	58,8	0,4
Leste	35	6	13	54	12,1	11,9
..Itapoã	13	0	2	15	15,8	3,3
..Jardim Botânico	1	0	3	4	12,9	0,9
..Paranoá	10	3	5	18	14,8	4,0
..São Sebastião	11	3	3	17	8,6	3,7
Norte	30	7	19	56	10,0	12,3
..Fercal	1	0	1	2	9,9	0,4
..Planaltina	17	2	10	29	9,5	6,4
..Sobradinho	7	0	6	13	9,8	2,9
..Sobradinho II	5	5	2	12	11,7	2,6
Oeste	55	17	21	93	12,4	20,5
..Brazlândia	6	1	1	8	7,2	1,8
..Ceilândia	49	16	20	85	13,3	18,7
Sudoeste	60	21	21	102	8,2	22,5
..Águas Claras	8	5	4	17	7,1	3,7
..Recanto das Emas	11	4	5	20	9,8	4,4
..Samambaia	19	4	8	31	7,9	6,8
..Taguatinga	15	8	2	25	7,9	5,5
..Vicente Pires	7	0	2	9	10,4	2,0
Sul	31	13	10	54	13,1	12,1
..Gama	19	6	5	30	14,5	6,6
..Santa Maria	12	7	5	24	11,2	5,3
Ignorado	4	0	0	4	-	0,9
Total DF	275	75	103	453	10,3	100,0

A taxa de mortalidade neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal variou entre as Regiões de Saúde, mas em todas, a maior taxa foi de neonatal precoce. A região Centro-Sul teve a maior taxa de mortalidade neonatal precoce (8 óbitos por 1000 nascidos vivos) e a região Norte a maior taxa de mortalidade pós-neonatal (3,4 óbitos por 1000 nascidos vivos). Este indicador é importante para orientar a atenção à saúde, porque a mortalidade neonatal precoce reflete mais a assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, enquanto que a mortalidade pós-neonatal, além da assistência

materno-infantil, é influenciada também pelas condições sócio econômicas e sanitárias (Gráfico 2).

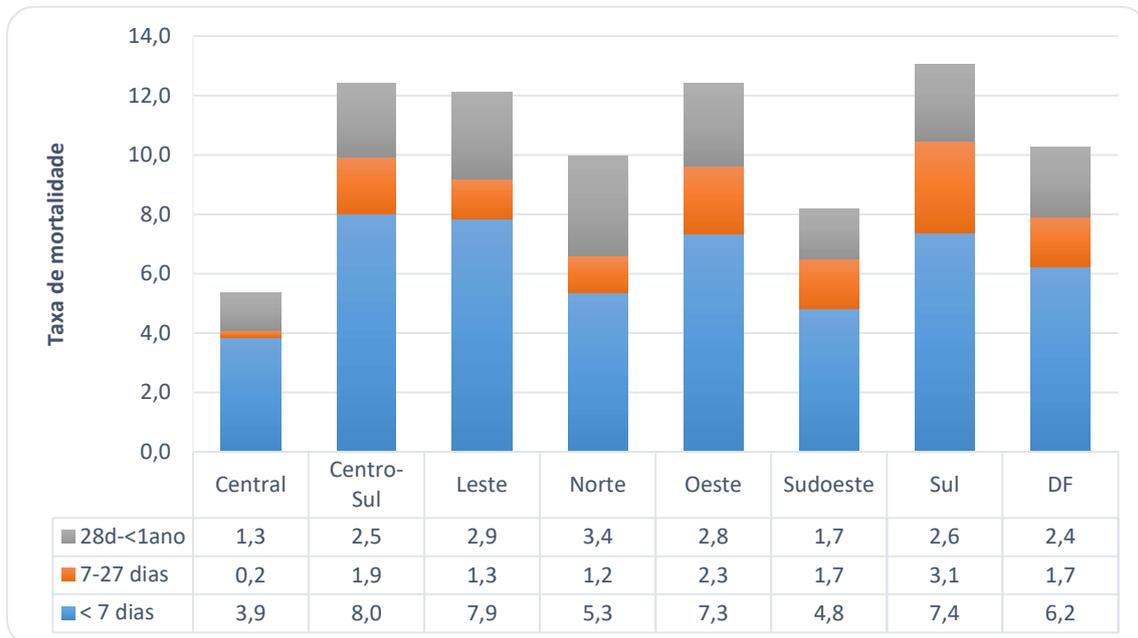


GRÁFICO 2. TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE, NEONATAL TARDIO E PÓS-NEONATAL CONFORME REGIÃO DE SAÚDE. DISTRITO FEDERAL, 2018.

A maioria dos óbitos infantis (71,7%) ocorreu em prematuros (idade gestacional menor que 37 semanas) (Gráfico 3). Sabe-se que a prematuridade constitui um fator de risco para a mortalidade infantil e para os nossos dados, houve uma associação com valor de p inferior a 0,001.

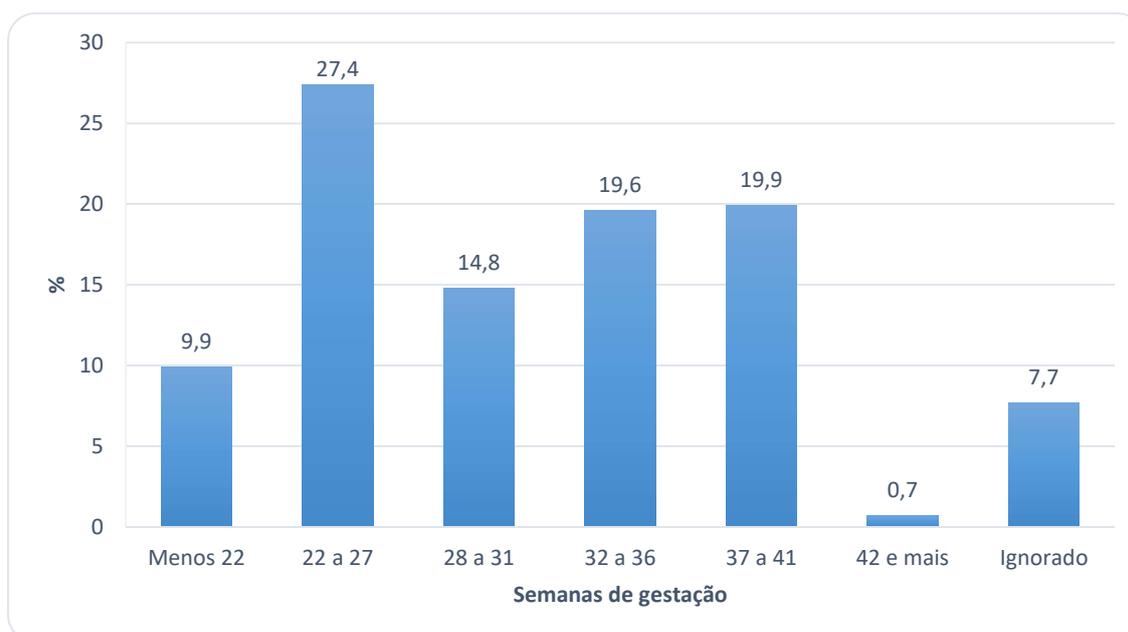


GRÁFICO 3. PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS POR SEMANAS DE GESTAÇÃO. DISTRITO FEDERAL, 2018.

Entre os óbitos de prematuros, 70,5% foi neonatal precoce, sendo que nos menores de 22 semanas de gestação, 88,9% ocorreu com menos de 1 dia de vida (Tabela 2).

TABELA 2. MORTALIDADE POR SEMANAS DE GESTAÇÃO E FAIXA ETÁRIA. DISTRITO FEDERAL, 2018.

Faixa etária	Menos 22		22 a 27		28 a 31		32 a 36		37 e mais		Ignorado	Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
< 1 dia	40	88,9	38	30,6	14	20,9	25	28,1	11	11,8	5	133
1-6 dias	3	6,7	54	43,5	28	41,8	27	30,3	21	22,6	9	142
7-27 dias	0	0,0	21	16,9	13	19,4	17	19,1	18	19,4	6	75
28-90 dias	0	0,0	10	8,1	7	10,4	11	12,4	23	24,7	7	58
91d-<1ano	2	4,4	1	0,8	5	7,5	9	10,1	20	21,5	8	45
Total	45	100	124	100	67	100	89	100	93	100	35	453

A proporção de prematuros entre os óbitos infantis variou entre as Regiões de Saúde. A região Norte teve o menor percentual de prematuridade, 55,4%, e a região Centro Sul a maior, 83,0% (Gráfico 4).

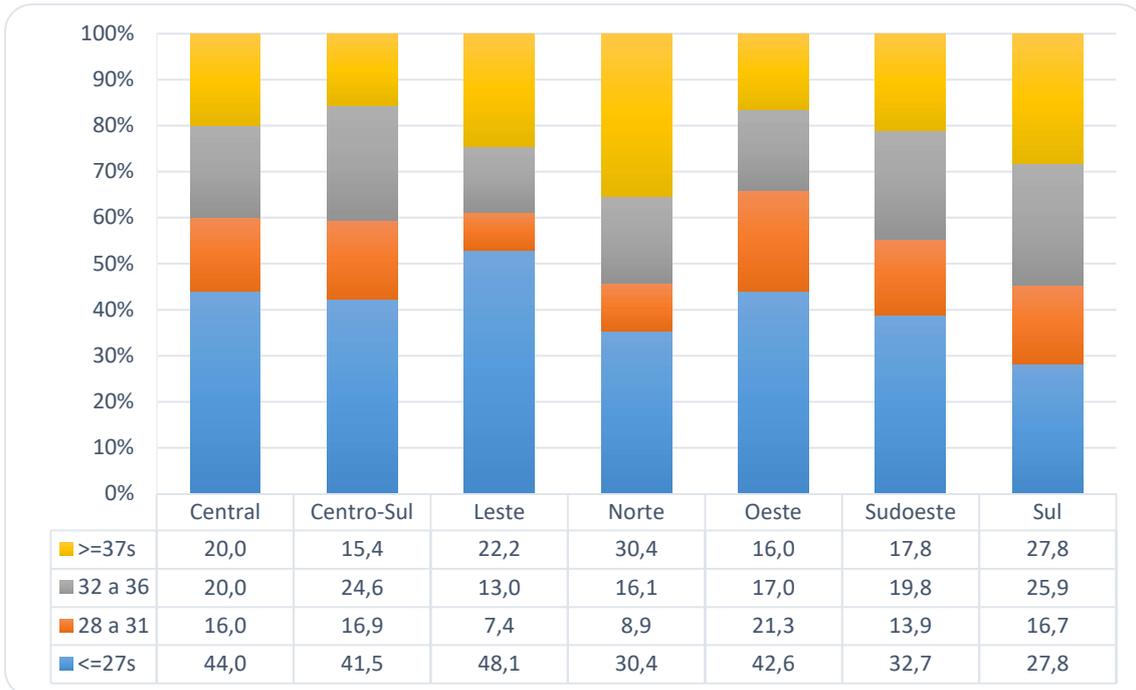


GRÁFICO 4. PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS POR SEMANAS DE GESTAÇÃO CONFORME REGIÃO DE SAÚDE. DISTRITO FEDERAL, 2018.

Em relação ao peso ao nascer, 73,3% dos óbitos infantis ocorreram em crianças que nasceram com peso inferior a 2500g, sendo que mais da metade (53,2%) 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.

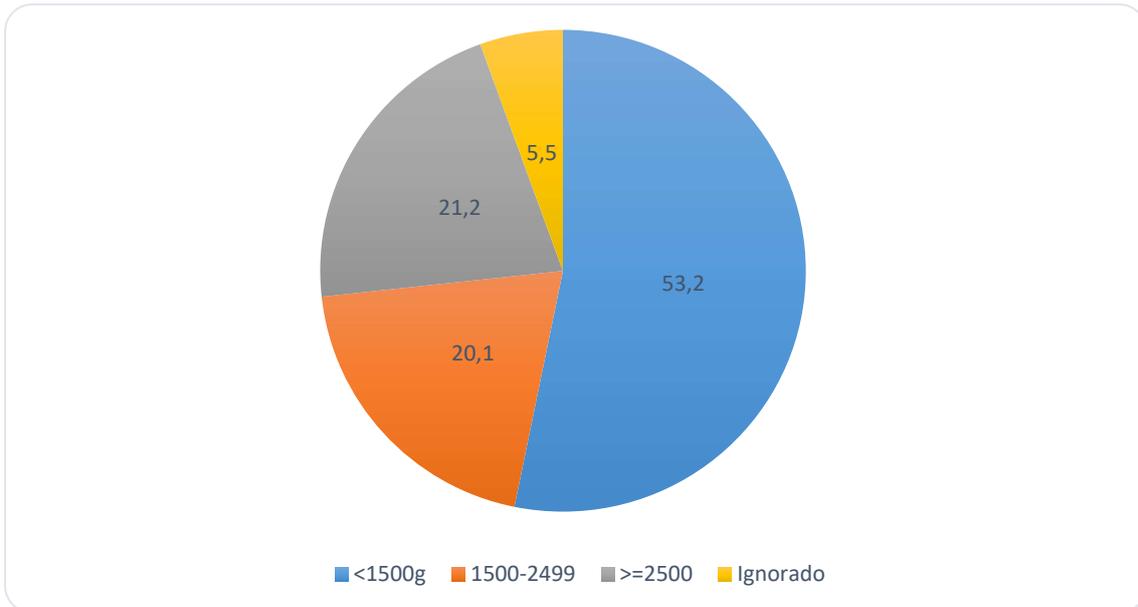


GRÁFICO 5. DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE ÓBITOS INFANTIS POR PESO AO NASCER. DISTRITO FEDERAL, 2018.

A proporção de baixo peso ao nascer entre os óbitos infantis foi diferente entre as Regiões de Saúde. A Região Central apresentou o maior percentual, 84% dos óbitos infantis tinham peso inferior a 2500g. Na Região Oeste, 65% pesavam menos que 1500g ao nascer (Gráfico 6).

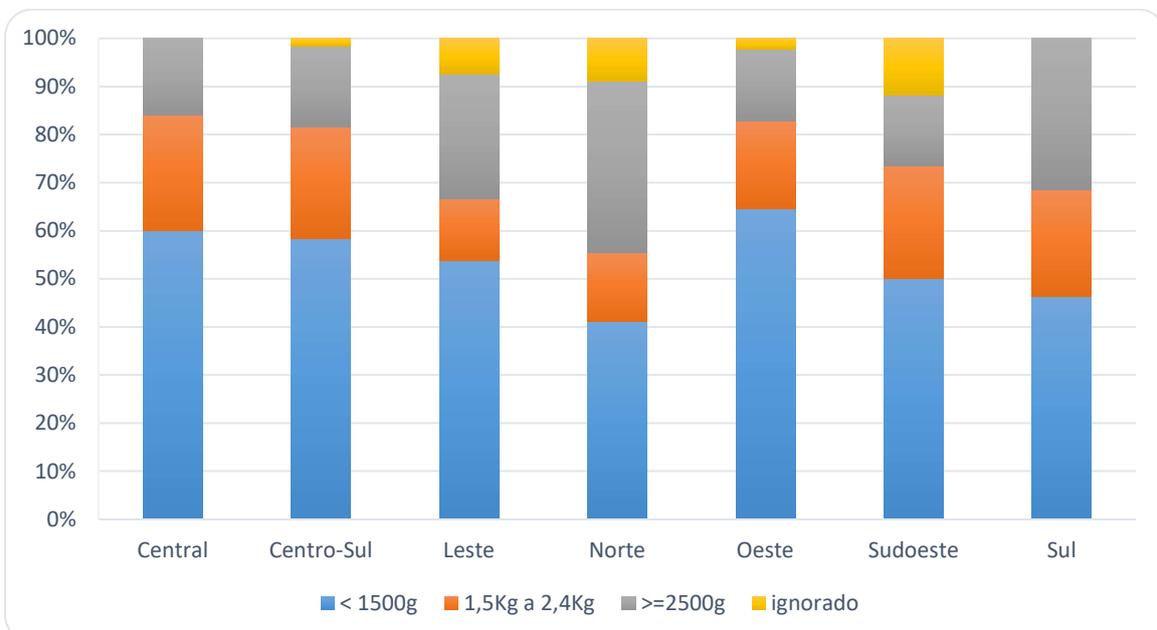


GRÁFICO 6. DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE ÓBITOS INFANTIS POR PESO AO NASCER E REGIÃO DE SAÚDE. DISTRITO FEDERAL, 2018.

Em 13,4% 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. A menor proporção de gravidez na adolescência ocorreu na Região Leste, 7,4%, e na Região Central, 80% das mães tinham idade acima de 30 anos (Gráfico 8).

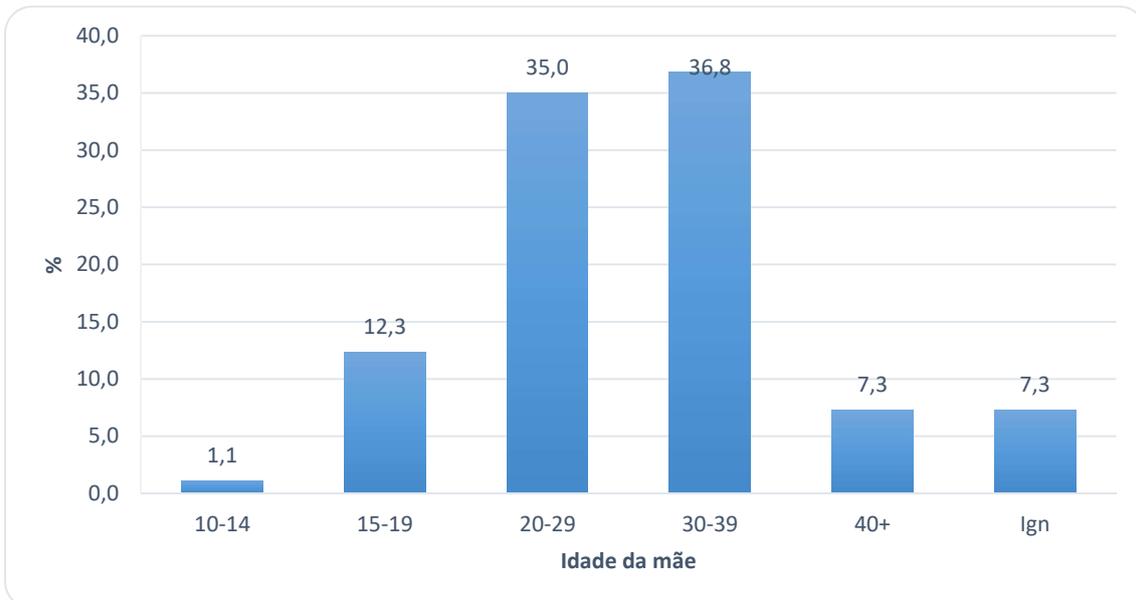


GRÁFICO 7. DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE ÓBITOS INFANTIS POR FAIXA ETÁRIA DA MÃE. DISTRITO FEDERAL, 2018.

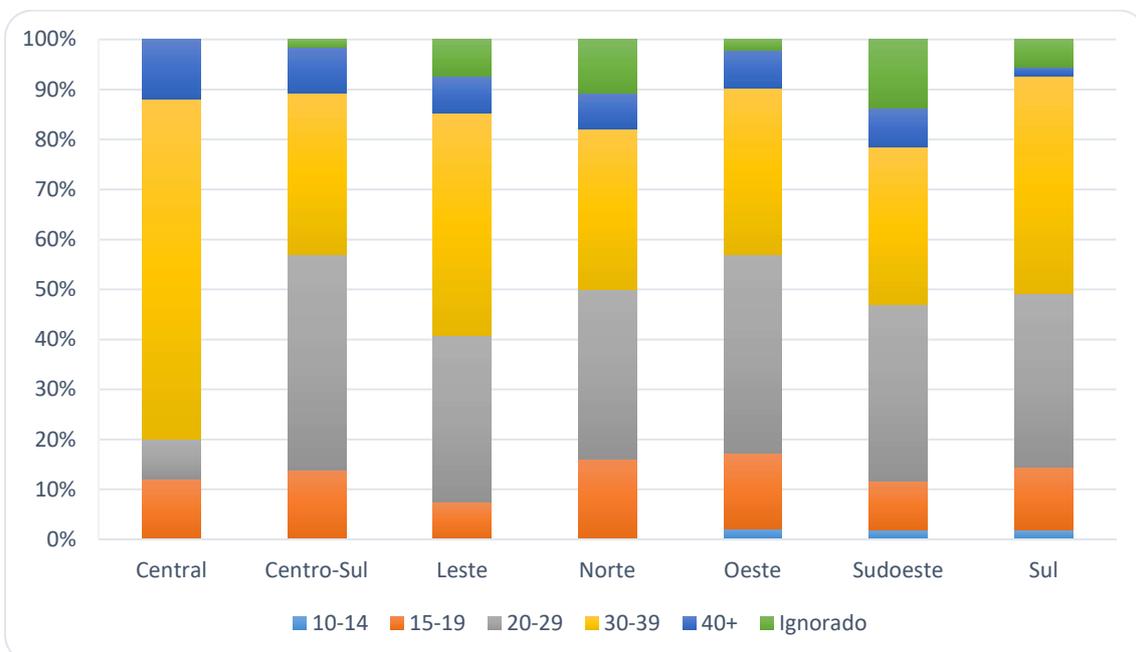


GRÁFICO 8. DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE ÓBITOS INFANTIS POR FAIXA ETÁRIA DA MÃE E REGIÃO DE SAÚDE. DISTRITO FEDERAL, 2018.

Quanto à escolaridade materna, em 4,4% dos óbitos infantis as mães tinham até 3 anos de estudo (Gráfico 9). Entretanto, essa condição apresentou diferenças entre as Regiões de Saúde: a Região Leste teve o maior percentual de mães com 3 anos ou menos de estudo (15%) enquanto que na Região Central, 60% das mães tinham 12 ou mais anos de estudo (Gráfico 10). Possivelmente, essas diferenças ocorreram pelas diferenças socioeconômicas entre as regiões.

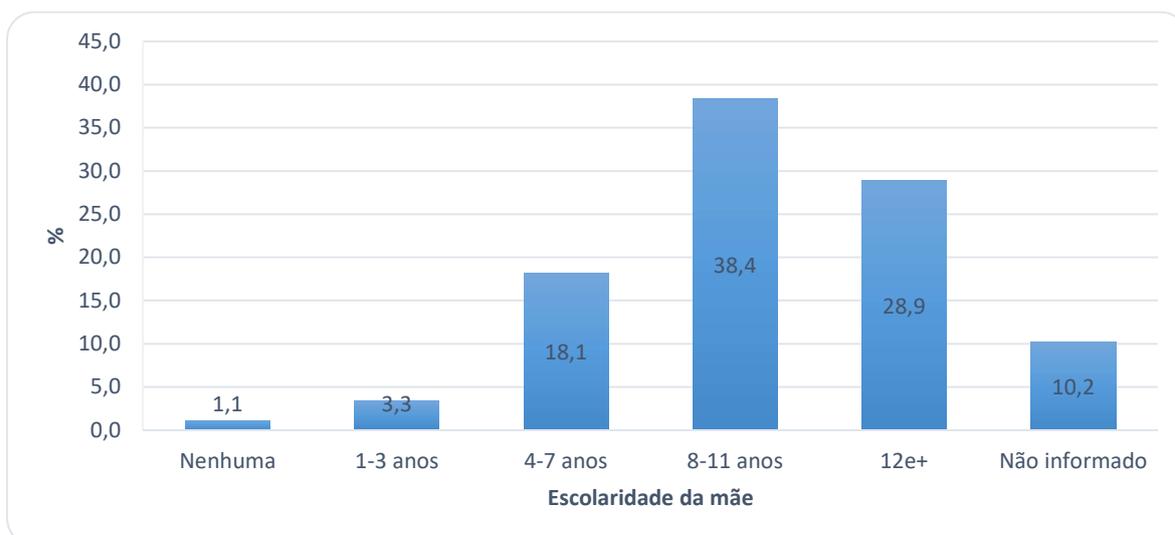


GRÁFICO 9. DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE ÓBITOS INFANTIS CONFORME ESCOLARIDADE DA MÃE. DISTRITO FEDERAL, 2018.

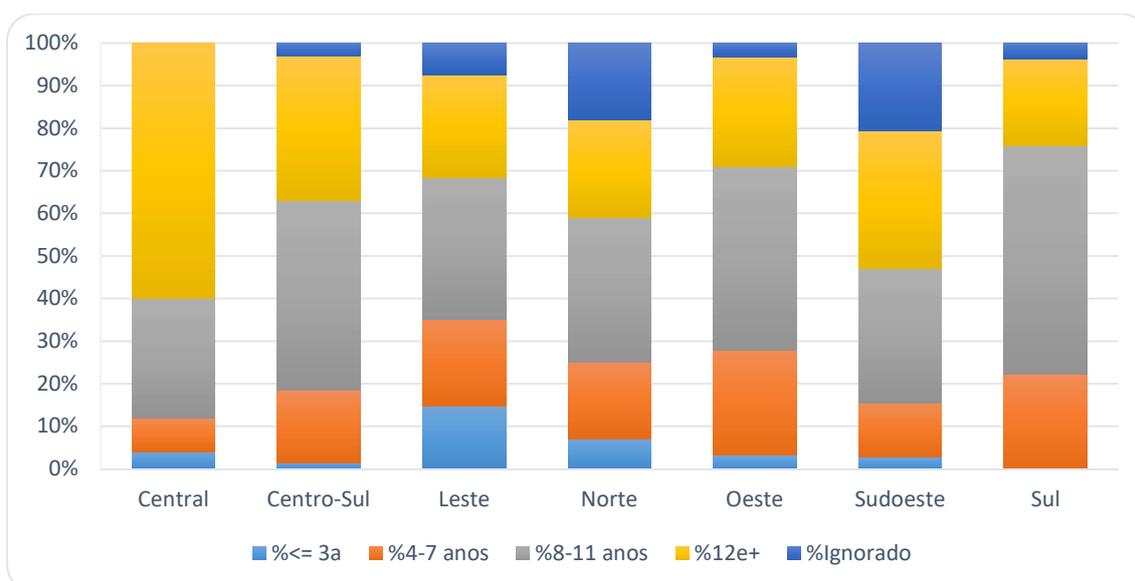


GRÁFICO 10. DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE ÓBITOS INFANTIS POR ESCOLARIDADE DA MÃE CONFORME REGIÃO DE SAÚDE. DISTRITO FEDERAL, 2018.

A maioria dos óbitos infantis (395 óbitos - 87,2%) foi decorrente de afecções perinatais e malformações congênicas. A frequência, entretanto, variou de acordo com a faixa etária, sendo que em menores de 28 dias a principal causa foi afecções perinatais e após esse período foi malformações congênicas (Gráfico 11, Tabela 3).

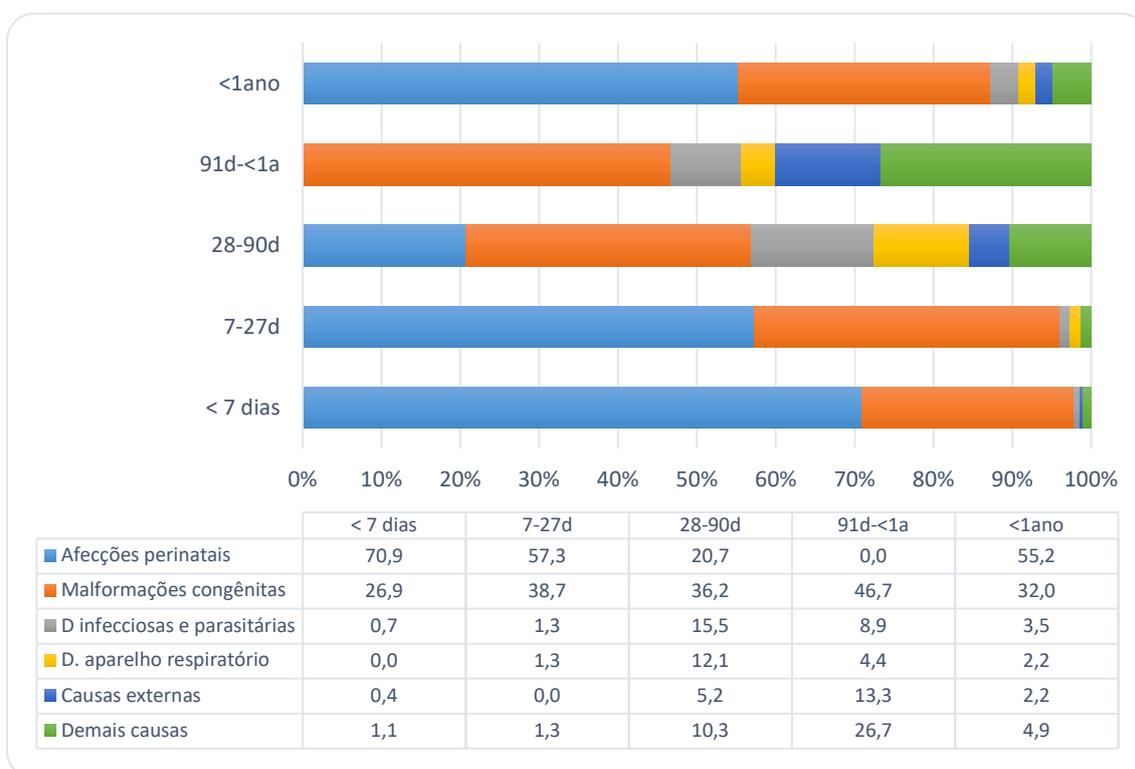


GRÁFICO 11. DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE ÓBITOS INFANTIS POR CAUSA DE ÓBITO (CAPÍTULO DA CID10) CONFORME FAIXA ETÁRIA. DISTRITO FEDERAL, 2018.

TABELA 3. CAUSAS DE MORTALIDADE INFANTIL POR FAIXA ETÁRIA. DISTRITO FEDERAL, 2018.

Causas de óbito	< 28 dias		28d-90d		91d-<1ano		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Afecções perinatais	238	68,0	12	20,7	0	0	250	55,2
. Transtornos maternos hipertensivos	32	9,1	0	0	0	0	32	7,1
. Doenças maternas renais e vias urinárias	24	6,9	1	1,7	0	0	25	5,5
. Outras afecções maternas	19	5,4	1	1,7	0	0	20	4,4
. Incompetência colo uterino	19	5,4	1	1,7	0	0	20	4,4
. Corioamnionite	18	5,1	0	0	0	0	18	4,0
. Septicemia bacteriana RN/Infecção perinatal	19	5,4	1	1,7	0	0	20	4,4
. Descolamento prematuro de placenta	14	4,0	0	0	0	0	14	3,1

. Ruptura prematura membranas	12	3,4	1	1,7	0	0	13	2,9
. Doença membrana hialina	12	3,4	0	0	0	0	12	2,6
. Prematuridade/Peso baixo	7	2,0	0	0	0	0	7	1,5
. Hemorragia pulmonar período perinatal	6	1,7	0	0	0	0	6	1,3
. Hipóxia intra-uterina/asfixia nascer	4	1,1	0	0	0	0	4	0,9
. Pneumonia congênita	5	1,4	0	0	0	0	5	1,1
. Síndrome de aspiração neonatal	5	1,4	3	5,2	0	0	8	1,8
. Gravidez múltipla	4	1,1	0	0	0	0	4	0,9
. Atelectasia primaria do RN	2	0,6	0	0	0	0	2	0,4
. Enterite necrotizante	4	1,1	1	1,7	0	0	5	1,1
. Outras afecções perinatais	32	9,1	3	5,2	0	0	35	7,7
Malformações congênitas	103	29,4	21	36,2	21	46,7	145	32,0
. Aparelho circulatório	37	10,6	9	15,5	10	22,2	56	12,4
. Sistema nervoso	14	4,0	4	6,9	3	6,7	21	4,6
. Aparelho osteomuscular	15	4,3	4	6,9	1	2,2	20	4,4
. Anomalias cromossômicas	10	2,9	2	3,4	3	6,7	15	3,3
. Aparelho urinário	9	2,6	0	0	0	0	9	2,0
. Aparelho respiratório	5	1,4	0	0	2	4,4	7	1,5
. Aparelho digestivo	3	0,9	1	1,7	1	2,2	5	1,1
. Demais malformações congênitas	10	2,9	1	1,7	1	2,2	12	2,6
Causas externas	1	0,3	3	5,2	6	13,3	10	2,2
. Inalação conteúdo gástrico, alimentos, objetos	0	0,0	2	3,4	2	4,4	4	0,9
. Demais causas externas	1	0,3	1	1,7	4	8,9	6	1,3
Doenças aparelho respiratório	1	0,3	7	12,1	2	4,4	10	2,2
. Pneumonia	1	0,3	4	6,9	0	0	5	1,1
. Demais d. aparelho respiratório	0	0,0	3	5,2	2	4,4	5	1,1
Doenças infecciosas e parasitárias	3	0,9	9	15,5	4	8,9	16	3,5
. Septicemias (exclui neonatal)	0	0,0	5	8,6	3	6,7	8	1,8
. Diarreia infecciosa presumível	0	0,0	1	1,7	1	2,2	2	0,4
. Coqueluche	0	0,0	1	1,7	0	0	1	0,2
. Sífilis congênita	3	0,9	0	0	0	0	3	0,7
. Demais DIP	0	0,0	2	3,4	0	0	2	0,4
Demais causas de morte	4	1,1	6	10,3	12	26,7	22	4,9
Total	350	100	58	100	45	100	453	100

Dentre as afecções perinatais os fatores maternos complicando a gravidez ou parto foram os mais frequentes, como hipertensão materna, infecção urinária, incompetência istmo-cervical, descolamento prematuro de placenta, entre outros (Tabela 3).

A malformação congênita mais frequente foi do aparelho circulatório, responsável por 12,4% dos óbitos infantis (Tabela 3).

4.2. MORTALIDADE FETAL

Na última década a taxa de mortalidade fetal tem se mantido estável com pequenas variações no período (Gráfico 12).

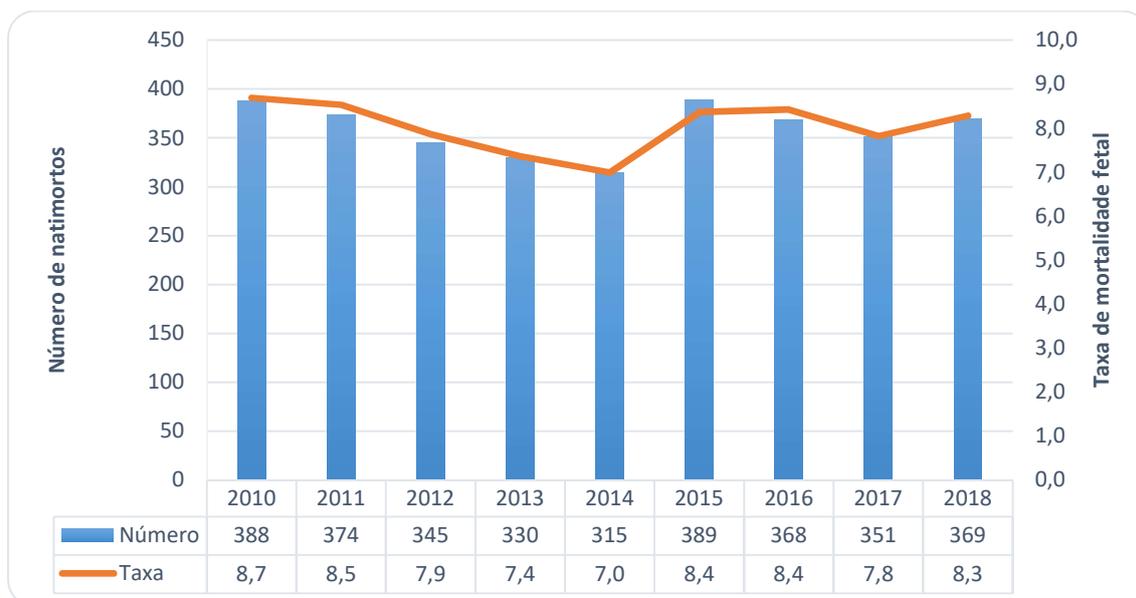


GRÁFICO 12. NÚMERO E TAXA DE MORTALIDADE FETAL. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2018.

Em 2018 ocorreram 369 óbitos fetais e a taxa de mortalidade fetal no Distrito Federal foi de 8,3 óbitos para cada grupo de 1000 nascimentos (óbitos fetais mais nascidos vivos). A Região de Saúde Central teve a menor taxa, 4,5 e a Região Oeste a maior, 11,5 (Tabela 4).

TABELA 4. NÚMERO DE ÓBITOS E TAXA DE MORTALIDADE FETAL POR REGIÃO DE SAÚDE. DISTRITO FEDERAL, 2018.

Região de Saúde	Número de óbitos	Taxa
Central	21	4,5
Centro-Sul	39	7,4
Leste	39	8,7
Norte	48	8,5
Oeste	87	11,5
Sudoeste	103	8,2
Sul	27	6,4
Ignorado	5	-
Distrito Federal	369	8,3

Mais de 20% dos óbitos fetais ocorreu em gestação a termo e com peso maior ou igual a 2500g, o que a princípio, seriam viáveis (Tabelas 5 e 6).

TABELA 5. NÚMERO E PERCENTUAL DE ÓBITOS FETAIS POR SEMANAS DE GESTAÇÃO. DISTRITO FEDERAL, 2018.

Semanas Gestação	Número de óbitos	%
22 a 27	92	24,9
28 a 31	71	19,2
32 a 36	103	27,9
37 a 41	89	24,1
Ignorado	14	3,8
Total	369	100

TABELA 6. NÚMERO E PERCENTUAL DE ÓBITOS FETAIS POR PESO AO NASCER. DISTRITO FEDERAL, 2018.

Peso Nascer	Número de óbitos	%
<500g	24	6,5
501g a <1Kg	91	24,7
1kg a 1,4kg	45	12,2
1,5Kg a 2,4Kg	103	27,9
2,5Kg a 2,9Kg	38	10,3
3Kg a 3,9Kg	30	8,1
4Kg e +	12	3,3
ignorado	26	7,0
Total	369	100

A maioria dos óbitos fetais foi decorrente de afecções perinatais (331 – 89,7%), como hipóxia intrauterina, transtornos maternos hipertensivos, descolamento prematuro da placenta e corioamnionite. Ocorreram 32 óbitos por malformação congênita e 6 óbitos por sífilis congênita (Tabela 7).

TABELA 7. CAUSAS DE MORTALIDADE FETAL. DISTRITO FEDERAL, 2018.

Causas de óbito	Número de óbitos	%
<i>Afecções perinatais</i>	331	89,7
. Hipóxia intra-uterina/asfixia nascer	71	19,2
. Transtornos maternos hipertensivos	62	16,8
. Descolamento prematuro de placenta	25	6,8
. Corioamnionite	21	5,7
. Doenças maternas renais e das vias urinárias	12	3,3
. Outras afecções maternas	11	3
. Ruptura prematura de membranas	8	2,2
. Gravidez múltipla	5	1,4
. Incompetência do colo uterino	3	0,8
. Oligohidrânio	3	0,8
. Morte fetal de causa desconhecida	38	10,3
. Outras afecções perinatais	72	19,5
<i>Malformações congênitas</i>	32	8,7
. Anomalias cromossômicas	7	1,9
. Aparelho urinário	5	1,4
. Sistema nervoso	3	0,8
. Aparelho circulatório	2	0,5
. Aparelho osteomuscular	1	0,3
. Demais malformações congênitas	14	3,8
<i>Doenças infecciosas e parasitárias</i>	6	1,6
. Sífilis congênita	6	1,6
Total	369	100

4.3. INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E FETAL

A investigação de óbito infantil e fetal é realizada por profissionais dos Comitês de prevenção e controle do óbito materno, fetal e infantil das Regiões de Saúde, 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, Serviço de Verificação de Óbito (SVO) 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 janeiro de 2010, 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 aumentou consideravelmente, passando de 47,0% e 22,9% respectivamente em 2010, para 96,4% e 94,9% em 2018 (Gráfico 13).

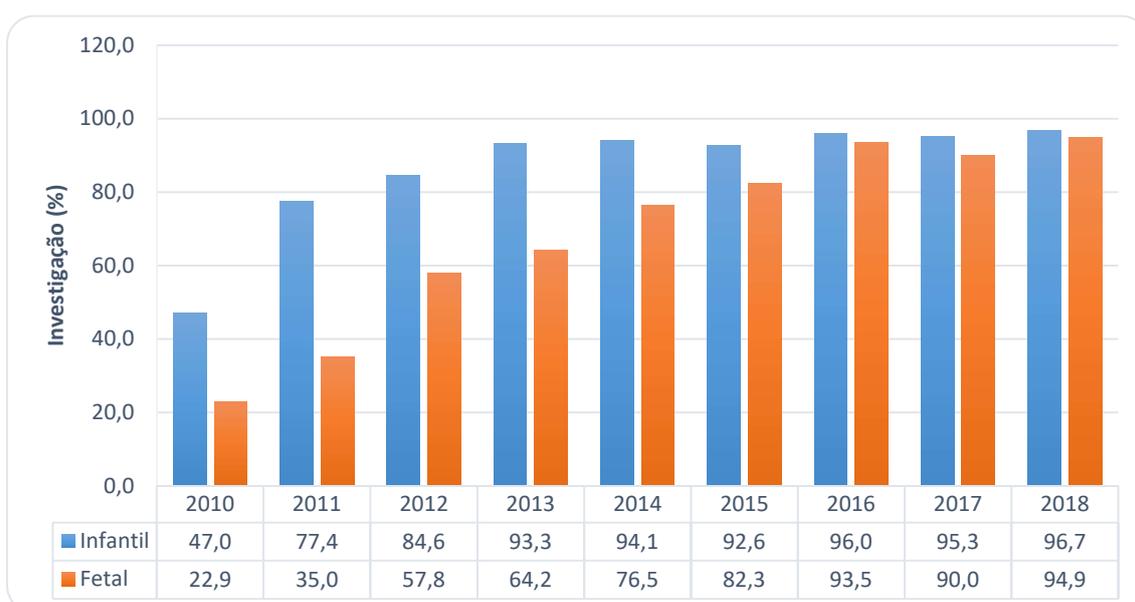


GRÁFICO 13. PERCENTUAL DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E FETAL. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2018.

As Regiões de Saúde Central, Centro-Sul e Oeste investigaram todos os óbitos infantis e fetais ocorridos em 2018 (Gráfico 14).

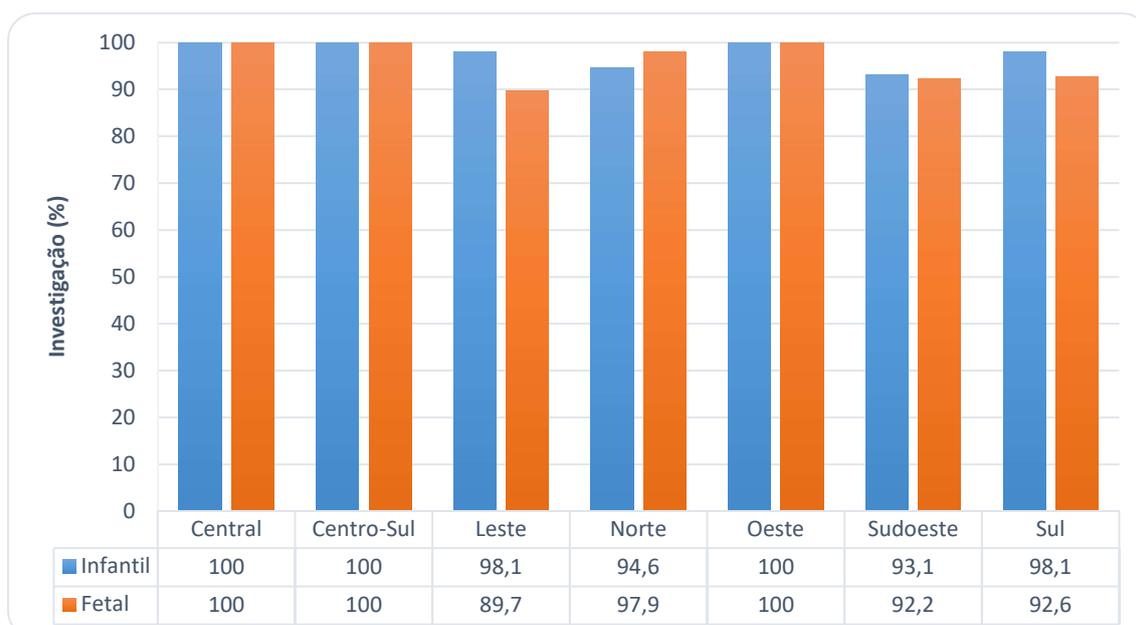


GRÁFICO 14. PERCENTUAL DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E FETAL POR REGIÃO DE SAÚDE. DISTRITO FEDERAL, 2018.

A investigação oportuna dos óbitos infantis e fetais, que deve ocorrer até 120 dias após o óbito, aumentou um pouco em relação ao ano anterior no Distrito Federal, mas algumas Regiões de Saúde precisam ter maior agilidade neste processo. A investigação oportuna é importante para identificar e corrigir rapidamente eventuais problemas de acesso ou assistência à saúde, para não repetir eventos semelhantes (Tabela 8).

TABELA 8. PERCENTUAL DE INVESTIGAÇÃO OPORTUNA DOS ÓBITOS INFANTIS. DISTRITO FEDERAL E REGIÕES DE SAÚDE, 2017 E 2018.

Região de Saúde	2017	2018
Central	90,0	100,0
Centro-Sul	48,6	98,5
Leste	81,4	86,8
Norte	78,8	67,9
Oeste	36,2	54,8
Sudoeste	65,0	80,0
Sul	76,3	26,4
Distrito Federal	62,4	71,5

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Distrito Federal segue enfrentando o desafio da redução contínua da taxa de mortalidade infantil. Apesar do aumento dessa taxa no ano de 2017 houve queda em 2018. Já em relação à mortalidade fetal, no ano de 2018 houve aumento 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. Já a taxa de investigação de óbitos fetal e infantil mantém-se constante nos últimos anos, com discreta oscilação desse indicador e se observa melhor desempenho em algumas Regiões de Saúde. 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 ano de 2018 foi um ano de consolidação da cobertura da atenção primária de saúde. O objetivo era que, até o final de 2018, ocorresse a expansão de 30,7% para 62% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, chegando a 100% nas áreas mais vulneráveis. Além da qualificação e expansão da atenção primária à saúde, o Plano Brasília Saudável previa a organização dos níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

Ademais, iniciou-se nos últimos anos uma discussão em relação aos ambulatorios especializados, incluindo uma rede de serviços com a denominação de policlínicas. Organizou-se em cada Região de Saúde do DF, esses equipamentos (policlínicas) para o cuidado especializado em pediatria, 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 elaborados, publicados e divulgados para todos os níveis de atenção à saúde a fim de contribuir na qualificação do seguimento ao cuidado das gestantes e crianças no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Com esse remodelamento da atenção primária à saúde e a composição de uma atenção ambulatorial especializada, que vem se ampliando, a expectativa é de

melhoria da assistência prestada. É possível, portanto, que os indicadores relativos à mortalidade fetal e infantil apresentem 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 qualificados.