ARTIGO ORIGINAL

Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis: série histórica 1997-2006, Distrito Federal

Evolution of mortality by causes avoidable: historical series 1997-2006, Distrito Federal

Renato Victor Batista[1]
Elisabeth Carmen Duarte[1]
Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha[1]
Julia Martins de Oliveira[1]

[1]Universidade de Brasília, Brasília-DF, Brasil.

Correspondência
Renato Victor Batista
Avenida Central, Conjunto 03, casa 01
Sobradinho 2, Brasília-DF. 73062-803, Brasil.
renatomedunb@gmail.com

Recebido em 05/novembro/2010
Aprovado em 02/março/2011

RESUMO

Objetivo: Avaliar uma série histórica (1997-2006) do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) segundo causas evitáveis (CMIev), mal definidas (CMImd) e não claramente evitáveis (CMIne) no Distrito Federal (DF).

Métodos: Estudo de séries temporais para o período de 1997 a 2006. As fontes de dados foram o Sistema de Informação de Nascidos Vivos e o tabulador da Lista Brasileira de Mortes Evitáveis.

Resultados: O CMI [por 1000 nascidos vivo (/1000NV)] caiu 27% entre 1997 (17,6/1000NV) e 2006 (12,8/1000 NV), em consequência de reduções de 5% no CMIne e de 37% no CMIev [12,7/1000 NV em 1997 e 8,06/1000 NV em 2006], como detalhado a seguir: o CMIev por ações de imunoprevenção caiu 100% (de 0,06 a 0,00/1000 NV), por ações de promoção à saúde vinculadas a ações de atenção em saúde caiu 69% (de 1,92 a 0,60/1000 NV), por adequada atenção à mulher no parto caiu 62% (de 2,05 a 0,78/1000 NV), por ações de diagnóstico e tratamento adequados caiu 51% (de 1,64 a 0,80/1000 NV) e por adequada atenção ao recém-nascido caiu 39% (de 6,32 a 3,85/1000 NV). Por outro lado, o CMIev por adequada atenção à mulher na gestação teve um incremento de 189%, de 0,7/1000 NV em 1997 para 2,04/1000 NV em 2006. O CMImd permaneceu baixo (<0,5/1000 NV) durante todo o período de análise.

Conclusão: No período de 1997 a 2006 houve uma evolução favorável da efetividade do setor saúde no DF, tendo como protagonista o Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Epidemiologia dos serviços de saúde; Mortalidade Infantil; Estudos de séries temporais.

ABSTRACT

Objective: To assess a historical series (1997-2006) infant mortality coefficient (IMC) second preventable causes (CMIev), poorly defined (CMImd) and clearly not avoidable (CMIne) in the Federal District (DF).

Methods: Study time series for the period 1997 to 2006. The data sources were the information system of live births and the Brazilian list of avoidable deaths.

Results: IMC [per 1000 live births (/1000NV)] fell 27% between 1997 (17.6/1000NV) and 2006 (12.8/1000 NV), as a consequence of reductions of 5% in CMIne and 37% in CMIev [12.7/1000 NV in 1997 and 8.06/1000 NV in 2006], as detailed below: the CMIev for immunological prevention actions fell by 100% (0.06 to 0.00/1000 NV), by actions to promote health linked to health actions fell 69% (1.92 to 0.60/1000 NV), by adequate attention to woman in childbirth fell 62% (2.05 to 0.78/1000 NV), by actions appropriate diagnostic and treatment fell 51% (1.64 to 0.80/1000 NV) and by adequate attention to newly born fell 39% (6.32 to 3.85/1000 NV). On the other hand, the proper attention to CMIev per woman in pregnancy had an increase of 189% 0.7/1000 NV in 1997 to 2.04/1000 NV in 2006. The CMImd remained low (< 0.5/1000 NV) throughout the analysis period.

Conclusion: In the period 1997 to 2006 there was a favourable trend in health sector effectiveness in DF, having as protagonist the single health system.

Key words: Health Services Epidemiology; Infant mortality; Time Series Studies.

INTRODUÇÃO

O coeficiente de mortalidade infantil (CMI) reflete a situação de saúde e desenvolvimento socioeconômico da população, além da efetividade das políticas públicas para áreas de saúde, educação, saneamento, bem como geração e distribuição de renda[1].

Parte relevante do coeficiente de mortalidade infantil é composta pelas mortes infantis por causas evitáveis ou reduzíveis, as quais são definidas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época[2,3].

O conceito de mortes evitáveis foi proposto incialmente por Rutstein et al. em 1976, quando se intensifica o debate sobre esse assunto, na Universidade de Harvard (EUA)[2]. Os autores fundaram o Working Group on Preventable Manageable Disesases e propuseram uma lista com cerca de 90 causas de mortes que poderiam ser evitadas na presença de serviços de saúde efetivos.

Com sua consolidação como indicador de saúde, alguns autores consideram os casos de morte evitáveis como eventos sentinela úteis para os processos de monitoramento e avaliação da atenção à saúde[4]. Nessa direção, a análise do coeficiente de mortalidade infantil por causas evitáveis passou a oferece subsídios para a avaliação da efetivida-

de dos serviços de saúde em determinado local e período.

No Brasil o conceito de mortes evitáveis vem ganhando notoriedade, sendo reconhecido pelo Ministério da Saúde do Brasil como instrumento de monitoramento e avaliação das ações implementadas pelo Sistema Único de Saúde[3].

No Distrito Federal, um dos mais recentes estudos sobre mortalidade infantil demonstrou que o CMI por todas as causas reduziu em 45,2%, entre 1990 e 2000, passando de 26,3 para 14,4 por mil nascidos vivos[5]. No entanto, nenhum estudo com foco na descrição das causas e tendências da mortalidade infantil por causas evitáveis referente ao Distrito Federal foi identificado na literatura.

Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi analisar uma série histórica (1997-2006) do CMI segundo causas evitáveis (CMIev), causas mal definidas (CMImd) e demais causas de morte no Distrito Federal (DF), a fim de apoiar o debate sobre a efetividade dos serviços de saúde e oferecer evidencias iniciais para seu monitoramento.

MÉTODOS

Tipo estudo:

Trata-se de um estudo ecológico, do tipo séries temporais, que descreve de forma exploratória, as tendências do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) segundo critérios de evitabilidade, estimados para os anos de 1997 a 2006, no Distrito Federal (DF).

Indicadores de análise:

Para o cálculo dos CMI por causas evitáveis (CMIev), as mortes infantis foram classificadas quanto à sua evitabilidade com base na atual Lista Brasileira de Mortes Evitáveis produzida pelo Ministério da Saúde (MS)[3]. Essa lista foi elaborada por um grupo de especialistas depois de extensas reflexões embasadas na revisão bibliográfica do período de 1975 a 2004. Foram elaboradas duas listas, dividas pela cronologia do óbito: uma que vai dos cinco anos aos 75 anos e outra que vai do nascimento até cinco anos de idade[3]. Essa última lista foi utilizada para classificar as mortes infantis (do nascimento até o primeiro ano de vida) no período de análise.

De acordo com a Lista Brasileira de Mortes Evitáveis as mortes infantis foram classificadas nos seguintes agregados de causas:

1) Evitáveis

- 1.1 Por ações de imunoprevenção,
- 1.2 Por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido
  - 1.2.1 Por adequada atenção à mulher na gestação
  - 1.2.2 Por adequada atenção à mulher no parto
  - 1.2.3 Por adequada atenção ao recém-nascido
- 1.3 Por ações adequadas de diagnóstico e tratamento
- 1.4 Por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde

2) Causas de morte mal-definidas

3) Demais causas (não claramente evitáveis).

Fontes de dados:

Os dados quantitativos dos nascimentos vivos (nv), que compõem os denominadores no cálculo CMIev, forma extraídos do Sistema de Informação de Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (SINASC/MS)[6].

Os dados quantitativos de óbitos infantis evitáveis, que compõem os numeradores no cálculo do CMIev, foram extraídos por meio do tabulador da Lista Brasileira de Mortes Evitáveis[7]. Esse tabulador utiliza como base o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS).

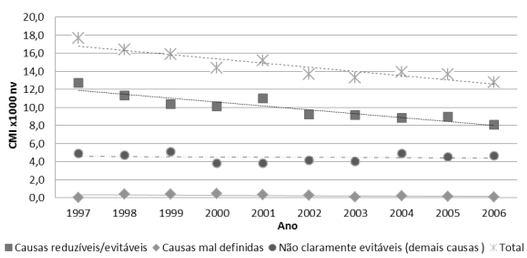
Tabulação e análise dos dados:

Após o cálculo do Coeficiente de Mortalidade Infantil por causas evitáveis (CMIev) e estratificação segundo grupos de causas, foi calculada a variação percentual do CMIev para o período de 1997 a 2006. O número de óbitos infantis das principais (mais frequentes) causas em cada um desses grupos de mortes evitáveis também foi tabulado para os anos de 1997 e 2006.

RESULTADOS

Gráfico 1

Tendência do coeficiente de mortalidade infantil (CMI, por mil nascidos vivos) segundo grupos de causas, de 1997 a 2006, Distrito Federal.

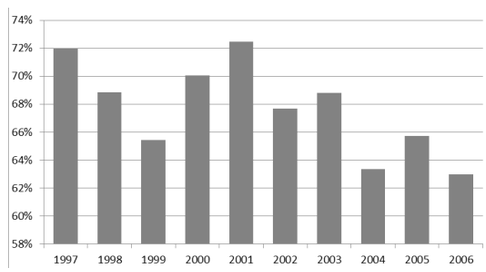


O total de óbitos notificados em menores de um ano no DF para o ano de 2006 foi de 578, mostrando uma queda de 249 óbitos em relação ao ano de 1997 (n=827 óbitos). Calculando-se os CMI fica caracterizada uma queda relativa de 27% entre 1997 e 2006, partindo de 17,6 para 12,8 óbitos por 1.000 nascidos vivos (/1000 nv), respectivamente (tabela1e gráfico 1).

A redução observada no CMI (geral) é principalmente consequência do decréscimo de 37% no risco de morte infantil por causas evitáveis. O total de óbitos infantis evitáveis notificados no DF, para o ano de 1997, era de 595, reduzindo para 364 óbitos infantis em 2006. Além disso, o CMIev passa de 12,7 (1997) para 8,06 (2006) /1000 nv no período de análise (tabela 1). Como consequência dessa redução mais marcante no CMIev do que no CMI (geral), a proporção do CMIev no total da mortalidade infantil cai no período de análise. Enquanto que em 1997 o CMIev era responsável por aproximadamente 72% dos óbitos infantis, em 2006 passou a ser responsabilizado por 63% desses óbitos (gráfico 2).

Gráfico 2

Propoção do coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) por causas evitáveis em relação ao (CMI), Distrito Federal, 1997 - 2006.



Além disso, observou-se decréscimo de 5% no CMI pelas "demais causas" não claramente evitáveis (CMIne), de 4,91 (1997) para 4,67 (2006) /1000 nv.

No ano de 2006 não foram notificados óbitos infantis por doenças imunopreveníveis, indicando 100% de redução no CMIev por essas causas entre 1997 (3 casos) e 2006 (0 casos) (tabela 1). Os três casos de óbito em 1997 se devem à meningite por Haemophilus (tabela 2)..

Tabela 1

Número de óbitos e coeficiente de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) (CMI) segundo causas (por critério de evitabilidade*), Distrito Federal, 1997, 2000, 2003, 2006.

Causas de morte	1997		2000		2003		2006		Variação %
	n	CMI	n	CMI	n	CMI	n	CMI	(2006 vs 1997)
1 Causas reduzíveis/evitáveis	595	12,70	484	10,09	422	9,15	364	8,06	-37%
1.1 Ações de imunoprevenção	3	0,06	1	0,02	1	0,02	0	0,00	-100%
1.2 Adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido	425	9,07	372	7,75	339	7,35	301	6,67	-27%
1.2.1 Adequada atenção à mulher na gestação	33	0,70	50	1,04	73	1,58	92	2,04	189%
1.2.2 Adequada atenção à mulher no parto	96	2,05	64	1,33	64	1,39	35	0,78	-62%
1.2.3 Adequada atenção ao recém-nascido	296	6,32	258	5,38	202	4,38	174	3,85	-39%
1.3 Ações de diagnóstico e tratamento adequados	77	1,64	55	1,15	31	0,67	36	0,80	-51%
1.4 Ações de promoção a saúdes vinculadas a ações de atenção em saúde	90	1,92	56	1,17	51	1,11	27	0,60	-69%
2 - Causas mal definidas	2	0,04	22	0,46	5	0,11	3	0,07	56%
3 - Não claramente evitáveis (demais causas)	230	4,91	185	3,85	186	4,03	211	4,67	-5%
Total	**827**	**17,65**	**691**	**14,40**	**613**	**13,30**	**578**	**12,80**	**-27%**

** Critério de evitabilidade Baseado na Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções do Sistema Único de saúde do Brasil2.*

Tabela 2

Principais causas de mortes infantis evitáveis. Distrito Federal, 1997 e 2006.**

	1997	2006
1.1 Reduzíveis por ações de imunoprevenção	3	0
Meningite por Haemophilus (G00)*	3	0
1.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido	425	301
1.2.1 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação	33	92
Transtornos relacionados com gestação de curta duração e baixo peso ao nascer, não classificados em outra parte (P07)*	13	75
Afecções maternas que afetam o feto ou o recém-nascido (P00; P04)*	10	8
Complicações maternas da gravidez que afetam o feto ou o recém-nascido (P01)*	8	8
1.2.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto	96	35
Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer (P20; P21)*	81	28
Aspiração neonatal (P24)*	13	4
Outras complicações do trabalho de parto ou do parto que afetam o recém-nascido (P03)*	2	3
1.2.3 Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido	296	174
Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal (P23; P25 a P28)*	131	38
Desconforto respiratório do recém-nascido (P22)*	82	33
Infecções específicas do período perinatal (P35 a P39.9, exceto P35.0 e P3S.3)*	40	58
1.3 Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento	77	36
Pneumonia (J12 a J18)*	36	13
Outras doenças bacterianas (A30; A3I; A32; A38; A39; M0; M1; M6; M9)*	19	12
Meningite (G00.I a G03)*	13	4
1.4 Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde	90	27
Doença infecciosas intestinais (A00 a A09)*	38	5
Outros riscos acidentais a respiração (W75 a W84)*	23	17
Deficiências nutricionais (E40 a E64)*	15	1

** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10*

*** Critério de evitabilidade Baseado na Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções do Sistema Único de saúde do Brasil[2].*

O CMIev por ações de promoção à saúde vinculadas a ações de atenção em saúde no DF caiu 69% entre 1997 e 2006, de 1,92 (n=90) para 0,60 (n=27) /1000 nv, respectivamente (tabela 1). Nesse agregado, o grupo de causas com maior número de casos notificados em 1997 foi o das "doenças infecciosas intestinais" com 38 casos, enquanto que em 2006 o grupo com o maior número de casos foi por "outros riscos acidentais à respiração" (enforcamento/estrangulamento acidental, inalação de conteúdo gástrico e inalação/ingestão de objetos, entre outros), com 17 casos notificados (tabela 2).

De maneira semelhante, o CMIev por adequada atenção à mulher no parto caiu 62% entre 1997 e 2006, de 2,05 (n=95) para 0,78 (n=35) /1000 nv, respectivamente (tabela 1). Tanto em 1997 quanto em 2006 a principal causa nesse agregado foi "hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer", com 81 e 28 casos, respectivamente (tabela 2).

O CMIev por ações de diagnóstico e tratamento adequados caiu 51% no mesmo período de análise, de 1,64 (n=77 em 1997) a 0,80 (n=36 em 2006) /1000 nv (tabela 1). A principal causa nesse agrupamento para os anos de 1997 e 2006 foi "pneumonia", com 36 e 13 casos, respectivamente (tabela 2).

Merece destaque, o CMIev por adequada atenção ao recém-nascido. Em 1997 foi notificado um total de 296 óbitos infantis por esse agregado de causas, representando um CMIev de 6,32 /1000 nv. Já em 2006, esse indicador foi reduzido para 3,85 /1000 nv (n=174 casos), indicando uma redução de 39% no período de análise (tabela 1), ou decréscimo de 122 óbitos por esse grupo de causas. Essa redução no número de óbitos evitáveis por adequada atenção ao recém-nascido (n=122), representa 49% do total da redução observada dos óbitos evitáveis.

Nesse agregado, o principal grupo de causas, em 1997, foi "transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal" (pneumonia congênita, enfisema intersticial, hemorragia pulmonar, entre outras), representando 131 óbitos notificados. Em contraste, em 2006, o principal grupo de causas foi "infecções específicas do período perinatal" (septicemia bacteriana, toxoplasmose congênita, onfalite, entre outras), somando 58 óbitos notificados (tabela 2).

Por outro lado, distinto de todos os demais agregados de causas evitáveis analisados, incremento importante pode ser notado no CMIev por adequada atenção à mulher na gestação. Esse agregado de causas apresentou aumento em 189% no período de 1997 a 2006, partindo de 0,7 (n=33) para 2,04 (n=92) /1000 nv, respectivamente (tabela 1). O principal grupo de causas, em 1997 e 2006, foi "transtornos relacionados com gestação de curta duração e baixo peso ao nascer, não classificados em outra parte" (prematuridade e baixo peso), com 13 e 75 casos notificados, respectivamente (tabela 2).

O CMImd apresentou acréscimo de 56%, no entanto o baixo número de óbitos, 2 em 1997 e 3 em 2006, torna esse valor percentual pouco expressivo (tabela 1).

DISCUSSÃO

Este estudo identificou redução importante (-37%) do CMIev no período de 1997 a 2006, superior à redução observada no CMI (-27%) e marcadamente distinta da pequena redução apresentada pelo CMIne (por causas não claramente evitáveis) (-5%). Dentre as causas evitáveis, chama atenção a grande redução (em termos absolutos e relativos) apresentada pelo agregado de causas sensíveis à adequada atenção ao recém-nascido. Por outro lado, esse estudo aponta ainda incremento relevante (+189%) no CMIev por causas evitáveis por ações associadas à adequada atenção à mulher na gestação.

O conceito de mortes infantis por causas evitáveis diz respeito aos eventos que não deveriam ocorrer caso os recursos de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) estivessem disponíveis, acessíveis e utilizados adequadamente pela população. A análise do CMIev em uma série temporal, como a realizada nesse estudo de maneira exploratória para o DF, permite refletir sobre o avanço dos resultados obtidos na prevenção da mortalidade precoce evitável, refletindo o nível de atenção à saúde ofertada.

A redução observada no CMIev (-37%) no DF (entre 1997 a 2006), é idêntica a descrita em estudos sobre mortes infantis evitáveis para a esfera nacional[8], sugerindo acompanhamento no DF da melhoria na atenção à saúde observada (em média) no Brasil. O CMIev também mostrou queda na sua contribuição no total do CMI, partindo de aproximadamente 73% em 1997, para 63% em 2006. Esse resultado pode indicar evolução na atenção à saúde no DF, porém a magnitude desse indicador configura, ainda, grande desafio para uma meta ideal desejável de prevenção da grande maioria dos óbitos infantis evitáveis.

Alguns autores têm destacado que a magnitude do CMIev, não é homogênea[9]. Há uma desigualdade fortemente influenciada pelos indicadores socioeconômicos[10] e de serviços e investimentos em saúde. Boing e Boing[9] mostraram que municípios que apresentam maiores CMIev são aqueles que apresentam menores Índices de Desenvolvimento Humano Municipal, menores Produtos Internos Brutos per capita, menos pessoas vivendo em domicílios com banheiro e água encanada, menores despesas totais com saúde por habitante e menores razões de médicos por mil habitantes.

Nesse contexto, o detalhamento das causas que contribuem para o CMIev e de suas tendências é útil para informar o debate e fornecer elementos para a intervenção.

Em relação às doenças imunopreveníveis, em 1997 o DF já apresentava um baixo número de mortes infantis por essas causas (n=3 óbitos notificados). Nesse ano, a cobertura total das vacinas disponíveis no DF era elevada (64%)[11]. Nenhum caso de morte infantil redutíveis por ação de imunoprevenção foi notificado no ano de 2006, coincidindo com aumento ainda mais relevante da cobertura vacinal no DF (77%)[11].

A redução do CMIev por ações de promoção à saúde vinculadas a ações de atenção reduziu 69% (de 90 para 27 óbitos infantis) no DF, no período de análise. Esse grupo de causas inclui, dentre outros, doenças infecciosas intestinais, deficiências nutricionais e acidentes relacionados à respiração (engasgo, estrangulamento, enforcamento acidentais, entre outras). Entre as medidas que, possivelmente, podem ter contribuído com esse achado podem ser citadas aquelas vinculadas aos macro-determinantes - tais como melhorias no saneamento básico, condições de moradia e escolaridade materna - ou aquelas vinculadas às ações setoriais da saúde - tais como, orientações quanto à higiene e saúde, aleitamento materno e prevenção de acidentes domésticos. Estudos mais específicos poderiam avaliar essa hipótese de associação entre o CMIev por ações de promoção à saúde vinculadas com essas ações.

O presente estudo identificou que o decréscimo de 62% CMIev por adequada atenção à mulher no parto se deve principalmente à redução dos óbitos por hipóxia intrauterina, de asfixia ao nascer e de aspiração neonatal. Razões que podem explicar esses resultados incluem, entre outros, a qualificação dos profissionais de saúde e suporte para o acompanhamento do pré-parto e do parto, ampliando, por exemplo, a adesão ao partograma.

No DF, no presente estudo, foi identificado que a queda de 51% no CMIev por ações de diagnóstico e tratamento adequados no período de análise, se deve, principalmente, a redução de mortes por pneumonias, meningite e infecções por micobactérias, listéria e meningococos. Em especial, as pneumonias dependem de diagnóstico basicamente clínico, e tratamento de fácil disponibilidade no SUS. A necessidade eventual de suporte respiratório pode demandar serviço de unidade de terapia intensiva (UTI). Os resultados desse estudo podem apontar para maior acesso da população a esses recursos de saúde e ampliação da capacidade instalada de UTI-neonatal no DF em anos recentes.

A melhora da adequada atenção ao recém-nascido foi a que mais contribuiu para redução da CMIev no período analisado no DF. Houve queda, em termos absolutos, de 122 óbitos infantis (de 296 para 174 óbitos entre 1997 e 2006), o que representou, aproximadamente, quase a metade (49%) da redução experimentada pelo CMIev. Apesar dessa evolução favorável, o grupo de causas de morte infantil por inadequada atenção ao recém-nascido ainda continua como o maior contribuinte isolado do CMIev. A melhor atenção ao recém-nascido envolve a existência de salas de parto adequadas e suficientes, a presença de equipe de profissionais capacitados, em particular de médicos para a assistência pediátrica[12], o uso de corticosteróide no pré-natal e nutrição parenteral nos recém-nascidos de baixo peso[13], e o uso profilático ou terapêutico de surfactante em crianças pré-termo ou a termo, quando há indicação[14]. Estudos futuros poderiam contribuir com a identificação dos nós críticos na atenção ao recém-nascido que ainda persistem no DF a fim de direcionar políticas de saúde que visem uma maior redução do número de óbitos por essa causa evitável.

Aumento relevante, de 189%, no CMIev pela adequada atenção à mulher na gestação foi observado no presente estudo para o DF. Resultado semelhante foi descrito para a esfera nacional[8]. Nos últimos anos, o Brasil e o DF têm apresentado altas coberturas de 6 ou mais consultas de pré-natal. Se por um lado, o aumento da mortalidade infantil por inadequada atenção à gestação pode revelar a necessidade de se ampliar ainda mais a cobertura da atenção ao pré-natal, deve-se ressaltar por outro lado que o número de consultas não garante, isoladamente, uma boa atenção pré-natal. Ênfase a critérios adicionais de qualidade do pré-natal é imperativo nesse contexto, o que é discutido a seguir.

O Ministério da Saúde por meio do Manual Técnico de atenção qualificada e humanizada ao pré-natal e puerpério, estabelece que além do mínimo de seis consultas e início do pré-natal até 120 dias de gestação, enfatiza como critérios de qualidade na assistência pré-natal a escuta ativa das dúvidas e queixas da gestante, atividades educativas, estímulo ao parto normal e amamentação, exame clínico-obstétrico da gestante, exame citopatológico do colo do útero, solicitação de todos os exames laboratoriais de rotina, vacinação, avaliação do estado nutricional, tratamento das intercorrências da gestação, classificação de risco das gestações, referenciamento das gestantes de alto risco e registro adequado dos dados[15]. Os resultados referentes ao aumento no CMIev pela adequada atenção à mulher na gestação encontrados nesse estudo necessitam melhor avaliação já que podem indicar possíveis problemas de qualidade na assistência pré-natal no DF assim como aumento da população de alto risco não acompanhado por adequado acesso aos serviços de saúde qualificados.

Apesar de trazer evidências relevantes sobre as tendências da morte infantil por causas evitáveis o presente estudo apresenta limitações que merecem ser discutidas. O uso de dados secundários limita o estudo em sua capacidade analítica já que restringe as variáveis de estudo e a qualidade dos dados analisados. No entanto, a cobertura e acurácia dos dados de mortalidade no DF são consideradas adequadas pelo Ministério da Saúde, que permite o uso de dados diretos para os cálculos dos CMI nessa unidade federada. Outro aspecto refere-se à própria limitação dos estudos descritivos, os quais permitem apenas levantar hipóteses (e não sua aferição) sobre a contribuição dos serviços de saúde e dos macrodeterminantes de etiologia socioeconômica nas tendências observadas no CMIev. A aferição dessas hipóteses demandará estudos analíticos futuros. Além disso, o conceito de morte evitável e a lista de mortes por causas evitáveis utilizada no presente estudo carecem de futuras validações a fim de aferir sua capacidade pre-

ditora com respeito à qualidade da atenção à saúde na população brasileira, especialmente aquela ofertada pelo Sistema Único de Saúde.

Os autores optaram pelo uso da lista de causas de morte evitáveis publicada pelo Ministério da Saúde mais recentemente[3], devido a sua atualidade (ano de 2008 - a lista usada é a mais recentemente publicada no Brasil) e a sua adequação para a realidade brasileira, além de ter sido construída referenciada em ampla revisão de literatura das listas de causas de morte evitáveis internacionais já existentes e publicadas[4]. Na comparabilidade desses resultados com os de outros estudos, no entanto, o leitor deve estar atento para as especificidades das listas de causas de morte evitáveis adotadas em cada situação e para o impacto de suas particularidades nos resultados obtidos

CONCLUSÃO

É consenso na literatura recente que o setor saúde pode decisivamente influenciar a queda da mortalidade infantil por causas evitáveis. Nesse sentido, a expressiva redução de 37% das mortes infantis por causas evitáveis verificada no presente estudo, entre o período de 1997 a 2006 no DF, sinaliza uma maior efetividade do setor saúde, tendo como protagonista o Sistema Único de Saúde. No entanto, esses achados podem refletir também a melhoria das condições de vida da população, uma vez que fatores socioeconômicos são determinantes poderosos do risco de morte infantil por todas as causas.

Para intensificar a queda do CMIev, é importante focalizar nos pontos frágeis da atenção materno infantil associados aos óbitos evitáveis de maior magnitude e/ou com tendências ascendentes. Nesse sentido, especial atenção deve ser dedicada à adequada atenção ao recém-nascido (associadas às causas de morte infantis de maior magnitude) e à adequada atenção à mulher na gestante (associadas às causas de morte com tendências ascendentes) no DF. Entre as ações que devem ser alvo de avaliações quanto a sua implementação no Sistema Único de Saúde do DF, destacam-se: o acompanhamento adequado e oportuno no pré-natal com estímulo ao parto normal a fim de reduzir a prematuridade e o baixo peso ao nascer; a adequada triagem clínico-laboratorial no pré-natal da gestante e a prevenção de morbidades maternas que afetam o feto ou o recém-nascido, tais como o Diabetes Mellitus Gestacional e as Doenças Hipertensivas na Gestação; ampliação do acesso do recém-nascido de alto risco às ações de média e alta complexidade para a prevenção do óbito por transtornos cardiorrespiratórios e de infecções específicas do período perinatal.

REFERÊNCIA

1. Sousa Tanara RV, Leite Filho PAM. Análise por dados em painel do status de saúde no Nordeste Brasileiro. Rev. Saúde Pública. 2008 Out;42(5):796-804.

2. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care: a clinical method. The New England Journal of Medicine 1976; 294(11): 582-588.

3. Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, Morais Neto OL, Moura L et AL. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde. 2007 Dez;16(4):233-244.

4. Malta DC, Duarte EC. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. Ciência & Saúde Coletiva. 2007 12(3):765-776.

5. Monteiro RA, Schmitz, BAS. Infant mortality in the Federal District, Brazil: time trend and socioeconomic inequalities. Cad. Saúde Pública [online]. 2007;23(4):767-774.

6. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em http:// tabnet. datasus. gov. br/ cgi/ deftohtm.exe?sinasc/ cnv/nvdf.def. Acessado em 13 de junho de 2010.

7. Ministério da Saúde. http://portal2.saude.gov. br/ portal/saude/profissional/ visualizar texto. cfm?idtxt=336474. Acessado em 11 de Junho de 2010.

8. Malta DC, Duarte EC, Escalante JJC, Almeida MF, Sardinha LMV, Macário EM et al . Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública. 2010 Mar;26(3):481-491.

9. Boing AF, Boing AC. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil: um estudo ecológico no período 2000-2002. Cad. Saúde Pública. 2008 Fev;24(2):447-455.

10. Bezerra-Filho JG, Kerr-Pontes LRS, Barreto ML. Mortalidade infantil e contexto socioeconômico no Ceará, Brasil, no período de 1991 a 2001. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2007 Abr;7(2):135-14.

11. Ministério da saúde. http://tabnet.datasus.gov.br/ cgi/tabcgi.exe?pni/ CNV/ CPNIDF. def. Acessado em 10 de setembro de 2010.

12. Bezerra Filho JG, Kerr LRFS, Miná DL, Barreto ML. Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará, Brasil, no período 2000-2002. Cad. Saúde Pública. 2007 Maio;23(5):1173-1185.

13. Duarte JLMB, Mendonça GAS. Fatores associados à morte neonatal em recém-nascidos de muito baixo peso em quatro maternidades no Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde. 2005 Fev;21(1):181-191.

14. Engle WA, and the Committee on Fetus and Newborn. Surfactant-Replacement Therapy for Respiratory Distress in the Preterm and Term Neonate. Pediatrics. 2008;121:419-432.

15. Ministério da Saúde. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada, Manual Técnico. Ministério da Saúde, 2006.