

O contexto organizacional do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos segundo profissionais de saúde do nível municipal

The organizational context of the Live Births Information System according to municipal health workers

Eliete Albano de Azevedo Guimarães ¹
 Rose Ferraz Carmo ²
 Antônio Ignácio de Loyola Filho ³
 Antônio José de Meira ⁴
 Zélia Maria Profeta Luz ⁵

¹ Universidade Federal de São João Del Rei. Praça Frei Orlando, 170, Centro. São João Del Rei, MG, Brasil. CEP: 36.307-352.

E-mail: elietealbano@ufsj.edu.br

² Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

^{3,5} Centro de Pesquisa René Rachou. Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁴ Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Abstract

Objectives: to understand the organizational context of the Live Births Information System (Sinasc), in the municipalities of the Brazilian State of Minas Gerais (MG), in 2010.

Methods: a qualitative study was carried out in municipalities with health services where births occurred which adopted a decentralized Sinasc. Thirty health workers were interviewed and their comments submitted to thematic content analysis.

Results: the categories analyzed were the importance of information for health management, the technical management of information and organizational features. The health workers interviewed considered Sinasc to be the best decentralized information system, but remarked that information produced by health surveillance is undervalued and underused. Poor professional training, limited infrastructure and information production and management were seen to be shortcomings of the Sinasc system.

Conclusions: despite progress in the decentralization of the Sinasc, municipal services have encountered problems relating to the production and management of data. There is a need for greater institutional support, improved material resources, human resource and procedure management, appropriate for information collection and the use of this information to monitor, evaluate and plan maternity services.

Key words Live births, Information systems, Organization, Evaluation

Resumo

Objetivos: compreender o contexto organizacional do Sistema de Informação sobre os Nascidos Vivos (Sinasc), em municípios de Minas Gerais (MG), em 2010.

Métodos: pesquisa de abordagem qualitativa realizada em municípios dotados de estabelecimentos de saúde onde ocorriam partos e que tinham o Sinasc descentralizado. Foram entrevistados 30 profissionais de saúde e os depoimentos obtidos, submetidos à análise de conteúdo temática.

Resultados: as categorias de análise exploradas foram a importância da informação para a gestão em saúde, a gestão técnica da informação e os atributos organizacionais. Os profissionais entrevistados consideraram o Sinasc como o melhor sistema informacional descentralizado, mas apontaram a pouca valorização e a subutilização das informações produzidas na vigilância em saúde. A baixa qualificação profissional, limitações na infra-estrutura e no processo de produção e gestão das informações sinalizaram a insuficiência da organização do Sinasc.

Conclusões: apesar dos avanços obtidos com a descentralização do Sinasc, os serviços municipais vêm enfrentando problemas relacionados à produção e gerenciamento dos dados. É preciso maior apoio institucional, melhoria dos recursos materiais, gestão de pessoas e de recursos processuais, adequados para a realização da prática informacional e para a apropriação do seu produto no monitoramento, avaliação e planejamento de ações e serviços de saúde materno-infantil.

Palavras-chave Nascidos vivos, Sistemas de Informação, Organização, Avaliação

Introdução

O campo temático da informação em saúde têm se estruturado de forma interdisciplinar e estratégica, sendo pano de fundo de lutas que se processam em função de interesses em termos do uso do conhecimento gerado e dos efeitos desse uso nas atividades dos usuários. Tal fato tem importância particular nas instituições governamentais, principalmente como parte dos dispositivos de um poder vigilante sobre a gestão da vida, já que subsidiam a vigilância e o planejamento em saúde.¹

O Sistema Único de Saúde (SUS) conta com diversos sistemas de informação, entre eles o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), implantado no Brasil em 1990, com o objetivo de gerar conhecimento sobre as condições de nascimento da criança, da gestação, do parto e das características da mãe, sendo também importante fonte de dados para o registro civil de nascimento.^{2,3} O instrumento padrão de coleta de dados é a Declaração de Nascidos Vivos (DNV), documento individualizado que deve ser preenchido para todos os nascimentos vivos ocorridos no país, sejam eles hospitalares ou domiciliares.⁴

A descentralização do Sinasc para os municípios objetivou aprimorar as informações relativas à completude e à cobertura, além de quantificar o sub-registro e orientar epidemiologicamente as políticas de intervenção voltadas para a saúde materno-infantil.^{5,6} Essa intervenção implicou na organização da informação em saúde, a partir da construção de mecanismos e condições que criassem um ambiente propício para o estabelecimento de uma sinergia de competências, recursos, produtos e resultados.¹

O contexto organizacional do Sinasc municipal, aqui entendido como a organização do sistema propriamente dito, inclui sua estrutura, atividades desenvolvidas e efeitos esperados. Destacam-se na estrutura, a disponibilização e/ou instalação da versão atualizada, a existência de blocos de DNV suficientes para distribuição às unidades notificadoras, o ambiente físico, a aquisição de equipamentos e insumos, a contratação de recursos humanos, o treinamento e suporte técnico para implantação, gestão, monitoramento e avaliação do sistema, o recurso financeiro e a normalização. As atividades relacionadas ao processo abrangem as ações de gestão, distribuição, controle, emissão, preenchimento e coleta da DNV, processamento, análise e divulgação de dados. Todos os registros obtidos devem ser continuamente avaliados quanto à qualidade, completude, consistência e integridade, regularidade de retransmissão ao gestor estadual, à

investigação de nascimentos, ao resgate de registros não documentados adequadamente e à subnotificação dos eventos. Espera-se, com isso, obter como resultado um sistema de informações oportuno, confiável e universal sobre nascidos vivos.⁷

Embora estudos apontem para o aprimoramento da qualidade da informação do Sinasc, ainda são evidenciados problemas no fluxo⁸ e na cobertura do sistema,^{9,10} bem como na completude¹¹⁻¹² e confiabilidade¹³ dos dados da DNV.

Alguns fatores podem intervir na organização das informações em saúde, destacando-se a preeminência do modelo clássico de gerenciamento, marcado por traços da cultura organizacional do serviço público,¹⁴ e os aspectos operacionais insuficientes que precisam ser implementados para manter o padrão de cobertura ideal e excelente qualidade das informações.⁷

Este estudo buscou compreender o contexto organizacional do Sinasc, em municípios do Estado de Minas Gerais (MG), Brasil em 2010.

Métodos

Trata-se de pesquisa com abordagem qualitativa em que a técnica da entrevista semi estruturada foi utilizada para compreender o contexto organizacional do Sinasc.

A seleção dos municípios se deu a partir de estudo prévio,¹⁵ realizado em 132 municípios de MG, que teve como objetivo avaliar a implantação do Sinasc municipal segundo as dimensões de estrutura e processo. A classificação do grau de implantação (GI) foi feita a partir de escores, cujo cálculo levou em conta a pontuação obtida pelo município para indicadores das dimensões de estrutura (ambiente físico, equipamentos e insumos, recursos humanos e normalização) e de processo (distribuição, controle, emissão, preenchimento, coleta da DNV, processamento, análise e divulgação de dados). A partir dos percentuais observados, foram definidas as seguintes categorias para o GI: Adequado (90% |-| 100%); Não adequado (60% |-| 90%); Crítico (\leq de 60%).

A partir da classificação do grau de implantação dos municípios, foram selecionados os três primeiros classificados como os melhores escores de implantação adequada e os três piores escores de implantação crítica. A inclusão de municípios com essas categorias avaliativas buscaram contemplar os valores extremos obtidos na avaliação. Para identificação utilizou-se a numeração de 1 a 6, sendo os municípios de 1 a 3 de implantação adequada e os de 4 a 6 de implantação crítica.

A Tabela 1 apresenta as características dos seis municípios em relação ao porte populacional, localização regional, condição de gestão municipal, ano de implantação e grau de implantação do Sinasc.

O ponto de partida para definição dos entrevistados foi a vinculação com o problema a ser investigado em diferentes níveis de gestão, de forma a abranger a totalidade do objeto de estudo. Foram entrevistados em cada município, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o secretário municipal de saúde, o técnico de referência e o responsável pelo processamento de dados do Sinasc, e o enfermeiro de uma Equipe de Saúde da Família (ESF).

Devido à impossibilidade operacional de incluir todas as ESF no estudo, a coordenação da APS de cada município indicou a equipe que desenvolvia, sistematicamente, ações de vigilância em saúde relacionadas à saúde da mulher e da criança. A definição do enfermeiro como o profissional de saúde da ESF a ser entrevistado deveu-se ao fato de ser ele o responsável pela coordenação das ações de vigilância em saúde.

Nas unidades notificadoras (hospitais), foi entrevistado o profissional responsável pelo preenchimento da DNV, presente no serviço na data agendada. Para os municípios que tinham mais de um hospital, o responsável técnico pelo Sinasc indicou aquele com maior número de nascimentos.

As entrevistas foram guiadas por um roteiro norteador, que abordava aspectos da organização das informações do Sinasc, no caso, dados de identificação, produção de dados, utilização e disseminação da informação, condições de recursos materiais e de pessoas.

Os depoimentos foram gravados, integralmente transcritos e tratados pela análise de conteúdo temática.^{16,17} A análise considerou a vivência diária dos profissionais de saúde, o que contribuiu para a apreensão de especificidades relacionadas à operacionalização do Sinasc.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisa René Rachou/FIOCRUZ, número de registro 0001.0245.000-09.

Resultados e Discussão

Em cada um dos seis municípios integrantes da pesquisa foram entrevistados o secretário de saúde, um técnico de referência, um processador de dados, um enfermeiro da ESF e um profissional responsável pelo preenchimento da DNV, totalizando 30 profissionais de saúde.

Entre os entrevistados 83,3% eram mulheres, tinham idade predominante entre 20 a 39 anos (66,7%). A maior parte do grupo tinha nível superior (63,3%), eram contratados (63,3%) e tinham até quatro anos de serviço no SUS (53,4%).

A partir da análise de conteúdo foi possível identificar três categorias comuns aos municípios com implantação adequada e crítica do Sinasc: a) importância da informação para gestão em saúde; b) gestão técnica da informação; c) atributos organizacionais.

Importância da informação para gestão em saúde

Os secretários, técnicos de referência, processadores de dados e enfermeiros reconheceram a importância

Tabela 1

Caracterização dos municípios segundo o porte populacional, localização regional, condição de gestão, ano de implantação e classificação do grau de implantação do Sinasc, em 2010.

Municípios	População	Região	Condição de gestão	Ano de implantação do Sinasc	Grau de implantação do Sinasc
1	509.125	Sudeste	GPSM	1994	Adequado
2	207.983	Oeste	GPSM	1994	Adequado
3	83.260	Oeste	GPSM	1998	Adequado
4	73.247	Centro	GPSM	1998	Crítico
5	322.969	Centro	GPSM	1998	Crítico
6	23.818	Noroeste	GPAB	1998	Crítico

GPSM= Gestão Plena do Sistema Municipal; GPAB= Gestão Plena da Atenção Básica.
Fonte: Guimarães EAA *et al.*¹⁵

do Sinasc na formulação de políticas, na avaliação de serviços e na vigilância em saúde, chegando a elencá-lo como o melhor sistema descentralizado e com menor índice de problemas na produção da informação. No entanto, destacaram a sua pouca valorização em detrimento de outros, atrelada à subutilização das informações produzidas e ao desconhecimento do mesmo como uma ação de vigilância em saúde.

“Eu acho que o Sinasc é um sistema de grande importância, mas que ninguém dá importância pra ele. Ele fica pra trás. Ele é o último a ser pensado. [...] não sei também se, porque é um programa simples, é um programa que tem menos problemas [...] poderia dar mais valor ao Sinasc, ele fica muito a desejar.” (E4)

Atualmente, o Sinasc é reconhecido como uma das experiências mais exitosas das bases de dados do SUS, e constitui-se em um instrumento essencial para subsidiar o planejamento e a avaliação de ações e serviços, e conseqüentemente, organizar a rede assistencial materno-infantil mediante necessidades e riscos.^{2,3}

Nas unidades notificadoras, observamos que os profissionais responsáveis pelo preenchimento da DNV desconhecem o Sinasc, o que leva à dissociação do documento ao seu uso epidemiológico, associando-o tão somente à certidão de nascimento, necessária ao registro civil:

“A DNV é um documento [...] para que a mãe saia com segurança e possa registrar o seu neném [...] A importância é que nela vêm todos os dados necessários para o registro do nascimento.” (E15).

Pressupõe-se que esse descompasso possa estar relacionado à inexistência de capacitação, treinamento ou orientações que valorizem a informação em saúde e a sua utilização no cuidado em saúde.

Existem evidências de que a qualificação insuficiente de recursos humanos e o pouco conhecimento sobre os sistemas informacionais podem comprometer a robustez e a fidedignidade das informações,^{7,15,18} prejudicando uma visão clara da real situação de saúde e dos serviços, que é crucial para o processo de planejamento e gestão no setor saúde. É preciso considerar a renovação da força de trabalho nos serviços, com investimentos em uma política de recursos humanos voltada para a gestão do trabalho e para a capacitação do funcionalismo.¹⁹

Gestão técnica da informação

Foram evidenciados problemas no fluxo informacional, na busca ativa de DNV, no preenchimento da declaração, na revisão dos campos incorretos ou incompletamente preenchidos da DNV, na devolutiva da cópia da DNV para as unidades notificadoras para complementação dos campos em branco, e na transferência de arquivos de lotes gerados pelo Sinasc às regionais de saúde, corroborando achados de estudo anterior.¹⁵

Foi observada a inexistência de um protocolo padronizado para o efetivo controle e captação das DNV, e que a busca ativa das DNV nas unidades de saúde e cartórios não é realizada sistematicamente nos serviços municipais.

“De acordo que elas vão voltando do hospital para mim, eu tenho [...] uma planilha no Excel, para controle [...] Antes de terminar o último bloco, solicito mais à gerência de saúde” (E8). “Não fazemos busca ativa. Fazemos só da Declaração de Óbito [...] toda semana, DN não. Porque a DN a gente entende, pela forma que a gente faz o controle dos blocos [...] que todas as DN voltam (E27).

Situação semelhante foi encontrada em estudo sobre a avaliação do grau de implantação do Sinasc no Estado de Pernambuco.⁷ Os autores ponderaram sobre a necessidade de (re) definição de atividades gerenciais visando garantir a utilização do aplicativo informatizado do Sistema em cada esfera de gestão, o que também favoreceria a adequação da cobertura do sistema. O manual de instrução para o preenchimento da Declaração de Nascimento Vivo²⁰ institui um modelo de protocolo a ser utilizado pelos municípios, padronizando o processo de controle e captação do documento. Espera-se com isso, evitar o uso ilegal, o cancelamento e o extravio da DNV, com o conseqüente aumento da cobertura do Sistema. Em Minas Gerais ainda são observadas coberturas menores que 90% em algumas regiões do Estado.²¹

O preenchimento inadequado da DNV também se configurou como um problema que interfere na qualidade do dado do Sinasc. Os entrevistados confirmaram a incompletude das variáveis estado civil, ocupação, escolaridade, número de filhos em gestações anteriores, raça/cor do recém-nascido, índice de Ápgar, malformação congênita e/ou anomalia cromossômica, peso e sexo do recém-nascido e a idade da mãe:

“Muitas das vezes tem que voltar com a DNV, porque o profissional na hora de preencher, ele falta muito campo que é obrigatório. Muitos campos passam despercebidos porque não são obrigatórios.” (E3).

Mesmo após retroalimentação às fontes alimentadoras, verifica-se a presença de campos da DNV preenchidos de forma incompleta ou incorreta. Isso explicaria a frequência de incompletude de algumas variáveis referentes às condições maternas e ao recém-nascido, no decorrer da descentralização do Sinasc.^{11,12,22}

Os campos em branco e/ou ignorado da declaração foram reconhecidos como um problema, pois os funcionários não fazem distinção entre as duas opções e acabam não se importando com o dado registrado:

“Outros campos assim [...] às vezes muitas meninas colocam ignorado, [...] eu coloco que não existe, né. Agora, eu não sei se a gente tá fazendo corretamente.” (E30).

Essa situação reflete por um lado, a pouca importância dada e o descuido com que é feito o preenchimento da DNV, e por outro lado explica uma série de deficiências, que abrange questões como a ausência de informação nos prontuários da puérpera e do recém-nascido, ou mesmo o desconhecimento de certas informações por parte dos acompanhantes.^{11,22} Orientações sobre o preenchimento da DNV, o fluxo e importância da qualidade da informação e a sua utilização previstas no manual²⁰ deveriam ser apropriadas por quem lida com o Sinasc nas suas tarefas cotidianas.

Todos os fatores mencionados influenciam a confiabilidade e a validade das informações da DNV, uma vez que já foram detectadas discordâncias de preenchimento dos campos número de consultas de pré-natal, escolaridade materna, situação marital e duração da gestação.^{10,23}

A análise mostrou inadequação na periodicidade de transferência de arquivos de lotes gerados pelo Sinasc à Gerência Regional de Saúde. Problemas estruturais como computadores com defeitos, demora na instalação da nova versão do *software*, incompatibilidade no sistema de informação, qualificação insuficiente de recursos humanos ou suporte técnico insuficiente foram destacados nos discursos dos sujeitos.

[...] não é só manutenção, muda a máquina que utiliza, e o programa é pesado, [...] o computador estraga [...] possui alta rotatividade de profissional.” (E7)

A transferência de dados é uma das atividades de vigilância pactuada entre as instâncias gestoras, e por isso é avaliada periodicamente com o intuito de evitar corte de repasse financeiro.¹⁹ Na percepção dos profissionais de saúde, o Sinasc e demais sistemas de informação em saúde não são prioridades na gestão, e por isso os investimentos da vigilância em saúde continuam direcionados para a realização de ações voltadas para o controle e a prevenção de doenças:

“...sistema de informação não é prioridade aqui dentro da epidemiologia, né. A epidemiologia continua, [...] a ser departamento de vigilância epidemiológica, então o foco é doença”. (E21)

Os achados referentes ao contexto da gestão técnica da informação mostram a necessidade de adequar o fluxo, o preenchimento e o processamento dos dados da DNV. Para a qualificação das informações do Sinasc, com ampliação da cobertura e redução da incompletude da DNV, tem sido sugerida a incorporação de supervisões sistemáticas e atividades de educação em saúde com a intenção de aprimorar o sistema de coleta, processamento, consolidação e disponibilização da informação.^{8,24}

Os resultados observados nesse item expõem a insuficiência dos serviços municipais em analisar, utilizar e disseminar as informações produzidas pelo Sinasc, confirmando achados de outros estudos.^{15,18}

Em regra, os dados são analisados e utilizados em virtude das pactuações intergestoras, sustentando ainda, a elaboração dos instrumentos de planejamento da saúde (plano de saúde, programações anuais de saúde e relatório de gestão) e o monitoramento da cobertura vacinal (rotina e campanha) e do Sisprenatal. Verificamos inexistência de reuniões regulares, com efetiva articulação entre os setores e os sujeitos que partilham corresponsabilidades nos processos decisórios:

“Não tem nada sistematizado. [...] a gente vai avaliando trimestralmente o Plano de Ações e Metas [...] A gente faz um planejamento baseado no que nos é cobrado do Estado e do Ministério, o Pacto pela Saúde, o Pacto pela Vida, o PAVS, [...] tudo que é cobrado da gente enquanto gestão [...] Mas fazer um estudo ou discutir o impacto disso, ainda não foi feito.” (E22)

Almeida²⁴ já enfatizava que o processo de descentralização da produção e a gestão das informações em saúde não pode se dar de forma burocrática e desarticulada, apenas para garantir o repasse de recursos do SUS, pois assim estaria sendo

perdida a oportunidade de aprimorar a qualidade e o uso dos dados. Na verdade, a organização da informação sobre os nascimentos deve acontecer à medida que sua análise e utilização permitirem a correção de problemas identificados no Sinasc e na assistência materno infantil.^{3,6} O acesso ao conhecimento produzido possibilita ainda, integrar os serviços e usuários, instrumentalizando-os para a programação de ações e práticas em saúde, sobretudo na APS, pela proximidade com o cotidiano das pessoas e suas necessidades. A análise dos discursos expõe a insuficiente disseminação das informações produzidas, que se apresentam de forma centralizada e fragmentada, limitando-se às formalidades e interesses gerenciais como a emissão de relatórios a partir de demandas de gestores, técnicos, conselheiros de saúde e estudantes de graduação e pós-graduação em saúde:

“... não temos cultura de divulgar dados, analisar dados, divulgar informações, de avaliação. [...] a gente atende demandas como do comitê de mortalidade infantil, aquelas unidades de saúde que também criam demandas para gente, a gente atende e retroalimenta, mas não é feita de maneira sistemática” (E2).

Falhas na disseminação dos dados e na elaboração e publicação de boletins epidemiológicos também foram identificadas, corroborando outros estudos.^{7,15}

O acesso livre à informação de boa qualidade, apresentada de forma clara e acessível a todos, possibilita o controle das atividades de saúde por parte da sociedade.¹ Nesta perspectiva, deve-se pensar em estratégias que viabilizem a divulgação de informações confiáveis, ágeis e oportunas sobre as condições de nascimentos, que levem os indivíduos e as organizações a buscarem a informação e a utilizá-la para o controle e a efetiva participação nas decisões em saúde.^{3,6,7}

Atributos organizacionais

A qualificação insuficiente e a rotatividade de recursos humanos, a inexistência de uma linha de financiamento e custeio para fortalecer a capacidade de organização da informação e informática em saúde do SUS, destacadas neste estudo, estão em consonância com a literatura.¹⁸ Essas limitações podem comprometer a qualidade das informações, e por conseguinte, impedir o alcance do seu objetivo de analisar a situação de saúde e dos serviços materno-infantil, para apoiar o processo decisório no planejamento e gestão.

Agrega-se a isso, a cultura dos serviços, que de um lado vivencia a herança das tradições locais e o caráter conservador da cultura do serviço público, e de outro a urgência das demandas em saúde da população e a necessidade da modernização. Tal situação pode gerar, na equipe, angústia e sensação de incapacidade.¹⁴ As capacitações, realizadas eventualmente, foram em decorrência de mudança na atualização do programa, com enfoque na captação e no controle da DNV:

“O banco de dados do Sinasc é riquíssimo, cheio de informações importantes, mas que é pouco utilizado. As capacitações realizadas são basicamente, em relação à mudança de versão do software do Sinasc” (E2).

Observou-se também a inexistência de capacitação tanto para os profissionais responsáveis pelo preenchimento da DNV nas unidades notificadoras, quanto para os enfermeiros da APS:

“Um curso, um treinamento direto pra isso, não. [...] quando eu entrei para trabalhar aqui, eu acompanhei mais de dois meses a secretária, [...] que preenchia a declaração. Treinamento da secretária, comigo não, nem mesmo com o meu chefe, não me passaram não.” (E10).

Supervisões sistemáticas e educação permanente sobre o sistema de coleta, processamento, consolidação, utilização e disseminação da informação são algumas das estratégias referidas para aprimorar a qualidade da informação.²⁵

Avanços foram observados na incorporação de equipamentos de informática ainda que em qualidade e quantidade não ideais. A maioria das secretarias de saúde dispõe de computador, impressora e internet, distribuídos em uma sala onde são processadas as informações de saúde. Contudo, em relação às condições de trabalho, os entrevistados reconheceram como limitações o ambiente físico inadequado, a inexistência de um computador exclusivo para o sistema, a utilização de impressora coletiva, a falta de manuais do Sinasc e a escassez de material para impressão de relatórios, importantes para a análise e a divulgação das informações:

“A gente não consegue imprimir as fichas, [...] nem imprimir relatório, muitas vezes, imprimir um boletim, que permitiria uma divulgação muito mais ampla” (E12).

Estes dados se aproximaram da pesquisa avaliativa realizada pelo Ministério da Saúde,¹⁸ cujos resultados afirmaram a inadequação de equipamentos e ambiente físico.

Quanto aos investimentos destinados à informação em saúde, a maioria dos técnicos de referência informou que os recursos provêm do SUS, especificamente, do financiamento da Vigilância em Saúde.¹⁹ Contraditoriamente, a principal fonte de recursos para alguns municípios é a receita de transferências federais e estaduais, na medida em que estabelecem responsabilidades e ações, cujo acompanhamento encontra-se na dependência direta da base de informações produzidas pelo município.

Considerações finais

De maneira geral, foi possível observar que as lacunas relacionadas à organização das informações do Sinasc foram as mesmas, independente da implantação ser adequada ou crítica e que, apesar dos avanços obtidos com a sua descentralização, os serviços municipais vêm enfrentando problemas relacionados à produção e gerenciamento dos dados. Aspectos como a qualificação profissional insuficiente e limitações na infra-estrutura e no processo de produção e gerenciamento das informações abalizam a insuficiência do contexto organizacional do Sinasc.

Embora o estudo tenha envolvido um número

limitado de municípios e um número limitado de categorias profissionais, aponta a necessidade de maior apoio institucional, melhoria dos recursos materiais, gestão de pessoas e de recursos processuais, adequados para a realização da prática informacional e para a apropriação do seu produto na construção de um modelo de atenção compatível com os princípios norteadores do SUS, contribuindo de fato com a municipalização.

Dada a dinâmica dos eventos de saúde ligados ao nascimento vivo, do processo de descentralização gerencial e da evolução dos sistemas de informação em saúde, novos estudos se fazem necessários para que a organização e gestão do Sinasc nos níveis locais e municipais sejam constantemente aprimorados e cumpram o papel que lhes cabe na promoção e melhoria da atenção à saúde materno-infantil.

Agradecimentos

Ao Centro de Pesquisa René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz, à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, à Universidade Federal de São João del Rei e à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Referências

1. Moraes IHS, Gómez MNG. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12 (3): 553-65.
2. Mello Jorge MHP, Gotlib SLD, Soboll MLMS, Almeida MF, Latorre MRD. Avaliação do sistema de informações sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. *Rev Saúde Pública*. 1993; 27 (1): 1-44.
3. Almeida MF, Alencar GP, Schoeps D. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC): Uma avaliação de sua trajetória. In: Brasil, Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2009; (1). p. 11-37.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de instrução para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo. Brasília, DF; 2011.
5. Mello Jorge MHP, Laurenti R, Gotlieb SLD. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12 (3): 643-54.
6. Viacava F. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). In: Brasil, Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2009; (2). p. 27-39.
7. Pereira CCB, Vidal, AS, Carvalho, PI, Frias PG. Avaliação da implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2013; 13 (1): 39-49.
8. Pedraza DF. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC): análise crítica da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17 (10): 2729-37.
9. Frias PG, Pereira DMH, Vidal SA, Lira PIC. Avaliação da cobertura do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e a contribuição das fontes potenciais de notificação do nascimento em dois municípios de Pernambuco, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2007; 16 (2): 93-101.
10. Drumond EF, Machado CJ, França E. Subnotificação de nascidos vivos: procedimentos de mensuração a partir do Sistema de Informação Hospitalar. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42 (1): 55-63.
11. Costa JMBS, Frias PG. Avaliação da completude das variáveis da Declaração de Nascido Vivo de residentes em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2005. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25 (3): 613-24.
12. Barbuscia DM, Rodrigues Jr AL. Completude da informação nas Declarações de Nascido Vivo e nas Declarações de Óbito, neonatal precoce e fetal, da região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2000-2007. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27 (6): 192-200.
13. Mascarenhas MDM, Gomes KRO. Confiabilidade dos dados do sistema de informações sobre nascidos vivos em

- Teresina, Estado do Piauí, Brasil, 2002. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16 (1): 1233-9.
14. Silva JWN. Informação em saúde pública sob uma ótica antropológica: um estudo em Minas Gerais, Brasil. *RECHS – Rev Eletr Com Inf Inov Saúde*. 2009; 3 (3): 76-83.
 15. Guimarães EAA, Hartz ZMA, Loyola Filho AI, Meira AJ, Luz AMP. Avaliação da implantação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em municípios de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29 (10): 2105-18.
 16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
 17. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 4 ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
 18. Uchoa AC, Gondim GMM, Barreto MA, Rocha NSPD, Rocha PM. Utilizando técnicas de consenso: potencialidades e limites na avaliação de informações em saúde. In: Hartz ZM, Felisberto E, Vieira da Silva LM (orgs). *Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 253-82.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União [DOU]*. Brasília, DF, 23 fev 2006.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de instrução para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo. Brasília, DF; 2011.
 21. Wong LR, Perpétuo IHO, Rodrigues CG, Rodrigues FG. Uma aproximação da cobertura dos sistemas de nascimentos e óbitos infantis em Minas Gerais. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG; 2009.
 22. Romero ED, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do sistema de informações sobre nascidos vivos, 2002. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23 (3): 701-14.
 23. Mascarenhas MDM, Gomes KRO. Confiabilidade dos dados do sistema de informações sobre nascidos vivos em Teresina, Estado do Piauí, Brasil, 2002. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16 (1): 1233-9.
 24. Almeida MF. Descentralização de sistemas de Informação e o uso das informações a nível municipal. *Inf Epidemiol SUS*. 1998; 7 (3): 27-33.
 25. Lima CRA, Schramm JMA, Coeli CM, Silva MEM. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25: 2095-109.

Recebido em 14 de agosto de 2013

Versão final apresentada em 18 de março de 2014

Aprovado em 3 de abril de 2014