

**Maria Cristina Caldeira Duarte**

**Epidemiologia e organização de serviços: a experiência  
com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos no  
município de Manhuaçu, Minas Gerais**

BELO HORIZONTE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG  
2008

**Maria Cristina Caldeira Duarte**

**Epidemiologia e organização de serviços: a experiência com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos no município de Manhuaçu, Minas Gerais**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração:  
Saúde e Enfermagem

Orientador:  
Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana

BELO HORIZONTE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG  
2008



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Dissertação intitulada **“Epidemiologia e organização de serviços: a experiência com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos no município de Manhuaçu, Minas Gerais”** de autoria da mestranda Maria Cristina Caldeira Duarte, aprovada pela banca examinadora constituída pelos professores:

---

**Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana (Orientador)**

**Escola de Enfermagem da UFMG**

---

**Profª Drª Maria Imaculada de Fátima Freitas**

**Escola de Enfermagem da UFMG**

---

**Profª Drª Edna Maria Rezende**

**Escola de Enfermagem da UFMG**

**Belo Horizonte, 26 de maio de 2008.**

**Ao Pedro, Júlia e Rafael**

**Aos meus pais, Francisco e Catharina**

## AGRADECIMENTOS

À Deus, acima de tudo.

Ao meu orientador, prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana, pelos ensinamentos, incentivo, apoio e credibilidade nesta trajetória. Exemplo de Mestre, comprometido com a construção do saber.

À minha família, sempre presente em todos os momentos e um especial agradecimento à Silvana, Fernando, Ana Virgínia, Luis Fernando e aos meus tios Geraldo e Graça pelo carinho e acolhimento.

À amiga Maria de Luz Soares, pela ajuda e disponibilidade.

Aos amigos da Secretaria Municipal de Saúde de Manhuaçu, da Gerência Regional de Saúde de Manhumirim e da Faculdade do Futuro, pelo apoio e compreensão das ausências.

Aos amigos do Mestrado em Enfermagem, presenças tão importantes em todos os momentos.

Aos professores do Mestrado da Escola de Enfermagem da UFMG, pelo compromisso e apoio expressos em cada encontro.

Aos funcionários da Secretaria do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG, pela dedicação e atenção nos atendimentos.

A todos aqueles que contribuíram e compartilharam de uma fase tão importante da minha vida,

muito obrigada!

*Se procurar bem,  
você acaba encontrando não a explicação duvidosa da vida,  
mas a poesia inexplicável da vida.*

*Carlos Drummond de Andrade*

## RESUMO

A epidemiologia, juntamente com o planejamento e outras ciências sociais, tem sido reconhecida como necessária na estruturação do novo modelo de atenção à saúde, considerando o atendimento à demanda existente e a incorporação do saber epidemiológico na organização dos serviços de saúde. Este estudo trata de identificar a contribuição da epidemiologia na organização de serviços por meio do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) no município de Manhuaçu, Minas Gerais, cenário da pesquisa. Os objetivos do trabalho são analisar o processo de implementação e sua relação com a organização de serviços de saúde, caracterizar a implantação, identificar a operacionalização, analisar a utilização do SINASC na organização dos serviços e avaliar as informações geradas por este sistema de acordo com variáveis selecionadas. O delineamento do estudo é do tipo estudo de caso, sendo descritivo exploratório com duas abordagens, uma quantitativa e outra qualitativa. O período da pesquisa é a série histórica de 1996 a 2006, sendo 1996 o ano de implantação do SINASC no município em estudo. As fontes do estudo são o SINASC, entrevistas com profissionais de saúde e documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Manhuaçu. São trabalhados os dados selecionados das declarações de nascidos vivos: peso ao nascer, idade gestacional, consultas pré-natal e tipo de parto. Como critério de validade do estudo é utilizada a triangulação de dados possibilitando o confronto de várias percepções obtidas de diversas fontes, a partir do uso de diferentes técnicas de coleta de dados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais em 29/08/2007– Processo nº. 0234.0.203.000-07. Os resultados encontrados apontam que os indicadores do SINASC sinalizam melhorias no período, sendo a qualidade da informação a mais significativa, refletindo maior comprometimento dos envolvidos com o sistema. Porém, ainda há falta de esclarecimento da importância do preenchimento adequado para uma programação em saúde eficiente, consoante com as necessidades da população, e não somente com a obrigatoriedade de cumprir metas para receber recursos. Na discussão da categoria referente ao processo de implantação do SINASC evidencia-se que os profissionais desconhecem, na sua maioria, a implantação, mas reconhecem o SINASC como importante na organização dos serviços. O estudo da categoria operacionalização do SINASC permite identificar falta de conhecimento deste processo, dificuldades na execução das ações e diferentes percepções de uma mesma situação. A abordagem da utilização do SINASC na organização dos serviços expõe a debilidade de utilização de um sistema de informação, com falta de estruturação dos serviços quanto à sistematização das ações e visão economicista do seu uso na valorização das pactuações. Espera-se que este estudo subsidie discussões sobre a melhoria da qualidade da assistência aos nascimentos e incentive o uso do SINASC como instrumento de acompanhamento das condições materno-infantis no nível municipal.

**Palavras-chave:** políticas públicas de saúde, epidemiologia, nascidos vivos, planejamento em saúde, avaliação em saúde.

## ABSTRACT

Epidemiology together with the planning and other social sciences have been recognized as necessary to the structuring of a new model of attention to health, taking into account the answering to the existing demand and the incorporation of the epidemiological knowledge in the organization of health services. This study tries to identify the contribution of the epidemiology in the organization of services via *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos* - The Information System on Live Births (SINASC) in the district of Manhuaçu, Minas Gerais, place of search. The objectives of this work are to analyze the process of implementation and its relation with the organization of health services, to characterize the implantation of the process, to analyze the use of SINASC in the organization of service, and to evaluate the information given by this system according to the variations of weight of birth, birth of age, pre-born consultations, and kind of delivery. The draw of the study is a study of case, being it a descriptive exploration with two approaches, one quantitative and the other qualitative. The period of the research is the historical series from 1996 to 2006, in which 1996 is the year of implantation of SINASC in the district being studied. The sources of study are SINASC, interviews with professionals of health, and documents from Manhuaçu Municipal Secretary of Health. I worked with the data selected from the declarations of the live born, weight of birth, birth of age, pre-born consultations, and kind of delivery. To present a valid study a lifting of data is used in order to make it possible to compare various perceptions obtained from diverse sources, using different techniques to collect data. This study was approved by the Committee of Ethics and Research of Universidade Federal de Minas Gerais in 08/29/2007 – Process no 0234.0.203.000-07. The results found demonstrate that the indicators of SINASC show improvements in the period, being the quality of information the most significant, displaying grater commitment from the ones involved to the system. However, there is still lack of clarifying about the importance of the proper filling out to an efficient plan in the health area, according to the population necessities not just to the duty of achieving goals to receive support. In the discussion of the category referring process of organization of SINASC we see that most of the professionals do not know the implantation, but recognize SINASC as something important to the organization of service. The study of the category of the process of SINASC allows us to identify lack of knowledge about the process, difficulties in the performance of actions and different perceptions of the same situation. The approach of the use of SINASC in the organization of service presents the debility of the use of a system of information, with lack of structure of the services related to the systematization of actions, and an economist view of the use of the system in the worth of agreements. I hope this study holds discussions about improvement in the quality of aid to deliveries and motivates the use of SINASC as an instrument of accompaniment of the mother-infant conditions in the district.

**Keywords:** public policies health, epidemiology, live births, health planning, health evaluation.

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1– Fluxo da informação da declaração de nascidos vivos em partos hospitalares.....	41
Figura 2 – Fluxo da informação da declaração de nascidos vivos em partos domiciliares com assistência médica ou por outro profissional de saúde .....	43
Figura 3 – Fluxo da informação da declaração de nascidos vivos em partos domiciliares sem assistência médica ou de outro profissional de saúde .....	45
Figura 4 - Localização geográfica do município de Manhuaçu no Estado de Minas Gerais, 2007 .....	50

**LISTA DE GRÁFICOS**

- Gráfico 1- Distribuição anual, em valores percentuais, de pesos ao nascer registrados no município de Manhuaçu, Minas Gerais, período de 1996 a 2006, de acordo com as declarações de nascidos vivos.....70
- Gráfico 2- Distribuição anual, em valores percentuais, da idade gestacional de nascidos no município de Manhuaçu, Minas Gerais, período de 1996 a 2006, de acordo com as declarações de nascidos vivos.....72
- Gráfico 3- Distribuição anual, em valores percentuais, dos partos realizados de acordo com o tipo de parto, no município de Manhuaçu, Minas Gerais, período de 1996 a 2006, de acordo com as declarações de nascidos vivos .....74
- Gráfico 4- Distribuição anual, em valores percentuais, de consultas pré-natal realizadas no município de Manhuaçu, Minas Gerais, período de 1996 a 2006, de acordo com as declarações de nascidos vivos .....75

**LISTA DE QUADROS**

Quadro 1- Caracterização dos sujeitos da pesquisa entrevistados .....	60
---	----

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1- Unidades do Programa de Saúde da Família existentes e instaladas no município de Manhuaçu, Minas Gerais, período de 1996 a 2006 .....	52
---	----

Tabela 2- Distribuição anual dos nascidos vivos no município de Manhuaçu, Minas Gerais, período de 1996 a 2006 .....	69
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CGIAE	Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DASIS	Departamento de Análise da Situação de Saúde
DN	Declaração de Nascido Vivo
DRS	Diretoria Regional de Saúde
ENSP	Escola Nacional de saúde Pública
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
FSESP	Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GRS	Gerência Regional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
PPI-ECD	Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças
PPI-VS	Programação Pactuada Integrada de Vigilância à Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos Notificados
SISVAN	Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNICAMP	Universidade de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

**SUMÁRIO**

1- INTRODUÇÃO .....	12
2- A EPIDEMIOLOGIA, O MODELO DE VIGILÂNCIA À SAÚDE E O SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC)..	22
3- METODOLOGIA .....	48
3.1-Tipo de Estudo .....	49
3.2- Cenário da Pesquisa.....	50
3.3- Fontes, Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados .....	53
3.3.1- SINASC .....	53
3.3.2- Entrevistas com profissionais de saúde .....	55
3.3.3- Análise documental .....	61
3.4- Tratamento e Análise .....	63
3.4.1- Variáveis do SINASC .....	64
3.4.2- Entrevistas e documentos .....	64
3.5- Considerações Éticas .....	67
4- RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	68
4.1- Análise epidemiológica do SINASC .....	69
4.2- O processo de implantação do SINASC .....	78
4.3- A operacionalização do SINASC .....	84
4.4- A utilização do SINASC na organização dos serviços .....	89
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	98
REFERÊNCIAS .....	102
ANEXOS .....	108

## INTRODUÇÃO

A organização de serviços de saúde acarreta o envolvimento de questões que abrangem estrutura física, atendimento a normas estabelecidas, recursos humanos e aspectos específicos dos usuários dos serviços, questões estas de complexidade variável. O principal enfoque é que o serviço de saúde seja capaz de atender às necessidades demandadas por seus usuários, sendo resolutivo, efetivo e eficaz.

Constata-se que, o modelo de atenção à saúde até então vigente, o modelo médico assistencial hegemônico, centrado no atendimento à demanda espontânea, é deficiente. Mediante a mudança do perfil epidemiológico da população o referido modelo já não consegue responder às necessidades que surgem. Torna-se, portanto, urgente, a mudança desse modelo para uma nova proposta que atenda às lacunas existentes nas questões assistenciais.

É evidenciado que não apenas mudar é necessário, mas como efetivar a mudança para que a mesma se consolide e apresente resultados eficazes. Nesse contexto, surge como referencial o modelo epidemiológico com os seguintes campos de ação: a) estudos da situação de saúde em diferentes grupos da população, seus determinantes e tendências; b) vigilância epidemiológica de doenças e outros agravos à saúde; c) investigação causal e explicativa sobre problemas prioritários de saúde; d) avaliação do impacto em saúde, dos serviços, das tecnologias e de outras ações, conforme destaca Paim (2003). Atrelada a essas ações, surge a preocupação com os fatores determinantes das condições de saúde da população, destacando um enfoque global das ações de acordo com as necessidades surgidas, considerando a mudança no perfil epidemiológico com relação a danos e riscos, coletivos e individuais.

A Reforma Sanitária, que avançou no discurso de superação do modelo centrado na doença para um novo modelo que privilegia aspectos relacionados à promoção da saúde e prevenção de agravos, propõe um novo conceito de saúde. Uma nova abordagem na construção do conceito de saúde que passa a considerar a determinação social como influente no processo saúde-doença, desencadeando questões referentes à integralidade da assistência à saúde (FEUERWERKER, 2005; TEIXEIRA, 2002).

A Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, reitera a abordagem da superação do modelo centrado na doença. Em seu artigo 2º, destaca que a saúde é um direito fundamental do ser humano e um dever do Estado; a seguir, no artigo 3º, aponta que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, o saneamento básico, o meio ambiente, a educação e o acesso aos bens e serviços essenciais. Considera, ainda, que os níveis de saúde da população refletem a organização social e econômica do País. Santos e VÍCTORA (2004) chamam a atenção para um importante aspecto ao se considerar a qualidade da atenção à saúde dispensada à população pelos serviços: “deve-se estar atento ao impacto produzido e à qualidade não inferior aos padrões recomendados”, devendo-se também considerar a “utilização e a cobertura da oferta além do impacto desta sobre a saúde das populações” (SANTOS e VÍCTORA, 2004, p.337).

Analisar a situação de saúde e pensar estratégias de atuação nos problemas sob o enfoque da epidemiologia possibilita a sua aproximação na (re) estruturação e (re) organização dos serviços de saúde. Destaca-se que a epidemiologia, juntamente com o planejamento e outras ciências sociais, tem sido considerada necessária na estruturação

de um novo modelo de atenção à saúde (GOLDBAUM, 1976). Dean e Hunter, 1996, citados por Barreto, 2006, apresentam que o desenvolvimento do conhecimento é fundamental para direcionar as práticas de promoção à saúde e para a condução das mudanças necessárias na organização dos serviços de saúde, necessitando de abordagens multidisciplinares. A epidemiologia, coerente com os tempos atuais, conforme destaca Goldbaum “(...) pode e deve recuperar a aplicação de seus conhecimentos na orientação das atividades de natureza populacional (...)”, como as suas bases no começo do século XX, com as ações de vacinação e saneamento (2000, p.78). A inter-relação da epidemiologia com outras disciplinas tem possibilitado um caminhar nesse sentido, permitindo avanços nas concepções do processo saúde-doença.

Teixeira (2002) salienta que modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais podem ser definidos, de maneira abrangente, como combinação de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos usados para atender a problemas e necessidades de saúde individuais e coletivas).

A mudança do modelo assistencial implica também em mudanças em tudo que está relacionado a essa nova percepção de assistência. Coloca-se que a abordagem dos profissionais não será a mesma do modelo anterior e que dessa forma, esses profissionais deverão ser devidamente capacitados para o enfrentamento das mudanças que estão sendo propostas. É necessário estar atento para a situação de termos um mesmo universo que passa a ser trabalhado sob uma nova perspectiva, um novo olhar. Releva-se, também, a importância de investimento na capacitação dos sujeitos nas práticas e nas relações de trabalho, como aborda Teixeira (2002), reconhecendo o papel dos sujeitos no decorrer do processo.

Assim, diante da necessidade de mudança e transformação do modelo assistencial, tendo como eixo a institucionalização de práticas de promoção e vigilância

à saúde, surge a necessidade de um acompanhamento crítico do processo, conforme referido por Teixeira (2002), sendo a epidemiologia parte desse processo, disponibilizando suas ferramentas para esse fim.

Para análise da epidemiologia na organização dos serviços de saúde, tendo como referência a perspectiva desta contribuição, outras abordagens poderiam ter sido escolhidas. Optou-se pela avaliação do uso de um sistema de informação usado pela epidemiologia, em virtude das características específicas desse sistema. O sistema escolhido foi o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

O SINASC apresenta uma exeqüibilidade em termos operacionais que o credencia com uma cobertura reconhecida no país, superando amplamente, a cobertura de nascimentos registrados em cartórios (OPAS, 2002). Por meio do SINASC é possível a realização de estudos com bases populacionais, permitindo-se obter um perfil epidemiológico dos nascimentos de acordo com as variáveis disponibilizadas, como também, pelas suas variáveis, avaliar a organização dos serviços de saúde no que concerne à assistência materna e ao recém-nascido.

O Ministério da Saúde iniciou a implantação do SINASC em 1990 com o objetivo de padronizar o levantamento das informações acerca dos nascimentos ocorridos em todo território nacional. Com referência ao período de implantação, este ocorreu de forma diferenciada nos Estados e Municípios. Um importante aspecto desse sistema é que pelos seus registros é possível subsidiar o planejamento de ações relacionadas à saúde da mulher e da criança em todos os níveis do Sistema Único de Saúde.

Tendo como referencial o SINASC, torna-se pertinente o levantamento de alguns questionamentos como direcionadores no entendimento do processo de inserção e avaliação da epidemiologia nos serviços de saúde:

a) Quais as dificuldades que o Município encontra para a efetivação do uso do SINASC como um dos instrumentos da epidemiologia?

As mudanças ocorridas na saúde trouxeram desafios para os municípios que se depararam com a necessidade de atender à legislação estabelecida. Um novo modelo implica em novos olhares sobre a assistência. O município de Manhuaçu, MG, como tantos outros em todo país, passa a se defrontar com a necessidade de buscar melhorar a qualidade da assistência à saúde de um grupo específico de acordo com os preceitos estabelecidos para o Sistema Único de Saúde.

Frente aos novos paradigmas estabelecidos e às novas propostas que se impõem, questiona-se se os Municípios estão preparados e se é possível identificar o que é necessário para o enfrentamento das mudanças propostas para a organização dos serviços de saúde.

b) As estratégias e os instrumentos definidos no modelo de Vigilância à Saúde são usados adequadamente para o desenvolvimento das ações?

A atuação da epidemiologia nos serviços de saúde é percebida, principalmente, sob o enfoque que diz respeito aos procedimentos padronizados estabelecidos na abordagem dos agravos, especificando as ações e orientações e direcionando os profissionais em seus trabalhos. Essa atuação é de grande relevância, partindo do pressuposto que por meio dessas ações é possível o controle de agravos potencialmente evitáveis, como refere Drumond (2003).

A epidemiologia, no entanto, tem outra forma de atuação, também destacada por Drumond (2003), que diz respeito à capacidade de produzir informações e subsidiar o conhecimento da realidade em que se situam os serviços.

Para a realização das ações de epidemiologia questiona-se se os instrumentos e estratégias estabelecidos são usados adequadamente ao que se propõe; se o alcance de resultados eficazes está diretamente relacionado às condições de aplicação; se os indicadores estabelecidos são capazes de permitir leituras que irão refletir a realidade e subsidiar as ações a serem programadas; se são realizados estudos da situação de saúde, ações de vigilância à saúde e avaliação de serviços.

c) O SINASC, como uma das ferramentas utilizada pela epidemiologia tem atendido ao seu objetivo de auxiliar no planejamento das ações de saúde no campo da atenção à saúde materno-infantil no município de Manhuaçu?

O SINASC capta dados sobre as condições de gravidez, parto e nascimento, disponibilizando informações sobre peso ao nascer, idade gestacional, realização do pré-natal, instrução da mãe, entre outros. Por esses registros torna-se possível subsidiar intervenções em busca da melhoria efetiva da atenção à saúde.

O que se tem demonstrado, entretanto, é que, mesmo considerando os esforços feitos para a consolidação do novo modelo assistencial proposto, ainda são detectados obstáculos na estruturação de serviços de epidemiologia em nível municipal. Essa situação tem dificultado a implementação do novo modelo assistencial, comprometendo, assim, o atendimento aos princípios estabelecidos pelo SUS.

Drumond (2003) refere que o uso da epidemiologia tem sido comum na avaliação de resultados, mas que começa a ser mais utilizada na avaliação de processo. Percebe-se que a epidemiologia tem buscado avançar nos caminhos da avaliação, ampliando, dessa maneira, a sua área de atuação na avaliação de serviços.

Para que o avanço proposto se consolide de maneira eficaz, os instrumentos e indicadores estabelecidos pela epidemiologia apresentam-se como peças de grande importância. O domínio na utilização das ferramentas epidemiológicas é, portanto, determinante para a obtenção de respostas o mais próximas da realidade.

O contexto nacional atual reconhece o papel importante da epidemiologia: a Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006, estabelece o Pacto pela Saúde e, a epidemiologia, presente nas questões-chave desse pacto, destaca que as mudanças se tornam possíveis com a sua inferência (BRASIL, 2006).

As informações disponibilizadas no banco de dados do SINASC possibilitam atender às diferentes demandas: unidades de saúde, para o conhecimento da sua realidade, do contingente e das condições de nascimentos, possibilitando um planejamento efetivo das ações, vigilância e atenção integral à saúde da criança; maternidades, para que conheçam os dados referentes ao trabalho desenvolvido; gestores das secretarias municipais de saúde (SMS), no suporte ao planejamento das ações de saúde e avaliação dos serviços desenvolvidos, e Conselhos Municipais de Saúde (CMS), para que possam ser subsidiados no monitoramento das condições de saúde de sua população, entre outros.

As coberturas do SINASC são calculadas a partir da razão entre nascimentos coletados e estimativas de nascimentos obtidas pela Secretaria de Vigilância à Saúde por meio de técnicas demográficas. Em 2005, a cobertura do SINASC no estado de Minas Gerais foi de 84,7% (BRASIL, 2007).

Desde a sua implantação, o SINASC vem sendo aprimorado do ponto de vista da cobertura e da qualidade da informação e atualmente permite obter informações para o planejamento das ações de saúde, sendo essencial para o cálculo de vários indicadores de saúde, incluindo os coeficientes de mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2006).

Em estudos realizados, cerca de 98% de mortes de mulheres por causas maternas são evitáveis, mediante a adoção de medidas simples, objetivando melhorar a qualidade da assistência perinatal e garantir o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

O SINASC é uma ferramenta útil para analisar condições de serviços de pré-natal e nascimento. A análise de sua utilização poderá refletir a real condição dos serviços de saúde na assistência prestada a uma parcela da população, sendo uma referência na humanização do atendimento à gestante e recém-nascido.

### **1.1-Objetivo geral**

Analisar o processo de implementação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e sua relação com a organização de serviços de saúde no município de Manhuaçu, Minas Gerais.

### **1.2- Objetivos Específicos**

- Caracterizar o processo de implantação do SINASC no município de Manhuaçu, observando-se aspectos normativos, estratégias utilizadas, dificuldades encontradas.
- Identificar a operacionalização do SINASC atentando para o seu fluxo, a qualidade das informações produzidas e a consistência de seu banco de dados.
- Avaliar as informações geradas pelo SINASC no período de 1996 a 2006 considerando-se as variáveis: peso ao nascer, idade gestacional, consultas pré-natal e tipo de parto.

- Analisar a utilização do SINASC na organização dos serviços a partir dos discursos dos profissionais de saúde.

Este estudo está estruturado em capítulos, iniciando-se por este que traz a introdução.

O capítulo seguinte contém o referencial teórico que apresenta, na sua configuração, o estabelecimento de recortes teóricos também identificados como categorias analíticas: A epidemiologia, o Modelo de Vigilância à Saúde e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos.

No capítulo subsequente, evidencia-se a abordagem metodológica empregada, o tipo de estudo, o cenário da pesquisa, as fontes de dados e o tratamento do material empírico. O tratamento do material empírico nos direcionou a três categorias empíricas, referentes ao SINASC: seu processo de implantação; sua operacionalização e sua utilização na organização dos serviços. Minayo (1992) aborda que as categorias são os conceitos mais importantes dentro de uma teoria e classifica-as em analíticas e empíricas. As categorias analíticas são as que retêm, historicamente, as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais. As categorias empíricas são construídas com finalidade operacional, a partir do trabalho de campo e possuem a propriedade de conseguir apreender as determinações e especificidades que se expressam na realidade empírica. A construção das categorias analíticas tem por objetivo estabelecer relações com as categorias empíricas.

No último capítulo, encontram-se os resultados observados no estudo e expõem-se as percepções identificadas entre as categorias analíticas e empíricas, com o objetivo

de disponibilizar subsídios para uma apreciação acerca da utilização efetiva de um sistema de informação.

Os direcionamentos existentes neste estudo se deram no intuito de colaborar com um conhecimento do processo de implantação do SINASC e a sua relação com a organização dos serviços de saúde. A partir do conhecimento desse processo são sugeridos caminhos na busca da utilização mais eficaz de um importante instrumento de informação.

## 2- A EPIDEMIOLOGIA, O MODELO DE VIGILÂNCIA À SAÚDE E O SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC)

A percepção da necessidade de mudanças no contexto da organização dos serviços de saúde foi sendo construída como reflexo do processo do Movimento da Reforma Sanitária que teve como foco de interesse as práticas de saúde, situação que o país vivenciava desde a década de 1970. Esse Movimento representou a expressão de luta pelos direitos à saúde em um momento marcante da nossa história, quando a sociedade se mobilizava pelo processo de democratização do país.

A Reforma Sanitária Brasileira aconteceu como proposta de garantir o acesso de todos à saúde, estabelecendo uma percepção de igualdade em uma sociedade desigual. Sob esta perspectiva, Feuerwerker, (2005, p.489), relata que as principais idéias-força da reforma sanitária seriam a universalidade e equidade no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, o que referenciou a saúde como direito individual e valorizou a construção do controle social; a redefinição do conceito de saúde e o reconhecimento da “determinação do processo saúde-doença, trazendo uma perspectiva de atenção integral às necessidades de saúde da população”. Trouxe, também, um questionamento às práticas hegemônicas de saúde, com a proposta da participação ativa do usuário na construção do processo de saúde, considerando-se a importância de sua inserção no levantamento dos problemas e na discussão de possíveis soluções. Outra percepção desse processo, conforme apresenta Pinto (2000), é que a Reforma Sanitária despertou discussões importantes sobre os Sistemas de Informações enquanto instrumentos para possibilitar a reestruturação dos serviços de saúde, levando em consideração características regionais, situações de risco, dimensão populacional e sua distribuição,

perfil de morbimortalidade, condições do fluxo de atendimento, abordando, assim, informações inter e intra-estruturais que possibilitaram tomadas de decisões mais criteriosas.

O processo da reforma sanitária levantou reflexões e questionamentos que conduziram à percepção da necessidade de mudanças do modelo assistencial vigente e à formulação de políticas de saúde coerentes. Paim (1993,1998,1999), citado por Teixeira (2002, p.110), define que modelos de atenção à saúde são

formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

Surgem novos paradigmas como resultados das discussões levantadas no decorrer do processo do movimento da Reforma Sanitária Brasileira. E assim, os princípios da universalidade e equidade no acesso aos serviços e integralidade na assistência prestada, são estabelecidos como direcionadores na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca-se, ainda, a participação ativa do usuário na construção do seu processo de saúde como o mais significativo ganho social para toda população.

Em um novo contexto, destacam-se, entre outros:

- a valorização não só das ações assistenciais, mas também dos fatores determinantes das condições de saúde da população;
- a necessidade de acompanhamento crítico do processo;

- desenvolvimento de percepção da importância de permanente avaliação das intervenções.

Nessa perspectiva, os modelos de atenção à saúde são questionados a responder às demandas surgidas, de acordo com as necessidades prioritárias observadas.

Na percepção de Teixeira (2002, p.110), os modelos de atenção à saúde incorporam três dimensões fundamentais para que atendam aos seus objetivos: a) gerencial voltada para o processo de reorganização das ações e serviços; b) organizativa com enfoque nas relações entre unidades de prestação de serviços; c) técnico-assistencial ou operativa direcionada às relações entre os sujeitos da prática e seus objetos de trabalho. Mediante esse enfoque, segundo a autora, para que a transformação do modelo se concretize é essencial a articulação entre as três dimensões.

O avanço das reflexões e discussões decorrentes do processo da Reforma Sanitária caminhou em direção à constatação do desgaste do modelo assistencial hegemônico vigente. Juntamente à consideração da mudança do perfil epidemiológico da população surge a necessidade de mudança e a perspectiva de um novo modelo de atenção à saúde. Assim, o modelo centrado na demanda espontânea torna-se questionado como superado por não mais atender às necessidades existentes. Cresce o espaço de discussão acerca da inclusão de ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção à saúde como componentes do novo modelo de atenção à saúde.

As críticas ao modelo médico-assistencial hegemônico e às possíveis estratégias para a mudança desse modelo levantam questionamentos acerca da lógica do atendimento prestado: o representado pelos serviços de saúde através do atendimento à demanda espontânea e a oferta de serviços representada pelos programas especiais. Os

serviços de saúde apresentam-se mais estruturados sob a lógica do mercado do que a das necessidades de saúde e não identificam a epidemiologia como uma ferramenta necessária ao seu desempenho (PAIM, 2003). Paim e Teixeira (2002), na busca de reorientar o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, discorrem sobre a possibilidade de integração das ações de vigilância epidemiológica com as ações de atenção do indivíduo (demanda espontânea) e grupos (programas especiais). Nessa perspectiva, os trabalhos de Paim, segundo Teixeira (2002), representam uma crítica aos modelos hegemônicos, seja o médico-assistencial privatista, seja o modelo sanitarista e avança conceitualmente em torno da noção de Vigilância à Saúde.

A noção de Vigilância à Saúde foi elaborada a partir da articulação conceitual entre os momentos de determinação do processo saúde doença no âmbito coletivo e as ações sociais de saúde dirigidas ao “controle de causas, riscos e danos”, o que possibilitou a realização de uma releitura crítica e atualização do diagrama proposto inicialmente por Leavell & Clarck, a propósito dos níveis de prevenção referidos na História Natural da Doença (HND) (TEIXEIRA, 2002).

As diretrizes do SUS, por meio do processo de descentralização, repassaram às diferentes esferas governamentais, responsabilidades administrativas desencadeando a necessidade de organização das mesmas e a incorporação da epidemiologia de modo ativo com o objetivo de responder adequadamente às novas formas de condução das ações de saúde, conforme aborda Goldbaum (1996).

Mediante a organização do arcabouço legal que regulamentou o Sistema Único de Saúde, são repassadas, aos municípios, responsabilidades referentes à execução de ações de saúde em nível da atenção básica. Nesse momento, são também definidos

mecanismos de regulamentação dessas ações, destacando-se a transferência de recursos para a execução das mesmas.

A Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90 (BRASIL, 1990), apresenta no Título II, Capítulo I – Dos objetivos e atribuições – em seu Artigo 5º, que um dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) é “a identificação e divulgação dos fatores condicionantes determinantes da saúde”, destacando, conforme aborda Goldbaum (1992,p.70), que “o próprio objeto da Epidemiologia confunde-se com os objetivos do Sistema Único de Saúde” . A Lei 8080/90 também situa a epidemiologia como uma referência importante para a construção de um novo modelo assistencial e estabelece o papel das informações em saúde e a formação dos sistemas de informação. O Capítulo II, Dos Princípios e Diretrizes, traz o Artigo 7, inciso VII, com a seguinte citação: *“utilização da epidemiologia para o estabelecimento das prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática”*.

Constata-se, assim, a importância da epidemiologia conforme referido, determinando seu papel, as suas competências e atribuições no serviço de saúde, como refere Goldbaum (1992; 2006).

Anteriormente à Lei 8080/90, os serviços de epidemiologia não compunham a estrutura das Secretarias Municipais de Saúde. Propunha-se a execução de ações específicas que eram realizadas em atendimento às orientações estabelecidas. Havia uma centralização na execução cabendo a responsabilidade das ações de epidemiologia ao controle das Secretarias Estaduais de Saúde, por meio das Diretorias Regionais de Saúde (DRS), hoje Gerências Regionais de Saúde (GRS). Branco (1996), reforçando esta percepção, relata que no Brasil, tradicionalmente, a produção e utilização da informação em saúde, estabelecendo diagnósticos de saúde dos municípios, quase

sempre foram realizadas pelos governos federal e estadual. Assim, o município não tinha autonomia quanto à organização e execução de ações que seriam fundamentais como subsídio ao processo de planejamento local.

Paim (2003) resgata a importância da epidemiologia na organização do serviço no início da década de 90 e apresenta que, no nível federal, ela era restrita à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) que reunia a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) e a Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP); em nível estadual, as ações de epidemiologia eram concentradas nas ações de vigilância epidemiológica, sobretudo nos programas de imunização e controle de doenças definidas pelas estruturas próprias das secretarias de saúde, reforçando a sua dicotomia com as Coordenações Regionais da FUNASA; “no âmbito municipal, a epidemiologia tendia a ser residual”, segundo esse autor, reforçada a situação de não valorização do município pela Lei 6259/75, que organizava o então Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, “acrescida à condição de fragilidade institucional das secretarias municipais de saúde” (PAIM, 2003, p.562).

Previamente à promulgação da Lei 8080/90, aos municípios cabia fazer as notificações compulsórias das doenças e agravos semanalmente, conforme estabelecido pela legislação. As realizações de ações de buscas e investigações de casos eram realizadas com o suporte da então DRS de referência, partindo-se do princípio serem estas ações da responsabilidade desse órgão e o município não disponibilizar de profissionais capacitados.

As campanhas de vacinação nacionais aconteciam sob o acompanhamento e gerenciamento da referência regional da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e o

município não tinha autonomia para definir programações que atendessem à sua realidade nos períodos das campanhas.

Os bancos de dados de informações epidemiológicas eram centralizados nas DRS, nível regional, cabendo ao município o repasse dos dados produzidos. Não havia qualquer avaliação epidemiológica do próprio município acerca da sua situação de saúde. Naquele momento, as ações realizadas atendiam às determinações estabelecidas pelo Ministério da Saúde tais como campanhas nacionais de vacinação, hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose, AIDS, entre outras. Essas ações, resultado de decisões verticalizadas, não priorizavam as necessidades imediatas dos municípios, mas atendiam ao cumprimento de um plano operativo determinado que não contemplava as diferenciações regionais.

Não havia também um entendimento claro da abrangência da epidemiologia no planejamento e execução das ações de saúde municipais, sendo que as ações eram realizadas, mas com uma total dependência nas suas execuções, o que fortalecia uma centralização na DRS.

A epidemiologia, naquele momento, tinha um alcance limitado à realização de ações previamente determinadas, restringindo o avanço dos resultados. O Município estava distante de conhecer sua realidade epidemiológica e despreparado para assumir a execução de ações específicas.

Mediante a proposta de um novo modelo assistencial, a epidemiologia coloca-se como referência para a reorganização dos serviços, considerando-se a sua macrovisão dos problemas de saúde, sua capacidade de conhecer a realidade e propor medidas transformadoras com o objetivo de melhorar as condições de saúde. A epidemiologia

tem demonstrado capacidade de buscar explicações sobre a ocorrência e distribuição de doenças, contribuindo, assim para o entendimento do processo de transição epidemiológica, conforme aborda Goldbaum (1996). Para Barros (2000), a epidemiologia no serviço de saúde permite novas propostas para a intervenção e análises epidemiológicas em busca de enfrentar as persistentes iniquidades prevalentes na saúde.

A Epidemiologia, como parte da Vigilância à Saúde, vem compor, através de suas ações, a reorganização dos serviços. Destaca-se que a Vigilância à Saúde apresentando-se com uma

concepção renovada do modelo da História Natural da Doença, incorpora, para além do esquema abstrato que organiza os diversos níveis de prevenção, a análise concreta das práticas de saúde em sociedades históricas, quer se expressem como “políticas públicas saudáveis”, conjunto de ações governamentais e não-governamentais voltadas à melhoria das condições de vida das populações quer se expressem como ações de “vigilância sanitária” e “vigilância epidemiológica”, além das diversas formas de organização das práticas de “assistência e reabilitação” dirigidas a indivíduos e grupos (TEIXEIRA, 2002, p.15).

Teixeira, Paim e Villasboas (2002, p.34), expõem que a “preocupação com a construção de um modelo que articulasse os conhecimentos e técnicas provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde” se expressou na utilização do termo “vigilância à saúde”, definindo-se que esta

trabalha com conceituação ampla do papel da epidemiologia nos serviços de saúde, incluindo avaliação e pesquisa. (...) e, em suas propostas de ação, deve

apreender a desigualdade social e, portanto a distribuição desigual de agravos à saúde. Essa apreensão representa um deslocamento da sua base conceitual, do exclusivo controle das relações sociais que definem a desigualdade (TEIXEIRA; PAIM; VILLASBOAS, 2002, p.34)

Os serviços municipais de saúde, conforme legislações específicas devem se estruturar e organizar as ações de epidemiologia direcionando para o novo modelo assistencial na perspectiva da Vigilância à Saúde, destacando conforme a citação acima, a inclusão da avaliação neste processo.

Segundo Hartz e colaboradores (2005), no campo da saúde é cada vez mais reforçada a necessidade de uma permanente avaliação das intervenções realizadas. A efetivação de processos avaliativos consistentes possibilita aos serviços subsídios necessários para o estabelecimento de ações a serem desempenhadas. Minayo (2006, p.19) destaca que, no papel de utilidade “uma boa avaliação visa a reduzir incertezas, a melhorar a efetividade das ações e a propiciar a tomada de decisões relevantes”. Segundo a referida autora,

Gestores e técnicos que vislumbram o papel da avaliação como parte do seu planejamento e da sua práxis cotidiana criam espaços permanentes de reflexão sobre a prática (MINAYO, 2006, p.20).

Assim, o processo de reflexão sobre a prática permitirá a identificação de dificuldades e a correção de problemas, possibilitando o desenvolvimento das atividades de maneira mais segura.

Na organização dos serviços o planejamento é fundamental em toda estruturação. O enfrentamento de desafios deve acontecer, buscando o monitoramento

dos ajustes e acompanhamento da avaliação dos avanços e impactos para possibilitar as mudanças.

É importante destacar o papel do avaliador na determinação do processo avaliativo, pois a escolha metodológica depende dos objetos, do contexto e da intencionalidade naquele processo.

Considera-se, assim, a importância do processo de avaliação nos serviços, ressaltando, entretanto, que o mesmo ainda não se faz plenamente efetivo nas nossas práticas.

Pode-se considerar uma iniciativa de processo avaliativo a ser desenvolvida pelos municípios a estratégia utilizada para subsidiar a descentralização das ações de epidemiologia. Propôs-se, inicialmente, a realização de ações a serem cumpridas com o estabelecimento de metas e definições de parâmetros para referenciar estas ações, constituindo a Programação Pactuada Integrada da Epidemiologia e Controle de Doenças – PPI-ECD. Para o cumprimento dessa Pactuação foi garantido ao município o repasse de uma verba per capita (Portaria 1399, de dezembro de 1999). Posteriormente, com a organização dos serviços voltada para o modelo ampliado de Vigilância à Saúde, essa programação passa a ser Programação Pactuada Integrada de Vigilância à Saúde (PPI-VS). É importante destacar que a partir do estabelecimento de verba específica para a realização das ações de epidemiologia e, posteriormente, de vigilância à saúde, o setor pôde se estruturar com a compra de veículos, material de informática, fax, recursos materiais e subsídio à realização de capacitações de profissionais do setor.

Considerando-se a estruturação da epidemiologia com foco na mudança do modelo assistencial hegemônico médico-privatista para o modelo assistencial de

vigilância à saúde, destaca-se, nesse estudo, a proposta de conhecer a implantação e implementação de um dos sistemas de informação do Ministério da Saúde: o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

A informação é essencial para a tomada de decisões referentes ao desencadeamento das ações de saúde. Para a organização dos serviços de saúde a informação orienta o processo de acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de prevenção e controle de doenças. Assim, conforma-se que o conhecimento é fundamental no processo “informação - decisão - ação”. Reafirma-se a sustentação para o estudo da informação em saúde na tomada de decisão, no enfoque sistêmico da organização e nos princípios do SUS.

Um sistema de informação tem como finalidade identificar problemas de saúde e deve subsidiar com qualidade técnica o planejamento, as decisões e ações dos gestores no direcionamento das políticas de saúde. O sistema de informação em saúde pode ser reconhecido como instrumento para adquirir, organizar e analisar dados importantes no reconhecimento de problemas e riscos para a saúde, contribuir na avaliação da eficácia e eficiência dos serviços além de possibilitar conhecimentos da situação saúde (BRANCO, 1996). Permite o acompanhamento e estudos epidemiológicos, como o referido no estudo de Almeida e colaboradores (2006), quando esses autores destacam a importância dos sistemas de informação em saúde no estudo da mortalidade perinatal. Considera-se, também, que um sistema de informação seja capaz de produzir informação em saúde. França e colaboradores (2006) ressaltam que quanto mais os gestores fizerem uso das informações para a tomada de decisões, melhor a garantia de cobertura e qualidade dos dados e maior a possibilidade de resultados e investimentos por qualidade em saúde. Necessita-se que sejam garantidos, portanto, requisitos técnicos

e profissionais em todas as etapas do processo de construção da informação: na coleta, registro, processamento, análise, apresentação e difusão dos dados e geração da informação.

O Sistema Nacional de Informação em Saúde é um conjunto variado de sistemas de informação de interesse para a saúde, coordenados por órgãos do governo federal, com bancos nacionais de dados de acesso facilitado por diversos aplicativos, sendo alguns deles: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Sistema de Informações Hospitalares (SIH); Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA).

Na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), os sistemas de informações em saúde têm como um dos objetivos básicos, viabilizar a análise da situação de saúde no nível local, levando-se em conta as condições de vida da população na determinação do processo saúde-doença. A informação que será, inicialmente, produzida em nível local, aproximará esse nível de sua realidade, possibilitando o estabelecimento de prioridades na determinação das ações.

A manutenção dos sistemas nacionais de informação em saúde acontece em cumprimento às exigências legais, sendo a regulamentação dos mesmos em todo território nacional (MOTA; CARVALHO, 2006). O desenvolvimento desses sistemas segue os princípios constitucionais estabelecidos para o SUS. A Lei 8080/1990 (BRASIL, 1990) determina, no Capítulo IV, Da Competência e Atribuições, Seção I, Artigo 15, que compete à União, Estados, Distrito Federal e Municípios, em seu âmbito administrativo, atribuições específicas referentes a:

- “acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais”;

- “organização e coordenação do sistema de informação em saúde”;

- “elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para a promoção da saúde do trabalhador”.

O Capítulo II do Título IV - Da gestão financeira, Artigo 35, é destacado por Goldbaum (1992) ao estabelecer a transferência de valores, encontrando-se entre os critérios: “perfil epidemiológico” e “perfil epidemiológico da população a ser coberta”.

Nas referências à legislação em vigor verifica-se que a epidemiologia encontra-se sustentada no campo político-jurídico e sua importância é percebida nas diferentes instâncias do Sistema Único de Saúde.

A Norma Operacional Básica SUS 01/96 (BRASIL, 1996) define como responsabilidades de estados e municípios habilitados a operação dos sistemas de informação em saúde. A seguir, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) SUS 01/2001 (BRASIL, 2001), amplia essas atribuições em vista da reorganização da assistência, da atenção básica, da descentralização e regionalização. Assim, com a alimentação regular dos sistemas de informação torna-se possível a construção de indicadores para acompanhamento e avaliação da gestão do SUS e da efetividade das ações e serviços.

A lei orgânica da saúde estabelece competências à União, Estados e Municípios como a organização e coordenação do sistema de informação em saúde. É atribuído ao município, juridicamente, um papel bem mais amplo do que simples coletor de dados,

esperando-se “que ele seja capaz de produzir, organizar e coordenar a informação em saúde de sua região” (BRANCO, 1996, p.268).

O processo de municipalização da saúde tem consolidado ações que se estabeleceram como responsabilidade dos municípios. Entre essas, a alimentação dos bancos de dados dos sistemas nacionais de informação em saúde tem acontecido e possibilitado o conhecimento da situação de saúde da população. A importância dos sistemas de informação no processo de (re) organização dos serviços de saúde faz-se, portanto, cada vez mais presente.

Dentre os sistemas nacionais de informação, a escolha do SINASC para a realização de uma análise epidemiológica desse sistema em um município específico, foi definida por algumas questões que despertaram o interesse por este estudo:

- o SINASC, pela sua estrutura, possibilita a identificação de falhas na organização das unidades através da análise dos dados disponibilizados;
- o SINASC permite a verificação dos nascidos vivos e o conhecimento de um perfil epidemiológico de acordo com as variáveis apresentadas por esse sistema (idade da mãe, sexo do recém-nascido, peso ao nascer, duração da gestação, grau de instrução da mãe, índice de Apgar, tipo de parto, paridade, estabelecimento onde ocorreu o parto, município de origem da mãe);
- considera-se a informação em saúde importante componente para as políticas de saúde na promoção, prevenção e recuperação da saúde levando-se em conta as determinações sociais do processo saúde-doença. É possível, portanto, a utilização do SINASC como ferramenta para analisar as ações de saúde desenvolvidas, nas decisões e na (re) construção do modelo assistencial preconizado pelo SUS.

### **O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos ( SINASC)**

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, acontecida em 2000, apresentou que a informação é um dos principais componentes para alcançar a equidade, qualidade e humanização dos serviços de saúde, fortalecer o controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e melhorar a situação de saúde da população (BRASIL, 2000).

Mello Jorge e colaboradores (1993), em publicação intitulada “A Avaliação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e serviços de saúde”, destacam que “(...) o conhecimento do número de nascidos vivos, de uma área, em um período de tempo, é imprescindível”, pois, conforme abordam esses autores, esse conhecimento é “componente de vários índices e coeficientes, além de fundamentar o planejamento de ações na área materno-infantil”.

A fragilidade na cobertura de nascidos vivos no Brasil, dificultando a construção de um perfil epidemiológico dos nascimentos, levou o Ministério da Saúde a implantar, em 1990, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos ( SINASC). O SINASC é um sistema alternativo ao Registro Civil que permite o conhecimento e utilização de importantes variáveis (peso ao nascer, idade gestacional, Índice de Apgar, tipo de parto, consultas pré-natal realizadas, entre outras), além das informações já disponibilizadas no Registro Civil, por força de lei (Lei nº6015 de 31 de dezembro de 1973, Lei dos Registros Públicos) (MELLO JORGE et al, 1993).

Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1994), nascido vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos cardíacos, pulsação do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida da placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva.

O objetivo do SINASC é reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos ocorridos em todo território nacional. Essas informações poderão subsidiar as ações dos serviços de saúde direcionadas à gestante e ao recém-nascido, possibilitando uma melhoria efetiva da assistência prestada, identificando as crianças que nascem com risco de vida e intervindo, adequadamente, para prevenir e controlar os fatores de risco (ROMERO; CUNHA, 2007), como também possibilita obter informações relacionadas à mãe (consulta pré-natal, número de filhos tidos e abortos, idade, escolaridade).

O funcionamento do SINASC tem sua sustentação legal nos seguintes documentos:

A) Lei nº. 6.015, de 31 de dezembro de 1973 (Lei dos Registros Públicos). Em seu Capítulo IV (artigo 51 a 67) define as normas e providências para registro dos nascimentos em todo território Nacional (REGISTROS Públicos, 1980).

B) Decreto nº. 4.726, de 09 de junho de 2003 (Presidência da República). Aprova a estrutura regimental do Ministério da Saúde – MS e cria a Secretaria de Vigilância em Saúde/ SVS (BRASIL, 2003).

C) Portaria nº20, de 03 de outubro de 2003 (Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS) regulamenta as rotinas de coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações (BRASIL,2003).

D) Portaria nº. 1.929, de 09 de outubro de 2003. Define as atribuições da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Departamento de Informática do SUS no que se refere aos Sistemas de Informações. Essa Portaria, em seu artigo 1º, designa a Secretaria de Vigilância em Saúde como órgão gestor em nível nacional do Sistema de Informações sobre Mortalidade. O Departamento de Análise da Situação de Saúde (DASIS), por intermédio da Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE), é o órgão da SVS responsável por esse gerenciamento, aqui incluídas a definição de variáveis, críticas e agregações de dados, impressão e distribuição dos documentos de captação dos dados (declaração de nascido vivo), manuais de operação do sistema, bem como a ordenação de alterações que se fizerem necessárias (BRASIL, 2003).

E) Portaria nº. 16, de 23 de abril de 2004. Constitui o Comitê Técnico Assessor do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (CTA – SINASC) e dá outras providências (BRASIL, 2004).

Destaca-se que o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8069, de 13/07/1990 em seu Título II, Capítulo I, Artigo 10, p.12-13, estabelece que os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à gestante, públicos e particulares, são obrigados a fornecer

declaração de nascimento onde constem, necessariamente, as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato (BRASIL, 1990).

O documento de entrada no SINASC, a Declaração de Nascido Vivo – DN, é o instrumento de coleta de dados, sendo um documento padronizado em nível nacional e individualizado, destacando que no caso de gravidez múltipla, deve ser preenchida uma DN para cada nascido (BRASIL, 1990).

#### Fluxo de documentos e informações

A DN é impressa em três vias previamente numeradas, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Análise da Situação de Saúde (DASIS – SVS). O documento é distribuído gratuitamente às secretarias estaduais de saúde que o fornece às secretarias municipais de saúde. Essas secretarias, por sua vez, repassam as DN aos estabelecimentos de saúde e cartórios (BRASIL, 2001).

Cada uma das três vias terá um fluxo diferente dependendo se o parto for hospitalar ou domiciliar, de acordo com a Portaria nº20 de 03 de outubro de 2003, da SVS (BRASIL, 2001), descrito a seguir:

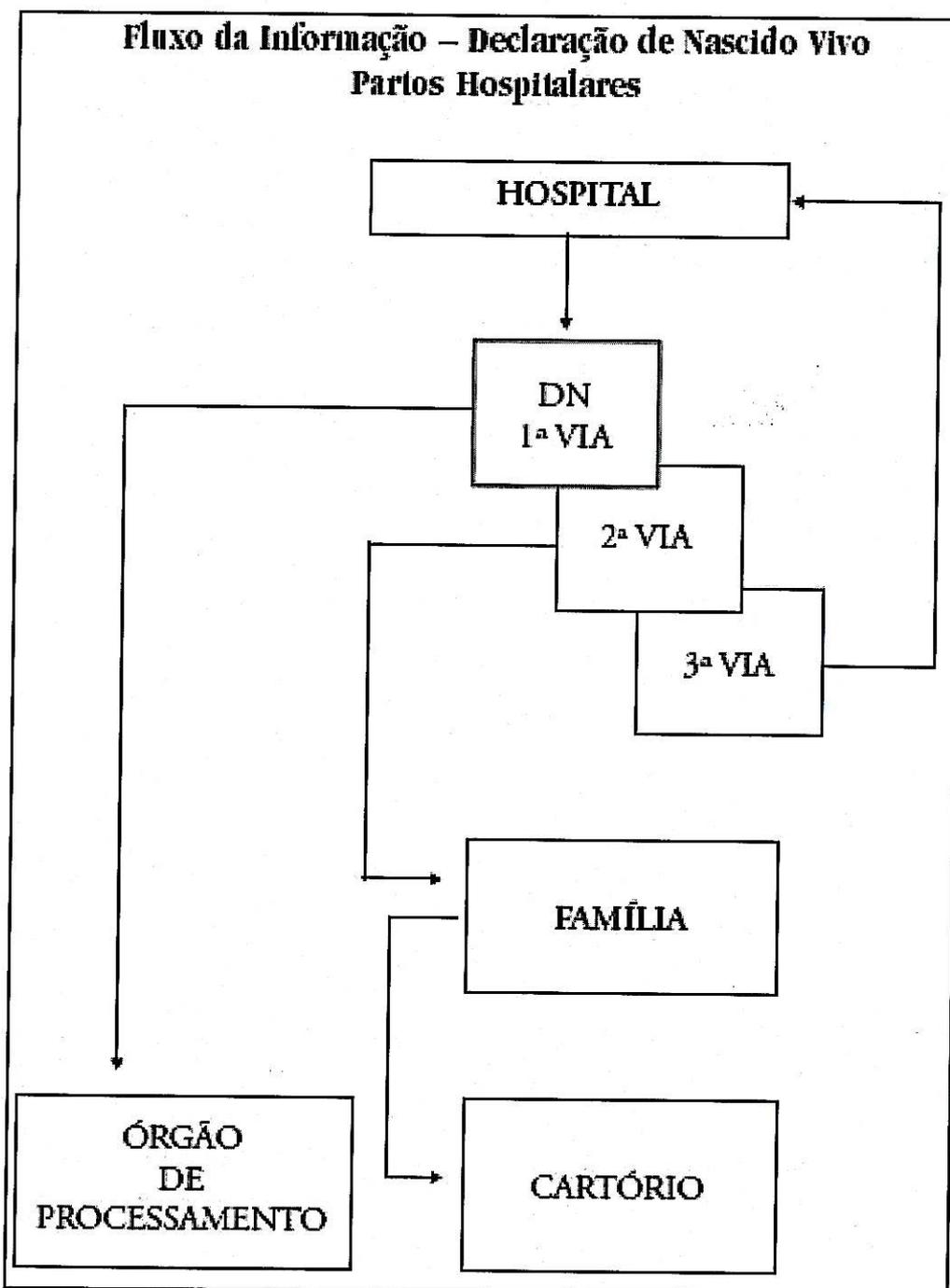
#### Partos hospitalares:

- 1ª via permanece no estabelecimento de saúde até ser coletada, por busca ativa, pelos órgãos estaduais ou municipais responsáveis pelo sistema;

- 2ª via, utilizada para o registro do nascimento, conforme determina a Lei 6.015 de 31 de dezembro de 1973. Após o registro, o cartório do registro civil reterá essa via para seus procedimentos legais;

- 3ª via será arquivada no estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto, em princípio no prontuário do recém-nascido. Essa via poderá ser utilizada também para a localização das parturientes e dos recém-nascidos, visando o planejamento de ações de saúde específicas.

FIGURA 1  
Fluxo da informação da declaração de nascido vivo em partos hospitalares



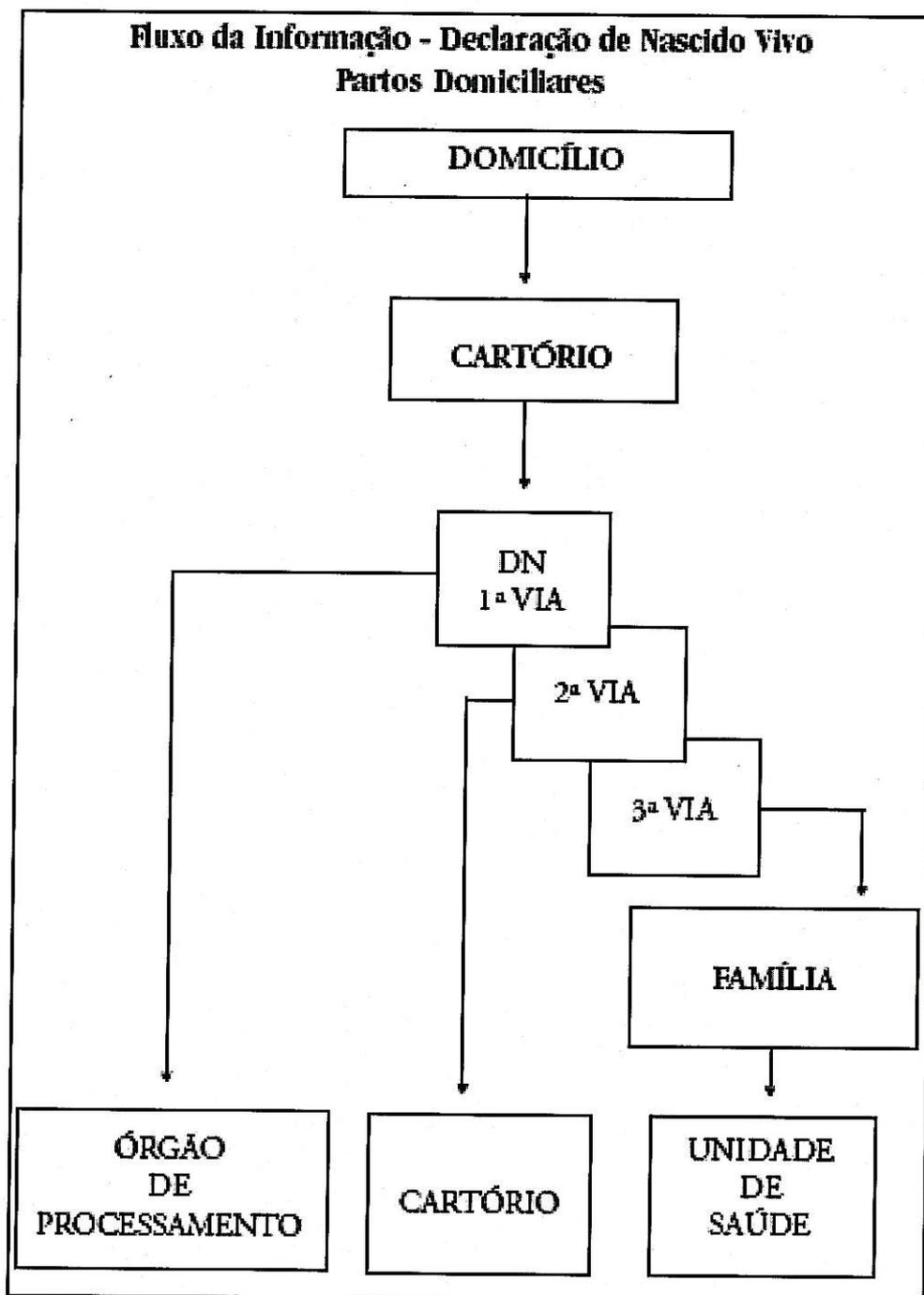
Fonte: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2001.

### Partos domiciliares

No caso de partos domiciliares com assistência médica ou por outro profissional de saúde, a DN será preenchida pelo profissional responsável que deverá dar a seguinte destinação:

- 1ª via: secretaria municipal de saúde;
- 2ª via: entregue ao pai ou responsável legal para ser utilizada na obtenção da Certidão de Nascimento junto ao cartório de registro civil, o qual reterá o documento, conforme determina a Lei 6.015, de 31 de dezembro de 1973. Após o registro, o cartório de registro civil reterá essa via para os seus procedimentos legais;
- 3ª via: entregue ao pai ou responsável legal para ser apresentada na primeira consulta da criança em unidade de saúde.

FIGURA 2  
Fluxo da informação da declaração de nascido vivo em partos domiciliares com assistência médica ou de outro profissional de saúde



Fonte: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2001.

No caso de partos domiciliares sem assistência médica, a DN será preenchida pelo cartório do registro civil e terá a seguinte destinação:

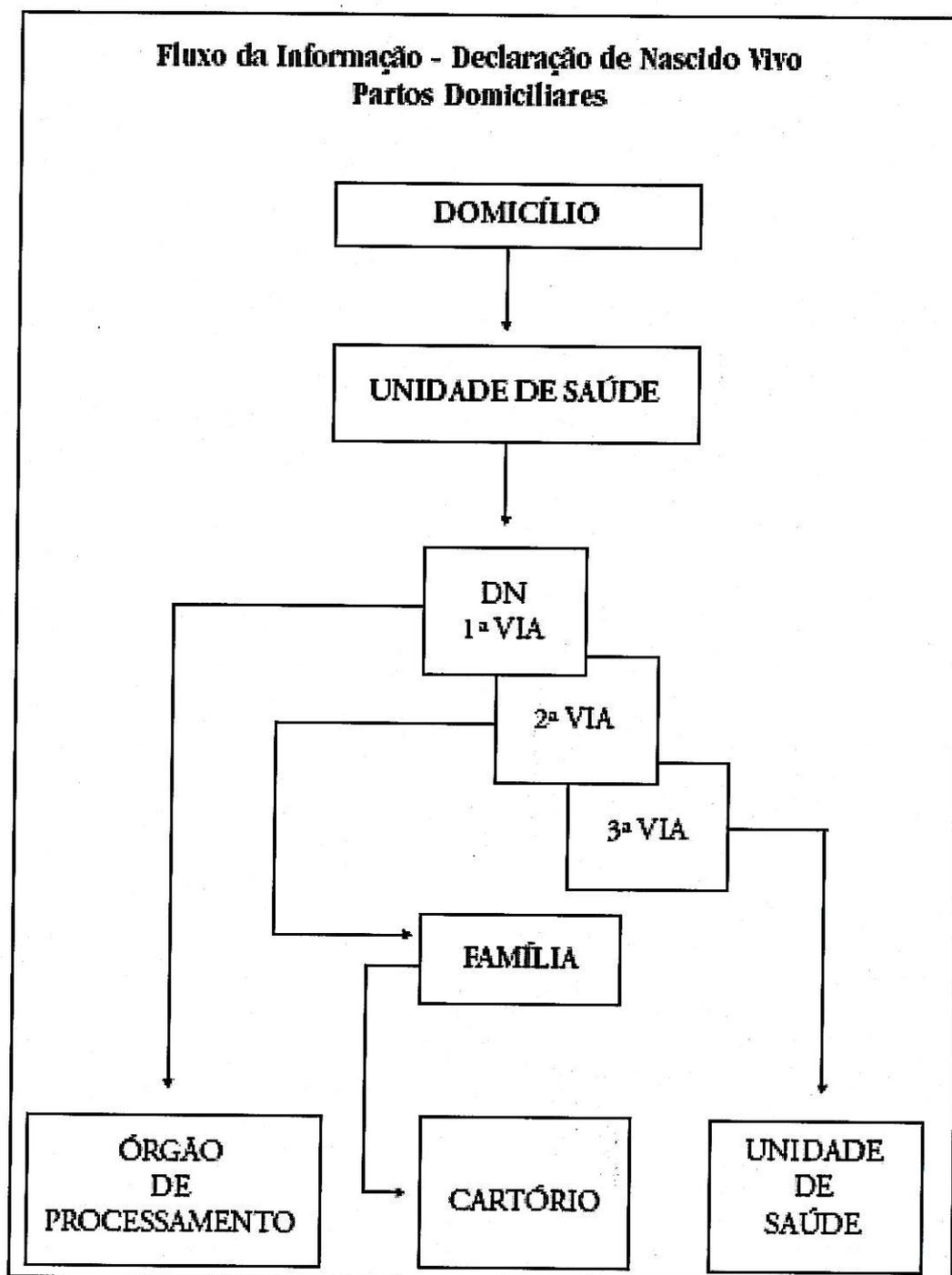
- 1ª via: o cartório de registro civil, até ser recolhida pela secretaria municipal de saúde;

- 2ª via: arquivada no cartório de registro civil para procedimentos legais;

- 3ª via: entregue ao pai ou responsável legal para ser apresentada na primeira consulta na unidade de saúde.

FIGURA 3

Fluxo da informação da declaração de nascido vivo em partos domiciliares sem assistência médica ou de outro profissional de saúde



Fonte: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2001.

### Atribuições:

As secretarias municipais de saúde deverão realizar busca ativa dos casos não registrados, valendo-se das equipes de saúde da família, dos agentes comunitários de saúde e parteiras tradicionais. As secretarias municipais deverão consolidar e avaliar seus bancos de dados e encaminhá-los mensalmente às secretarias estaduais de saúde.

Nas secretarias estaduais de saúde os dados são processados por município de ocorrência dos partos e posteriormente criticados. Os dados consolidados são encaminhados para a Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica (CGIAE/ Dasis/ SVS/ MS). Esses dados são consolidados em esfera nacional para análise com disponibilização pelos meios usuais (Internet, site do DATASUS, mídia eletrônica e atendimento de solicitações de informações por e-mail).

Mesmo com todo avanço na organização estrutural do SINASC como o estabelecimento dos fluxos considerando-se as possíveis situações na realização dos partos (se partos hospitalares ou domiciliares), ainda são identificados problemas operacionais.

Em função de deficiências na cobertura do SINASC, o cálculo da mortalidade infantil, para Minas Gerais, é feito a partir de estimativas do IBGE (BRASIL, 2007), caracterizando a necessidade de melhoria na qualidade dessa cobertura.

O estudo da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde acerca da situação de saúde no Brasil (BRASIL, 2006), identificou que o SINASC registrou, em 2004, um total de 3.026.548 nascidos vivos; destes, 83.970, equivalendo a 2,8% das mães, referiram nenhuma consulta pré-natal e 1.573.185 (52%) informaram ter recebido sete ou mais consultas. Em 2000, o parâmetro de 7 ou mais consultas correspondia a

46% do total e em 2004 este valor foi de 52,9%, sugerindo crescimento no acesso aos serviços de pré-natal. No ano de 2004, a Região Sudeste apresentou um percentual de 65,2% para o acesso a 7 consultas ou mais de pré-natal, valor superior à média nacional. A análise dessa informação reforça a importância do SINASC no contexto organizacional dos serviços de saúde, ressaltando a capacidade desse sistema subsidiar o planejamento das ações baseando-se nas realidades locais.

### 3- METODOLOGIA

Realizou-se um estudo descritivo exploratório cujo desenho foi estruturado em duas dimensões: uma abordagem quantitativa e outra qualitativa. Um estudo descritivo por cuidar em observar, registrar, analisar e correlacionar os fatos sem manipulá-los e um estudo exploratório por restringir-se a definir objetivos e buscar mais informações e obter nova percepção sobre determinado assunto, obtendo nova percepção do mesmo (CERVO E BERVIAN, 2006).

A abordagem quantitativa foi realizada por meio do estudo de variáveis das declarações de nascidos vivos (DN), permitindo a avaliação de informações geradas pelo SINASC na série histórica em estudo. A seleção das variáveis teve como critério a possibilidade de as mesmas refletirem a organização dos serviços no que se refere a um grupo específico da população. A abordagem qualitativa resultou das entrevistas com os profissionais de saúde, direcionando a uma avaliação dos resultados a partir dos discursos dos profissionais quanto à utilização do SINASC na organização dos serviços.

Propôs-se, como período de estudo, a série histórica compreendida entre os anos de 1996 e 2006. O período proposto justifica-se por ser 1996 o ano de implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em Manhuaçu, considerando-se ainda, a delimitação de uma década como o espaço de tempo adequado para análise do processo operacional deste sistema.

Para subsidiar o referencial teórico foram realizadas buscas nos seguintes bancos de dados: Scielo, BIREME, LILACS, BdEnf, BVS, assim como utilizaram-se os bancos de teses e dissertações das bibliotecas digitais da Universidade Federal de Minas

Gerais (UFMG), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal de São Paulo (UFESP), Universidade de Campinas (UNICAMP), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fundação Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Foram usados os seguintes descritores para as buscas: políticas públicas de saúde, epidemiologia, nascidos vivos, planejamento em saúde, avaliação em saúde.

### **3.1-Tipo do Estudo**

O delineamento do estudo é do tipo estudo de caso. O estudo de caso apresenta um interesse direcionado e é a escolha quando se tem “(...) pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real (...)” (YIN, 2006, p.19). Permite, de acordo com Yin (2006), uma abordagem abrangente e significativa dos acontecimentos tais como processos organizacionais e administrativos: “(...) o caso [é] o fornecedor de uma fonte de explicações para evoluções mais amplas” (POPE & MAYS, 2005, p.63). Assim, a utilização do método de estudo de caso é referida quando se estabelece lidar com situações contextuais, considerando-se que estas são de grande importância para o estudo.

Como estratégia de pesquisa, o estudo de caso possibilita avaliar a lógica do planejamento, as técnicas de coleta de dados e as abordagens à análise desses dados (YIN, 2006). Pope e Mays (2005, p.66) afirmam que a “abordagem do estudo de caso adequadamente usada pode ser vista como uma estratégia para combinarem sistematicamente dados e métodos a fim de validarem achados”.

O estudo de caso diferencia-se dos outros tipos de pesquisa porque “seu objeto de estudo é tratado como uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada”, segundo Leopardi (2001, p.146).

### 3.2- Cenário da Pesquisa

A escolha de se fazer uma análise da implantação e implementação do SINASC no município de Manhuaçu, MG, originou-se da intencionalidade em se conhecer a realidade de uma estrutura municipal, levando-se em consideração a importância desse conhecimento para a percepção acerca da utilização de um sistema de informação.

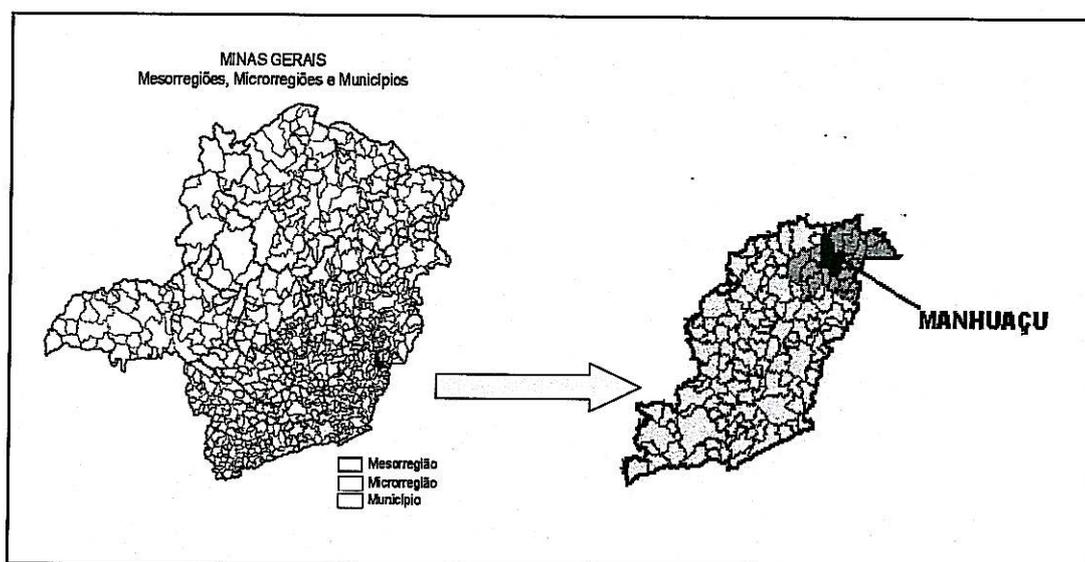


FIGURA 4 - Localização geográfica do município de Manhuaçu no Estado Minas Gerais, 2007.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Manhuaçu, Minas Gerais .

Por atuar como profissional de saúde há vários anos, a proximidade dessa realidade constituiu o principal impulso para a escolha do cenário da pesquisa.

A Secretaria Municipal de Saúde de Manhuaçu, Minas Gerais, foi criada em 1986. Naquele momento, estabeleceu-se a assistência básica aos munícipes nas áreas de assistência médica, de enfermagem, odontológica e laboratorial.

A partir de 1992, em cumprimento à Lei 8080/90 (BRASIL, 1990), que deliberou a organização do Sistema Único de Saúde, uma nova estrutura foi definida. Entre os setores instituídos, o Setor de Epidemiologia passa a ser referenciado para as ações de vigilância epidemiológica, organização de campanhas de vacinação, vacinação de rotina e alguns estudos preliminares do município.

Em 1999, tem início a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no município. O aumento gradual do número de equipes do PSF, como demonstrado na Tabela 1, trouxe a oportunidade de desenvolvimento das ações de saúde de acordo com a percepção da epidemiologia como referencial, acarretando que um maior número de profissionais envolvidos com a organização dos serviços participasse desse processo.

TABELA 1

Unidades do Programa Saúde da Família existentes e instaladas no Município de Manhuaçu, Minas Gerais, período 1996-2006

Unidades	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
de PSF e PACS											
Unidades	-	-	-	-	3	3	5	5	5	5	6
Urbanas											
Unidades	-	-	-	-	1	1	4	7	7	7	7
Rurais											
Unidades	-	-	-	1	1	1	4	4	4	4	4
Urbano-rurais											
PACS	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1
<b>TOTAL</b>	-	-	-	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>17</b>

Fonte: Coordenação do Programa Saúde da Família / Secretaria Municipal de Saúde de Manhuaçu, M G, 2008.

Atualmente, o município conta com 16 equipes de PSF e 1 equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Essas equipes estão distribuídas na área urbana (6 equipes), na área rural (7 equipes) e na área urbano-rural (4 equipes).

Em 2007, a população do município, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estava estimada em 74.482 habitantes; desta população, estavam cadastrados em áreas cobertas pelas equipes de PSF 61.923 usuários, correspondendo a uma cobertura de 83,13% da população total.

A criação da Diretoria de Vigilância à Saúde aconteceu em 2001. Composta pela Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária, assumiu a idéia de integração entre as

ações desenvolvidas pelos referidos setores de acordo com a proposta do Ministério da Saúde naquele momento.

Com a ampliação das ações executadas, houve um crescimento da equipe técnica que passou a desenvolver estudos epidemiológicos de morbimortalidade para o conhecimento do perfil epidemiológico do município, o que possibilitou subsídio ao planejamento das ações de saúde e uma maior definição nas estratégias das ações desenvolvidas. Tem início, também, a implantação de um sistema de informações municipais por meio da organização dos bancos de dados de responsabilidade da Vigilância à Saúde (SIM, SINASC, SINAN e PNI).

Dentre os sistemas implantados, o SINASC, sistema escolhido para este estudo, teve o seu processo iniciado em 1996 no município. Ressalta-se que o Ministério da Saúde iniciou a implantação desse sistema no país em 1990 e que ele aconteceu de forma gradual e diferenciada nas várias regiões: acelerada em algumas e mais lentamente em outras, devido às diferenças existentes entre os locais.

### **3.3- Fontes, Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados**

#### **3.3.1- SINASC**

Foram trabalhadas variáveis selecionadas da Declaração de Nascidos Vivos (DN), documento referência do SINASC. O acesso a essas variáveis se deu pelo DATASUS

(Departamento de Informática do SUS, órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, que tem a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde) e das próprias DN disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Manhuaçu, considerando-se que o banco de dados do DATASUS disponibilizava, até o momento da pesquisa, informações até um determinado período, não correspondendo a todo o período estabelecido para o estudo.

Foram analisadas as variáveis classificadas como epidemiológicas: relacionadas às mães (frequência ao pré-natal e tipo de parto) e relacionadas aos nascidos vivos (peso e idade gestacional).

Como referências, foram utilizados os parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde (1988) para essas variáveis, considerando-se:

1) peso:

< ou = a 2.500g peso insuficiente

2501 a 3000g peso adequado

2) idade gestacional:

<36 semanas = prematuros

>37 semanas e <41 semanas = a termo

>42 semanas = pós-termo

3) consulta pré-natal:

não realização do pré-natal;

pré-natal insuficiente (menos que 6 consultas);

pré-natal suficiente ( 6 ou mais consultas).

4) tipo de parto:

. natural;

. operatório.

Essas variáveis foram selecionadas por serem capazes de refletir a organização dos serviços de saúde no que se refere a um grupo específico da população.

Para coleta dos dados foi elaborado um formulário específico. Os dados levantados constituíram uma base que foi analisada por meio do programa EPI-INFO, versão 3.2.

### **3.3.2 – Entrevistas com profissionais de saúde do setor de epidemiologia referência para o SINASC, enfermeiros gerentes de unidades do Programa Saúde da Família (PSF) e gestor (es) (atual e anteriores) da Secretaria Municipal de Saúde de Manhuaçu**

Marconi & Lakatos (2003, p.195) apresentam a entrevista como o encontro de duas pessoas com a finalidade de que uma delas receba informações sobre determinado assunto, sendo uma conversa de natureza profissional. Para Minayo (2006, p.91) podem ser “consideradas conversas com finalidades”. Cervo e Bervian (2006, p.46) reforçam

essa percepção considerando que a “entrevista não é simples conversa (...) (sendo) orientada para um objetivo” e colocam também que “(...) recorre-se à entrevista (...) quando se quer completar dados extraídos de outras fontes (...)”.

Minayo (1992, p.109) destaca que, para as ciências sociais, a entrevista se torna um instrumento privilegiado pela possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais de valores, normas e símbolos. Destaca, ainda (p. 113), que a entrevista é capaz de revelar “modelos interiorizados” e refletir “caráter histórico e específico das relações sociais”.

Na percepção de Marconi e Lakatos (2007, p.279) a entrevista objetiva “compreender as perspectivas e experiências dos entrevistados”. Essas autoras (2007, p.280) destacam que, como técnica de coleta de dados, a entrevista apresenta vantagens, entre elas a possibilidade de acesso a dados importantes que são acessíveis em fontes documentais, assim como também está exposta a limites quando há dificuldades de comunicação levando a risco de interpretação.

Minayo (1992, p.108; 2006, p.91) apresenta uma classificação para as entrevistas de acordo com sua organização. Por esta classificação caracterizam-se as sondagens de opinião (quando é elaborado um questionário totalmente estruturado limitando as respostas aos questionamentos); entrevista semi-estruturada (que combina perguntas fechadas e abertas, possibilitando que o entrevistado possa expor sobre o tema sem se prender ao questionamento feito); entrevista aberta ou em profundidade (quando o informante é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas feitas objetivam dar mais profundidade às reflexões); entrevista projetiva (mediante a exposição de estímulos visuais – filmes, vídeos, poesia, gravuras - o entrevistado é convidado a discorrer sobre o que viu ou leu).

Neste estudo foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas pela característica de esta técnica possibilitar ao entrevistador o acréscimo de perguntas de esclarecimentos aos entrevistados, considerando-se também que o entrevistado tem a liberdade de trazer novos elementos ao contexto abordado.

A inclusão desses profissionais como fonte do estudo teve como critérios o perfil destes profissionais e as características dos trabalhos desenvolvidos.

Estabeleceram-se como critérios de escolha os seguintes profissionais;

I) Profissionais de saúde do setor de epidemiologia referência para o SINASC:

- profissional que desempenha ações técnicas nos sistemas de informação;

- profissional responsável pelo Setor de Epidemiologia.

II) Enfermeiros gerentes de Unidades do Programa de Saúde da Família (PSF): Os gerentes entrevistados foram selecionados de unidades de atendimento urbanas, rurais e urbano-rurais que apresentam as seguintes características:

a) unidades com mais tempo de funcionamento;

b) unidades que atendem maior demanda populacional;

c) unidades com melhor estrutura organizacional.

III) Gestores da Secretaria Municipal de Saúde:

a) gestor no período intermediário da fase do estudo;

b) gestor atual da Secretaria Municipal de Saúde de Manhuaçu.

Inicialmente, propôs-se entrevistar o gestor da fase de implantação do SINASC no município, o gestor que teve um maior período administrativo no intervalo da pesquisa (o que correspondeu ao período de 2001 a 2004) e o gestor atual da Secretaria Municipal de Saúde de Manhuaçu. O gestor que atuou durante o período de implantação do SINASC, entretanto, não pôde participar do processo por problemas de saúde.

Foi construído um roteiro para o direcionamento das entrevistas que teve como base algumas questões específicas. Procurou-se identificar aspectos referentes:

- ao processo de implantação do SINASC no município: questionou-se sobre o estabelecimento das ações, a realização de capacitação para os profissionais, os esclarecimentos acerca da intencionalidade do SINASC, sua finalidade e como é, hoje, a percepção pessoal sobre o Sistema.

- à operacionalização do Sistema: conhecimento sobre o fluxo de ações, o significado do preenchimento adequado da declaração de nascido vivo, as dificuldades observadas na operacionalização;

- às variáveis da declaração de nascido vivo (DN) escolhidas para o estudo: se essas variáveis têm colaborado na organização dos serviços e quais ações efetivas são desencadeadas tendo como referência as informações geradas pelas respectivas variáveis;

- à utilização do SINASC na organização dos serviços: como acontece a retroalimentação e como o SINASC é utilizado na organização dos serviços.

As entrevistas foram previamente agendadas com os referidos profissionais. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) com explicações

sobre o trabalho proposto, que foi devidamente preenchido; não havendo reticências dos entrevistados, as entrevistas foram gravadas.

Foram entrevistados profissionais de saúde vinculados ao Setor de Epidemiologia referência para o SINASC (2 técnicos), enfermeiros gerentes de unidades do Programa Saúde da Família (PSF) (7 enfermeiros gerentes) e gestores (atual e anterior) (2 gestores) da Secretaria Municipal de Saúde de Manhauçu.

Com esses profissionais pretendeu-se conhecer acerca da implantação do SINASC no município, do processo de capacitação dos recursos humanos, do processamento dos dados e a aplicabilidade da informação gerada por este sistema. A seguir, é apresentada uma caracterização dos sujeitos da pesquisa (Quadro 1).

Identificação	Sexo	Formação Profissional	Tempo de Formação (em anos)	Especialização/Residência	Função	Tempo na Função (a=anos;m=meses)
EG1	F	Enfermeira	2	-	Gerente	2 a
EG2	F	Enfermeira	10	PSF	Gerente	6 m
EG3	F	Enfermeira	24	Administração Hospitalar/ Ed.Prof. em Enf.	Gerente	11 a
EG4	F	Enfermeira	2	PSF	Gerente	1 a 6 m
EG5	F	Enfermeira	4	Ed. Prof. em Enf.	Gerente	1 a
EG6	F	Enfermeira	3	PSF	Gerente	3 a 4 m
EG7	F	Enfermeira	1	PSF	Gerente	10 m
TE1	F	Bióloga	10	Meio Ambiente	Coord. Vig. Saúde	1 a 5 m
TE2	F	Médica Veterinária	22	Vigilância Sanitária	Técnica de nível superior	15 a
GS1	M	Médico	30	Auditoria/ Endoscopia Digestiva	Gestor	2 a 11 m
GS2	M	Médico	38	Pediatria	Ex-gestor	11 a

QUADRO 1- Caracterização dos sujeitos da pesquisa no município de Manhuaçu,

Minas Gerais, ano 2007

Fonte: Entrevistas realizadas com profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Manhuaçu, MG, setembro e outubro de 2007.

EG: enfermeiro gerente; TE: técnico de epidemiologia; GS: gestor de saúde; F: feminino; M: masculino; PSF: Programa Saúde da Família; Ed. Prof. em Enf: Educação Profissional em Enfermagem (PROFAE).

Foram entrevistados 11 profissionais de saúde, sendo 10 provenientes dos setores da Secretaria Municipal de Saúde (Programa Saúde da Família (PSF), Vigilância à Saúde e Gestor atual) e um ex-gestor.

Os 11 profissionais foram assim distribuídos: 7 gerentes de unidades de saúde do PSF, sendo 3 gerentes de área rural, 2 gerentes de área urbana e 2 gerentes de área

urbano-rural; 2 técnicos de epidemiologia; gestor atual e gestor que atuou durante o maior período definido para a pesquisa. Foram identificados 9 profissionais do sexo feminino (82%) e 2 profissionais do sexo masculino (18%).

Constataram-se 4 profissionais (36%) com especialização na área de PSF; 2 profissionais (18%) com especializações na área de Vigilância à Saúde (Meio Ambiente e Vigilância Sanitária); 2 profissionais (18%) com especialização na área de Educação Profissional em Enfermagem (PROFAE); 1 profissional (9%) especialista em Auditoria; 1 profissional (9%) com residência em Pediatria e 1 profissional sem especialização.

O tempo de formação dos profissionais variou entre 1 e 38 anos, sendo a média de 10 anos de formação. Com referência ao tempo de exercício na função, observou-se uma variação de 6 meses (o menor tempo) a 15 anos (o profissional que está a mais tempo na função).

### **3.3.3 - Análise Documental**

Para Ludke e André (1986, p.39) os documentos representam “uma fonte natural de informação”. Esses autores destacam ainda que os documentos “são uma fonte de informação contextualizada, surgem num contexto e fornecem informação sobre esse mesmo contexto”.

Foram utilizados documentos disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Manhuaçu, Minas Gerais, que pudessem contribuir no conhecimento do processo de implantação e implementação do SINASC, bem como a identificação deste Sistema na

organização dos serviços. Foram selecionados e estudados documentos tais como atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS), anais de conferências municipais de saúde, planos de saúde e relatórios de gestão, e outros.

A técnica de análise documental foi empregada considerando-se que os documentos são capazes de fornecer um conhecimento mais objetivo da situação a ser estudada.

Foram selecionados os seguintes documentos disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde:

- 1) Atas do Conselho Municipal de Saúde: foram lidas as atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde realizadas no período de janeiro de 1996 a dezembro de 2006, totalizando 151 atas.
- 2) Anais de Conferências Municipais de Saúde: foram lidos os anais disponíveis de Conferências Municipais de Saúde realizadas no período da pesquisa, sendo IVª Conferência (1997), Vª Conferência (1999), VIª Conferência (2002), VIIª Conferência (2004) e VIIIª Conferência (2006).
- 3) Planos municipais de saúde: foram estudados os planos municipais de saúde referentes aos anos de 1997, 1998, 1999 (vigente até 2002), 2003 - 2005.
- 4) Relatórios de gestão: foram estudados os relatórios referentes ao período compreendido entre 1996 a 2006.
- 5) Jornal do Conselho Municipal de Saúde (CMSaúde): foram lidos os exemplares disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Manhuaçu, totalizando 25 exemplares correspondentes aos anos: 1996 (10 exemplares), 1997 (5 exemplares), 1998 (4 exemplares), 2002 (1 exemplar), 2005 (3 exemplares), 2006 (2 exemplares).

- 6) Programações Pactuadas Integradas da Epidemiologia (PPI-ECD) e da Vigilância à Saúde (PPI-VS): foram estudadas as pactuações referentes aos anos 2000 (a primeira realizada no Município), 2002, 2003, 2004, 2005 e 2006.
- 7) Outros documentos disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde (Relatórios de Governo, Subsídios para elaboração de Planos de Governo): foram estudados o documento que subsidiou a elaboração do Plano de Governo referente ao período 2001-2004 e o Relatório de Governo do período 2001-2004.

Foram realizados a leitura e o estudo dos referidos documentos para a identificação de informações relativas ao SINASC: o processo de implantação, operacionalização, reconhecimento desse sistema como um instrumento de monitorização ou sinalização das condições de saúde.

### **3.4- Tratamento e análise dos dados**

A análise teve como referência a percepção da epidemiologia como ferramenta importante na sustentação do novo modelo assistencial focado na noção de Vigilância à Saúde, considerando, ainda, a capacidade da epidemiologia de organizar serviços.

### **3.4.1- Variáveis SINASC**

Para consolidação dos dados do SINASC, foi elaborado um formulário específico. Os dados levantados constituíram uma base que foi analisada através do programa EPI-INFO, versão 3.2.

As variáveis selecionadas foram analisadas na série histórica de 1996 a 2006, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Foram construídas tabelas e gráficos para cada variável possibilitando, assim, a leitura e análise do comportamento dessas variáveis no período determinado para o estudo. Procurou-se verificar se as informações geradas pelas variáveis escolhidas da declaração de nascido vivo seriam capazes de refletir as condições de nascimento em uma localidade, em determinado período, podendo, assim, subsidiar ações de planejamento e avaliação de determinados serviços.

### **3.4.2- Entrevistas e Documentos**

As entrevistas foram transcritas pelo entrevistador, ordenadas e classificadas tendo como direcionador o referencial construído pela epidemiologia na organização de serviços e as informações geradas pelo SINASC. Da mesma forma, foi feita uma leitura dos documentos e, posteriormente foi feita a transcrição das informações por meio de

notas manuscritas, objetivando uma análise das percepções apresentadas e buscando identificar indícios da utilização do SINASC na organização dos serviços de saúde.

Minayo (1992, p.234) apresenta alguns passos que subsidiaram, operacionalmente, o processo da análise

1º) Ordenação dos dados coletados na entrevista:

- a) transcrição das gravações;
- b) releitura do material;
- c) organização dos relatos em determinada ordem, sugerindo o início da classificação;
- d) organização dos dados de observação, também em determinada ordem.

Nessa fase, o investigador construiu um mapa horizontal de suas descobertas.

2º) Classificação dos dados: a classificação acontece a partir dos dados colhidos tendo como referência o embasamento teórico dos pressupostos e hipóteses do pesquisador, exigindo:

a) leitura exaustiva e repetida dos textos, buscando identificar as idéias centrais, as estruturas de importância dos atores sociais e o entendimento sobre o tema. Essa atividade possibilitou ao pesquisador estabelecer as categorias empíricas, confrontando-as com as categorias analíticas teoricamente estabelecidas como balizas da investigação, buscando as relações dialéticas entre ambas.

b) construção de um “Corpus” ou de vários “Corpus” de comunicação quando o conjunto de informações não é homogêneo, considerando que cada grupo forneceu

informações e representações específicas constituindo conjuntos diferenciados. Fez-se uma “leitura transversal” de cada corpo e recortou-se cada entrevista ou documento em termos de unidade de registro a serem referenciando por tópicos de informação.

A análise final do material empírico é o ponto de partida e o ponto de chegada da interpretação, tendo sempre como referência o marco teórico: o movimento entre ambos é o verdadeiro movimento dialético, em busca do entendimento ou da interpretação da realidade. Nesse mesmo contexto, Minayo (1992, p.238) destaca ainda que “A interpretação (...) revelará que o produto da pesquisa é um momento da práxis do pesquisador”, e propõe que a análise final da investigação se referencie para uma vinculação estratégica com a realidade, buscando que os resultados encontrados possam subsidiar “(...) propostas de planejamento e avaliação de programas, revisão de conceitos, transformações das relações, mudanças institucionais, dentre outras possibilidades”.

Com base no exposto foram determinadas, a priori, as seguintes categorias empíricas: o processo de implantação do SINASC; a operacionalização do sistema; a utilização do SINASC na organização dos serviços. Tendo como referência as categorias empíricas estabelecidas, direcionou-se a análise dos resultados do estudo.

As categorias analíticas têm como objetivo estabelecer relações com as categorias empíricas, possibilitando um confronto entre a teoria e o produto advindo da prática, organizando o processo de pesquisa e iluminando o objeto de estudo.

Conforme Minayo (1992), a análise final procurou uma vinculação estratégica com a epidemiologia em serviço, tendo como referência os objetivos da pesquisa, as categorias analíticas e o material coletado.

### 3.5- Considerações éticas

A referência para a realização da pesquisa é a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, o que exige a análise e aprovação do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, o que ocorreu em 14/05/2007, e do Comitê de Ética e Pesquisa da referida Universidade que também aprovou a referida pesquisa em 29/08/2007 – Processo nº 0234.0.203.000-07 (Anexo 2).

Uma prerrogativa fundamental da pesquisa envolvendo seres humanos é o respeito à autonomia dos sujeitos da pesquisa, prerrogativa esta que se faz presente neste estudo na forma de consentimento informado.

Outro aspecto importante a ser relevado é o retorno social da pesquisa que ocorrerá pela divulgação de resultados publicados em periódicos, eventos e outros meios julgados pertinentes pelos autores.

#### 4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

O desenvolvimento deste estudo buscou identificar a percepção da epidemiologia como ferramenta importante na sustentação de um novo modelo de atenção à saúde, assim como a identificação da capacidade na organização de serviços.

Goldbaum (1992) destaca que a epidemiologia pode ser reconhecida, de forma objetiva e inequívoca, como instrumento importante para identificação de fatores condicionantes e determinantes da saúde. Drumond (2003, p.195) também considera que “é difícil imaginar uma área ou atividade de saúde pública em que a contribuição da epidemiologia seja desnecessária”, seja na gestão e planejamento, clínica, educação e saúde, vigilância sanitária e outras. E essa contribuição, segundo o referido autor, é ampliada a outras áreas, fora do setor saúde, como habitação, bem-estar social, trânsito, segurança pública, entre outras.

Os resultados e discussão são apresentados a partir da análise epidemiológica do SINASC no município de Manhuaçu e das categorias empíricas determinadas a priori e o confronto destas com o referencial teórico, buscando apreender as determinações e especificidades que se expressam na realidade empírica, sendo assim estruturadas: o processo de implantação do SINASC; a operacionalização do sistema; a utilização do SINASC na organização dos serviços.

Neste estudo, o reconhecimento da epidemiologia é feito tendo como referência um sistema de informação, considerando-se que este possa retratar a intencionalidade da produção de saúde. Por meio da informação é possível conhecer a situação e estabelecer

intervenções para a tomada de decisões. A informação em saúde, assim, é fundamental nos processos de gerir as ações de saúde.

#### 4.1- Análise epidemiológica do SINASC

Não se pretendeu uma análise exaustiva das variáveis, mas apresentar resultados que apontem para a incorporação do SINASC ao serviço como possibilidade de subsidiar melhorias da atenção à saúde

Foram analisadas 15.473 declarações de nascidos vivos no período da pesquisa.

TABELA 2

Distribuição anual de nascidos vivos no município de Manhuaçu, Minas Gerais, período de 1996 a 2006

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>NASC VIVOS</b>	647	1206	1566	1686	1545	1621	1454	1398	1463	1478	1409

Fonte: DATASUS/ Ministério da Saúde, 2007.

A TAB.2 apresenta a distribuição anual de nascidos vivos no município de Manhuaçu, Minas Gerais, de 1996 a 2006, período estabelecido para o estudo. Observa-se que, desde o ano da implantação do SINASC no município (1996) até 2006, o aumento do número de registros de nascidos vivos é significativo. O período inicial, com poucos registros, reflete a dificuldade da implantação, percebendo-se a mudança no decorrer dos anos com a melhoria da qualidade da informação.

O estudo do peso ao nascer possibilitou identificar que os valores que mais se apresentaram no período em estudo referem-se ao intervalo de 2.500g a 3.999g, intervalo este com valores considerados adequados pelos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1998).

O registro de peso inadequado ao nascer (menos de 2.499g) conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), apresentou discreta oscilação com mais registros em 1996 (10,82%, correspondendo a 70 nascidos vivos) e menos registros em 1997(6,3%, equivalendo a 76 nascidos vivos), com pequenas variações no período (GRAF.1).

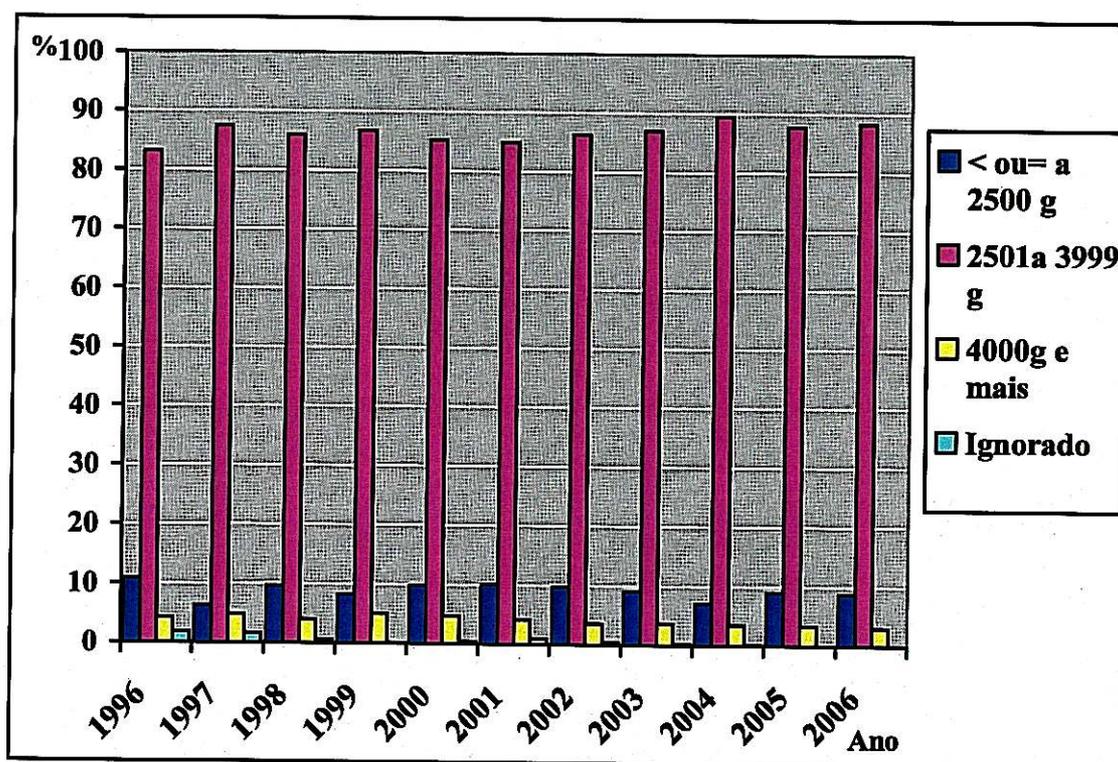


GRÁFICO 1-Distribuição anual, em valores percentuais, de pesos ao nascer registrados no município de Manhuaçu, Minas Gerais, período de 1996 a 2006, de acordo com as declarações de nascidos vivos.

Fonte: DATASUS/ Ministério da Saúde, 2007.

A variável peso ao nascer tem sido considerada como parâmetro importante relacionado às condições de saúde no primeiro ano de vida: muitos autores têm estudado o impacto do peso ao nascer sobre os níveis de morbidade e mortalidade.

Em 2004, o Brasil teve uma porcentagem de 8,19% de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, equivalendo a 247.991 crianças; a Região Sudeste registrou 107.338 desses nascimentos, correspondendo este valor a 9,1% dos nascimentos de baixo peso no país (BRASIL, 2006). Em Manhuaçu, no ano de 2004, foram registrados 103 nascidos vivos com baixo peso, correspondendo esse valor a 7% do total de nascimentos.

É observada a melhoria na qualidade do registro desta informação com a realização de registro do peso de todos os nascimentos em 2005 e 2006.

Com referência à idade gestacional, observou-se, no início do período estudado, significativa ausência de registro da mesma pelos altos índices da classificação "ignorada": em 1996 este registro correspondeu a 69,24% dos nascimentos (448 nascidos vivos) e em 1997 a 81,67% (985 nascidos vivos). A partir de 1999, verificou-se uma melhoria na qualidade do preenchimento deste campo no impresso da DN. Nos anos de 2004 e 2005 todos os nascimentos tiveram o registro da idade gestacional e no ano de 2006, apenas um nascimento ficou sem o respectivo registro (GRAF.2).

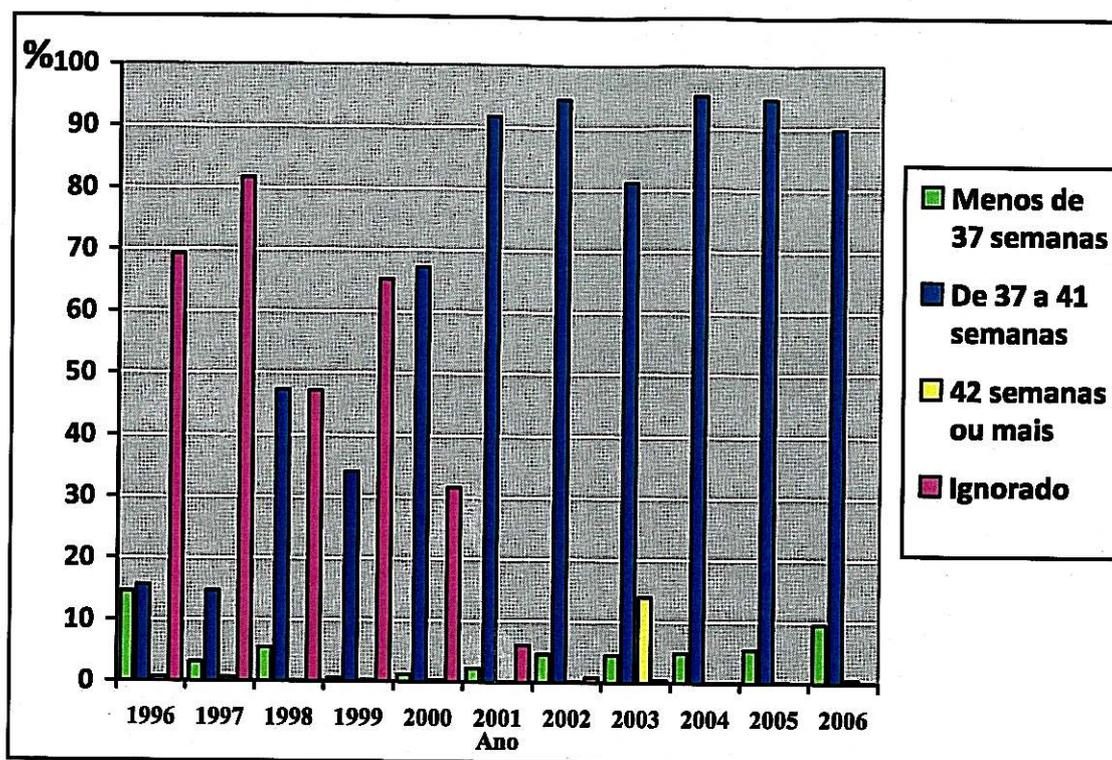


GRÁFICO 2- Distribuição anual, em valores percentuais, da idade gestacional de residentes nascidos no município de Manhuaçu, Minas Gerais, período de 1996 a 2006, de acordo com as declarações de nascidos vivos.

Fonte: DATASUS/ Ministério da Saúde, 2007.

No período estudado, a maioria expressiva dos nascimentos ocorreu com intervalos de 37 a 41 semanas (nascimentos a termo) conforme parâmetros do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998). Entre os anos de 1996 e 1999 estão os piores índices percentuais da classificação “ignorada” para esta variável.

No ano de 2004, no Brasil, foram registrados 196.537 nascidos vivos prematuros (6,5%), sendo 86.737 nascimentos prematuros na Região Sudeste (7,4%) (BRASIL, 2006). Em Manhuaçu, neste ano de 2004, dos 1.463 nascimentos, 72 foram prematuros, equivalendo a 4,92% do total de nascidos vivos, valor abaixo das médias da Região Sudeste e do país.

O baixo peso ao nascer (menos que 2500 gramas) é um fator associado à prematuridade e necessita atenção especial, considerando que o peso ao nascer tem relação direta, segundo muitos autores, às condições de saúde na infância.

Merece destaque a abordagem acerca do risco representado pela ausência do registro da idade gestacional, considerando-se que o desconhecimento da realidade dos nascimentos implica em risco para os prematuros e nascidos pós-termo, merecedores de atenção especial.

A variável tipo de parto apresentou, em relação aos partos realizados no período em estudo, o registro de mais partos naturais que operatórios.

A diferença entre os tipos de parto apresentou-se maior entre os anos de 1996 e 2000. A partir do ano 2000 houve uma diminuição nesta diferença com um crescimento de partos operatórios (GRAF.3).

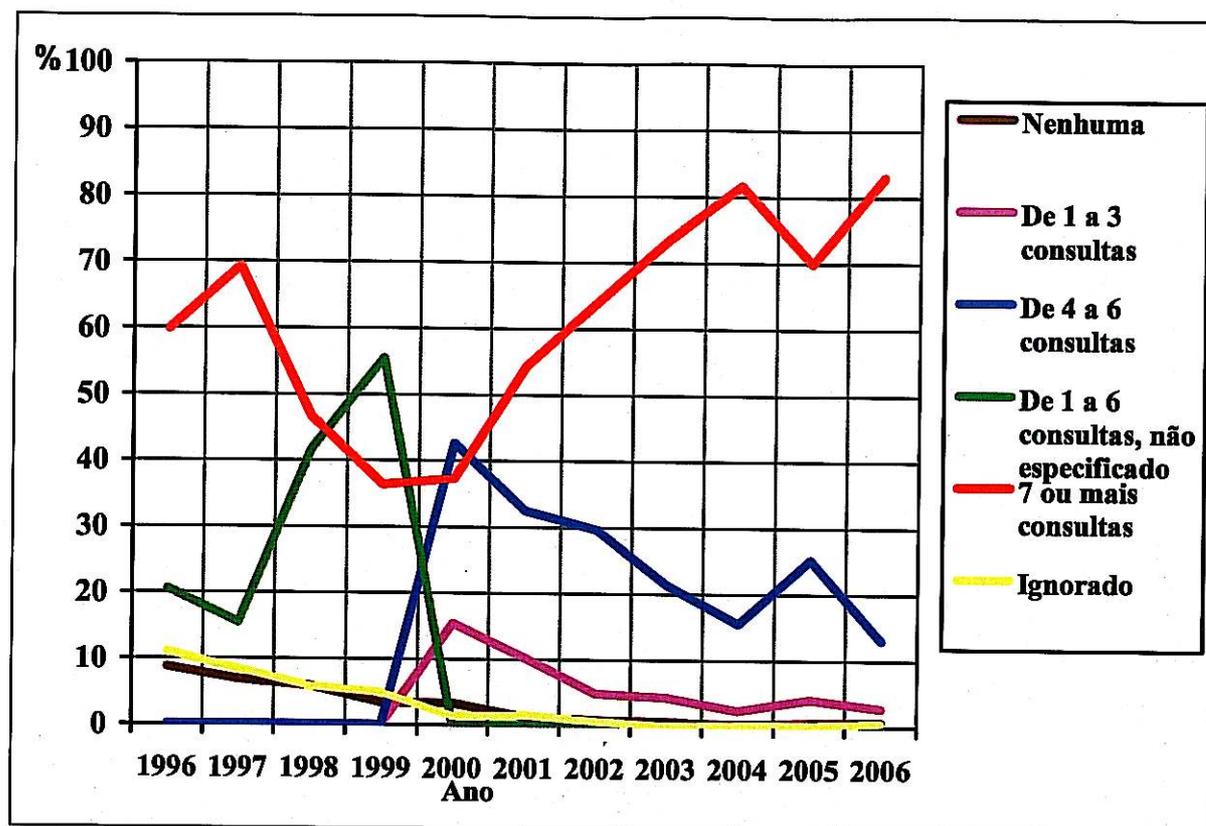


GRÁFICO 4- Distribuição anual, em valores percentuais, das consultas pré-natal realizadas no município de Manhuaçu, Minas Gerais, período de 1996 a 2006, de acordo com as declarações de nascidos vivos.

Fonte: DATASUS/ Ministério da Saúde, 2007

Houve uma mudança no impresso da declaração de nascido vivo, a partir do ano 2000, com relação à distribuição das consultas realizadas: anteriormente a 2000, o registro era de “1 a 6 consultas”, sendo alterado para “1 a 3 consultas” e “4 a 6 consultas”. Observa-se um registro decrescente de “1 a 3 consultas” a partir do ano 2000, porém, ainda se verificando a ocorrência deste registro até o ano de 2006. Verificou-se maior registro de realização de “4 a 6 consultas” a partir do ano 2000 com características decrescentes até o ano de 2006. Entretanto, constatou-se o registro crescente de “7 ou mais consultas” a partir de 2001, destacando ser este o parâmetro

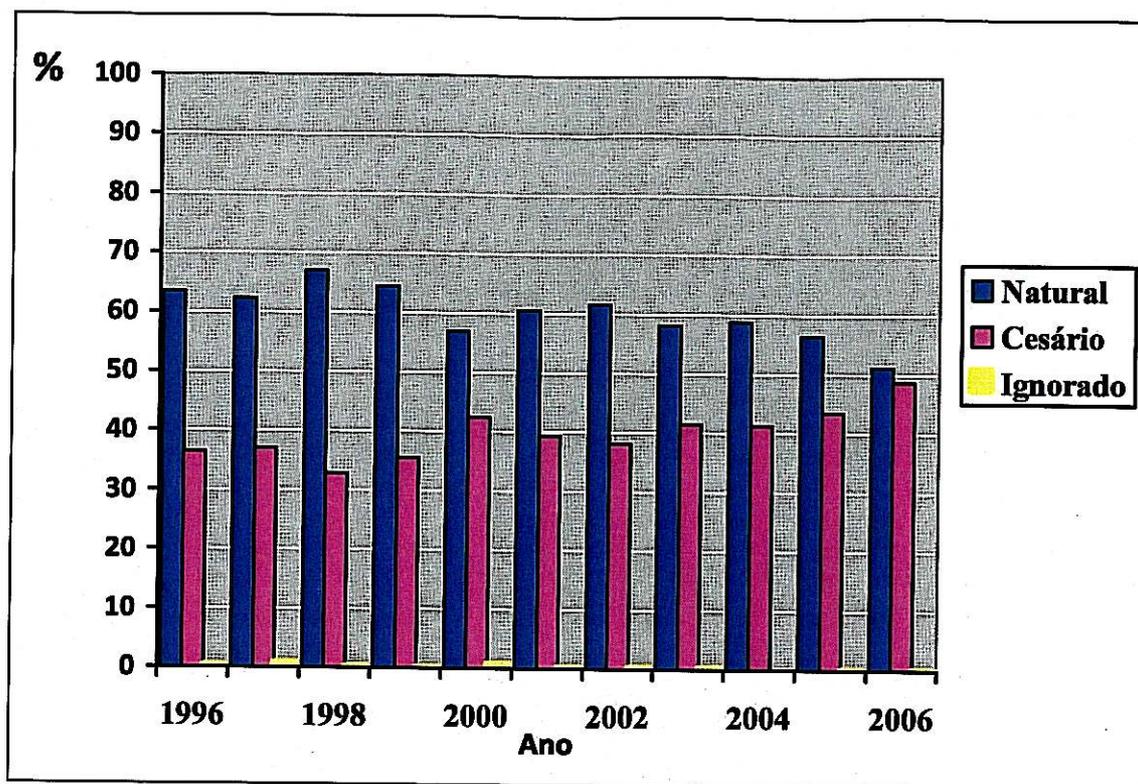


GRÁFICO 3 - Distribuição anual, em valores percentuais, dos partos realizados de acordo com o tipo de parto, no município de Manhuaçu, Minas Gerais, período de 1996 a 2006, de acordo com as declarações de nascidos vivos.

Fonte: DATASUS/ Ministério da Saúde, 2007.

Entre 2000 e 2002, verificou-se o decréscimo mais significativo de partos operatórios.

No período de 2003 a 2006 houve uma diminuição dos partos naturais que finalizaram o período do estudo correspondendo a 51,24% dos partos.

A qualidade da informação tipo de parto apresentou significativa melhoria no período em estudo, melhoria esta refletida na redução da classificação “ignorado” (em 1996 esta informação era de 0,31% e em 2007 passou a ser de 0,07%).

A análise da variável consulta pré-natal apresentou diminuição do registro “nenhuma consulta” no decorrer do período em estudo, com maior queda a partir do ano 2000, sugerindo aumento do acesso da população aos serviços de pré-natal (GRAF.4).

preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), o que também sinaliza uma melhoria da assistência pré-natal.

Destacou-se, também, uma significativa melhoria da qualidade dos dados produzidos, reconhecida esta melhoria na diminuição do registro “ignorado” nas consultas pré-natal no período do estudo: em 1996 este registro correspondia a 10,97% (71 registros) dos dados levantados e em 2006 esse registro foi de 0,57% (8 registros).

O SINASC permite conhecer a realidade, planejar, atuar e reavaliar uma situação de saúde identificando se mudanças propostas foram alcançadas por meio de indicadores epidemiológicos que permitem uma aproximação com a realidade, como destacam Mello Jorge e colaboradores (1992). A obtenção de um perfil epidemiológico segundo variáveis constitui-se um dos objetivos do SINASC. Silva e colaboradores (2001) reafirmam esta percepção, destacando a importância dos dados obtidos para o planejamento e avaliação.

Romero e Cunha (2007) chamam a atenção para as informações epidemiológicas como essenciais para o planejamento, execução e avaliação das ações de saúde, desde que sejam precisas, completas e oportunas. A informação será significativa quando permitir estimar indicadores relevantes que possibilitem intervir com rapidez para prevenir e controlar fatores de risco.

Avaliar a qualidade da informação do SINASC e outros sistemas de informação em saúde é tarefa considerada prioritária em Minas Gerais, conforme referido em estudo de França e colaboradores (2006). A importância desta ação é pertinente em referência ao estudo no município de Manhuaçu, Minas Gerais, quando são identificadas ausências de registros de dados de algumas variáveis. Silva e colaboradores (2001) destacam,

também, que o problema das variáveis incompletas compromete a fidedignidade dos dados e a realização de estatísticas confiáveis.

Os indicadores selecionados sinalizam melhorias no período em estudo, sendo a qualidade da informação a mais significativa por contribuir na consolidação da utilização do SINASC e refletir um maior comprometimento daqueles que estão envolvidos com este sistema.

Sabe-se, entretanto, que a maior organização do serviço, conseqüentemente, refletirá melhores resultados nas condições de saúde. Esta afirmativa possibilita inferir que houve mudanças no serviço e que estas foram determinantes no comportamento das variáveis do estudo.

Pela análise epidemiológica, os indicadores sinalizam melhorias nas condições de saúde. Mesmo que o gerente ou o profissional de saúde não perceba o uso das informações, pode-se averiguar que o fato de ser possível identificar melhorias do SINASC como um sistema de informações, de estruturação, de organização de serviços, já é um avanço considerável do uso da epidemiologia nos serviços de saúde.

Vêm ocorrendo, paulatinamente, mudanças no sistema, apontando que há melhoria na organização dos serviços, o que é apresentado também no material obtido nas entrevistas desse estudo.

#### 4.2- O processo de implantação do SINASC

O processo de implantação do SINASC em Manhuaçu teve início em janeiro de 1996. Propôs-se, inicialmente, a disponibilização de dois funcionários da Secretaria Municipal de Saúde que trabalhavam em dias alternados e eram os responsáveis pelo preenchimento das declarações de nascidos vivos (DN) na Maternidade do Hospital César Leite, única no município e também referência na região. Posteriormente, foram treinados funcionários da referida Maternidade para o preenchimento da DN o que refletiu na melhoria da qualidade do serviço pela disponibilidade desses funcionários nos turnos de trabalho.

Frente aos problemas iniciais surgidos, foram necessários vários encontros dos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde com os responsáveis pelas DN no hospital e cartórios de registro civil do município para orientá-los quanto ao significado e importância dos dados. Outro aspecto que exigiu muito trabalho foi o estabelecimento da regularidade no envio das DN para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (fluxo: hospital-secretaria e cartórios-secretaria), para que pudesse acontecer a alimentação do sistema para a Secretaria Estadual de Saúde (SES), através da Gerência Regional de Saúde (GRS).

No início da implantação desse sistema ocorreram, também, dificuldades com os Cartórios de Registro Civil, responsáveis pelo registro dos nascimentos domiciliares. Tais dificuldades refletiram a falta de orientação para os funcionários dos cartórios e a condição de ser esta uma situação nova que foi implantada de maneira heterogênea em todo país. Situação diversa é relatada por Silva e colaboradores (2001) em estudo

realizado no município de São Luís, Maranhão, quando os autores expõem que na implantação do SINASC naquele município em 1992, não foram encontrados problemas relacionados a qualquer instituição que dificultasse o processo.

Como parte do processo de implantação do SINASC em Manhuaçu, houve uma maior integração na relação interinstitucional entre a Secretaria Municipal de Saúde (por meio do Setor de Epidemiologia e, posteriormente, Diretoria de Vigilância à Saúde) e os Cartórios de Registro Civil do município (1 localizado na sede e 2 em distritos rurais) em decorrência do fluxo do SINASC: o preenchimento da DN é da responsabilidade dos Cartórios de Registro Civil quando os partos são domiciliares.

Desde o início da implantação, o processamento, consolidação e análise dos dados são de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde que disponibiliza profissional, especificamente, para alimentar o banco de dados e acompanhar problemas no preenchimento das declarações de nascidos vivos.

O SINASC encontra-se, atualmente, em desenvolvimento. Está estabelecida uma regularidade quinzenal no envio das DN dos serviços de preenchimento (maternidade e cartórios) para a Secretaria Municipal de Saúde constatando-se, também, uma melhoria na qualidade do preenchimento dos dados, sendo que as DN incompletas são devolvidas aos respectivos responsáveis para correções e adequação do preenchimento.

Nas entrevistas, o primeiro questionamento se referiu a como ocorreu o processo de implantação do SINASC no município de Manhuaçu: os profissionais expressaram desconhecimento da situação, alguns por não trabalharem no sistema de saúde municipal naquele momento, outros por não morarem no município na época, outros,

ainda, mesmo trabalhando na rede pública, não acompanharam o processo. Destaca-se a seguinte fala de um profissional que acompanhou todo o processo inicial:

*“No início (...) o que eu pude perceber, foi muita dificuldade. Dificuldades, em geral, com tudo, com Cartório, com hospital, dificuldade de funcionário para fazer a digitação. Foi muito difícil, muito problemático, não havia suporte adequado e necessário da GRS, então foi tudo muito batalhado, muito difícil” (TE2).*

Esta fala reflete muito da situação do município no processo inicial de implantação; mesmo com os avanços observados atualmente, dificuldades ainda estão presentes. O processo inicial de implantação do SINASC apresentou problemas de infra-estrutura relacionados à falta de equipamentos, recursos humanos sem capacitação, falta de adequação dos procedimentos de coleta de dados, dificuldades quanto ao processamento dos dados. As limitações locais são também referidas por Branco (1996) em estudo que aborda os sistemas de informação em saúde no nível local, numa contextualização da situação, enfocando as condições de descentralização e municipalização das ações de saúde.

Em relação à capacitação, a maioria relatou não ter conhecimento de um processo especificamente direcionado a esclarecer e orientar sobre o SINASC nas seguintes falas:

*“Uma capacitação só pra isso, um treinamento, não” (EG2).*

*“Não, desde que entrei, nestes dez meses, nada, nunca ouvi falar” (EG4).*

*“Nada. A gente não tem acesso nem conhecimento de nada” (EG5).*

*“Não, que eu tenha ficado sabendo, não” (TE2).*

Observa-se o reconhecimento da falha e a necessidade da capacitação:

*“Na verdade, todo sistema de informação nosso, peca pela falta de trabalho anterior de capacitação (...)” (GS1).*

*“(...) seria interessante esta capacitação, muito interessante”(EG7).*

Theme Filha e colaboradores (2004), em estudo realizado no município do Rio de Janeiro, 1999-2001, sugerem haver pouca conscientização ou treinamento sobre o correto preenchimento de certas variáveis do SINASC tais como número de consultas de pré-natal e número de filhos tidos. Os dados incompletos para esses autores evidenciavam a idéia de pouca valorização da informação como fonte de conhecimento real. Além da perspectiva de ser atribuída pouca importância à informação em saúde, Silva e colaboradores (2001) abordam também acerca da insuficiência das atividades de supervisão e controle de qualidade da coleta de SINASC, sugerindo que deva ser dispensada mais atenção à melhoria da coleta.

Quanto à intencionalidade do trabalho a ser desenvolvido pelo SINASC, a maioria dos profissionais expôs que não havia muita clareza; alguns expressaram um conhecimento mais específico:

*“Olha, eu não sei se eu estou equivocada, mas, pelo meu conhecimento, o SINASC veio para dar um conhecimento maior sobre os nascidos vivos, né...” (EG6).*

*“(...) era para melhorar a coleta de dados, evitar uma série de intercorrências que havia (...) que o Ministério conseguiu apontar e ter condições de acompanhar todos os nascimentos”(TE1).*

*“(...) não houve uma comunicação de como seria este trabalho, pra que seria; a princípio, foi só uma implantação que o município tinha que fazer e tinha que ser feito, porque todas as*

*informações de nascidos vivos para o Ministério saíam do município” (TE2).*

*“Se implanta primeiro para depois chegar até a gente os objetivos. Então, infelizmente...” (GS1).*

Em relação ao significado primeiro do SINASC para os profissionais, foram identificadas falas que confirmam um distanciamento inicial destes profissionais da finalidade do trabalho. Alguns justificam que o processo já estava acontecendo, para outros era apenas mais um registro a ser feito.

A falta de envolvimento dos profissionais no processo pelas mais variadas razões, torna-se um grande dificultador para o alcance de bons resultados. Um maior envolvimento é fundamental para o êxito das ações e a identificação de problemas que venham a acontecer.

*“No primeiro momento era só a questão de um registro, mesmo (...), agora, hoje, já mudo” (EG6).*

*“(...) antigamente, a gente tinha que alimentar o SINASC através dos RN [recém-nascidos] que eram da área de abrangência do PSF. (...) hoje não é mais a gente que faz e não é falado nada...” (EG5).*

Para outros havia um entendimento mais explícito:

*“Na verdade, o que eu entendi [é que] era a base de dados do país, né!” (TE2).*

*“O SINASC é assim, para dados epidemiológicos, dados estatísticos, dados demográficos” (EG4).*

*“Ah, SINASC é um sistema de informação de nascidos vivos e através destes dados a gente pode analisar risco, né, pro nascido vivo. Isso dá um ponto de referência pra gente saber onde melhorar, avaliar o quê melhorar, porque senão vai ficar na mesmice” (EG7).*

Em um segundo momento, observa-se uma mudança no envolvimento dos profissionais e uma clareza maior acerca da importância deste sistema para o serviço:

*“Eu acho assim, extremamente importante. (...) é um sistema, é um instrumento que deu muito certo. Acho que, sem ele, hoje, você não tem como funcionar” (EG3).*

*“É super importante, não tem nem que ver. Se a gente pára pra pensar como era antes do SINASC...” (EG7).*

*“(...) na implantação era intenção; solidificou, hoje” (TE1).*

Enfim, a maioria dos entrevistados lembra, ainda, o SINASC enquanto importante fonte de dados e fundamental para o planejamento e estruturação da saúde.

*“Vejo o SINASC como um indicador de avaliação do serviço” (EG1).*

*“(...) importante como uma fonte de dados” (EG4).*

*“(...) ele é essencial dentro da saúde, para o planejamento, pra tudo, com uma gama de variáveis muito grandes para serem trabalhadas” (TE2).*

*“(...) eu vejo o SINASC como fundamental para o planejamento e estruturação da saúde (...) uma ferramenta de importância incalculável” (GS2).*

Mello Jorge e colaboradores (1993) em estudo realizado destacam o conhecimento de nascidos vivos como fundamental para a construção de índices e coeficientes na área materno-infantil.

O estudo desta categoria é revelador de aspectos relacionados ao processo de implantação do SINASC com referência ao conhecimento e envolvimento dos

profissionais, dificuldades enfrentadas, o reconhecimento do sistema como importante fonte de dados, entre outros.

O município de Manhauçu, pelas falas dos entrevistados, não utiliza a informação disponibilizada pelo SINASC em sua plenitude. Velasco (1998) destaca características do SINASC fundamentais para a construção do perfil epidemiológico de uma parcela da população, de acordo com variáveis importantes.

Na análise documental realizada, não foram identificadas referências ao processo de implantação do SINASC no município. Esta ausência de registros sugere situações como o desconhecimento do sistema ou não se considerar importante relatar ações ligadas a esse sistema ou, até mesmo, não se reconhecer o seu papel na organização dos serviços.

#### **4.3- A Operacionalização do SINASC**

Nesta categoria buscou-se identificar a percepção dos profissionais com referência ao fluxo para as ações, se houve esclarecimentos sobre o preenchimento adequado das declarações de nascidos vivos, quais as dificuldades enfrentadas na operacionalização, bem como se foram encontradas referências a este momento nos documentos analisados.

O processo de operacionalização do SINASC aconteceu de maneira heterogênea, em tempos diferenciados em cada município. A assimilação desse sistema pelos serviços de saúde deu-se de maneira diversa, observando que cada serviço dispunha de

estruturas física, material e humana específicas. Dessa forma, mesmo o Ministério da Saúde tendo estabelecido fluxos para as ações, a estabilização do sistema não aconteceu isenta de transtornos.

A abordagem dos entrevistados, tendo como direcionador o fluxo das ações, apresenta como esses profissionais de saúde desconhecem, têm dúvidas e não têm segurança quanto à operacionalidade desse sistema.

*“O fluxo não é tão claro” (EG1).*

*“Eu sei que existe, só que eu, assim, não tenho conhecimento de como está” (EG2).*

*“Não, eu não tenho conhecimento” (EG7).*

Observa-se uma fala diferenciada onde o fluxo é descrito como um processo:

*“Pela minha percepção, foi ocorrendo ao longo do tempo; à medida que a Secretaria foi amadurecendo a respeito do que era o SINASC, é que foi estabelecido. Hoje, ele existe, funciona, precisa ser aperfeiçoado, mas...” (TE2).*

Os discursos refletem as diferenças entre os profissionais sobre um ponto comum da operacionalização do SINASC, destacando que os desencontros podem ser comprometedores para o funcionamento do sistema.

Com referência à condição dos profissionais responsáveis serem esclarecidos quanto ao preenchimento adequado da DN, verifica-se que, na expressão da maioria dos entrevistados (81%), esse esclarecimento não acontece.

*“Muitas vezes não tem sido levantada a relevância deste sistema de informações. Mas, para isso mesmo, a necessidade de capacitação começar do zero mesmo” (EG1).*

*“(...) muita gente até nem sabe o que é direito” (EG4).*

*“(...) acho que é pouco divulgado pouco falado. (...) acho que não foi tão esclarecido. Há pessoas que não sabem a importância, o que é o SINASC” (EG6).*

*“A questão do preenchimento, hoje, ainda temos problemas com campos que são, sistematicamente, deixados vazios” (TE2).*

Entre outros aspectos, “a completude do preenchimento é fundamental para o conhecimento da potencialidade epidemiológica deste sistema” (ROMERO & CUNHA, 2007, p.3); valorizando tanto os aspectos qualitativos que implicam na fidedignidade das informações como os aspectos quantitativos que analisam a cobertura total dos eventos e o preenchimento completo dos dados. Para as autoras, a qualidade das informações representa insumos essenciais para o planejamento, monitoramento, execução e avaliação das ações de saúde. Nos estudos de Almeida e colaboradores (2006), Mello Jorge e colaboradores (1993) e Theme Filha e colaboradores (2004), verificam-se referências às excelentes coberturas do SINASC e ótima fidedignidade do preenchimento das DN para a maioria das variáveis quando comparadas a outros documentos. Nas falas dos profissionais anteriormente apresentadas, entretanto, constata-se a necessidade de mais esclarecimentos quanto ao preenchimento dos campos das DN.

É importante trazer uma reflexão quando se refere a “esclarecer mais”: questiona-se se as estratégias utilizadas para esclarecer os profissionais têm levado em consideração o real envolvimento dos mesmos, ou se há apenas a preocupação em se repassar a informação.

A abordagem acerca das dificuldades vivenciadas apresentou aspectos como pouco conhecimento ou desconhecimento do processo, condições estruturais deficientes

(capacitação de pessoal, falta de material), problemas nas relações interinstitucionais (PSF e Maternidade, Secretaria e Cartório de Registro Civil) como mostram as falas:

*“Muitas dificuldades, isso ainda hoje. E só o tempo para isso ser otimizado” (TE2).*

*“A principal dificuldade: como você vai trabalhar em um sistema de qualquer maneira? Sem saber qual o objetivo (...)?” (GS1).*

*“(...) pelo fato de atender uma população regional, tem períodos que começam a diminuir a quantidade de DN liberadas para o município” (TE1).*

*“Acho que não começa a fazer parte da rotina, exatamente por não saber a importância, e uma coisa compromete a outra” (EG1).*

*“Seria muito bom se a gente pudesse ter uma interação entre hospital e PSF (...)” (EG3).*

*“(...) se o Cartório (...) tivesse conscientização do papel social dele, eu acho que seria mais fácil. Eu acho que a dificuldade é o Cartório” (GS2).*

É importante destacar a expectativa que o município seja capaz de produzir, organizar e coordenar a informação em saúde em sua região, diminuindo assim as limitações impostas, sendo este um caminho apresentado por Branco (1996).

Nos documentos selecionados, a questão da operacionalização encontra-se evidenciada nos processos instituídos pelas programações pactuadas integradas da epidemiologia e controle de doenças (PPI-ECD) e da vigilância à saúde (PPI-VS).

O processo das PPI incorporava uma possibilidade de garantir a operacionalização de algumas ações epidemiológicas, entre elas o SINASC. Para as ações determinadas eram estabelecidas metas de acordo com parâmetros e estas metas

eram monitoradas e avaliadas anualmente quanto ao cumprimento do que havia sido pactuado.

As pactuações tiveram início em 2000 e aconteceram até o ano de 2006, com alterações das ações selecionadas no decorrer do período. As metas estabelecidas (coleta de DN, retroalimentação à Gerência Regional de Saúde e o envio regular dos dados) são mantidas, com alguns ajustes, até o ano 2003. Nos anos de 2004 a 2006 as ações são reduzidas a uma: realizar coleta de DN. Percebe-se que as PPI não identificam o SINASC como um instrumento que pode subsidiar ações de planejamento e organização de serviços. Destaca-se que em fevereiro de 2006 o Pacto da Saúde é aprovado, sendo efetivado em 2007 (BRASIL, 2006). A Programação Pactuada Integrada da Vigilância à Saúde (PPI-VS) passa a se chamar Pactuação das Ações Prioritárias em Vigilância à Saúde (PAP-VS) e são elencadas menos ações.

É possível reconhecer que havia uma relação com a organização dos serviços implícita na execução das ações programadas: a coleta de DN, a retroalimentação à Gerência Regional de Saúde e o envio regular dos dados, demonstravam preocupação com a realização do serviço. Houve um atrelamento ao envio de verbas para a execução das ações sendo que o repasse regular da verba específica estava na dependência do cumprimento das metas pactuadas, todavia, e essa situação acabou determinando um caráter economicista ao processo, conforme sugere Teixeira (2002): os gestores dos serviços passaram a reconhecer na PPI a garantia de verba para a realização de certas ações, diluindo-se o entendimento desta PPI ser usada como um instrumento para organizar e monitorar serviços.

O estudo desta categoria identificou, nas falas dos entrevistados, questões relacionadas à falta de conhecimento dos profissionais acerca do processo de

operacionalização do SINASC. Não há um conhecimento pleno do sistema quando é feita uma abordagem ao fluxo. Destaca-se a resposta de um profissional que refere ao fluxo do SINASC como um processo em construção, reconhecendo sua existência e funcionamento, mas identificando a necessidade de ajustes. O conhecimento do fluxo permite aos profissionais que as ações sejam desenvolvidas de maneira estruturada e organizada, reafirmando-se a necessidade deste no processo de trabalho. Os entrevistados ressaltam a importância de capacitação específica com maiores esclarecimentos sobre o SINASC e o preenchimento adequado da Declaração de Nascidos Vivos como garantia de qualidade da informação produzida. As deficiências nas condições estruturais como capacitação de recursos humanos e disponibilização de material assim como os problemas iniciais nas relações interinstitucionais, têm sido enfrentados e superados, demonstrando um avanço na consolidação do sistema.

#### **4.4- A utilização do SINASC na organização dos serviços**

A terceira categoria empírica estabelecida tratou de conhecer, na perspectiva dos profissionais, a efetiva utilização do SINASC na organização dos serviços.

As variáveis selecionadas foram tomadas como referência para identificar a colaboração do SINASC nas ações desenvolvidas buscando reconhecer ações específicas. A variável peso foi a mais citada, destacando que foi feita alusão a outros sistemas de informação que também trabalham com esta variável: o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e o Sistema de Informação da Atenção

Básica (SIAB). Outras duas variáveis são referidas: consulta pré-natal e tipo de parto, esta última com destaque ao trabalho de incentivo ao parto natural.

*“Aqui, só a variável peso que a gente trabalha mesmo. Baixo peso é uma ação que a gente tenta estar fazendo, mas não tem nada assim, padronizado” (EG1).*

*“(...) a gente pode trabalhar um planejamento: peso (acompanhar crianças), a consulta pré-natal, o tipo de parto para estimular o parto natural. O que a gente mais trabalha é a questão do peso, até porque tem o SISVAN” (EG2).*

*“A gente faz utilização destas variáveis no SIAB” (EG5).*

*“(...) no momento atual, só mesmo o acompanhamento de crianças com baixo peso (...)” (TE2).*

A partir da abordagem das variáveis para o subsídio de ações, tratou-se de conhecer sobre a retroalimentação dos dados e, assim, ser possível identificar a utilização do SINASC na organização dos serviços.

A retroalimentação dos dados, no entendimento dos profissionais enfermeiros gerentes, não ocorre. Alguns enfermeiros expressam a necessidade desta ação e a importância da mesma para o serviço:

*“Não acontece, não acontece. Eu tenho informação se eu procuro” (EG1).*

*“Não acontece. Seria animador, seria facilitador se acontecesse. Seria estratégico” (EG4).*

*“Não tem, infelizmente. Seria muito bom se a gente tivesse. (...) tinha de ser uma coisa mais sistemática, mas não acontece da maneira como deveria...” (EG3).*

*“(...) não existe, efetivamente, como deveria ser. Não tem na prática” (EG2).*

Para os profissionais do grupo de gestores, o processo de retroalimentação não é conhecido ou não é realizado; para o grupo de técnicos em epidemiologia, no entanto, a retroalimentação acontece por meio do repasse de informações sobre o número de nascidos vivos por área de PSF, nascidos com baixo peso, cobertura do pré-natal alcançada, coberturas de campanhas de vacinação. Mas, esses repasses não acontecem sistematicamente e a retroalimentação precisa ser trabalhada. As percepções distintas expõem uma desarticulação no processo de trabalho entre os diferentes níveis operacional e administrativo.

A maioria dos profissionais entrevistados não percebe o SINASC sendo utilizado para subsidiar a organização dos serviços, conforme as falas:

*“Não tem” (EG1).*

*“Não, mas pode melhorar” (EG2).*

*“Pra mim, não. Não sei se isso acontece” (EG4).*

*“Não tem sido usado pela falta de informação que a gente tem para trabalhar com ela. Na minha prática não acontece” (EG5).*

*“Num trabalho objetivo, a utilização dos dados não tem acontecido” (GS1).*

Questiona-se se há uma contradição quando os profissionais de saúde não reconhecem a utilização do SINASC nos serviços de saúde. Ao retomarmos falas anteriores, verificaremos esta situação:

*“Vejo o SINASC como um indicador de avaliação de serviço” (EG1).*

*“(…) importante como uma fonte de dados” (EG2).*

*"(...) eu vejo o SINASC hoje como fundamental para o planejamento e estruturação da saúde, uma ferramenta de importância incalculável" (GS2).*

*"(...) fica deixado meio de lado e nem paramos para pensar no tanto que o SINASC tem..." (EG5).*

Quando abordados anteriormente sobre como percebem o SINASC hoje, os profissionais evidenciaram um conhecimento sobre a utilização do SINASC na organização dos serviços: uma percepção exposta claramente, mesmo sem a intencionalidade.

A maneira como aconteceu a abordagem final buscou identificar como o SINASC tem sido utilizado na organização dos serviços; dessa maneira, estabeleceu-se a contradição nas falas. O que se constata, de forma muito positiva, é o reconhecimento, mesmo expresso implicitamente, da importância do SINASC.

A fala a seguir apresenta um entendimento de mais utilização, mas expressa concordância com as falas anteriores quando se questiona sobre a efetivação, na prática:

*"Todas as informações dele [SINASC] são passíveis de serem utilizadas nos serviços de saúde. [ Mas, na prática, isso é constatado?] Não" (TE2).*

A utilização do SINASC na prática dos serviços de saúde do município em estudo ainda não é consolidada. Até bem pouco tempo, a produção e a utilização da informação em saúde eram desenvolvidas nos níveis estaduais e federal, verificando-se, neste aspecto, uma atrofia nas estruturas municipais. Observa-se que a limitação do município em apropriar-se desta ação de produzir e utilizar a sua informação possa ser um reflexo da condição de dependência estabelecida anteriormente.

Dessa maneira, dificuldades vivenciadas pelos municípios, em decorrência da centralização anterior, podem resultar na “fragilidade metodológica da epidemiologia utilizada em níveis descentralizados” (DRUMOND, 2003, p.182).

A limitação da epidemiologia utilizada nos serviços de saúde é destacada por Goldbaum (1996), quando relata que esta utilização ainda se inicia no Brasil e que os dados coletados, em geral, têm servido mais como instrumento administrativo (aspectos financeiros e contábeis da prestação de serviço) e menos como elemento de avaliação. Esta visão, construída há 12 anos (1996), ainda é verificada nos dias de hoje:

*“(...) o Município tem que prestar conta quantas crianças nascidas, quantas cesarianas, parto natural. (...) isso é feito porque tem que ter, porque o Ministério pede e o Município, em si, tem a questão das pactuações” (EG6).*

*“(...) têm sido feitas as pactuações e as pactuações vão ser avaliadas em cima dos dados que o próprio SINASC vai fornecer, (...) e avaliar (...) após, para saber se as metas pactuadas foram alcançadas, em que percentual” (TE1).*

Nas duas falas percebe-se o SINASC como sendo necessário e utilizado para atender a exigências administrativas e enquanto instrumento para avaliar o alcance de metas da Programação Pactuada Integrada (PPI). Teixeira (2002) chama a atenção para a superação do viés economicista da PPI através da adoção de propostas como as ações programáticas de saúde que devem estar comprometidas com o conhecimento acerca dos problemas e necessidades da população em situações concretas. Paim (2003), a partir das propostas de Teixeira (2002), ressalta a necessidade de reestruturação dos serviços de saúde para assegurar a oferta programada de ações e serviços e a formulação de políticas públicas referenciadas na promoção e proteção da saúde.

A leitura dessa categoria expõe a debilidade de utilização de um sistema de informação que poderia estar subsidiando ações de fundamental importância. Revelou, nas falas dos profissionais, limitações em utilizar o sistema trabalhado, falta de estruturação dos serviços com referência à sistematização das ações, visão economicista da utilização do sistema na valorização das pactuações. No entanto, vale destacar o reconhecimento das possibilidades de utilização das variáveis do SINASC como indicadores que podem contribuir para o desencadeamento de mudanças.

A análise documental realizada constatou que poucos documentos fizeram referência ao SINASC, e, mesmo quando a referência está presente é escassa.

O estabelecimento de ações do SINASC na PPI expressa uma confiabilidade nesse sistema e, intencionalmente, é exigido que os municípios, pelo cumprimento das metas, efetuem a realização das ações pactuadas. Uma crítica a esta situação diz respeito à maneira como o processo foi efetivado junto aos municípios, sem muitos esclarecimentos, o que seria fundamental para a realização das ações com um maior envolvimento e conhecimento dos profissionais.

As metas da PPI, por exigência legal, eram apresentadas ao Conselho Municipal de Saúde para ciência e acompanhamento do seu cumprimento. No período de janeiro de 1996 a dezembro de 2006, verificou-se, em três reuniões (fevereiro de 2002, maio de 2003 e maio de 2006), que o SINASC foi referido nas atas do Conselho. Os relatos não aprofundam a exploração das informações, sugerindo-se um entendimento do SINASC como metas a serem cumpridas para a garantia do repasse de verbas.

Na análise dos planos municipais de saúde, o plano municipal de 1998 identificou problemas como baixa cobertura de pré-natal e propôs melhoria da

assistência ao pré-natal e ao recém-nascido de risco; não se fez alusão ao SINASC, entretanto, como fonte de informação dessas condições, sendo que esse sistema estava implantado há dois anos. O plano municipal de saúde 2003-2005 apresentou uma análise epidemiológica do município e referenciou o SINASC como sinalizador das condições de saúde por meio de suas variáveis.

O entendimento do SINASC como sinalizador das condições de saúde por meio de suas variáveis confirma o grande valor das informações que podem ser produzidas. Os indicadores construídos podem subsidiar ações de saúde fundamentais para a organização dos serviços.

A partir de 2003 são feitas referências ao SINASC nos relatórios de gestão. O sistema é reconhecido como fonte de informações por meio da construção de indicadores como tipos de partos realizados no município e cobertura de atendimento de consultas pré-natal.

O documento para elaboração do Plano de Governo 2001-2004 relatou de maneira abrangente a importância das ações de epidemiologia, não fazendo referência específica ao SINASC. O Relatório de Governo 2001-2004, posteriormente, apresentou informações construídas a partir de variáveis do SINASC (peso ao nascer, tipo de parto e percentual de consultas de pré-natal) e foi mais claro quanto à utilização do SINASC como instrumento diagnóstico e direcionador de ações a serem desenvolvidas pelo serviço.

Outra fonte documental investigada foram os exemplares do jornal do Conselho Municipal de Saúde de Manhuaçu – CMSaúde, no período de 1996 a 2006, não sendo encontradas referências ao SINASC.

Nas buscas de publicações científicas em bancos de dados e bibliotecas digitais, verificou-se uma dificuldade de acesso ao tema, constatado pela escassez de publicações mais atuais. A temática apresenta-se mais evidenciada no final da década de 1980, nos anos 90 e início dos anos 2000. Em anos mais recentes observa-se uma ausência da abordagem sobre a epidemiologia nos serviços de saúde, especificamente a sua relação com a organização de serviços. Este período de ostracismo destas publicações acontece após grandes avanços na legislação na área de saúde, quando é observado um empenho na efetivação do processo de descentralização das ações de saúde.

A descentralização das ações de saúde é efetivada pelo processo de municipalização; entretanto, as estruturas municipais não se encontravam homogeneamente organizadas e o cumprimento das determinações legais aconteceu, muitas vezes, sem o preparo adequado dos envolvidos.

Diante do exposto, questiona-se se pode ter-se desenvolvido entre os pensadores do tema “epidemiologia nos serviços de saúde” uma percepção de saturação do tema ou a expectativa dos serviços estarem prontos para assimilar as mudanças que se desenvolviam ou, ainda, o entendimento acerca da incorporação da legislação pelos serviços, vindo a atender o processo de organização.

O que se observa na prática dos serviços é a necessidade de retomada da temática e a ampliação da discussão acerca da incorporação da prática epidemiológica voltada para o subsídio na organização dos serviços.

Mediante o exposto e retomando os pressupostos deste estudo que referem que as informações em saúde atendem e são necessárias aos objetivos e finalidades dos serviços de saúde; que os sistemas de informação em saúde são ferramentas

direcionadoras para a tomada de decisão dos gestores e gerentes, na operacionalização das ações, na efetivação do modelo assistencial focado na Vigilância à Saúde, os resultados do trabalho apresentam, em síntese, que o SINASC está organizado no município de Manhuaçu, Minas Gerais, acompanhando o processo de organização da saúde no que se refere à produção de dados, sendo o seu processamento de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde.

Destaca, também, que os profissionais ainda estão distantes de um conhecimento necessário à utilização do potencial que o SINASC disponibiliza, que as informações elaboradas na Secretaria não chegam às unidades básicas adequada e sistematicamente e há pouca utilização das informações produzidas, constatando-se uma limitação no uso da epidemiologia no subsídio de ações administrativas, assistenciais, de promoção e prevenção em saúde, no nível local.

## 5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de implantação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, que passou a ser realidade de maneira heterogênea em todo território nacional, aconteceu com uma distância significativa entre o tempo da implantação da norma pelo Ministério da Saúde e o tempo de assimilação pelos serviços municipais. A proposta do Ministério da Saúde tem início em 1990 e somente em 1996 o município de Manhuaçu, Minas Gerais, começa a implantação do referido Sistema. Avalia-se que o modelo não foi implantado para uma integração, uma percepção coletiva. As diferentes manifestações dos profissionais envolvidos conforme se observa nas entrevistas realizadas no estudo, apontam dificuldades para o sistemático preenchimento e utilização posterior dos dados.

Desde o início da implantação no município até os dias de hoje, esse processo vem sendo construído com uma caminhada assinalada por condições facilitadoras e também com o enfrentamento de dificuldades. Em alguns momentos são apresentadas queixas comuns pelos entrevistados, em outros momentos afloram situações distintas que refletem o distanciamento entre aqueles que deveriam estar mais próximos, com entendimentos análogos, e percebemos leituras e interpretações distintas. Nas entrevistas realizadas com os profissionais de saúde constatou-se que as três categorias de profissionais (enfermeiros gerentes, técnicos de epidemiologia e gestores de saúde) apresentaram, na maioria das vezes, a mesma opinião com relação ao desconhecimento de como foi o início do processo de implantação e a existência de capacitação específica para os profissionais.

O SINASC representa um grande diferencial na organização dos serviços de saúde. As informações epidemiológicas referentes aos nascimentos possibilitam subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança em todos os níveis do Sistema Único de Saúde, como ações voltadas à gestante e ao recém-nascido. O acompanhamento das séries históricas possibilita identificar necessidades e estabelecer prioridades de ações intervencionistas em busca da melhoria da assistência.

Considerando-se o SINASC como um instrumento para o conhecimento mais consistente da realidade local, é possível reconhecer sua importância no subsídio ao planejamento da saúde materno-infantil. Mesmo com dificuldades ainda presentes, este é um sistema de informação que se consolida a cada dia, sendo possível afirmar que a questão da atenção à saúde seria diferente se não houvesse o SINASC no município cenário do estudo.

A forma como o SINASC vem sendo trabalhado e utilizado expressa a necessidade de melhor aproveitamento das possibilidades que esse sistema pode disponibilizar para a efetiva melhoria do sistema.

Após as considerações destacadas, são apresentadas proposições para subsidiar as reflexões surgidas:

- uniformizar a abordagem sobre o SINASC para todos os profissionais envolvidos direta ou indiretamente com este Sistema de Informações (esclarecimentos acerca da finalidade, operacionalização, representação dos dados para o serviço);

- realizar treinamento específico para os profissionais envolvidos e, assim, favorecer um maior conhecimento do SINASC, considerando, o papel da epidemiologia na organização dos serviços por meio de um sistema de informações;

- sistematizar a retroalimentação das informações produzidas pela epidemiologia entre o serviço municipal, unidades de saúde e instituições parceiras (Hospital ou Maternidade de referência e outros);

- divulgar junto ao Conselho Municipal de Saúde, representante da comunidade, as ações da epidemiologia e o significado para o planejamento de ações específicas;

- estabelecer protocolo de ações que possam ser desenvolvidas por meio de informações geradas pelos dados produzidos pela epidemiologia;

- ampliar ações desenvolvidas utilizando variáveis do SINASC, além daquelas ações já realizadas através da variável “peso ao nascer”;

- trabalhar junto aos profissionais de saúde o reconhecimento da representatividade da epidemiologia na organização dos serviços, extrapolando o entendimento dos sistemas de informações existirem apenas para cumprir metas estabelecidas.

Reitera-se o importante papel da epidemiologia como ferramenta de gestão para formular políticas de saúde, possibilitando a tomada de decisão, subsidiando a consolidação de um modelo assistencial comprometido com a integralidade das ações.

Incentivar o uso do SINASC como sistema de acompanhamento das condições materno-infantis no nível municipal, poderá contribuir para a melhoria da qualidade dos nascimentos.

Resgatando como objeto desse estudo a epidemiologia na organização dos serviços de saúde, ressalva-se que o seu papel ainda é pouco explorado, chamando a

atenção para a necessidade de sua incorporação ser mais efetiva nos serviços enquanto prática instrumental e de intervenção no âmbito da saúde.

A epidemiologia é pensada para alicerçar uma prática coletiva em um novo modelo assistencial e, não mudando o modelo (que persiste no enfoque individual, curativo), torna-se difícil incorporar práticas coletivas.

Os avanços são reconhecidos, mas é importante que o processo em andamento se consolide com maior agilidade por meio do envolvimento de diferentes aspectos ligados à epidemiologia, como pesquisas voltadas a produzir conhecimentos, capacitações que efetivem o envolvimento de profissionais e práticas direcionadas à melhoria das condições de saúde.

Os questionamentos desencadeados por esse estudo e os resultados apresentados passam a ser instrumentos reflexivos de todo um processo. Pretende-se que, a partir destes questionamentos, seja possível uma contribuição efetiva para os serviços e que se fortaleça o reconhecimento da epidemiologia enquanto importante construto para o sistema de saúde em todo país.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.F. et al. Sistemas de informação e mortalidade perinatal. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, 9 (1), 56-68, 2006.
- BARATA, Rita Barradas (org.). *Eqüidade e saúde: contribuição da epidemiologia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1997. 260 p.
- BARRETO, M.L. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.1, nº2, p.123-125, agosto, 1998. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php](http://www.scielo.br/scielo.php). Acesso em 31 jul. 2006.
- BARROS, M.B.A. Epidemiologia e superação das iniquidades em saúde. In: *Eqüidade e Saúde. Contribuição da epidemiologia*. Cap.8, p.161-76. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.
- BOAVENTURA, E.M. *Metodologia da Pesquisa: monografia, dissertação, tese*. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2004.
- BRANCO, M.A.F. Sistemas de informação em saúde no nível local. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 12 (2): 267-270, abr-jun, 1996.
- BRASIL, Lei 6259, Brasília, 1975. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/portarias.htm>. Acesso em 20 nov. 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Assistência Pré-Natal*. Manual Técnico. 2ªed. Brasília: Divisão de Saúde Materno-Infantil, Secretaria Nacional de Programas Especiais, 1988.
- BRASIL, Lei 8080, Brasília, 1990. Disponível em: [http://www.cff.org.br/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Leis/lei\\_8080\\_90.html](http://www.cff.org.br/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Leis/lei_8080_90.html) . Acesso em: 29 out 2006.
- BRASIL, Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei 8069 de 13/7/1990, Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>. Acesso em 14 mar 2008.
- BRASIL, Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil, 1988*. Brasília, Senado Federal, 1994.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS – NOB SUS 01/96*. DOU, nº170, p.17064-73, set. 1996.
- BRASIL, Portaria 1399/GM, Programação pactuada integrada – epidemiologia e controle de doenças. *Diário Oficial da União*, 15 de dezembro de 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação e Informática em saúde – proposta, versão 2.0. 2000. Disponível em: [http://politicadatasus.gov.br/PoliticaInformacaoSaude\\_2.26\\_fevereiro2008.doc](http://politicadatasus.gov.br/PoliticaInformacaoSaude_2.26_fevereiro2008.doc). Acesso em: 26/fev.2008.

BRASIL, Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde. *Manual de instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo*. 3ª ed. Brasília, 2001.32p.

BRASIL, Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde. *Manual de Procedimentos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos*. 1ªed. Brasília, 2001. 32p.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar*. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: MS, 2001a. 114 p.(Série normas e manuais técnicos 116.)

BRASIL, Ministério da Saúde. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. Brasília: 5ª ed., FUNASA, 2002 b.v. 1/v. 2. 842 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria nº20, de 3 de outubro de 2003*. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade do envio de informações sobre óbitos e nascidos vivos. Disponível em: [http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/legislacao/0154/PortariaFederal\\_2003\\_0020.pdf](http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/legislacao/0154/PortariaFederal_2003_0020.pdf). Acesso em: 27 de abril de 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria 1929/GM, de 9 de outubro de 2003*. Define as atribuições da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Departamento de Informática do SUS no que se refere ao Sistema de Informações sobre Mortalidade- SIM, ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos- SINASC e ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação- SINAN. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria1929.pdf>. Acesso em: 27 de abril de 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria nº16, de 23 de abril de 2004*. Constitui o Comitê Técnico Assessor do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos- CTA-SINASC. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port\\_16\\_04\\_cta\\_sinasc.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port_16_04_cta_sinasc.pdf). Acesso em: 27 de abril de 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Decreto nº4.726, de 9 de junho de 2003*. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.crefito5.org.br/web/sus/Decreto%20n%BA%204.726%20de%2009-06-2003.pdf>. Acesso em 27 de abril de 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria 399/GM 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, 23 de fevereiro de 2006. Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399htm>. Acesso em 26 de abril de 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 620p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relatório de situação: Minas Gerais/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde*. 3ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 24p.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. *Metodologia Científica*. 5ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A Avaliação na Área de Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (org) *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. 2ªed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

CORACINI, M.J.R.F. *Um fazer persuasivo: o discurso subjetivo da ciência*. 1ªed. São Paulo: Educ; Campinas, SP: Fontes, 1991. 216p.

CURY, GC. *Epidemiologia aplicada ao Sistema Único de Saúde/ Programa de Saúde da Família*. Belo Horizonte: COOPMED, Editora Médica, 2005. 92p.

DEAN, K.; HUNTER, D. New directions for health: towards a knowledge for public health action. *Soc. Sci. Med.* 1996; 42: 745-50 apud BARRETO, M.L. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.1, nº2, p.123-125, agosto, 1998. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php](http://www.scielo.br/scielo.php)>. Acesso em: 31 jul. 2006.

DRUMOND JR, M. *Epidemiologia nos municípios: Muito além das normas*. São Paulo: HUCITEC, 2003. 217p.

ECO, H. *Como se faz uma tese*. 20ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FEUERWERKER, L.C.M. *Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS*. *Interface-Comunic., Saúde. Educ.*, v.9, n. 18, p. 489-506, set/dez 2005.

FRANÇA, E.; ABREU, D.; RAUSH, M.C. Avaliação da qualidade da informação sobre mortalidade infantil em Minas Gerais, em 2000-2002: utilização de uma metodologia simplificada. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, 16(1 supl.2): S28-S35, 2006.

GOLDBAUM, Moisés. Epidemiologia em Serviços de Saúde no Brasil: anotações para debate. *Saúde em Debate*, Londrina, 35: 68-71, jul. 1992.

GOLDBAUM, Moisés 1996 Epidemiologia e Serviços de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.12 supl.2 Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311x19960006000&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311x19960006000&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em 7 jun.2006.

GOLDBAUM, Moisés. A epidemiologia em busca da equidade em saúde. In: *Equidade e saúde. Contribuições da epidemiologia*, Cap. 3, p.63-80. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. (org). *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador. EDFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 275p.

LAVILLE, C.; DIONNE, J.; SIMAN, L.M.C. *A Construção do Saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda.; Belo Horizonte: Editora UFMG,1999.

LEOPARDI, Maria Tereza et al. *Metodologia da Pesquisa na Saúde*. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D. *A Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Metodologia Científica*. 5ª ed., São Paulo: Atlas, 2007.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5ª ed., São Paulo: Atlas, 2003.

MELLO JORGE, Maria Helena P. de et .al. Avaliação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.27 supl. São Paulo, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/sciel.php?script=sci-arttext&epid=S0034-89101993000700001&lng=pt&mm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2007.

MINAYO, M.C.S. (org.) *Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro, HUCITEC – ABRASCO, 1992.

MOTA, E.; CARVALHO, D.M.T. Sistemas de Informação em Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N.A. *Epidemiologia e Saúde*, 6ª ed., MEDSI, 2003. p. 605 a 628.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. *Classificação Estatística Institucional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10*. São Paulo: EDUSP, 1994.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS/OMS. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. OPAS, Brasília, 2002, p. 267-277.

PAIM, J.S. A reorganização das práticas de saúde em Distritos Sanitários. In MENDES (org) Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. HUCITEC/ABRASCO, São Paulo. Rio de Janeiro, p.187-220, 1993 apud TEIXEIRA, C. (org.); PAIM, J.S.; VILLASBOAS, A.L. *Promoção e Vigilância da Saúde*. ISC, Salvador, 2002.

PAIM, J.S. Construção de um modelo de atenção à saúde: implantação e implementação do SUS nos três níveis de governo. Palestra proferida no Encontro Regional do CONASEMS, Porto Seguro, Bahia, 11 de junho, 1998 apud TEIXEIRA, C. (org.); PAIM, J.S.; VILLASBOAS, A.L. *Promoção e Vigilância da Saúde*. ISC, Salvador, 2002.

PAIM, J.S. Política de descentralização e Atenção Primária à Saúde. In ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia & Saúde*, 5ª edição, MEDSI, Rio de Janeiro, p.489-503. 1999 apud TEIXEIRA, C. (org.); PAIM, J.S.; VILLASBOAS, A.L. *Promoção e Vigilância da Saúde*. ISC, Salvador, 2002.

PAIM, J.S. 2003. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8 n2. 2003. Disponível em: <[http://scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-8123200300020001&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200300020001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 7 jun. 2003.

PAIM, J.S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N.A. *Epidemiologia e Saúde*, 5ª ed., MEDSI, 1999. p.473 a 488.

PINHEIRO, Adélia Maria Carvalho de Melo. *Avaliação dos Sistemas de Informação de Nascidos Vivos e de Mortalidade para a obtenção da mortalidade neonatal em Ilhéus, Bahia*. 2003. 108p. (Doutorado em Epidemiologia) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/bvsSP/>. Acesso em: 13 fev 2007.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. CEPSC. ABRASCO. 2005. 320 p.

PINTO, Ione Carvalho. *Os sistemas de informação em saúde na tomada de decisão – rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto*. 2000. 319p. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-03022006-111305/>>. Acesso em: 9 mar 2008.

POPE, C.; MAYS, N. *Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde*. 2ª ed., Porto Alegre: ARTMED, 2005.

REGISTROS Públicos: Leis nº 6.015, de 31/12/1993, com alterações introduzidas pela Lei nº6.216, de 30/06/1975. São Paulo: Saraiva, 1980.

RODRIGUES, C.S.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M.; EVANGELISTA,P.A.; LADEIRA, R.M.; LAUDARES, S. Perfil dos nascidos vivos no município de Belo Horizonte, 1992-1994. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13: 53-7. 1997.

ROMERO, D.E.; CUNHA, C.B. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311x20070030028&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311x20070030028&Ing=pt&nrm=iso)> . Acesso em: 10 mar. 2007.

SALOMON, D.V. *Como fazer uma monografia*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SANTOS, I.S.; VÍCTORA, C.G. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20, sup.2: 337-341. 2004.

SILVA, A.A.de M. et al. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 1997-1998. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 35(6): 508-14. 2001.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. Epidemiologia e planejamento de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.4, n.2, 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&epid=S1413-81231999000200005&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&epid=S1413-81231999000200005&Ing=pt&nrm=iso). Acesso em abr.2008.doi:101590/S1413-81231999000200005.

TEIXEIRA, C. (org); PAIM, J.S.; VILLASBOAS, A.L. *Promoção e Vigilância da Saúde*. ISC, Salvador, 2002.

THEME FILHA, M.M. et al. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 sup. 1: S83-S91. 2004.

VELASCO, Victor Israel Pastrana. *Estudo epidemiológico das gestantes adolescentes de Niterói*. 1998. 114p. (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1992.

VICTORA, C.G.; BARROS, F.C.; VAUGHAN, J.P. *Epidemiologia da desigualdade*. 2ªed. São Paulo: Editora HUCITEC, 1989.

YIN, R.K. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

**ANEXOS**

**ANEXO 1****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(De acordo com o item IV da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos)

**TÍTULO DA PESQUISA:** Epidemiologia e Organização de Serviços: a experiência com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos no município de Manhuaçu, Minas Gerais.

Manhuaçu, de de 2007

Prezado (a) Sr.(a),

Venho, por meio deste instrumento, convidá-lo (a) a participar, voluntariamente, da pesquisa "Epidemiologia e Organização de Serviços: a experiência com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos no município de Manhuaçu, Minas Gerais", desenvolvida por mim, Maria Cristina Caldeira Duarte, mestranda do Programa de Pós-graduação da EEUFMG, sob orientação do Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana.

Essa pesquisa tem como objetivo analisar o processo de implementação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos no município de Manhuaçu, Minas Gerais, na perspectiva de sua contribuição na organização dos serviços de saúde. Pretende-se caracterizar o processo de implantação do SINASC no município, observando aspectos normativos, estratégias utilizadas, dificuldades encontradas; identificar o processo de operacionalização do SINASC, considerando-se o seu fluxo e a qualidade de suas informações; avaliar as informações geradas por variáveis selecionadas do SINASC e também avaliar a utilização do SINASC na organização dos serviços a partir dos discursos dos profissionais de saúde.

Considerando o importante papel que o (a) Sr.(a) ocupa nesta entidade, venho solicitar sua participação neste estudo, concedendo uma entrevista na intenção de conhecer sua percepção quanto a contribuição da epidemiologia na organização dos serviços através da análise de um sistema de informação utilizado pela mesma.

Assim, serão esclarecidos alguns procedimentos:

- Será realizada uma entrevista semi-estruturada, pela pesquisadora, respeitando o local e o horário escolhidos pelo(a) Sr.(a). O depoimento será gravado e poderá ser devolvido ao(à) entrevistado (a) ou interrompido no momento em que este assim o desejar, em qualquer fase da pesquisa, visto que sua participação é voluntária.

- Serão garantidos ao (à) entrevistado (a) anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas antes, durante e depois da realização da pesquisa.

- Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, à pesquisadora que pode ser encontrada no endereço e telefone que constam ao final desta carta. Para maiores esclarecimentos sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, ao qual esse estudo foi submetido e aprovado – Prédio da Reitoria – 7º andar / sala 7018 – Av. Antônio Carlos, 6627 / Pampulha – Belo Horizonte / MG. Telefone (31) 3499-4592 / (31) 3499- 4516. Fax: (31) 3499- 4027. E-mail: [coep@reitoria.ufmg.br](mailto:coep@reitoria.ufmg.br).

- As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de auto-estima, prestígio e/ou econômico-financeiros. As gravações estarão seguras e serão inutilizadas após a pesquisa.

- Após a entrevista, a transcrição da gravação será realizada pela pesquisadora e apresentada aos (às) entrevistados (as) para revisão e aprovação quanto à fidedignidade do que foi dito.

- Será garantida a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos para o entrevistado.

- Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

- Concluída a pesquisa, seus resultados serão divulgados e ficarão acessíveis a qualquer pessoa.

Agradecendo sua colaboração, solicito a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Atenciosamente,

*Maria Cristina Caldeira Duarte*

*Francisco Carlos Félix Lana*

*Mestranda*

*Orientador*

**Endereço da Pesquisadora:**

Rua Desembargador Alonso Starling, 317/ 301 – Centro – Manhuaçu /MG

Telefone: (33) 3331-2090 ou (33) 8822-4009

E-mail: [mcristinacd@yahoo.com.br](mailto:mcristinacd@yahoo.com.br)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

( De acordo com o item IV da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos)

Eu, \_\_\_\_\_, acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com a pesquisadora Maria Cristina Caldeira Duarte sobre a minha decisão em participar da pesquisa “Epidemiologia e Organização de Serviços: a experiência com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos no município de Manhuaçu, Minas Gerais”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu ou o equipamento de saúde possa ter adquirido.

Manhuaçu, de de 2007.

Nome / assinatura do entrevistado

Nome / assinatura do pesquisador

**ANEXO 2**

**APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA**

UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP
------	--

**Parecer nº. ETIC 234/07**

**Interessado(a): Prof. Francisco Carlos Félix Lana  
Departamento materno-infantil  
Saúde Pública/EEnf/UFMG**

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 29 de agosto de 2007, o projeto de pesquisa intitulado **"Epidemiologia e organização de serviços: a experiência com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos no Município de Manhuaçu, Minas Gerais"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

  
**Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia**  
**Coordenadora do COEP-UFMG**

ANEXO 3

Modelo da Declaração de Nascido Vivo



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde  
1ª Via - Secretaria de Saúde

Declaração de Nascido Vivo Nº

<b>I</b>	Cartório	1) Cartório <span style="float: right;">Código</span> 2) Registro <span style="float: right;">3) DMA</span> 4) Município <span style="float: right;">5) UF</span>
<b>II</b>	Local da Ocorrência	6) Local da ocorrência <span style="float: right;">7) Estabelecimento</span> <input type="checkbox"/> 1-Hospital <input type="checkbox"/> 2-Cursos estat. saúde <input type="checkbox"/> 3-Domicílio <input type="checkbox"/> 4-Outros <input type="checkbox"/> 8-Ignorado <span style="float: right;">Código</span> 8) Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento (Rua, praça, avenida, etc) <span style="float: right;">Número</span> <span style="float: right;">Complemento</span> <span style="float: right;">9) CEP</span> 10) Bairro/Distrito <span style="float: right;">Código</span> <span style="float: right;">11) Município de ocorrência</span> <span style="float: right;">Código</span> <span style="float: right;">12) UF</span>
<b>III</b>	Mãe	13) Nome da mãe <span style="float: right;">14) RNC</span> 15) Idade (anos) <span style="float: right;">16) Estado civil</span> <input type="checkbox"/> 1-Solteira <input type="checkbox"/> 2-Casada <input type="checkbox"/> 3-Viúva <input type="checkbox"/> 4-Selv. Judou/Divorc. <input type="checkbox"/> 5-Ignorado 17) Escolaridade (em anos de ensino concluído) <span style="float: right;">18) Ocupação habitual e ramo de atividade</span> <input type="checkbox"/> 1-Nenhuma <input type="checkbox"/> 2-De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3-De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4-De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5-12 e mais <input type="checkbox"/> 8-Ignorado <span style="float: right;">Código</span> 19) N.º de filhas tidas em gestações anteriores (cabe utilizar 99 se ignorado) <span style="float: right;">Nascidos vivos</span> <span style="float: right;">Nascidos mortos</span> 20) Residência da mãe <span style="float: right;">Número</span> <span style="float: right;">Complemento</span> <span style="float: right;">21) CEP</span> 22) Bairro/distrito <span style="float: right;">Código</span> <span style="float: right;">23) Município</span> <span style="float: right;">Código</span> <span style="float: right;">24) UF</span>
<b>IV</b>	Gestação e parto	25) Duração da gestação em semanas <span style="float: right;">26) Tipo de gravidez</span> Semanas <input type="checkbox"/> 99-Ignorado <input type="checkbox"/> 1-Única <input type="checkbox"/> 2-Dupla <input type="checkbox"/> 3-Triplo e mais <input type="checkbox"/> 9-Ignorado 27) Tipo de parto <span style="float: right;">28) Número de consultas de pré-natal</span> <input type="checkbox"/> 1-Vaginal <input type="checkbox"/> 2-Cesáreo <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <span style="float: right;">99-Ignorado</span>
<b>V</b>	Recém Nascido	29) Nascimento <span style="float: right;">30) Sexo</span> Data <span style="float: right;">Hom</span> <input type="checkbox"/> M-Masculino <input type="checkbox"/> F-Feminino <input type="checkbox"/> 8-Ignorado 31) Raça/cor <span style="float: right;">32) Peso ao nascer</span> <input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> em gramas 33) Índice de Apgar <span style="float: right;">1º minuto</span> <span style="float: right;">2º minuto</span> 34) Detectada alguma malformação congênita e/ou anomalia cromossômica? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <span style="float: right;">Qual?</span> <span style="float: right;">Código</span>
<b>VI</b>	Identificação	35) Polegar direito da mãe <span style="float: right;">36) Pé direito da criança</span>
<b>VII</b>	Assinatura	Responsável pelo preenchimento 37) Nome <span style="float: right;">38) Função</span> <span style="float: right;">39) Identidade</span> <span style="float: right;">40) Órgão Emissor</span> <span style="float: right;">41) Data</span>

**ATENÇÃO : ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO**

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.

Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

## ANEXO 4

## ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Nome: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Tempo de Formação: \_\_\_\_\_  
 Função: \_\_\_\_\_ Tempo na Função: \_\_\_\_\_  
 Qualificação:  
 -Pós-graduação: sim \_\_\_ Especialização (área) \_\_\_\_\_  
 Mestrado (área) \_\_\_\_\_  
 Doutorado (área) \_\_\_\_\_

No processo de descentralização das ações de saúde o Ministério da Saúde repassou aos municípios a responsabilidade da alimentação de alguns bancos de dados dos seus Sistemas de Informações.

Conforme a Portaria 17401/2004 os seguintes sistemas passam a ser da responsabilidade do setor de epidemiologia: Sistema de Informação de Notificação de Agravos (SINAN), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Programa Nacional de Imunização (PNI) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Este estudo trabalha com o SINASC, que foi implantado pelo Ministério da Saúde a partir de 1990 de forma diferenciada no país; no município de Manhuaçu a sua implantação tem início em 1996.

Com o intuito de melhor conhecer a situação deste sistema em nosso município foram construídas questões que poderão ajudar neste conhecimento.

### 1) Quanto ao processo de IMPLANTAÇÃO do SINASC:

- 1.1) Como foi o processo de estabelecimento das ações? (Preenchimento das DN pelos responsáveis (hospital ou outros serviços de saúde, cartórios de registro civil, serviço de medicina legal), fluxo e envio dos dados.)
- 1.2) Aconteceu uma capacitação para os profissionais? Se sim, como foi?
- 1.3) Qual (is) o(s) esclarecimento(s) recebido(s) e repassado(s) acerca da intencionalidade das ações a serem realizadas?
- 1.4) Em um primeiro momento, o que se entendeu ser o SINASC? (Por quê e para quê este sistema? Qual a sua finalidade?)
- 1.5) Como é a percepção acerca do que é o SINASC, hoje? (Qual a sua importância?).

### 2) Quanto à sua OPERACIONALIZAÇÃO:

- 2.1) Foi estabelecido um fluxo para as ações?
- 2.2) Houve um esclarecimento aos profissionais responsáveis quanto à necessidade ou significado do preenchimento adequado da DN?

- 2.3) Foram relatadas dificuldades referentes a algum momento da operacionalização: preenchimento de campos, levantamento dos dados, alimentação do banco de dados...?

**3) Quanto às VARIÁVEIS escolhidas:**

Foram escolhidas algumas variáveis tendo como critério que as mesmas podem subsidiar a organização dos serviços.

- 3.1) As variáveis escolhidas têm colaborado na organização dos serviços?

3.2) Considerando-se o preconizado pelo Ministério da Saúde (1988) como parâmetros para as variáveis escolhidas (peso ao nascer, idade gestacional, consultas pré-natal, tipo de parto), quais as ações de saúde efetivas são desencadeadas, tendo como referência as informações geradas pelas respectivas variáveis?

**4) Quanto à utilização do SINASC na organização dos serviços, considerando-se o mesmo como uma das ferramentas utilizadas pela epidemiologia:**

4.1) Como acontece a retro alimentação das informações geradas pelo SINASC às unidades de saúde?

4.2) Como esta ferramenta tem sido utilizada na organização dos serviços?