



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

CAMILA DOS SANTOS CALDEIRA

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS RESPONSÁVEIS PELO
PREENCHIMENTO DAS DECLARAÇÕES DE NASCIDO VIVO NOS
ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: um
projeto de intervenção baseado na análise da incompletude do Sistema de
Informações sobre Nascidos Vivos

Rio de Janeiro

2024

CAMILA DOS SANTOS CALDEIRA

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS RESPONSÁVEIS PELO
PREENCHIMENTO DAS DECLARAÇÕES DE NASCIDO VIVO NOS
ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: um
projeto de intervenção baseado na análise da incompletude do Sistema de
Informações sobre Nascidos Vivos

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Vigilância em Saúde com Ênfase em Epidemiologia do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Vigilância em Saúde com Ênfase em Epidemiologia.

Orientadora: Prof^a. Dra. Jackeline Christiane Pinto Lobato

Rio de Janeiro

2024

FOLHA DE APROVAÇÃO

CAMILA DOS SANTOS CALDEIRA

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS RESPONSÁVEIS PELO
PREENCHIMENTO DAS DECLARAÇÕES DE NASCIDO VIVO NOS
ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: um
projeto de intervenção baseado na análise da incompletude do Sistema de
Informações sobre Nascidos Vivos

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Vigilância em Saúde com Ênfase em Epidemiologia do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Vigilância em Saúde com ênfase em Epidemiologia.

Aprovada em: 13 de dezembro de 2024.

Prof^a. Dra. Jackeline Christiane Pinto Lobato (Orientadora)
ISC/UFF

Prof^a Dra. Gerusa Belo Gibson dos Santos
IESC/UFRJ

Prof^a Dra. Rejane Sobrino Pinheiro
IESC/UFRJ

RESUMO

CALDEIRA, Camila dos Santos. **Perfil sociodemográfico e profissional dos responsáveis pelo preenchimento das declarações de nascido vivo nos estabelecimentos de saúde do município do Rio de Janeiro**: um projeto de intervenção baseado na análise da incompletude do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Monografia (Especialização em Vigilância em Saúde com Ênfase em Epidemiologia) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

As informações sobre nascimentos são registradas na Declaração de Nascido Vivo (DNV) – com posterior digitação no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) – e fragilidades no seu preenchimento influenciam o cálculo de indicadores e a tomada de decisão baseada em evidências. A Vigilância em Saúde utiliza diagnósticos epidemiológicos do SINASC para subsidiar atuação oportuna sobre os determinantes de saúde e contribuir na prevenção da mortalidade materno-infantil. Assim, o objetivo desse trabalho é elaborar um projeto de intervenção para identificar o perfil sociodemográfico e profissional dos responsáveis pelo preenchimento das DNV nos estabelecimentos de saúde do Município do Rio de Janeiro (MRJ). Realizou-se uma análise descritiva de incompletudes e inconsistências do SINASC de 2013 a 2022 no MRJ através do Microsoft Excel 365 e do Tabwin. A maioria dos nascimentos ocorreu em unidades de gestão pública (67,28%) e a incompletude das variáveis do SINASC constituiu-se, majoritariamente, de valores inferiores a 5%. A ocupação da parturiente apresentou a maior proporção de incompletude (21,15%) e houve tendência de aumento da incompletude no período da pandemia da COVID-19. A função dos responsáveis pelo preenchimento da DNV com maior percentual foi a categoria outros (40,00%), não sendo possível identificar se eram profissionais com formação acadêmica na saúde. Após as análises, foi proposta uma pesquisa transversal a ser realizada com esses profissionais a partir de um instrumento para coleta de informações contendo perguntas acerca do perfil profissional e sociodemográfico dos responsáveis pelo preenchimento da DNV. Espera-se que as respostas caracterizem o cenário de profissionais atestantes e seu conhecimento técnico sobre a DNV de modo a favorecer a elaboração e aplicação de treinamentos adequados ao perfil obtido. A educação permanente pode proporcionar mais segurança aos profissionais, facilitar a incorporação dos processos à rotina de trabalho e minimizar problemas futuros.

Palavras-chave: sistemas de informação em saúde; declaração de nascido vivo; vigilância em saúde; vigilância de dados vitais.

ABSTRACT

CALDEIRA, Camila dos Santos. **Perfil sociodemográfico e profissional dos responsáveis pelo preenchimento das declarações de nascido vivo nos estabelecimentos de saúde do município do Rio de Janeiro**: um projeto de intervenção baseado na análise da incompletude do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Monografia (Especialização em Vigilância em Saúde com Ênfase em Epidemiologia) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

The information about live births is registered in the Live Birth Certificate (DNV) – with the data being later processed into the Live Birth Information System (SINASC) – and weaknesses in its content influence the calculation of health status indicators and evidence-based decision making. Public Health Surveillance uses epidemiological diagnoses from SINASC to support actions on health determinants and to prevent maternal and child mortality. Therefore, the purpose of this study is to elaborate an intervention project in order to identify the sociodemographic and professional profile of those responsible for filling out the DNV in health establishments in the City of Rio de Janeiro (MRJ). A descriptive analysis of incompleteness and inconsistencies in SINASC was executed from 2013 to 2022 in MRJ using Microsoft Excel 365 and Tabwin. The majority of live births occurred in public management establishments (67.28%) and the incompleteness of the SINASC variables mostly consisted of values below 5%. Maternal occupation had a higher proportion of incompleteness (21.15%) and during the COVID-19 pandemic period there was an incompleteness increase tendency. The role of those responsible for filling out the DNV had its highest percentage in a nonspecific category (40.00%), making it impossible to identify whether they were health professionals. After the analyses, a cross-sectional study was proposed to be implemented with those responsible for filling out the DNV through a form containing questions about their professional and sociodemographic profile. It is expected that their answers may elucidate the professional scenario and their knowledge about the DNV in order to improve training. Continuing education can provide more certainty and facilitate the work routine to minimize future problems.

Keywords: health information systems; birth certificate; public health surveillance; vital statistics surveillance.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Percentual de incompletude das variáveis do SINASC de nascimentos ocorridos em hospitais e outros estabelecimentos de saúde do MRJ por ano, 2013-2022	21
Tabela 2 - Frequência proporcional da função do responsável pelo preenchimento da DNV de nascimentos ocorridos em hospitais e outros estabelecimentos de saúde do MRJ por ano, 2014-2022.....	22
Tabela 3 - Frequência absoluta e proporção de incompletude de detecção de anomalia para registros com sexo ignorado de nascimentos ocorridos em hospitais e outros estabelecimentos de saúde do MRJ por ano, 2013-2022	22
Tabela 4 - Frequência absoluta e proporção de idade da parturiente fora da idade fértil (10 a 49 anos) de nascimentos ocorridos em hospitais e outros estabelecimentos de saúde do MRJ por ano, 2013-2022	23
Tabela 5 - Frequência absoluta e proporção de registros de cesáreas assistidas por profissionais não médicos de nascimentos ocorridos em hospitais e outros estabelecimentos de saúde do MRJ por ano, 2013-2022	23

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	7
1.2 A DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV) E O SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC)	7
1.3 QUALIDADE DA INFORMAÇÃO	9
1.4 PERFIL DOS PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELO PREENCHIMENTO ..	11
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	14
3.1 OBJETIVO GERAL	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4 METODOLOGIA	15
5 RESULTADOS	19
6 DISCUSSÃO	25
7 CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICE	33
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOBRE O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS RESPONSÁVEIS PELO PREENCHIMENTO DA DNV	34
ANEXO	36
ANEXO A – DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV)	37

1 INTRODUÇÃO

1.1 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

A informação é fundamental no Sistema Único de Saúde (SUS), seja para elaboração de planejamento estratégico, alocação de recursos ou seleção de agendas prioritárias. O uso de dados epidemiológicos possibilita o conhecimento da realidade para antecipação de riscos e indicação de medidas de controle (Gabriel *et al.*, 2014).

A demanda pela informação em saúde é crescente, não só na perspectiva dos gestores e profissionais de saúde, mas também da ampliação do acesso para os cidadãos brasileiros. Em 2004, a partir das deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), houve a elaboração da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), abrangendo contribuições das três esferas de governo, das instâncias de controle social do SUS e da sociedade organizada (Brasil, 2016).

No Brasil, contamos com diversos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) – que agregam dados epidemiológicos, socioeconômicos e demográficos – para nortear ações em saúde e políticas públicas. Para que se cumpra a finalidade principal da coleta dos dados faz-se necessário garantir a qualidade da informação registrada (Schoeps, 2012).

1.2 A DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV) E O SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC)

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) é um dos SIS mais utilizados em território nacional. Desde o início de sua implantação – que ocorreu de forma gradual entre as Unidades da Federação a partir de 1990 (Costa; Frias, 2009) – ele concentra as informações registradas nas Declarações de Nascido Vivo (DNV) emitidas no país. A criação desse sistema representou um importante marco epidemiológico e estatístico da época, uma vez que, para além das análises e cálculos possíveis, também esperava-se uma melhora na qualidade dos dados e redução da subnotificação em comparação à forma anterior de registro que estava atrelada ao Sistema de Registro Civil (Mello Jorge *et al.*, 1993).

Padronizada em 1990 pelo Ministério da Saúde, a DNV (Anexo A) é um documento individual e com numeração prévia que serve de base para o registro dos nascidos vivos em todo país. É composta por três vias – de cores branca, amarela e rosa – com fins diferentes: a branca é devolvida à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e utilizada para digitação do documento no SINASC; a amarela é entregue à família para registro em cartório; e a rosa é arquivada no estabelecimento de saúde onde ocorreu o nascimento juntamente com o prontuário.

A DNV possui dois objetivos principais, estando em primeiro lugar a função epidemiológica de coleta de dados sobre nascimentos e, em segundo lugar, a função jurídica para lavratura da Certidão de Nascimento pelos Cartórios de Registro Civil (Brasil, 2022). A DNV passou por modificações ao longo dos anos, sendo a versão mais recente composta por oito blocos que contemplam informações da parturiente, do recém-nascido, da gestação, do pré-natal e do parto. Essas informações vão subsidiar o cálculo de diversos indicadores, como a Razão de Mortalidade Materna (RMM), Taxa de Mortalidade em Menores de 5 anos e a Taxa de Mortalidade Neonatal, contemplados nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU) (Brasil, 2018).

Os bancos de dados dos SIS estão disponibilizados publicamente no site do DATASUS, juntamente com ferramentas para tabulação em programas como Tabwin e Tabnet. O objetivo principal é que gestores, estudiosos e interessados na área da saúde tenham acesso rápido às informações do SUS (Silva *et al.*, 2013). Os dados do SINASC ficam disponíveis em, no máximo, dois anos após a data do parto. Os registros mais antigos disponíveis na plataforma digital são referentes aos nascimentos ocorridos em 1994 e, atualmente, o banco finalizado mais recente é de 2022, mas já há dados preliminares de 2023 disponíveis.

O Brasil tem posição de destaque no cenário internacional devido à cobertura, magnitude e transparência das informações do SINASC, contribuindo com pesquisas no mundo todo. Desse modo, é fundamental que todas as variáveis da DNV sejam valorizadas e que os dados registrados reflitam o real cenário epidemiológico de nascimentos do país (Brasil, 2022).

1.3 QUALIDADE DA INFORMAÇÃO

A gestão do SINASC é tripartite, cabendo a todas as esferas gestoras – Ministério da Saúde (MS), Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) – o desenvolvimento de ações para melhoria na qualidade dos dados das DNV (Brasil, 2022). Fica sob responsabilidade das instâncias mais locais a produção, análise e utilização das informações, apoiadas pelo Ministério da Saúde que deve consolidá-las e divulgá-las (Mello Jorge *et al.*, 1993).

Dada sua importância nos estudos sobre nascidos vivos, o SINASC vem demandando investimento do Ministério da Saúde para garantir a qualidade das informações registradas. Apesar de ser uma importante ferramenta de gestão, uma vez que possibilita tomada de decisão baseada em evidências, em algumas regiões do país o sistema ainda não é explorado em toda sua potencialidade (Costa; Frias, 2009).

Entre 2012 e 2014, no Estado do Rio de Janeiro, a cobertura do SINASC era a segunda maior do país, com 99,7%, superado apenas pelo Distrito Federal que apresentava 100% de cobertura do sistema no período (Szwarcwald *et al.*, 2019). No Município do Rio de Janeiro (MRJ), cuja implantação do SINASC ocorreu em 1993, a avaliação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) acerca da cobertura do sistema em questão é considerada muito boa desde 1994 (Theme Filha *et al.*, 2004).

Atualmente, no Município do Rio de Janeiro (MRJ), o monitoramento do SINASC é feito de forma sistemática pela Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS) e pelas Divisões de Vigilância em Saúde (DVS) de cada Área Programática (AP). São estruturados sistemas de crítica e monitoramento mensal, além de rotinas de qualificação do sistema com resgate de informações junto às Maternidades e Unidades de Atenção Primária, para alguns casos com inconsistência de informação. O Centro de Inteligência Epidemiológica (CIE) do município disponibiliza painéis epidemiológicos de nascimentos no portal virtual do Observatório Epidemiológico do Rio (EpiRio) de forma interativa e atualizada. Assim, é possível conhecer o perfil dos nascimentos do MRJ e, mais especificamente, das características de cada AP.

Para que essa divulgação de informações represente o cenário real de nascimentos, é necessário considerar técnicas qualitativas de análise do SINASC, do fluxo de informação e um olhar voltado para as dificuldades encontradas durante o

preenchimento da DNV (Pedraza, 2012). Para avaliar a qualidade dos dados de um sistema de informação, é preciso iniciar com avaliação da completude das variáveis do documento original, garantindo integridade e totalidade de registro (Schoeps, 2012).

Estudos vêm sendo realizados acerca da qualidade dos dados do SINASC em todo o país, mas de forma não homogênea entre diferentes regiões e municípios, evidenciando, por exemplo, carência de estudos com foco na região Norte (Pedraza, 2021). No entanto, mesmo com as diferenças observadas entre as diferentes regiões do país, o movimento observado com relação à cobertura, consistência e completude das informações do SINASC foi de melhoria ao longo dos anos (Romaguera *et al.*, 2020).

Em estudos mais recentes realizados sobre o SINASC, é comum observar a utilização do escore proposto por Romero e Cunha (2007) para classificação da completude. Nessa escala, considera-se a completude enquanto excelente quando a proporção incompletude é $< 5\%$; bom entre 5% e 9% ; regular entre 10% e 29% ; ruim entre 30% e 49% ; e muito ruim quando $\geq 50\%$ (Romero; Cunha, 2007).

É possível observar diferenças no percentual de incompletude da DNV, quando comparamos as variáveis entre si. Itens relacionados à identificação da parturiente e do recém-nascido apresentam percentual maior de preenchimento do que aqueles referentes ao histórico reprodutivo e à assistência, como o índice de Apgar, por exemplo (Costa; Frias, 2009). O registro de anomalias congênitas no país apresentou completude excelente, sendo possível também apontar melhora ao longo do tempo para completude dessa variável (Regadas *et al.*, 2023). Tanto numa perspectiva científica, quanto de gestão do sistema de saúde, a melhoria contínua do SINASC é muito relevante e está diretamente ligada a avaliações e monitoramento regulares (Pedraza, 2021).

Em 2022, o Ministério da Saúde publicou a versão mais recente do manual “Declaração de Nascido Vivo: manual de instruções para preenchimento” que contempla orientações para preenchimento correto da DNV, conceitos básicos e fluxos, além de evidenciar a importância do documento (Brasil, 2022). No entanto, apesar da atualização, permanece a falta de clareza quanto aos códigos a serem utilizados para algumas variáveis quando a informação é ignorada ou quando não se aplica (Romero; Cunha, 2007). É preciso haver maior detalhamento acerca do conceito de variáveis ignoradas (quando não se conhece a informação) e variáveis

não preenchidas, além de uma forma de registro específico para as variáveis que não se aplicam. As variáveis ignoradas refletem ausência de informação em prontuário ou desconhecimento pelo acompanhante da parturiente, enquanto que as variáveis sem preenchimento apontam fragilidade do profissional responsável pelo preenchimento (Costa; Frias, 2009).

1.4 PERFIL DOS PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELO PREENCHIMENTO

As DNV devem ser preenchidas por um profissional de saúde (ou uma parteira tradicional) que tenha sido responsável pelo acompanhamento da gestação, do parto ou do recém-nascido. As informações utilizadas para preenchimento devem ser prestadas pela parturiente e profissionais presentes no momento do parto, além dos registros disponíveis em prontuários, Cadernetas de Gestante e demais documentos da família (Brasil, 2022).

Alguns autores apontaram que há uma heterogeneidade de categorias profissionais responsáveis pelo preenchimento, não havendo um padrão definido (Mello Jorge *et al.*, 1993; Costa; Frias, 2009; Oliveira *et al.*, 2015; Silvestrin *et al.*, 2018; Guimarães *et al.*, 2019). Em alguns casos, os profissionais não estão qualificados para a função (Costa; Frias, 2009) e há alguns documentos preenchidos com caligrafia distinta do responsável pela assinatura, podendo não corresponder ao mesmo profissional (Mello Jorge *et al.*, 1993). Há unidades de saúde que atribuem parte do processo como função de profissionais administrativos (Schoeps, 2012), o que pode levar à inconsistência de campos específicos pela pouca familiaridade com a terminologia técnica (Guerra *et al.*, 2008).

No modelo de DNV atual, o Bloco VII identifica o responsável pelo preenchimento do documento, através do nome, função e tipo, número e órgão emissor do documento individual do profissional. Com relação à função, as opções para assinalar são: médico, enfermagem, parteira, funcionário do cartório e outros, onde há possibilidade de descrever a categoria, porém esta não consta nos bancos disponibilizados publicamente.

É fundamental que os profissionais responsáveis pelo preenchimento da DNV sejam devidamente treinados para a função, uma vez que se faz necessário entendimento acerca da relevância epidemiológica do documento, da necessidade do preenchimento desse em sua completude, do reconhecimento das fontes para

obtenção da informação – dependendo dos itens a serem preenchidos – e da legibilidade da escrita para não haver confusão acerca do registro. No entanto, tendo em vista a diversidade de profissionais responsáveis pelo preenchimento da DNV e a impossibilidade de se obter um perfil profissional detalhado a partir do campo disponível para tal na DNV – devido à limitação da informação requerida e da generalização de categorias profissionais – é importante conhecer esse perfil a fim de garantir um treinamento voltado para demanda e abrangendo os tópicos sensíveis ao diagnóstico levantado previamente.

Dessa forma, o objetivo desse trabalho é elaborar um projeto de intervenção para identificar o perfil sociodemográfico e profissional dos responsáveis pelo preenchimento das Declarações de Nascido Vivo nos estabelecimentos de saúde do Município do Rio de Janeiro (MRJ) e subsidiar a elaboração de uma capacitação.

2 JUSTIFICATIVA

Os dados acerca de gestação, parto e nascimento são amplamente utilizados no cálculo de indicadores estratégicos, na identificação do cenário epidemiológico de nascidos vivos e parturientes, na gestão em saúde para tomada de decisão, além de sua função para os registros civis.

As informações sobre nascimentos são obtidas através registro da DNV e posterior digitação no SINASC, sendo o preenchimento desse documento feito de forma descentralizada. Apesar de serem implementados sistemas de críticas e revisão de inconsistências por parte das Secretarias de Saúde, ainda é possível observar fragilidade em alguns campos, além da subnotificação de situações relevantes, como ocupação de parturiente e presença de malformação congênita, por exemplo.

A heterogeneidade de categorias profissionais responsáveis pelo preenchimento da DNV, associada à restrição das variáveis do documento para identificação do perfil desses profissionais, pode constituir um obstáculo na elaboração de treinamentos e capacitações. Conhecer o perfil sociodemográfico e profissional dos responsáveis pelo preenchimento do documento permite a construção de treinamentos mais efetivos e com metodologia apropriada para o público pretendido. Essas ações buscam minimizar problemas futuros, trazer mais segurança na execução do processo de trabalho e assegurar um bom registro dos dados epidemiológicos.

A Vigilância em Saúde tem por objetivo atuar oportunamente sobre os determinantes de saúde, com base em diagnósticos obtidos através da consolidação de dados epidemiológicos. Assim, garantir a completude e fidedignidade das informações registradas no SINASC torna-se fundamental enquanto ferramenta de gestão, contribuindo na prevenção da mortalidade materno-infantil e na melhoria da assistência às gestantes, parturientes e nascidos vivos.

Particularmente, desde 2015, atuo na Divisão de Vigilância em Saúde (DVS) da Área Programática (AP) 5.1 do MRJ, compondo a equipe de Vigilância e Análise de Dados Vitais e o Grupo de Trabalho Executivo (GTE) responsável pelas ações de redução da mortalidade materno-infantil da área, sendo essa vivência profissional também um fator relevante para escolha do tema deste trabalho.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um projeto de intervenção para identificar o perfil sociodemográfico e profissional dos responsáveis pelo preenchimento das Declarações de Nascido Vivo nos estabelecimentos de saúde do Município do Rio de Janeiro (MRJ).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a proporção de incompletude das variáveis das Declarações de Nascido Vivo preenchidas nos estabelecimentos de saúde do Município do Rio de Janeiro (MRJ) para nascimentos ocorridos entre 2013 e 2022;

Identificar a proporção inconsistências entre as variáveis das Declarações de Nascido Vivo preenchidas nos estabelecimentos de saúde do Município do Rio de Janeiro (MRJ) para nascimentos ocorridos entre 2013 e 2022;

Apresentar um instrumento de coleta de dados para identificar o perfil sociodemográfico e profissional dos responsáveis pelo preenchimento das Declarações de Nascido Vivo nos estabelecimentos de saúde do Município do Rio de Janeiro (MRJ).

4 METODOLOGIA

O projeto de intervenção propõe uma pesquisa transversal a ser realizada com profissionais que realizam o preenchimento da DNV nos estabelecimentos de saúde do Município do Rio de Janeiro (MRJ).

Antes da elaboração do instrumento a ser utilizado, realizou-se uma análise descritiva dos dados do SINASC de 2013 a 2022, extraídos do DATASUS em julho de 2024. A população do estudo foram os nascidos vivos com parto ocorrido no MRJ entre 2013 e 2022. Foram excluídos das análises os nascimentos cujo local de ocorrência constava como “domicílio”, “outros” ou “ignorado”.

Foram selecionadas as seguintes variáveis do SINASC:

- Identificação do recém-nascido (RN): sexo, raça/cor, peso ao nascer, índice de Apgar no 1º e 5º minutos, anomalia congênita detectada;
- Informações da parturiente: escolaridade, ocupação habitual, idade, situação conjugal, raça/cor, município de residência;
- Gestação e parto: ano do nascimento, número de gestações anteriores, número de partos vaginais anteriores, número de cesáreas anteriores, número de nascidos vivos em gestações anteriores, número de perdas fetais/abortos em gestações anteriores, idade gestacional, número de consultas de pré-natal, mês de gestação que iniciou o pré-natal, tipo de gravidez, apresentação, se o trabalho de parto foi induzido, tipo de parto, se a cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar, profissional que assistiu o nascimento;
- Preenchimento do documento: função do responsável pelo preenchimento.

Os casos classificados como “ignorado”, “não informado” ou “em branco” foram agrupados e foi realizada uma análise percentual de incompletude por ano para cada uma das variáveis selecionadas no estudo.

Com relação à função do responsável pelo preenchimento da DNV, foi realizada uma série histórica de 2014 a 2022, período disponível no DATASUS para esta variável, com a frequência proporcional para cada uma das categorias presentes no documento original.

Foi realizada análise de inconsistência correlacionando os seguintes parâmetros: sexo do RN ignorado e ausência de anomalia congênita; faixa etária da parturiente; peso <1.000 gramas e índice de Apgar de 8 a 10 no 1º e/ou 5º minutos; e cesáreas assistidas por profissionais não médicos.

Foram selecionados os registros cujo sexo do RN constava como ignorado e identificadas as frequências absoluta e proporcional anual de incompletude, neste grupo, sobre a detecção de anomalias congênitas que justificassem a indefinição do sexo, sendo agrupados os casos cujo campo de anomalia fora assinalado como ignorado ou não informado.

Sobre a idade da parturiente, foi realizado o cálculo da frequência absoluta e proporcional por ano da série histórica dos registros de parturientes com idade fora do intervalo considerado para Mulher em Idade Fértil (MIF) – que varia entre 10 e 49 anos.

Para a análise entre peso e índice de Apgar, foram selecionados os nascimentos com peso inferior a 1.000 gramas e avaliados os valores de Apgar iguais ou superiores a 8 tanto no 1º quanto no 5º minuto de vida desses, através da proporção de todo o período estudado.

Para os registros de partos, foi calculada a frequência absoluta e proporcional anual de partos cesáreos registrados como tendo sido realizados por profissionais não médicos – enfermagem ou obstetriz, parteira ou outros.

A partir da análise de incompletudes e inconsistências realizada, além da experiência com Vigilância e Análise de Dados Vitais da autora obtida em serviço, foi realizada a elaboração de um instrumento para coleta de informações dos profissionais responsáveis pelo preenchimento das DNV nos estabelecimentos de saúde do MRJ (Apêndice A). O questionário é composto por 24 questões, entre perguntas com respostas abertas e respostas fechadas, agrupadas em três blocos:

Bloco I - Identificação do Profissional: composto por perguntas para os profissionais acerca do nome, data de nascimento, idade, raça/cor, escolaridade, formação e pós-graduação.

Bloco II - Atuação na Unidade de Saúde: abrange campos para informações sobre a unidade à qual o profissional está vinculado (nome, CNES e esfera administrativa), sobre o vínculo entre o profissional e a unidade de saúde (setor de atuação, função/cargo, tempo de atuação, carga horária, desempenho de outra função para além do preenchimento de DNV) e existência de outro emprego do profissional.

Bloco III - Preenchimento de DNV: compreende questões acerca do tempo em que o profissional atua nessa função, se recebeu algum treinamento/capacitação para essa função (em caso afirmativo, solicita-se informação do responsável pelo

treinamento/capacitação, há quanto passou pelo treinamento/capacitação, modalidade do treinamento/capacitação e opinião do profissional sobre treinamento/capacitação), se tem dificuldades/dúvidas para preencher alguma variável (em caso afirmativo, solicita-se informação de qual variável), necessidade de ajuda de outro profissional para preenchimento de alguma variável da DNV (em caso afirmativo, deve-se informar qual categoria/função do profissional que ajuda e qual variável é preenchida com ajuda), conhecimento acerca do Manual de Instruções de Preenchimento de DNV do Ministério da Saúde (em caso afirmativo, informar se já utilizou o manual para preencher alguma variável da DNV), fonte de informação para os dados registrados na DNV, se o profissional preenche integralmente o documento (em caso negativo, deve-se informar qual variável não é preenchida) e conhecimento do profissional sobre a função da DNV.

Inicialmente, embasados pela ética em pesquisa, o projeto deverá ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para avaliação e autorização da aplicação do instrumento proposto neste estudo.

Para aplicação do instrumento espera-se contar com a participação de profissionais das 10 Áreas Programáticas (AP) de Saúde do MRJ. A escolha dos profissionais responsáveis pela aplicação do instrumento deve levar em consideração: conhecimento básico da DNV, vínculo com a unidade de saúde selecionada e interesse em participar do estudo. Os profissionais responsáveis pela aplicação do instrumento deverão passar por treinamento prévio acerca do questionário com determinação de diretrizes para padronização da aplicação.

Espera-se contar com a participação, enquanto entrevistados, dos profissionais responsáveis pelo preenchimento de DNV lotados em estabelecimentos de saúde do MRJ. Será aplicado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que cada participante possa individualmente expressar seu desejo de participar da pesquisa. Serão explicitados os possíveis benefícios e os possíveis danos. Essa etapa será realizada individualmente, de forma clara e não coercitiva, podendo o participante retirar sua participação em qualquer etapa do processo de pesquisa. A identidade dos participantes será preservada e nenhuma forma de bonificação ou punição será aplicada com base nas respostas do profissional ao questionário. Serão considerados aptos apenas os profissionais que concordarem participar, que assinarem o TCLE e que não expressarem desejo de retirar sua participação no decorrer da pesquisa.

Para acesso aos estabelecimentos de saúde, serão realizadas reuniões com a coordenação das Áreas Programáticas de Saúde e com os gestores das unidades de saúde a fim de apresentar o projeto e levantar as possibilidades de aplicação do instrumento.

A proposta inicial é de que o instrumento seja aplicado em um grupo de teste, regido sob as mesmas questões éticas aplicadas aos participantes de pesquisa, a fim de verificar a eficácia das perguntas e sua aplicabilidade prática. Pretende-se realizar essa etapa de forma presencial nas unidades de lotação dos participantes, com assinatura do TCLE em documento impresso e resposta do questionário por via digital em um formulário Google Docs. Ajustes às questões e à forma de aplicação do instrumento podem ser realizados após a etapa de teste, de acordo com os desafios encontrados na metodologia proposta inicialmente. A seleção da amostra piloto será feita de forma aleatória, seguindo os critérios de inclusão para os participantes da pesquisa.

Planeja-se inicialmente realizar a aplicação do instrumento sob os mesmos moldes descritos na amostra teste, já levando em consideração as possíveis modificações realizadas após avaliação da metodologia e instrumento utilizado com o grupo teste.

Em seguida, processar-se-ão os dados coletados com finalidade comparativa no que tange ao perfil sociodemográfico e profissional dos sujeitos de pesquisa, através de uma planilha com a síntese das informações.

A partir das estratégias metodológicas aqui descritas pretende-se identificar o perfil sociodemográfico e profissional dos responsáveis pelo preenchimento das Declarações de Nascido Vivo nos estabelecimentos de saúde do Município do Rio de Janeiro (MRJ) enquanto base para proposição de treinamentos técnicos adequados para o cenário observado.

Os softwares utilizados para realizar as análises foram o Microsoft Excel 365 e o Tabwin (versão 4.1.3). Os arquivos de definição para o Tabwin foram extraídos do DATASUS em julho de 2024.

5 RESULTADOS

Entre 2013 e 2022 foram registrados no SINASC 858.129 nascimentos ocorridos no MRJ. Foram excluídos das análises os casos cujo parto ocorreu em domicílio (n=3.652, 0,43%) e outros locais (n=1.372, 0,16%), além de 53 casos (0,01%) cujo registro do local de nascimento constava como ignorado. Considerou-se como objeto deste estudo 853.052 nascimentos (99,41%), tendo estes ocorrido em hospitais ou outros estabelecimentos de saúde.

Sobre os locais de nascimento, enquanto esfera de gestão administrativa, observou-se maioria de gestão pública (67,28%) em comparação a estabelecimentos não públicos (32,72%) em proporção similar ao longo de toda série histórica.

Para a análise de completude das variáveis, foram agrupados os dados considerados ignorados, não informados e em branco para o cálculo da proporção de incompletude relativa a cada uma das variáveis, como observado na Tabela 1.

No bloco de identificação do recém-nascido (RN), a variável raça/cor apresentou maior proporção total de incompletude (2,15%), com aumento ao longo dos anos da série, com o período entre 2020 e 2022 com percentuais acima de 3,00%. As proporções de incompletude para as variáveis sexo, Índice de Apgar no 1º e 5º minutos foram inferiores a 1,00%. Presença de anomalia congênita apresentou 1,56% de incompletude no período, havendo aumento significativo a partir de 2020, ultrapassando 4,00% em 2021 e 2022. Não houve incompletude para a variável peso ao nascer em nenhum ano da série histórica.

Com relação às informações da parturiente, a incompletude para a idade estava abaixo de 0,01% e para o município de residência abaixo de 0,03% em todos os anos da série histórica. Observou-se que os dados de raça/cor da parturiente apresentaram valores iguais aos de raça/cor do RN em todos os anos avaliados, com total de 2,15% de incompletude. A ausência de informação sobre a escolaridade teve seu pico em 2013 e, apesar da redução entre 2014 e 2016, volta a aumentar no ano seguinte. Sobre a ocupação, os valores atingiram mínimo de 9,66% em 2014 e máximo de 15,39% em 2022, com exceção do ano de 2016 em que a análise apontou incompletude em 100% dos registros.

Sobre a gestação, o tipo de gravidez foi a variável com maior completude, variando entre 0,01% e 0,06% de ausência de informação, seguida da variável idade gestacional onde observou-se 0,40% de incompletude no período avaliado, com os

maiores valores aparecendo a partir de 2020. Com relação ao histórico gestacional anterior, todas as variáveis (gestações anteriores, partos vaginais anteriores, cesáreas anteriores, nascidos vivos em gestações anteriores e perdas fetais/abortos em gestações anteriores) apresentaram menos de 2,00% de incompletude total, mas também apresentando aumento a partir de 2020. As informações relacionadas ao pré-natal apresentaram ausência de informação de 2,18% para número de consultas de pré-natal, com pico de 3,87% em 2022, e 9,18% para mês de gestação que iniciou o pré-natal, com maiores valores em 2013, 2020 e 2014, respectivamente.

O tipo de parto e profissional que assistiu o nascimento foram as variáveis relacionadas ao parto com menor incompletude no aglomerado do período avaliado. A apresentação fetal mostrou tendência de redução da incompletude a partir de 2015, chegando a valores menores que 2,00% de 2019 em diante. Sobre a indução do trabalho de parto, observou-se total de 5,16% de ausência de informação, com parâmetro de decréscimo entre 2013 e 2017, seguido de aumento nos anos subsequentes, mas sem atingir os índices inicialmente observados na série histórica. Na variável sobre a realização de cesárea antes do início do trabalho de parto, observou-se valores de 48,14% e 48,17% em 2014 e 2015, respectivamente. No entanto, a grande maioria dos partos vaginais – que deveriam estar classificados enquanto “não se aplica” para esta variável – não foram classificados devidamente em ambos os anos.

Sobre a função do responsável pelo preenchimento do documento, incluído no banco de dados a partir de 2014, observou-se 0,07% de incompletude e variação de 0,05% (em 2014 e 2018) a 0,15% (em 2021). Ao observarmos os casos com preenchimento dessa variável (Tabela 2), a categoria outros – não estando disponível no banco o detalhamento da categoria – aparece como principal no período com 40,00%, seguido de enfermeiro (31,52%), médico (22,65%) e funcionário do cartório (5,76%). Os documentos preenchidos por parteira foram inferiores a 0,01% em todos os anos da série considerada.

Tabela 1 - Percentual de incompletude das variáveis do SINASC de nascimentos ocorridos em hospitais e outros estabelecimentos de saúde do MRJ por ano, 2013-2022

Variável	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Identificação do RN											
Sexo	0,02	0,02	0,01	0,02	0,04	0,03	0,04	0,04	0,02	0,02	0,03
Raça/Cor	1,03	1,13	1,84	1,43	2,17	1,80	2,17	3,37	3,65	3,83	2,15
Índice de Apgar no 1º minuto	0,63	0,77	0,76	0,70	0,92	0,75	0,73	0,68	0,74	0,83	0,75
Índice de Apgar no 5º minuto	0,31	0,38	0,36	0,34	0,48	0,44	0,51	0,47	0,49	0,56	0,43
Anomalia congênita detectada	1,39	0,84	1,62	0,32	0,80	0,36	0,27	2,76	4,11	4,31	1,56
Informações da parturiente											
Escolaridade	3,35	1,81	1,71	1,61	3,13	2,68	3,31	3,18	3,23	2,18	2,60
Ocupação habitual	10,34	9,66	11,50	100,00	11,17	11,39	12,43	13,68	13,87	15,39	21,15
Situação conjugal	0,87	0,88	0,75	0,59	0,80	0,79	0,83	0,95	1,01	0,77	0,82
Raça/Cor	1,03	1,13	1,84	1,43	2,17	1,80	2,17	3,37	3,65	3,83	2,15
Município de residência	0,02	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01	0,02	0,01
Gestação											
Nº de gestações anteriores	1,18	0,48	0,07	0,20	0,74	0,67	0,66	3,17	1,41	2,96	1,07
Nº de partos vaginais anteriores	1,66	0,64	0,14	0,31	1,00	1,04	0,94	5,13	1,84	4,65	1,61
Nº de cesáreas anteriores	1,80	0,75	0,19	0,41	1,12	1,23	1,03	4,88	1,74	5,53	1,73
Nº de nascidos vivos em gestações anteriores	1,35	0,58	0,13	0,30	0,98	0,94	0,93	4,09	1,62	3,50	1,34
Nº de perdas fetais/abortos em gestações anteriores	1,90	0,83	0,25	0,41	1,12	1,14	1,00	5,22	1,94	6,05	1,84
Idade gestacional	0,35	0,30	0,25	0,16	0,40	0,30	0,37	0,73	0,66	0,63	0,40
Nº de consultas de pré-natal	2,36	2,73	2,06	1,84	1,82	1,59	1,94	1,75	2,12	3,87	2,18
Mês de gestação que iniciou o pré-natal	13,36	10,62	6,30	5,82	7,03	9,74	9,76	11,10	10,27	8,13	9,18
Tipo de gravidez	0,03	0,03	0,03	0,01	0,02	0,03	0,02	0,03	0,02	0,06	0,03
Parto											
Apresentação	6,38	6,67	2,54	1,80	1,27	2,00	1,82	1,89	1,99	1,97	2,91
Trabalho de parto foi induzido?	10,13	8,70	4,41	2,77	2,59	3,73	3,55	3,57	6,16	5,84	5,16
Tipo de parto	0,03	0,01	0,01	0,00	0,02	0,03	0,03	0,02	0,03	0,04	0,02
Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar?	9,27	48,14	48,17	3,45	3,19	4,04	3,39	3,22	4,46	6,01	14,28
Nascimento assistido por	0,16	0,10	0,06	0,06	0,09	0,15	0,22	0,23	0,18	0,16	0,14
Preenchimento											
Função do responsável pelo preenchimento	-	0,05	0,07	0,06	0,06	0,05	0,09	0,08	0,15	0,09	0,07

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados extraídos do SINASC em julho de 2024.

Tabela 2 - Frequência proporcional da função do responsável pelo preenchimento da DNV de nascimentos ocorridos em hospitais e outros estabelecimentos de saúde do MRJ por ano, 2014-2022

Função do responsável pelo preenchimento	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Outros	50,05	53,50	42,11	36,93	32,84	33,84	35,91	34,94	35,60	40,00
Enfermeiro	26,25	21,79	30,16	34,95	37,30	37,60	32,46	32,34	32,63	31,52
Médico	17,91	18,80	21,86	22,51	24,31	23,30	25,96	26,21	25,13	22,65
Funcionário Cartório	5,74	5,84	5,81	5,54	5,49	5,17	5,59	6,35	6,55	5,76
Parteira	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	0,05	0,07	0,06	0,06	0,05	0,09	0,08	0,15	0,09	0,07

Fonte: elaboração própria a partir dos dados extraídos do SINASC em julho de 2024.

Ao avaliarmos os registros com sexo do RN assinalado como ignorado, observou-se 48,43% de ausência de informação sobre a presença de malformação. Em 2015, 100% dos RN com sexo ignorado apresentavam registro de malformação na DNV. No entanto, nos demais anos da série histórica, observou-se variação de 20,00% a 72,97% de incompletude, sendo os anos de 2019 e 2020 os com maiores percentuais no período avaliado (Tabela 3).

Tabela 3 - Frequência absoluta e proporção de incompletude de detecção de anomalia para registros com sexo ignorado de nascimentos ocorridos em hospitais e outros estabelecimentos de saúde do MRJ por ano, 2013-2022

Anomalia detectada	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Incompletude	6 (31,58)	4 (26,67)	0 (0,00)	3 (20,00)	21 (61,76)	15 (57,69)	27 (72,97)	23 (67,65)	6 (37,50)	3 (23,08)	108 (48,43)

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados extraídos do SINASC em julho de 2024.

Quanto à idade da parturiente, observou-se baixa proporção de registros com idade materna superior à considerada para mulher em idade fértil (0,02%), com variação de 50 a 65 anos. Houve aumento desse percentual ao longo do período avaliado, com maiores proporções em 2019, 2020 e 2022 (Tabela 4).

Tabela 4 - Frequência absoluta e proporção de idade da parturiente fora da idade fértil (10 a 49 anos) de nascimentos ocorridos em hospitais e outros estabelecimentos de saúde do MRJ por ano, 2013-2022

Idade parturiente	de	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
50 – 65 anos		6 (0,01)	18 (0,02)	15 (0,02)	13 (0,01)	15 (0,02)	17 (0,02)	26 (0,03)	27 (0,03)	9 (0,01)	24 (0,03)	170 (0,02)

Fonte: elaboração própria a partir dos dados extraídos do SINASC em julho de 2024.

Na correlação entre peso e Índice de Apgar, observou-se os maiores escores (8 a 10) em 21,08% (1º minuto) e 49,89% (5º minuto) para nascimentos com muito baixo ao nascer (menor que 1.000g) no total de registros para o período avaliado.

Na avaliação de cesáreas e categoria do profissional que assistiu o parto, observou-se baixa proporção de ausência de informação com valores inferiores a 0,01% em todos os anos da série. No entanto, constatou-se 0,17% de inconsistência com registro de profissional de categoria não médica (enfermeiro, obstetriz, parteira e outros) como tendo assistido o parto cesáreo (Tabela 5).

Tabela 5 - Frequência absoluta e proporção de registros de cesáreas assistidas por profissionais não médicos de nascimentos ocorridos em hospitais e outros estabelecimentos de saúde do MRJ por ano, 2013-2022

Profissional que assistiu o nascimento	de	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Enferm/Obstetriz, parteira e outros (categoria não médica)		88 (0,17)	37 (0,07)	26 (0,05)	76 (0,15)	90 (0,18)	72 (0,16)	265 (0,62)	47 (0,12)	46 (0,12)	46 (0,13)	793 (0,17)

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados extraídos do SINASC em julho de 2024.

O questionário proposto neste estudo (Apêndice A), composto por 24 questões separadas em três blocos, tem por objetivo levantar informações acerca do perfil sociodemográfico e profissional dos responsáveis pelo preenchimento das DNV nos hospitais e estabelecimentos de saúde do MRJ.

O primeiro bloco contém informações de identificação, características sociodemográficas e nível de formação acadêmica do profissional entrevistado. Informações relacionadas à faixa etária e raça/cor podem contribuir na caracterização do perfil sociodemográfico dos atestantes e apontar os padrões de distribuição de

profissionais dentro do setor saúde. Avaliar o grau de escolaridade e formação acadêmica do responsável pelo preenchimento permite inferir a familiaridade do profissional com a terminologia técnica relativa à assistência à saúde materno-infantil durante gestação, parto e puerpério.

O segundo bloco abrange informações sobre a atuação do profissional na unidade de lotação. Conhecer os setores e cargos dos profissionais entrevistados é importante para compreender a organização dos serviços de saúde ligados ao parto. Informações acerca do desempenho de atividades ligadas à DNV de forma exclusiva ou não, além da existência de outros vínculos, pode apontar execução de múltiplas funções pelos profissionais e, conseqüentemente, o tempo de dedicação destes aos documentos de dados vitais. O tempo de atuação na unidade e a carga horária apontam o grau de fixação profissional e a rotatividade das equipes nas unidades, elucidando a necessidade e periodicidade de treinamentos/capacitações.

O último bloco contempla itens acerca do conhecimento e atuação dos profissionais especificamente no processo de preenchimento da DNV. Inclui questões sobre o tempo de atuação, dúvidas, dificuldades ou necessidade de apoio externo na função; existência de treinamentos prévios; conhecimento do manual para preenchimento do Ministério da Saúde e seu uso; e entendimento acerca da função do documento em questão. Com isso, espera-se compreender o grau de preparação e qualificação específica do profissional no levantamento das informações necessárias para posterior qualificação da DNV.

6 DISCUSSÃO

O SINASC é uma ferramenta importante para Vigilância em Saúde enquanto fonte de dados para cálculo de indicadores estratégicos e avaliação da situação em saúde para tomada de decisão baseada em evidências. Estudos que avaliem a qualidade dos dados tornam-se fundamentais para garantir completude e consistência das informações.

No MRJ, no período de 2013 a 2022, observou-se quase totalidade dos nascimentos ocorrendo em hospitais ou outros estabelecimentos de saúde, sendo a maioria em unidades de gestão pública. A completude das variáveis das DNV nesse período pode ser considerada, em sua maioria, como excelente, com valores de incompletude inferiores a 5%. No entanto, a SMS adota estratégias periódicas de monitoramento e crítica dos dados, seguida de qualificação de inconsistências, não sendo possível estimar a real situação do preenchimento do documento original.

O bloco de identificação do RN foi o que apresentou melhor completude, tendo a variável raça/cor apresentado um valor ligeiramente mais elevado que os demais itens do grupo. Os dados relativos à raça/cor do RN mostraram valores exatamente iguais à raça/cor da parturiente, mesmo configurando itens distintos e estando em blocos separados do documento. A variável raça/cor é autodeclarada e não admite a opção ignorado, sendo orientado na versão mais recente do manual de instruções para preenchimento que a raça/cor do RN deve ser declarada pela parturiente e não pela observação do profissional (Brasil, 2022). O preenchimento mal qualificado de variáveis sociodemográficas prejudica, em um cenário de nascimento e óbitos, a análise de desigualdades sociais, podendo enviesar estudos e afetar o subsídio de políticas públicas (Pedraza, 2021).

Sobre as informações da parturiente, a ocupação habitual apresentou completude regular na maioria dos anos avaliados, além de erro na base de dados para o ano de 2016, sendo impossível avaliar o cenário epidemiológico de risco ocupacional ao qual as parturientes estão expostas. Um estudo de completude que avaliou o banco de dados do SINASC no âmbito nacional no ano de 2002 apresentava grande variação de completude da ocupação materna entre os estados no país, tendo o Rio de Janeiro figurado entre aqueles com menor percentual de incompletude (Romero; Cunha, 2007). Outras pesquisas apontaram a variável ocupação materna com problemas de preenchimento e incompletude maior que 10%

(Lino *et al.*, 2019; Pedraza, 2021), apresentando, no Estado do Rio de Janeiro, tendência de aumento para valores maiores de 20% entre 1999 e 2014 (Lino *et al.*, 2019).

Os dados relativos à gestação também apresentaram baixos percentuais de incompletude com exceção das informações relacionadas às consultas e mês de pré-natal que tiveram valores ligeiramente superiores. Os dados relacionados ao pré-natal devem ser obtidos através de consulta à Caderneta da Gestante, ao prontuário ou através do relato da parturiente (Brasil, 2022). Ausência de registro dessas informações dificulta o entendimento acerca do acesso e qualidade da assistência prestada durante o pré-natal, assim como a correlação desse dado com outras variáveis sociodemográficas, relativas ao parto e às condições do RN ao nascimento.

Sobre o momento do parto, a incompletude, apesar de baixa, é um ponto importante a ser considerado, uma vez que foram avaliados apenas nascimentos ocorridos em unidades de saúde. Os maiores valores de incompletude estão na informação acerca da indução do parto e se a realização da cesárea se deu antes do início do trabalho de parto, tendo essa última variável apresentado falha no banco de dados nos anos de 2014 e 2015 onde alguns partos vaginais não foram classificados como não se aplica, impactando significativamente os valores de completude nos anos supracitados, o que aponta para fragilidades relacionadas ao próprio sistema de informação.

A função do responsável pelo preenchimento – variável que passa a constar das bases de dados a partir de 2014 – apresentou valores baixos de incompletude. No entanto, é fundamental levar em consideração que todo documento deve ser preenchido por um profissional do estabelecimento de saúde em que ocorreu o parto, não havendo subsídio para considerar desconhecimento da informação. A opção outros aparece enquanto maior proporção da variável no período analisado, não havendo detalhamento disponível no DATASUS acerca da descrição do item, apesar de constar no documento original da DNV.

Observou-se aumento da proporção de incompletude para diversas variáveis a partir de 2020, ano de início da pandemia de SARS-Cov-2 no Brasil. Os serviços de saúde tiveram seu funcionamento afetado pelo próprio contexto pandêmico (Regadas *et al.*, 2023), bem como as ferramentas de monitoramento e capacidade de qualificação das informações pela SVS e serviços. Os principais itens que apresentaram aumento de incompletude no período foram: raça/cor, detecção de

anomalia congênita, variáveis sociodemográficas da parturiente, histórico obstétrico anterior, idade gestacional e mês de início do pré-natal.

Com relação à consistência, ao avaliar os casos em que o sexo do RN foi registrado como ignorado, observou-se quase metade dos casos sem registro de presença anomalia congênita, fator que poderia justificar a impossibilidade de definição do sexo. Considerando que os nascimentos avaliados ocorreram em unidades de saúde, com possibilidade de avaliação do RN, mesmo apresentando uma frequência absoluta baixa, é importante considerar que o campo relacionado a anomalias congênitas necessita de investimento na qualificação da informação para registro fidedigno das malformações (guerra *et al.*, 2008).

A idade da parturiente apresentou excelente completude com qualificação da quase totalidade dos casos. Também foram observadas baixas proporções de registros com idade superior àquela considerada para mulher em idade fértil. Ambos os fatores sugerem uma boa qualidade da informação relacionada à idade das parturientes no período avaliado.

O Índice de Apgar avalia cinco sinais objetivos para determinar as condições vitalidade do RN, sendo atribuída uma nota que varia entre 0 e 10 para o 1º e 5º minutos após o nascimento do bebê (Brasil, 2022). Ao avaliar os nascidos com peso inferior a 1.000g, constatou-se atribuição de Índices de Apgar entre 8 e 10 – considerados os maiores escores – para quase metade dos nascimentos com muito baixo peso no 5º minuto de vida. Faz-se necessário novos estudos que possam trazer uma avaliação acerca do uso do Apgar nas unidades de saúde do MRJ, bem como da qualificação dos profissionais que atribuem o índice em questão para os RN.

Ainda levando em consideração a consistência das informações, observou-se uma proporção de registros de partos cesáreos realizados por profissionais de categorias não médicas. Apesar do percentual ser muito baixo, uma vez que cesáreas são realizadas exclusivamente por profissionais médicos e contando com as ferramentas de monitoramento dos dados utilizadas pela Secretaria de Saúde, o valor esperado seria nulo.

O instrumento proposto neste estudo para levantamento do perfil sociodemográfico e profissional dos responsáveis pelo preenchimento da DNV (Apêndice A) abrange perguntas que podem apoiar na caracterização do cenário de profissionais atestantes e seu conhecimento técnico acerca do processo de registro de dados na DNV.

Reduzir as perdas de informação, garantir a credibilidade do documento e assegurar a completude das variáveis do SINASC são processos que demandam envolvimento desde os gestores aos profissionais responsáveis pelo preenchimento (Silvestrin *et al.*, 2018). Considerando a alta rotatividade e a heterogeneidade de profissionais nos serviços que emitem DNV, a educação permanente é consenso enquanto ferramenta para assegurar a completude e validade dos dados (Bonilha *et al.*, 2018).

O SINASC pode ser considerado, enquanto base de dados do SUS, como uma das experiências mais exitosas, além de ser essencial no subsídio do planejamento e avaliação dos serviços de saúde (GUIMARÃES *et al.*, 2014). O registro de dados pode ser influenciado por fatores institucionais – como estrutura e organização dos serviços de saúde – e por questões relacionadas à escolha do profissional a desempenhar a tarefa de coleta e registro das informações, bem como da existência de treinamento para desenvolvimento da tarefa em questão (Schoeps, 2012).

Um estudo feito em São Paulo, onde os profissionais responsáveis pelo preenchimento foram entrevistados, apontou que todas as respostas coletadas ressaltavam os treinamentos como sendo importantes no esclarecimento de dúvidas e que havia aumento da segurança dos profissionais quanto ao preenchimento do documento após capacitação (Schoeps, 2012). Outra publicação ressalta que as ações de sensibilização e orientação aos responsáveis pela coleta de dados mostram-se necessárias para o fortalecimento dos sistemas de informação e favorecem a confiabilidade dos dados para tomada de decisão (Silvestrin *et al.*, 2018).

Informações sobre os responsáveis pelo preenchimento das DNV apresentam variação entre as instituições, como uma grande maternidade do MRJ realizando o preenchimento da DNV por técnicos administrativos no dia seguinte ao parto, por exemplo (Guerra *et al.*, 2008). Outro autor aponta desconhecimento do SINASC pelos profissionais notificadores, que acabam por associar a função do documento apenas enquanto sua aplicação para o registro civil, pressupondo ausência de capacitação ou treinamento que valorize o uso dos dados para o cuidado em saúde (Guimarães *et al.*, 2014).

Assim, favorecer a educação permanente enquanto estratégia de gestão e cuidado torna-se fundamental. A sensibilização e capacitação dos profissionais pode

ser feita de forma mais efetiva a partir do conhecimento do perfil destes, com proposição de metodologias adequadas à representação obtida e suas demandas.

7 CONCLUSÃO

A DNV é o instrumento de coleta de dados para alimentação do SINASC, importante base para cálculos de estatísticas vitais, indicadores estratégicos e análise da situação de saúde. Garantir a completude e a consistência das informações registradas é fundamental para tomada de decisão baseada em evidências.

A Vigilância em Saúde se baseia nos diagnósticos epidemiológicos obtidos através da análise de dados para subsidiar atuação oportuna sobre os determinantes de saúde e contribuir na prevenção da mortalidade materno-infantil.

No MRJ, há rotinas de monitoramento do SINASC e qualificação da informação, garantindo melhoria nas bases de dados, mas dificultando uma análise fidedigna das fragilidades encontradas nos documentos originais.

A heterogeneidade de funções e a limitação de informações da DNV sobre os responsáveis pelo seu preenchimento é um obstáculo na avaliação do perfil desses profissionais. Nesse contexto, conhecer suas características sociodemográficas e profissionais favoreceria a escolha da metodologia e frequência de aplicação de treinamentos e capacitações. A educação permanente pode proporcionar mais segurança aos profissionais, facilitar a incorporação dos processos à rotina de trabalho e minimizar problemas futuros. Assim, um maior detalhamento no SINASC acerca da função do responsável pelo preenchimento da DNV favoreceria a obtenção de um perfil mínimo e permitiria análises mais detalhadas acerca da completude e da consistência das variáveis por categoria profissional.

Ações de fácil aplicação, custo reduzido e que alcancem profissionais de diferentes categorias e funções são de grande relevância para gestão e assistência à saúde. Produções científicas que contemplem essa abordagem também contribuem na melhoria do cuidado em saúde e influenciam na qualidade dos serviços.

O projeto apresentado contém limitações metodológicas quanto ao tipo de análise de dados realizada. Recomenda-se expandir o escopo da pesquisa e submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa para garantir a aplicação do instrumento proposto e, após análise dos dados coletados, elaborar um treinamento técnico adequado ao perfil do público avaliado.

REFERÊNCIAS

BONILHA, E. A. *et al.* Cobertura, completude e confiabilidade das informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos de maternidades da rede pública no município de São Paulo, 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, p. e201712811, 15 fev. 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde – PNIIS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). **ODS Brasil**, 2018. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo/objetivo?n=3>. Acesso em: 18 nov. 2024

BRASIL. **Declaração de Nascido Vivo**: manual de instruções para preenchimento. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

COSTA, J. M. B. S.; FRIAS, P. G. Avaliação da completude das variáveis da Declaração de Nascido Vivo de residentes em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 613–624, mar. 2009.

GABRIEL, G. P. *et al.* Avaliação das informações das Declarações de Nascidos Vivos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) em Campinas, São Paulo, 2009. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 32, p. 183–188, set. 2014.

GUERRA, F. A. R. *et al.* Confiabilidade das informações das declarações de nascido vivo com registro de defeitos congênitos no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 438–446, fev. 2008.

GUIMARÃES, A. L. S. *et al.* Análise das malformações congênitas a partir do relacionamento das bases de dados de nascidos vivos e óbitos infantis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 19, p. 917–924, 2 set. 2019.

GUIMARÃES, E. A. A. *et al.* O contexto organizacional do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos segundo profissionais de saúde do nível municipal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 14, p. 165–172, jun. 2014.

LINO, R. R. G. *et al.* Tendência da incompletude das estatísticas vitais no período neonatal, estado do Rio de Janeiro, 1999-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 28, p. e2018131, 4 jul. 2019.

MELLO JORGE, M. H. P. *et al.* Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, p. 1–46, 1993.

OLIVEIRA, M. M. D. *et al.* Avaliação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Brasil, 2006 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 629–640, out. 2015.

PEDRAZA, D. F. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc): análise crítica da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 2729–2737, out. 2012.

PEDRAZA, D. F. Sistema de informações sobre nascidos vivos: uma análise da qualidade com base na literatura. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, p. 143–152, 9 abr. 2021.

REGADAS, C. T. *et al.* Evolução da completude e consistência do registro de gastroscopia no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos no Brasil, de 2005 a 2020. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, p. e00165922, 5 jun. 2023.

ROMAGUERA, A. D. A. *et al.* Concordância e completude dos dados sobre nascidos vivos e óbitos infantis. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 33, p. e-APE20180309, 11 mar. 2020.

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, p. 701–714, mar. 2007.

SCHOEPS, D. O papel dos profissionais de saúde na qualidade da informação de óbitos perinatais e nascidos vivos no município de São Paulo. p. 116–116, 2012.

SILVA, L. P. *et al.* Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e do Sistema de Informações sobre Mortalidade no período neonatal, Espírito Santo, Brasil, de 2007 a 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 2011–2020, 2013.

SILVESTRIN, S. *et al.* Avaliação da incompletude da variável escolaridade materna nos registros das Declarações de Nascidos Vivos nas capitais brasileiras - 1996 a 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, p. e00039217, 19 fev. 2018.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Avaliação das informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, p. e00214918, 7 out. 2019.

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, v. 20, p. S83–S91, 2004.

APÉNDICE

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOBRE O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS RESPONSÁVEIS PELO PREENCHIMENTO DA DNV

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS RESPONSÁVEIS PELO PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV)

1. Identificação do profissional

1.1. Nome do profissional: _____		
1.2. Data de nascimento: ____/____/_____	1.3. Idade: _____ anos	
1.4. Raça/Cor:	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Preta
	<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Indígena
		<input type="checkbox"/> Amarela
		<input type="checkbox"/> Ignorado
1.5. Escolaridade: <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Ignorado		
1.6. Formação acadêmica: _____		
1.7. Pós graduação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		
Caso SIM, qual(is)? _____		

2. Atuação na Unidade de Saúde

2.1. Unidade de Saúde: _____		
2.2. CNES da Unidade de Saúde: _____		
2.3. Esfera administrativa: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Não público		
2.4. Setor de atuação na unidade: _____		
2.5. Função/Cargo na unidade: _____		
2.6. Tempo de atuação na unidade:		
<input type="checkbox"/> Menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 6 a 11 meses	<input type="checkbox"/> 1 a 3 anos
<input type="checkbox"/> 4 a 5 anos	<input type="checkbox"/> Mais de 5 anos	<input type="checkbox"/> Ignorado
2.7. Carga horária na unidade: _____		
2.8. Desempenha outra função além do preenchimento de DNV? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Caso SIM, qual(is)? _____		
2.9. Possui outro emprego? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		

3. Preenchimento da Declaração de Nascido Vivo

3.1. Tempo atuando no preenchimento de DNV:		
<input type="checkbox"/> Menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 6 a 11 meses	<input type="checkbox"/> 1 a 3 anos
<input type="checkbox"/> 4 a 5 anos	<input type="checkbox"/> Mais de 5 anos	<input type="checkbox"/> Ignorado
3.2. Recebeu algum treinamento/capacitação para preenchimento de DNV? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Caso SIM, quem foi o responsável pelo treinamento/capacitação?		
<input type="checkbox"/> Ministério da Saúde (MS)	<input type="checkbox"/> Divisão de Vigilância em Saúde (DVS)	
<input type="checkbox"/> Secretaria Estadual de Saúde (SES)	<input type="checkbox"/> Chefia / Supervisor (a) da unidade	
<input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	<input type="checkbox"/> Colega de trabalho	
<input type="checkbox"/> Outro: _____		
Caso SIM, há quanto tempo passou por treinamento/capacitação?		
<input type="checkbox"/> Menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 6 a 11 meses	<input type="checkbox"/> 1 a 3 anos

4 a 5 anos Mais de 5 anos Ignorado

Caso SIM, qual a modalidade do treinamento/capacitação?

Presencial Online Outra: _____

Caso SIM, qual sua opinião sobre esse treinamento/capacitação?

Ótimo Bom Regular Insuficiente Ignorado

3.3. Você tem dificuldades/dúvidas para preencher alguma variável da DNV? Sim Não

Caso SIM, qual(is) variável(is)? _____

3.4. Precisa de ajuda de outro profissional para preencher alguma variável da DNV?

Sim Não

Caso SIM, de qual profissional (categoria/função)? _____

Caso SIM, qual(is) variável(is) são preenchidas com ajuda? _____

3.5. Você conhece o Manual de Instruções de Preenchimento de DNV do Ministério da Saúde?

Sim Não

Caso SIM, já fez uso do manual para preencher a DNV? Sim Não

3.6. Qual(is) a(s) fonte(s) das informações que são registradas na DNV?

[Para essa questão é possível assinalar mais de 1 opção]

Prontuário Relato da parturiente ou familiar Caderneta da gestante

Ignorado Outro: _____

3.7. Você preenche integralmente a DNV? Sim Não

Caso NÃO, qual(is) variável(is) não são preenchidas? _____

3.8. Qual(is) a(s) função(ões) da DNV?

[Para essa questão é possível assinalar mais de 1 opção]

Registro no cartório Uso epidemiológico/estatístico


Arquivo na unidade de saúde Ignorado

Outro: _____

Fonte: elaboração própria.

ANEXO

ANEXO A – DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV)

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Nascido Vivo	
I Identificação do Recém-nascido		1 Nome do Recém-nascido (RN) _____	
2 Data e hora do nascimento 2 Data _____ Hora _____		3 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> I - Ignorado <input type="checkbox"/> F - Feminino	
4 Peso ao nascer _____ em gramas		5 Índice de Apgar - 1º e 5º minutos 1º _____ 5º _____	
6 Detectada alguma anomalia congênita? Usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorada		7 Local da ocorrência <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Aldeia indígena <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Outros	
8 Estabelecimento _____		9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da(o) parturiente (rua, praça, avenida, etc) _____	
10 CEP _____		11 Bairro/Distrito _____	
12 Município de ocorrência _____		13 UF _____	
14 Nome _____		15 Cartão SUS _____	
16 Escolaridade (última série concluída) Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª série) <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Ignorado		17 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada(o)/desempregada(o)) _____	
18 Data de nascimento _____		19 Idade (anos) _____	
20 Naturalidade _____		21 Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteira (o) <input type="checkbox"/> Casada(o) <input type="checkbox"/> Viúva(o) <input type="checkbox"/> Separada (o) (judicialmente) divorciada (o) <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Ignorada	
22 Raça / Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Parda		23 Logradouro _____	
24 CEP _____		25 Bairro/Distrito _____	
26 Município _____		27 UF _____	
28 Nome _____		29 Idade _____	
30 Histórico gestacional ■ Nº gestações anteriores _____ ■ Nº de partos vaginais _____ ■ Nº de cesáreas _____ ■ Nº de nascidos vivos _____ ■ Nº de perdas fetais / abortos _____		31 Data da última Menstruação (DUM) ____/____/____	
32 Nº de semanas de gestação, se DUM ignorada _____		33 Número de consultas de pré-natal _____	
34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal _____		35 Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla ou mais <input type="checkbox"/> Ignorada	
36 Apresentação <input type="checkbox"/> Cefálica <input type="checkbox"/> Pélvica ou Podálica <input type="checkbox"/> Transversa <input type="checkbox"/> Ignorada		37 O Trabalho de parto foi induzido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorada	
38 Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorada		39 Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Ignorada	
40 Nascimento assistido por <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro ou Obstetiz <input type="checkbox"/> Parteira <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorada		41 Descrever todas as anomalias congênicas observadas _____ _____ _____	
42 Data do preenchimento _____		43 Nome do responsável pelo preenchimento _____	
44 Função <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Parteira <input type="checkbox"/> Func. Cartório <input type="checkbox"/> Outros (descrever) _____		45 Tipo documento <input type="checkbox"/> QNES <input type="checkbox"/> CRM <input type="checkbox"/> COREN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CPF	
46 Nº do documento _____		47 Órgão emissor _____	
48 Cartório _____		49 Registro _____	
50 Data _____		51 Município _____	
52 UF _____		53 _____	

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO
 O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.
 Para registrar esta criança, a(o) responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

Versão 08/21 - 1ª Impressão 01/2022

V.4458 - BH