

ANÁLISE DOS INDICADORES DE NATALIDADE E SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM CATANDUVA

❖ INTRODUÇÃO

Este relatório apresenta uma análise detalhada sobre os indicadores de natalidade e saúde materna e infantil. Aborda os principais fatores que influenciam a saúde de mães e crianças, incluindo os desafios enfrentados e as intervenções realizadas para melhorar os cuidados no ciclo gravídico-puerperal e no desenvolvimento infantil.

❖ OBJETIVOS

- Monitorar e avaliar os indicadores de natalidade e saúde materno-infantil.
- Identificar fatores de risco e vulnerabilidades no período gestacional e neonatal.
- Avaliar a qualidade da atenção prestada às gestantes, puérperas e crianças.
- Propor estratégias para melhoria contínua da saúde materna e infantil.

❖ METODOLOGIA

A metodologia adotada para a elaboração deste relatório consistiu na coleta de dados secundários, incluindo registros de atendimentos, prontuários eletrônicos, relatórios do Sistema de Informação IDS e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) no mês de **ABRIL de 2025**. A análise foi pautada na avaliação de indicadores-chave relacionados a natalidade, pré-natal, parto, puerpério e saúde infantil. Além disso, foi realizada uma avaliação das ações e programas locais, com foco nas estratégias implementadas pela atenção básica para a promoção da saúde materno-infantil.

❖ ANÁLISE DOS DADOS

• NATALIDADE

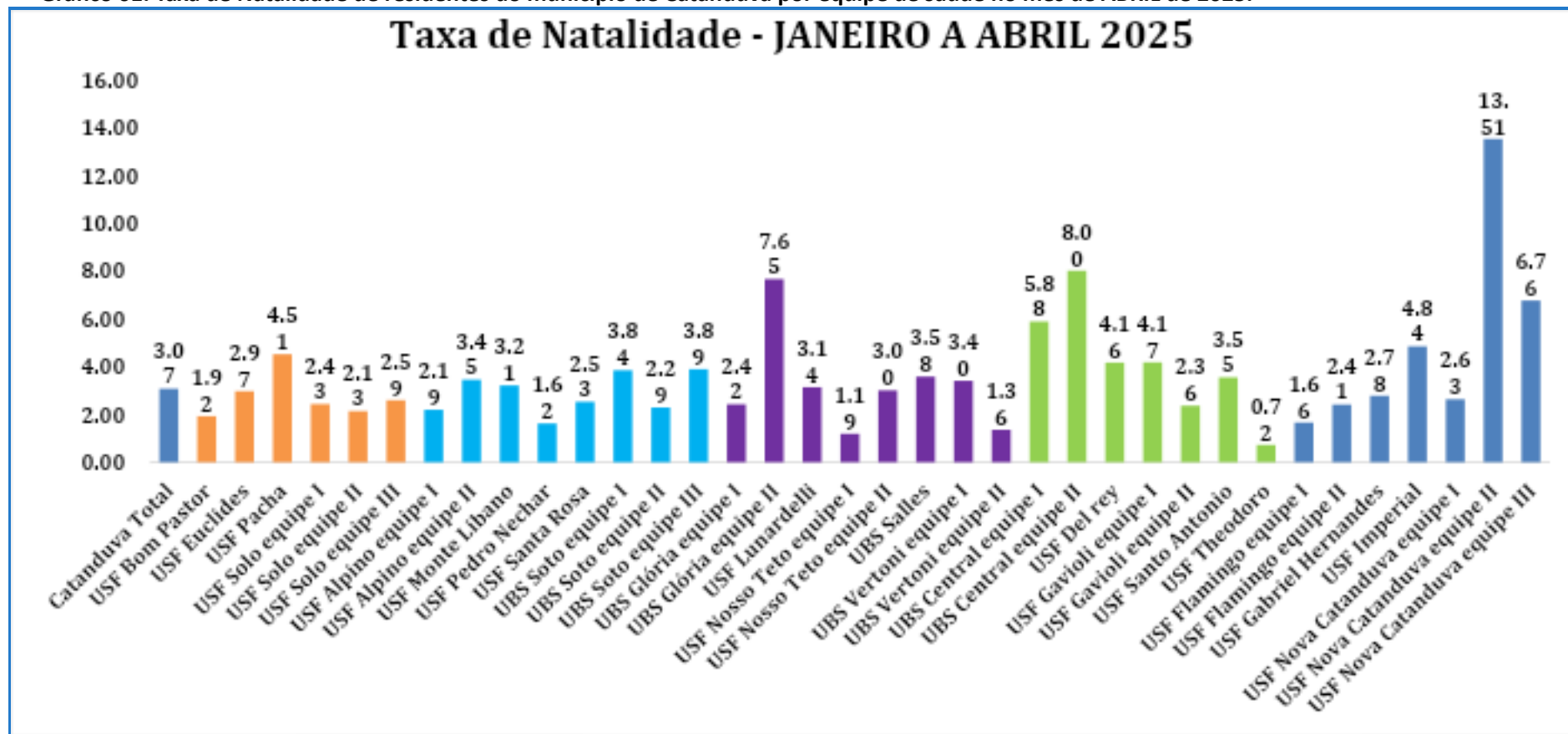
A natalidade é definida como o índice que mensura o número de nascimentos vivos ocorridos em uma determinada população durante um período específico. É um indicador demográfico amplamente utilizado para compreender a dinâmica populacional e sua relação com fatores socioeconômicos,

culturais e políticos. A taxa de natalidade, frequentemente expressa como o número de nascimentos por mil habitantes em um ano, é um dos principais parâmetros utilizados na análise demográfica e no planejamento de políticas públicas.

- **TAXA DE NATALIDADE**

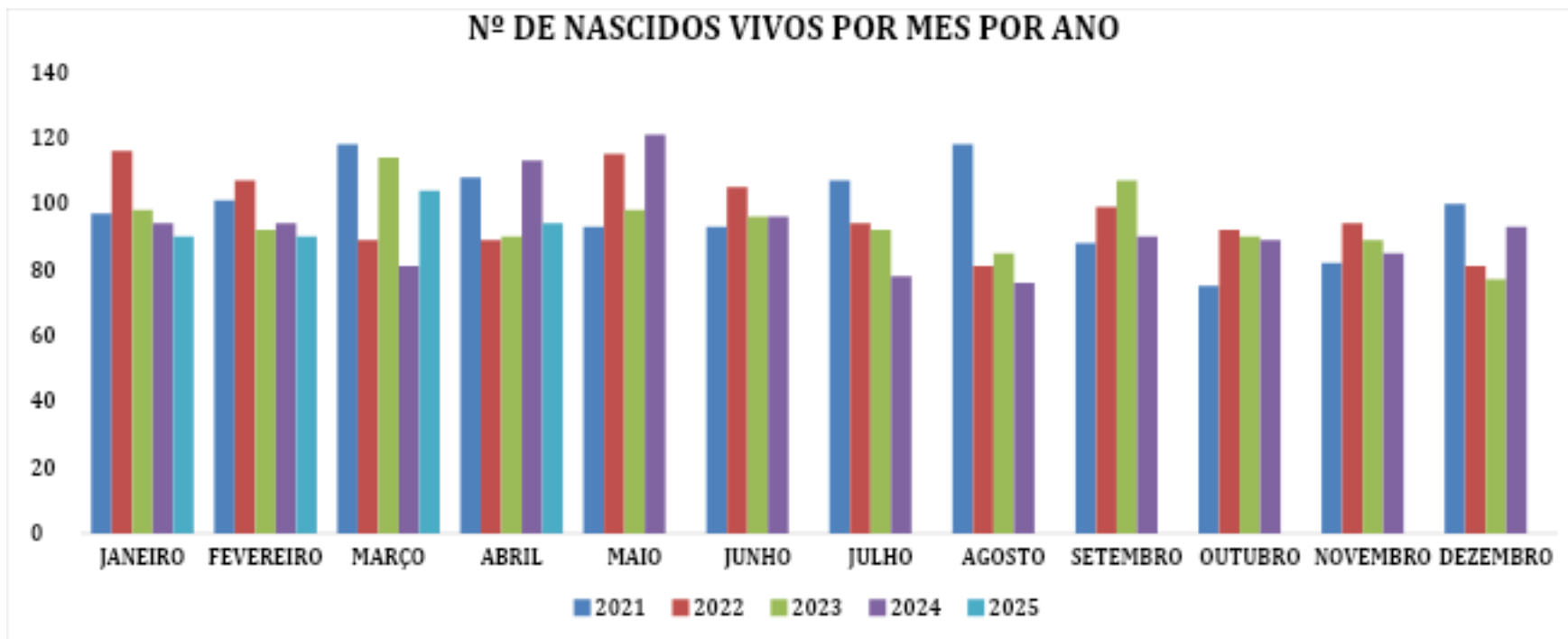
A taxa de natalidade é calculada utilizando a fórmula: número de nascidos vivos dividido pelo total da população multiplicado por mil.

Gráfico 01. Taxa de Natalidade de residentes do município de Catanduva por equipe de saúde no mês de ABRIL de 2025.



Fonte: SINASC,2025. Acesso 08/05/2025

Gráfico 02. Número bruto de nascidos vivos por mês por ano no período de 2021 a 2025 em residentes do município de Catanduva.



Fonte: SINASC,2025. Acesso 08/05/2025

Gráfico 03. Número bruto de nascidos vivos em residentes do município de Catanduva por mês em 2025.

USF Dr. Athos Procópio de Oliveira (Imperial)	2	3	4	4									13
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe I)	0	2	0	4									6
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe II)	9	3	10	4									26
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe III)	1	1	3	3									8
Consultório na RUA	0	0	0	0									0
Area Rural não identificada	0	0	0	0									0

Fonte: SINASC,2025. Acesso 08/05/2025

- **IDADE MATERNA:**

A relação entre natalidade e idade materna é um tema amplamente estudado na demografia e na saúde pública, uma vez que a idade em que as mulheres têm filhos influencia tanto os indicadores de saúde materno-infantil quanto as tendências populacionais. A idade materna afeta não apenas as taxas de natalidade, mas também a qualidade das condições de vida e saúde, além de ser influenciada por fatores sociais, culturais, econômicos e biológicos.

Idade Materna e Suas Categorias

A idade materna é geralmente dividida em três categorias principais, cada uma com suas particularidades e implicações:

- **Adolescência (≤19 anos):**

Gravidezes na adolescência estão frequentemente associadas a um aumento nos riscos de complicações obstétricas, como parto prematuro, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal. A taxa de natalidade entre adolescentes é mais elevada em regiões caracterizadas por baixa escolaridade, desigualdade de gênero e acesso restrito a métodos contraceptivos. Além disso, as taxas de natalidade na adolescência servem como um indicativo do nível de desenvolvimento social e da eficácia das políticas públicas voltadas à saúde sexual e reprodutiva.

- **Idade reprodutiva ideal (20-34 anos):**

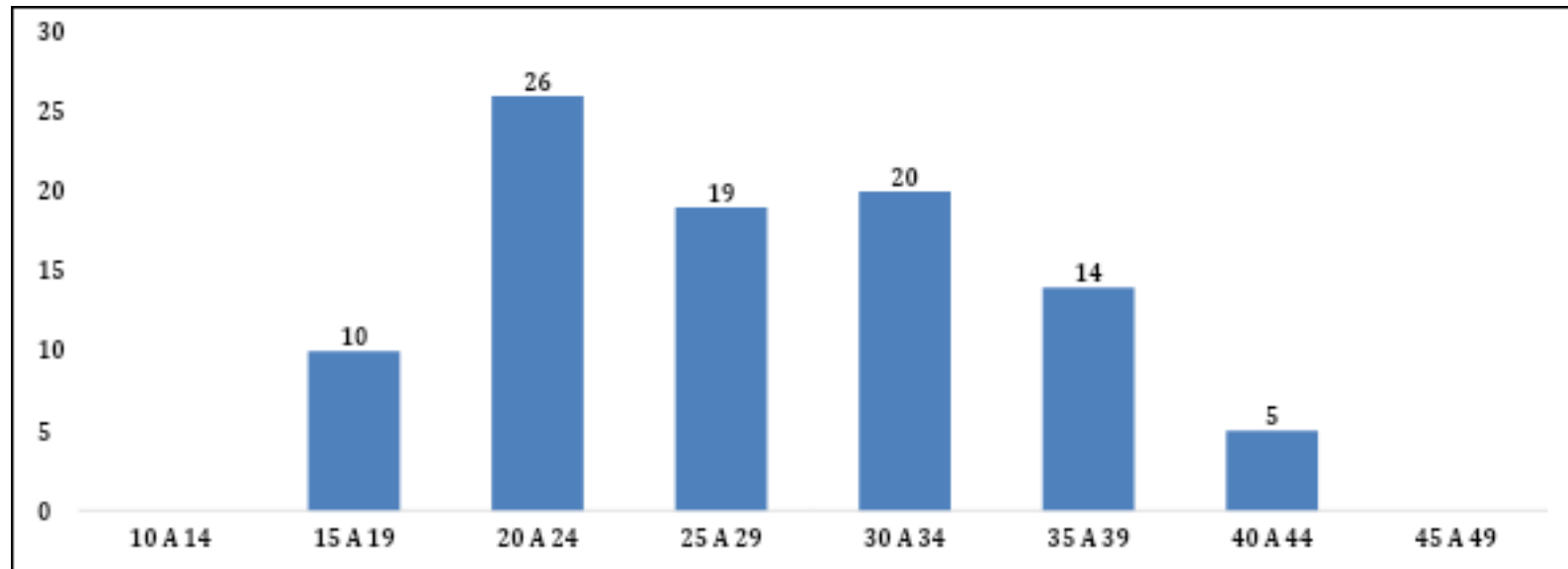
A idade reprodutiva ideal, considerada entre 20 e 34 anos, é frequentemente vista como o período mais seguro para a gestação, tanto para a mãe quanto para o bebê, devido às condições biológicas mais favoráveis. As taxas de natalidade nessa faixa etária costumam ser mais altas, pois coincide com o

auge da fertilidade feminina. No entanto, o adiamento da maternidade nesse período tem se intensificado, sendo influenciado pelo aumento do acesso à educação superior, pela inserção das mulheres no mercado de trabalho e pelo maior uso do planejamento familiar.

▪ **Idade materna avançada (≥35 anos):**

A gestação em idades avançadas, definida como ≥35 anos, tem se tornado mais comum devido a mudanças socioculturais, como a priorização da carreira profissional e o adiamento da maternidade. Embora os avanços médicos tenham melhorado os cuidados com as gestantes nessa faixa etária, a idade materna avançada ainda está associada a maiores riscos de complicações, como hipertensão, diabetes gestacional, maior incidência de cesáreas e uma probabilidade aumentada de alterações genéticas no bebê, como a síndrome de Down. A natalidade em idades avançadas é mais prevalente em países com altos índices de escolarização e maior acesso a tecnologias de reprodução assistida.

Gráfico 04. Número bruto de nascidos vivos por idade da mãe em residentes do município de Catanduva em ABRIL de 2025.



Fonte: SINASC, 2025. Acesso 08/05/2025

Tabela 02. Número bruto de nascidos vivos por idade da mãe de residentes do município de Catanduva no mês de ABRIL de 2025.

UNIDADES DE SAÚDE	NASCIDOS VIVOS POR IDADE DA MÃE 2025																
	10-14		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Catanduva	0	0,00	10	10,638	26	27,66	19	20,213	20	21,277	14	14,894	5	5,32	0	0	94
USF Dr. Milton Maguollo (Bom Pastor)	0	0	0	0	1	50	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	2
USF Dr. Jose Ramiro Madeira (Euclides)	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
USF Dr. Sergio Banhos (Pachá)	0	0	0	0	2	33,333	1	16,667	2	33,333	1	16,667	0	0	0	0	6
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe I)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe II)	0	0	0	0	2	66,667	0	0	1	33,333	0	0	0	0	0	0	3
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe III)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1
USF Dr. Napoleão Pellicano (Alpino I)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1
USF Dr. Napoleão Pellicano (Alpino II)	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
USF Dr. Olavo Barros (Monte Líbano)	0	0	0	0	1	50	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0	2
USF Dra. Gesabel Clemente Marques de la Haba (Pedro Nechar)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1
USF Dr. Armino Mastrocola (Santa Rosa)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	40	3	60	0	0	0	0	5
UBS Dr. José Barrionuevo (Soto I)	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
UBS Dr. José Barrionuevo (Soto II)	0	0	0	0	1	50	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	2
UBS Dr. José Barrionuevo (Soto III)	0	0	0	0	0	0	1	50	1	50	0	0	0	0	0	0	2
UBS Enf. Diomar José dos Santos (Glória I)	0	0	1	33,333	0	0	1	33,333	1	33,333	0	0	0	0	0	0	3
UBS Enf. Diomar José dos Santos (Glória II)	0	0	0	0	4	66,667	2	33,333	0	0	0	0	0	0	0	0	6
USF Dr. Geraldo Mendonça Uchoa (Lunardelli)	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0	2
USF Dr. Michel Curi (Nosso Teto equipe I)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1
USF Dr. Michel Curi (Nosso Teto equipe II)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1

UBS Dr. Francisco Lopes Ladeira (Salles)	0	0	0	0	0	0	1	33,333	2	66,667	0	0	0	0	0	0	3
UBS Dr. Vicente Buchianeri (Vertoni I)	0	0	0	0	2	66,667	0	0	0	0	0	0	1	33,333	0	0	3
UBS Dr. Vicente Buchianeri (Vertoni II)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1
UBS Dr. Luiz Carlos Figueiredo Malheiros (Central I)	0	0	0	0	1	33,333	1	33,333	0	0	1	33,333	0	0	0	0	3
UBS Dr. Luiz Carlos Figueiredo Malheiros (Central II)	0	0	0	0	1	25	1	25	0	0	2	50	0	0	0	0	4
USF Dr. Sergio da Costa Peres (Del Rey)	0	0	0	0	0	0	3	75	0	0	1	25	0	0	0	0	4
USF Dr. José Rocha (Gavioli equipe I)	0	0	0	0	2	66,667	1	33,333	0	0	0	0	0	0	0	0	3
USF Dr. José Rocha (Gavioli equipe II)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33,333	0	0	2	66,667	0	0	3
USF Dr. João Miguel Calil (Santo Antônio)	0	0	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0	1	50	0	0	2
USF Dr. Carlos Eduardo Bauab (Theodoro)	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1
USF Dra. Isabel Ettruri (Flamingo equipe I)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	1	50	0	0	0	0	2
USF Dra. Isabel Ettruri (Flamingo equipe II)	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
USF Dr. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandez)	0	0	2	40	1	20	0	0	1	20	1	20	0	0	0	0	5
USF Dr. Athos Procópio de Oliveira (Imperial)	0	0	2	50	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	0	0	4
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe I)	0	0	2	50	2	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe II)	0	0	0	0	1	25	3	75	0	0	0	0	0	0	0	0	4
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe III)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33,333	2	66,667	0	0	0	0	3

Fonte: SINASC,2025. Acesso 08/05/2025

Os dados revelam a distribuição dos nascimentos por faixa etária da mãe nas unidades de saúde de Catanduva, mostrando as diferentes contribuições de cada faixa etária para o total de nascidos vivos.

Faixa Etária de 20-24 anos (27,66%) e 30-34 anos (21,27%) se destacam com uma contribuição significativa para o total de nascimentos, somando juntos **48,93%** dos nascimentos em Catanduva.

Faixa Etária de 25-29 anos (20,21%) também apresenta uma proporção relevante, indicando que as mulheres nessa faixa etária continuam sendo as mais prevalentes entre as mães.

As faixas etárias mais jovens, de **10-14 anos (0%)** e **15-19 anos (10,64%)**, apresentam números menores, mas ainda indicam a necessidade de atenção para a saúde materno-infantil, principalmente devido aos riscos associados a gestações em idades mais precoces.

Para as faixas etárias mais avançadas, **40-44 anos (5,32%)** e **45-49 anos (0%)**, a quantidade de nascimentos é bastante reduzida, mas esse dado deve ser acompanhado devido aos riscos aumentados para a saúde da mãe e do bebê.

A análise sugere que a maior parte dos nascimentos está concentrada em faixas etárias mais maduras (25-29 e 30-34 anos). Isso pode indicar uma tendência de postergação da maternidade em Catanduva. Ao mesmo tempo, a presença de nascimentos em faixas etárias mais jovens, especialmente de 15-19 anos, destaca a necessidade de estratégias de educação sexual e de saúde para gestantes adolescentes. Recomenda-se que as unidades de saúde intensifiquem ações direcionadas às adolescentes grávidas, promovam o acesso a informações sobre planejamento familiar, além de reforçar o monitoramento de gestantes com 35 anos ou mais, para garantir a saúde materno-infantil.

❖ ATENÇÃO PRÉ-NATAL

O **pré-natal** é o acompanhamento médico realizado durante a gestação, com o objetivo de monitorar a saúde da mulher grávida e o desenvolvimento do feto, além de prevenir, identificar e tratar possíveis complicações. Este cuidado é essencial para garantir a saúde materna e fetal, promovendo uma gravidez segura e saudável.

O acompanhamento regular durante a gestação tem um impacto significativo nos resultados da gravidez, com benefícios diretos para a saúde da mãe e do bebê. Os principais objetivos do pré-natal incluem:

- **Deteção precoce de complicações:** Identificação de condições como hipertensão gestacional, diabetes gestacional, anemia, infecções e problemas no desenvolvimento fetal.
- **Promoção da saúde materno-infantil:** Acompanhamento adequado das condições de saúde, com orientações sobre nutrição, atividade física, uso de medicamentos e cuidados com o bem-estar emocional.
- **Planejamento do parto:** Discutir e planejar o tipo de parto, condições de saúde e escolhas da gestante.
- **Educação em saúde:** Orientações sobre a importância da amamentação, cuidados com o bebê após o nascimento, entre outros.

Tabela 03. Indicadores de gestantes do programa Previne Brasil em ABRIL de 2025.

EQUIPES DE SAÚDE	Nº DE GESTANTES IDENTIFICADAS NO TERRITÓRIO	Nº DE GESTANTES QUE TEM 6 OU MAIS CONSULTAS DE PRE NATAL, SENDO A 1ª ATÉ A 12ª SEMANA DE GESTAÇÃO	% DE GESTANTES QUE TIVERAM A 1ª CONSULTA PRE NATAL ATÉ A 12ª SEMANA DE GESTAÇÃO E POSSUEM 6 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ NATAL	Nº DE GESTANTES QUE TEM SOROLOGIA AVALIADA OU TESTE RÁPIDO REALIZADO PARA SÍFILIS E HIV	% DE GESTANTES QUE TEM SOROLOGIA AVALIADA OU TESTE RÁPIDO REALIZADO PARA SÍFILIS E HIV	Nº DE GESTANTES QUE TEM AO MENOS UMA CONSULTA DE PRE NATAL NA APS E UMA CONSULTA ODONTOLÓGICA	% DE GESTANTES QUE TEM AO MENOS UMA CONSULTA DE PRE NATAL NA APS E UMA CONSULTA ODONTOLÓGICA
TOTAL CATANDUVA	248	194	53,02	218	59,58	227	62,04
BOM PASTOR	6	6	100	6	100	6	100
EUCLIDES	6	3	50	5	83	5	83

PACHÁ	14	13	93	13	93	14	100
SOLO 1	6	5	83	6	100	6	100
SOLO 2	9	6	67	9	100	9	100
SOLO 3	6	5	83	5	83	6	100
ALPINO 1	10	8	80	9	90	9	90
ALPINO 2	3	3	100	3	100	3	100
MONTE LÍBANO	9	7	78	6	67	7	78
PEDRO NECHAR	4	3	75	3	75	4	100
SANTA ROSA	7	4	57	5	71	7	100
SOTO 1	13	11	85	13	100	12	92
SOTO 2	6	3	50	5	83	4	67
SOTO 3	4	4	100	4	100	2	50
GLÓRIA 1	1	1	100	1	100	1	100
GLÓRIA 2	7	6	86	7	100	7	100
LUNARDELLI	10	8	80	6	60	8	80
NOSSO TETO 1	4	2	50	4	100	4	100
NOSSO TETO 2	5	4	80	5	100	5	100
VERTONI 1	4	4	100	4	100	4	100
VERTONI 2	5	4	80	4	80	4	80
SALLES	8	6	75	8	100	8	100

CENTRAL 1	4	3	75	2	50	4	100
CENTRAL 2	9	7	78	7	78	9	100
DEL REY	12	7	58	4	33	6	50
GAVIOLI 1	6	4	67	6	100	6	100
GAVIOLI 2	5	5	100	5	100	5	100
SANTO ANTÔNIO	9	2	22	9	100	9	100
THEODORO	6	4	67	5	83	6	100
FLAMINGO 1	2	2	100	2	100	2	100
FLAMINGO 2	7	6	86	7	100	7	100
GABRIEL HERNANDES	15	14	93	14	93	12	80
IMPERIAL	4	4	100	4	100	4	100
NOVA CATANDUVA 1	9	9	100	9	100	9	100
NOVA CATANDUVA 2	6	6	100	6	100	6	100
NOVA CATANDUVA 3	7	5	71	7	100	7	100

Fonte: Sistema IDS e Informações da Unidade, 2025. Acesso 23/04/2025

● EXAMES DE ROTINA DE GESTANTE

Durante o acompanhamento pré-natal na Atenção Básica, a realização de exames de rotina é fundamental para garantir a saúde da gestante e do bebê ao longo da gestação. No município de Catanduva-SP, existe um Protocolo de Enfermagem voltado à Saúde da Mulher que orienta e organiza as ações a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde, incluindo a solicitação de exames conforme os trimestres gestacionais. A partir dessas diretrizes, foi elaborada uma tabela contendo a relação dos exames recomendados para cada fase da gestação, de forma a facilitar o acompanhamento e a padronização do cuidado pré-natal.

Tabela 06. Exames de rotina das gestantes durante o pré-natal, ABRIL de 2025.

EXAMES DE ROTINA	Nº DE EXAMES REALIZADOS 1º TRIMESTRE	% DE GESTANTES COM EXAMES REALIZADOS	Nº DE EXAMES REALIZADOS 2º TRIMESTRE	% DE GESTANTES COM EXAMES REALIZADOS	Nº DE EXAMES REALIZADOS 3º TRIMESTRE	% DE GESTANTES COM EXAMES REALIZADOS
TIPO SANGUINEO	0	0	0	0	0	0
FATOR RH	0	0	0	0	0	0
TESTE DE COOMBS INDIRETO	0	0	0	0	0	0
HEMOGLOBINA	0	0	0	0	0	0
HEMATÓCRITO	0	0	0	0	0	0
ELETOFORESE DE HEMOGLOBINA	0	0	0	0	0	0
GLICEMIA EM JEJUM	0	0	0	0	0	0
TESTE DE TOLERANCIA A GLICOSE	0	0	0	0	0	0
TESTE RAPIDO DE TRIAGEM PARA SIFILIS	0	0	0	0	0	0
VDRL	0	0	0	0	0	0
ANTI HIV I	0	0	0	0	0	0
ANTI HIV II	0	0	0	0	0	0
TESTE RAPIDO PARA HIV	0	0	0	0	0	0
SOROLOGIA PARA HEPATITE B	0	0	0	0	0	0
HBSAG	0	0	0	0	0	0
HBeAg	0	0	0	0	0	0
TRANSAMINASES ALT TGP	0	0	0	0	0	0
TRANSAMINASES AST TGO	0	0	0	0	0	0
TOXOPLASMOSE IGG	0	0	0	0	0	0
TOXOPLASMOSE IGM	0	0	0	0	0	0
URINA TIPO I	0	0	0	0	0	0
UROCULTURA	0	0	0	0	0	0
ANTIBIOGRAMA	0	0	0	0	0	0
PARASITOLÓGICO DE FEZES	0	0	0	0	0	0
COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA	0	0	0	0	0	0

Fonte: Sistema IDS, 2025.

- **PARTO E NASCIMENTO**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a taxa ideal de cesarianas se situe entre 10% e 15% dos partos. Estudos indicam que, em nível populacional, taxas de cesariana acima de 10% não estão associadas a reduções nas mortalidades materna e neonatal. Embora a cesariana possa ser uma intervenção salva-vidas quando clinicamente indicada, sua realização sem necessidade médica pode expor mães e recém-nascidos a riscos desnecessários.

- **Tipos de Parto:**

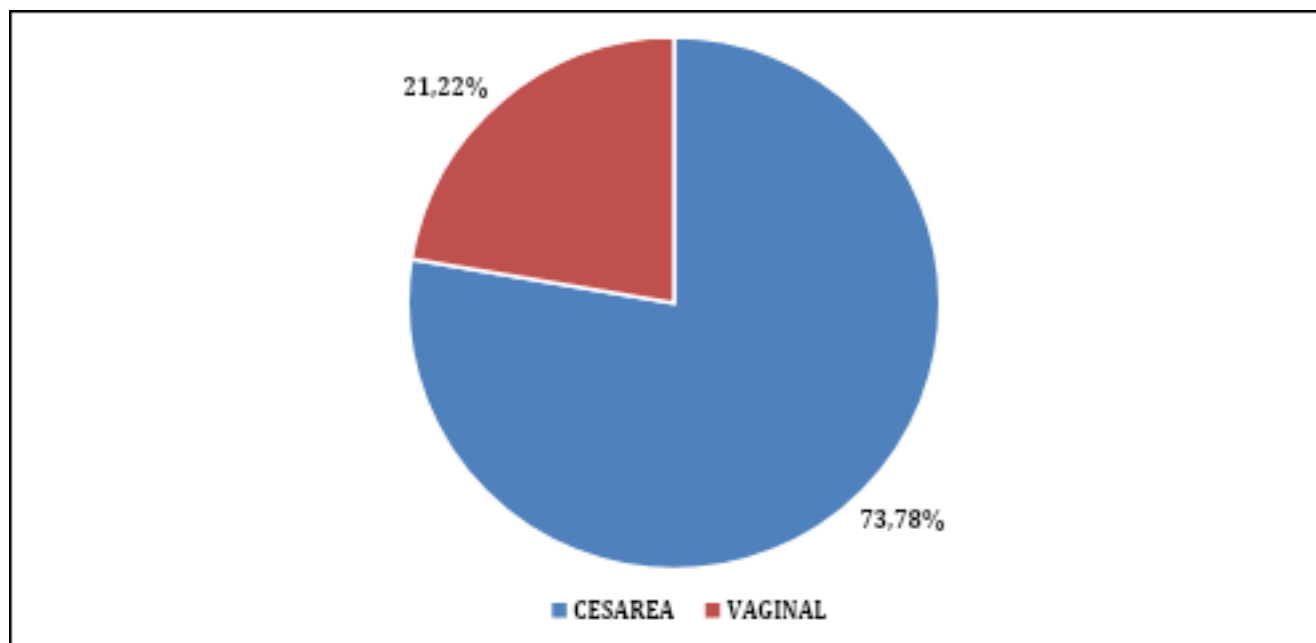
Parto Normal: O parto normal consiste na expulsão espontânea do feto pelo canal vaginal, sem intervenções cirúrgicas. É considerado o método fisiológico mais seguro, com benefícios associados à recuperação materna rápida e ao estímulo respiratório neonatal.

Parto Humanizado: Uma abordagem centrada na mulher, caracterizada pela minimização de intervenções médicas e pelo respeito à autonomia materna. Frequentemente realizado em ambientes acolhedores, valoriza práticas naturais para alívio da dor e suporte emocional por equipe multidisciplinar.

Parto Cesárea: Procedimento cirúrgico no qual o feto é retirado por meio de uma incisão no abdome e no útero. É indicado em situações de emergência obstétrica ou quando há contraindicação ao parto vaginal. Apesar de seguro, está associado a maior tempo de recuperação e riscos cirúrgicos.

Parto Assistido (Instrumental): Envolve o uso de instrumentos, como o fórceps ou a ventosa obstétrica, para auxiliar o parto vaginal. É indicado em casos de sofrimento fetal ou prolongamento do período expulsivo, sendo uma alternativa à cesárea em situações específicas.

Gráfico 05. Número bruto e percentual de nascimento por tipo de parto em residentes do município de Catanduva, em ABRIL de 2025.



Fonte: SINASC,2025. Acesso 08/05/2025

Tabela 08. Tipo parto por local de nascimento de residentes do município de Catanduva no mês de ABRIL de 2025.

UNIDADE DE SAÚDE	TIPO DE PARTO POR LOCAL DE NASCIMENTO ABRIL 2025																			
	HOSPITAL PADRE ALBINO					HOSPITAL SÃO DOMINGOS					OUTROS LOCAIS					TOTAL GERAL				
	CESAREA		VAGINAL		TOTAL	CESAREA		VAGINAL		TOTAL	CESAREA		VAGINAL		TOTAL	CESAREA		VAGINAL		TOTAL
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%	
TOTAL	61	75,3	20	24,7	81	12	92,3	1	7,7	13	0	0,0	0	0,0	0	73	77,7	21	22,3	94
USF Dr. Milton Maguollo (Bom Pastor)	1	50,0	1	50,0	2	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	1	50,0	1	50,0	2
USF Dr. Jose Ramiro Madeira (Euclides)	0	0,0	0	0,0	0	2	100,0	0	0,0	2	0	0,0	0	0,0	0	2	100,0	0	0,0	2
USF Dr. Sergio Banhos (Pachá)	6	100,0	0	0,0	6	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	6	100,0	0	0,0	6
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe I)	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0

USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe II)	3	100,0	0	0,0	3	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	3	100,0	0	0,0	3
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe III)	1	100,0	0	0,0	1	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	1	100,0	0	0,0	1
USF Dr. Napoleão Pellicano (Alpino I)	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0
USF Dr. Napoleão Pellicano (Alpino II)	2	100,0	0	0,0	2	1	100,0	0	0,0	1	0	0,0	0	0,0	0	3	100,0	0	0,0	3
USF Dr. Olavo Barros (Monte Líbano)	0	0,0	1	100,0	1	1	100,0	0	0,0	1	0	0,0	0	0,0	0	1	50,0	1	50,0	2
USF Dra. Gesabel Clemente Marques de la Haba (Pedro Nechar)	0	0,0	1	100,0	1	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	1	100,0	1
USF Dr. Armindo Mastrocola (Santa Rosa)	4	100,0	0	0,0	4	1	100,0	0	0,0	1	0	0,0	0	0,0	0	5	100,0	0	0,0	5
UBS Dr. José Barrionuevo (Soto I)	1	50,0	1	50,0	2	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	1	50,0	1	50,0	2
UBS Dr. José Barrionuevo (Soto II)	1	50,0	1	50,0	2	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	1	50,0	1	50,0	2
UBS Dr. José Barrionuevo (Soto III)	1	50,0	1	50,0	2	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	1	50,0	1	50,0	2
UBS Enf. Diomar José dos Santos (Glória I)	0	0,0	1	100,0	1	1	50,0	1	50,0	2	0	0,0	0	0,0	0	1	33,3	2	66,7	3
UBS Enf. Diomar José dos Santos (Glória II)	5	83,3	1	16,7	6	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	5	83,3	1	16,7	6
USF Dr. Geraldo Mendonça Uchoa (Lunardelli)	1	50,0	1	50,0	2	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	1	50,0	1	50,0	2
USF Dr. Michel Curi (Nosso Teto equipe I)	1	100,0	0	0,0	1	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	1	100,0	0	0,0	1
USF Dr. Michel Curi (Nosso Teto equipe II)	1	100,0	0	0,0	1	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	1	100,0	0	0,0	1
UBS Dr. Francisco Lopes Ladeira (Salles)	2	100,0	0	0,0	2	1	100,0	0	0,0	1	0	0,0	0	0,0	0	3	100,0	0	0,0	3
UBS Dr. Vicente Buchianeri (Vertoni I)	2	66,7	1	33,3	3	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	2	66,7	1	33,3	3
UBS Dr. Vicente Buchianeri (Vertoni II)	1	100,0	0	0,0	1	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	1	100,0	0	0,0	1
UBS Dr. Luiz Carlos Figueiredo Malheiros (Central I)	0	0,0	2	100,0	2	1	100,0	0	0,0	1	0	0,0	0	0,0	0	1	33,3	2	66,7	3
UBS Dr. Luiz Carlos Figueiredo Malheiros (Central II)	2	50,0	2	50,0	4	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	2	50,0	2	50,0	4
USF Dr. Sergio da Costa Peres (Del Rey)	2	66,7	1	33,3	3	1	100,0	0	0,0	1	0	0,0	0	0,0	0	3	75,0	1	25,0	4
USF Dr. José Rocha (Gavioli equipe I)	3	100,0	0	0,0	3	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	3	100,0	0	0,0	3
USF Dr. José Rocha (Gavioli equipe II)	2	66,7	1	33,3	3	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	2	66,7	1	33,3	3
USF Dr. João Miguel Calil (Santo Antônio)	2	100,0	0	0,0	2	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	2	100,0	0	0,0	2
USF Dr. Carlos Eduardo Bauab (Theodoro)	0	0,0	0	0,0	0	1	100,0	0	0,0	1	0	0,0	0	0,0	0	1	100,0	0	0,0	1
USF Dra. Isabel Ettruri (Flamingo equipe I)	2	100,0	0	0,0	2	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	2	100,0	0	0,0	2
USF Dra. Isabel Ettruri (Flamingo equipe II)	1	100,0	0	0,0	1	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	1	100,0	0	0,0	1
USF Dr. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandes)	5	100,0	0	0,0	5	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	5	100,0	0	0,0	5

USF Dr. Athos Procópio de Oliveira (Imperial)	4	100,0	0	0,0	4	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	4	100,0	0	0,0	4
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe I)	2	50,0	2	50,0	4	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	2	50,0	2	50,0	4
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe II)	2	50,0	2	50,0	4	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	2	50,0	2	50,0	4
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe III)	1	100,0	0	0,0	1	2	100,0	0	0,0	2	0	0,0	0	0,0	0	3	100,0	0	0,0	3

Fonte: SINASC,2025. Acesso 08/05/2025

- **CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON**

A Classificação de Robson é uma ferramenta que categoriza gestantes em 10 grupos para monitorar a taxa de cesáreas. Ela é usada para identificar quais grupos de gestantes contribuem mais para o número de cesáreas e, assim, ajudar a reduzir esse número.

Quadro 01. Classificação da composição dos grupos de ROBSON.

Grupo	Idade gestacional	Número de fetos	Apresentação	Paridade	Cesárea prévia	Início do trabalho de parto
1	Termo	Único	Cefálica	Nulípara	Não	Espontâneo
2	Termo	Único	Cefálica	Nulípara	Não	Induzido ou CS eletiva
3	Termo	Único	Cefálica	Multípara	Não	Espontâneo
4	Termo	Único	Cefálica	Multípara	Não	Induzido ou CS eletiva
5	Termo	Único	Cefálica	Multípara	Sim	Independe
6	Independe	Único	Pélvica	Nulípara	Não	Independe
7	Independe	Único	Pélvica	Multípara	Independe	Independe
8	Independe	Múltiplo	Independe	Independe	Independe	Independe
9	Independe	Único	Transversa	Independe	Independe	Independe
10	Pré-termo	Único	Cefálica	Independe	Independe	Independe

Fonte: Portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

Tabela 09. Composição dos grupos de ROBSON dos nascidos residentes do município de Catanduva em ABRIL de 2025

GRUPO DE ROBSON	IDADE GESTACIONAL (Nº DE SEMANAS DE GESTAÇÃO)		NÚMERO DE FETOS (TIPO DE GRAVIDEZ)		APRESENTAÇÃO FETAL (APRESENTAÇÃO DO PARTO)			PARIDADE (Nº DE GESTAÇÕES ANTERIORES)		CESÁREA PRÉVIA (Nº DE CESÁREAS)		INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO (TRABALHO DE PARTO INDUZIDO)		TIPO DE PARTO (ATUAL)		TOTAL	
	TERMO (>=37 SEMANAS GESTAÇÃO)	PRÉ-TERMO (<37 SEMANAS DE GESTAÇÃO)	ÚNICO	MÚLTIPLOS	CEFÁLICA	PÉLVICA	TRANSVERSA OU OBLÍQUA	NULÍPARA (NÃO TEVE FILHOS)	MULTÍPARA (TEVE FILHOS)	SIM	NÃO = 0	SIM	NÃO	CESAREO	VAGINAL	Nº	%
1	22	0	22	0	22	0	0	22	0	0	22	0	22	19	3	22	23,40
2	7	0	7	0	7	0	0	7	0	0	7	7	0	4	3	7	7,45
3	13	0	13	0	13	0	0	0	13	0	13	0	13	6	7	13	13,83
4	3	0	3	0	3	0	0	0	3	0	3	3	0	1	2	3	3,19
5	29	0	29	0	29	0	0	0	29	29	0	2	27	27	2	29	30,85
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
7	3	0	3	0	0	3	0	0	3	2	1	0	3	3	0	3	3,19
8	2	4	0	6	3	2	1	5	1	0	6	0	6	5	1	6	6,38
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
10	0	11	11	0	11	0	0	4	7	7	4	1	10	8	3	11	11,70
TOTAL	79	15	88	6	88	5	1	38	56	38	56	13	81	73	21	94	100,00

Fonte: SINASC, 2025. Acesso 27/05/2025

Tabela 10. Classificação de Robson dos nascidos vivos dos residentes do município de Catanduva em ABRIL de 2025.

CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON						
GRUPO	NÚMERO DE CESÁREA NO GRUPO	NÚMERO DE PARTOS NO GRUPO	TAMANHO DO GRUPO (%)	TAXA DE CESÁREA DO GRUPO (%)	CONTRIBUIÇÃO ABSOLUTA PARA TAXA DE CESÁREA (%)	CONTRIBUIÇÃO RELATIVA PARA A TAXA DE CESÁREA (%)
1	19	22	23,40	86,36	20,21	26,03
2	4	7	7,45	57,14	4,26	5,48
3	6	13	13,83	46,15	6,38	8,22
4	1	3	3,19	33,33	1,06	1,37
5	27	29	30,85	93,10	28,72	36,99
6	0	0	0,00	#DIV/0!	0,00	0,00
7	3	3	3,19	100,00	3,19	4,11
8	5	6	6,38	83,33	5,32	6,85
9	0	0	0,00	#DIV/0!	0,00	0,00
10	8	11	11,70	72,73	8,51	10,96
NÃO CLASSIFICADO	0	0	0,00	#DIV/0!	0,00	0,00
TOTAL	73	94	100,00	77,66	77,66	100,00

Fonte: SINASC,2025. Acesso 27/05/2025

A análise da Classificação de Robson apresentada revela uma taxa global de cesáreas de 77,66% (73 cesáreas em 94 partos), valor bastante elevado e muito acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde, que sugere que taxas superiores a 10–15% não apresentam benefícios adicionais para a mortalidade materna e neonatal. Esse resultado indica uma prática obstétrica altamente intervencionista, com predomínio de cesarianas mesmo em grupos com bom potencial para parto vaginal.

O Grupo 5 (multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, gestação única, cefálica, a termo) é o que mais contribui para a taxa global, correspondendo a 30,85% dos partos e apresentando taxa de cesárea de 93,10%. Sozinho, responde por 28,72% da taxa absoluta e 36,99% da taxa relativa de cesáreas, reforçando a tendência de repetição da cesariana e a ausência de incentivo ou tentativa de parto vaginal após cesariana anterior (PVAC).

O segundo maior contribuinte é o Grupo 1 (primíparas, gestação única, cefálica, a termo, em trabalho de parto espontâneo), que representa 23,40% dos partos e possui uma taxa de cesárea de 86,36%, contribuindo com 20,21% para a taxa total. Esse dado é preocupante, pois trata-se de um grupo com alto potencial para parto vaginal e que deveria ser prioritário nas estratégias de redução de cesarianas. A alta taxa de cesárea nesse grupo pode indicar falhas na condução do trabalho de parto, indicações excessivamente precoces ou uso inadequado de intervenções.

O Grupo 3 (multíparas sem cesárea anterior, gestação única, cefálica, a termo, em trabalho de parto espontâneo), que tradicionalmente tem bom desfecho com parto vaginal, apresenta taxa de cesárea de 46,15%, também considerada elevada. Esse grupo representa 13,83% dos partos e contribui com 6,38% para a taxa total, o que sugere uma abordagem igualmente intervencionista mesmo em mulheres com histórico de parto vaginal.

Os Grupos 2 e 4 (primíparas e múltiparas sem cesárea anterior, com parto induzido ou cesariana antes do trabalho de parto) apresentam taxas de cesárea de 57,14% e 33,33%, respectivamente. Esses valores indicam que as induções podem estar sendo conduzidas de maneira inadequada ou interrompidas precocemente, levando à cesárea desnecessária. O Grupo 2, em particular, contribui com 4,26% para a taxa total, enquanto o Grupo 4 tem impacto menor (1,06%).

Já os Grupos 7 (multíparas com apresentação pélvica) e 8 (gestações múltiplas) apresentam taxas de cesárea elevadas, de 100% e 83,33%, respectivamente, o que pode ser esperado dependendo do contexto clínico, mas ainda assim merece análise crítica. O Grupo 10 (gestações cefálicas prematuras) representa 11,70% dos partos e apresenta taxa de cesárea de 72,73%, sendo responsável por 8,51% da taxa total. Embora o risco perinatal seja maior em prematuros, a taxa observada indica possível excesso de indicações cirúrgicas sem justificativa obstétrica clara.

Os Grupos 6 (nulíparas com apresentação pélvica) e 9 (apresentações transversas ou oblíquas) não apresentaram registros neste conjunto de dados, o que pode indicar baixa frequência dessas condições ou falhas de classificação. Também não há casos não classificados.

Em suma, a análise evidencia que a maior parte das cesáreas se concentra nos Grupos 1, 3 e 5 — todos com gestação única, cefálica e a termo —, o que demonstra que a elevação da taxa de cesáreas não está restrita a casos de alto risco, mas é uma prática generalizada. A redução dessas taxas exige reestruturação da assistência obstétrica, com adoção de práticas baseadas em evidências, valorização do parto vaginal, protocolos claros para indução e manejo do trabalho de parto, e incentivo ao PVAC. A classificação de Robson se mostra uma ferramenta fundamental para identificar onde e como atuar para transformar esse cenário.

- **PESO AO NASCER:**

O peso ao nascer é um dos principais indicadores da saúde neonatal, refletindo o crescimento e o desenvolvimento do feto durante a gestação. Esse parâmetro é amplamente utilizado para prever o risco de complicações no recém-nascido, tanto no período neonatal quanto a longo prazo.

Classificação do Peso ao Nascer:

- **Peso Adequado para a Idade Gestacional (PIG):**

Definido como o peso do recém-nascido que está dentro dos parâmetros normais para a sua idade gestacional. Normalmente, isso é entre 2.500 g e 4.000 g, para uma gestação a termo (39-41 semanas). A maioria dos bebês nasce dentro dessa faixa de peso, o que indica um desenvolvimento saudável durante a gestação.

- **Baixo Peso ao Nascer (BPN):**

Recém-nascido com peso inferior a 2.500 g, independentemente da idade gestacional. Pode ocorrer devido a partos prematuros ou restrição de crescimento intrauterino (RCIU). Maior vulnerabilidade a complicações neonatais, como dificuldades respiratórias, infecções e problemas no desenvolvimento neurocognitivo.

- **Peso Muito Baixo ao Nascer (PBMN):**

Peso inferior a 1.500 g. Geralmente está associado a partos extremamente prematuros ou condições de saúde maternas graves, como hipertensão ou diabetes não controlada. Altamente vulneráveis a complicações graves, incluindo problemas respiratórios, hipotermia e dificuldade para alimentar.

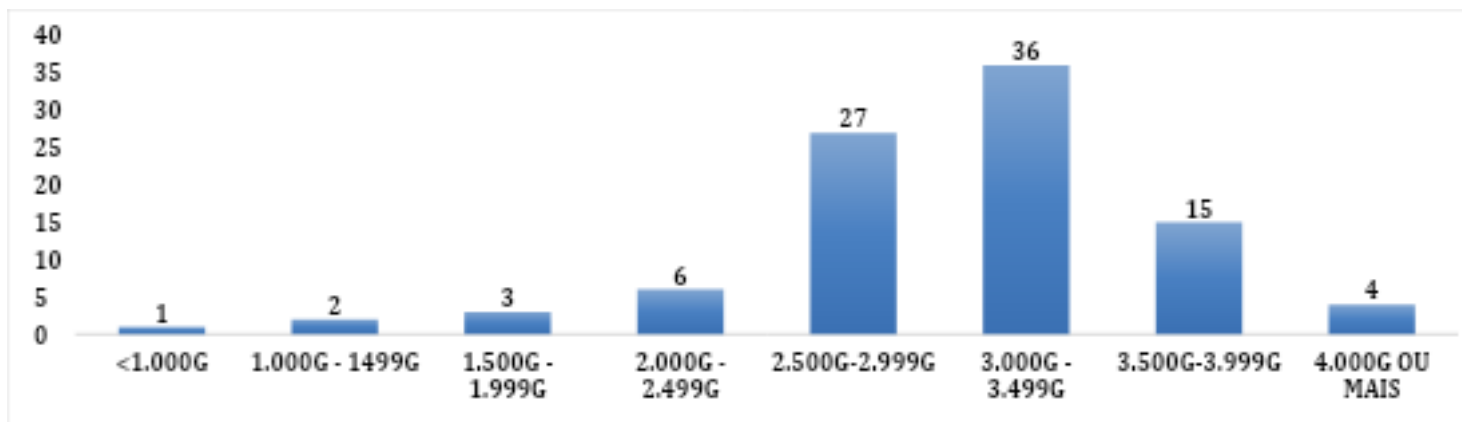
- **Peso Extremamente Baixo ao Nascer (PEBN):**

Peso inferior a 1.000 g. Comum em recém-nascidos prematuros muito precoces. Severas complicações, com alta taxa de mortalidade neonatal, exigindo cuidados intensivos neonatais.

- **Sobrepeso ao Nascer:**

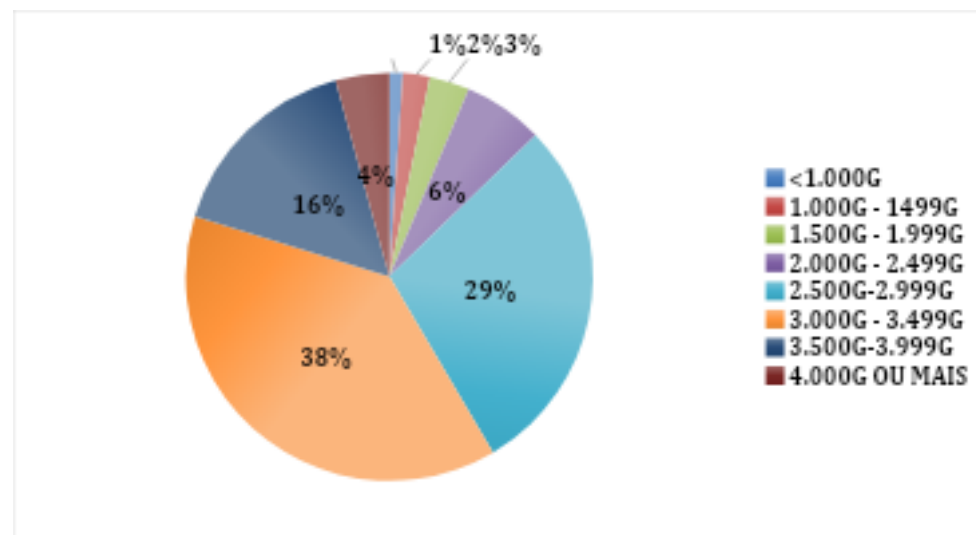
Recém-nascido com peso superior a 4.000 g. Pode estar relacionado a gestação com diabetes gestacional ou ao ganho excessivo de peso materno. Maior chance de lesões durante o parto, como fraturas ou distocia de ombro, além de risco aumentado de obesidade e problemas metabólicos na infância.

Gráfico 06. Número bruto dos nascidos vivos por peso ao nascer dos residentes do município de Catanduva em abril de 2025.



Fonte: SINASC, 2025. Acesso 08/05/2025

Gráfico 07. Percentual de nascidos vivos por peso ao nascer de residentes do município de Catanduva em abril de 2025.



Fonte: SINASC,2025. Acesso 08/05/2025

Tabela 11. Número e percentual de nascidos vivos por peso por equipe de saúde dos residentes do município de Catanduva em abril de 2025.

UNIDADES DE SAÚDE	NASCIDOS VIVOS POR PESO 2025																
	<1.000G		1.000G - 1499G		1.500G - 1.999G		2.000G - 2.499G		2.500G-2.999G		3.000G - 3.499G		3.500G-3.999G		4.000G OU MAIS		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Catanduva	1	1,06	2	2,13	3	3,19	6	6,38	27	28,72	36	38,30	15	15,96	4	4,26	94
USF Dr. Milton Maguollo (Bom Pastor)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	2
USF Dr. Jose Ramiro Madeira (Euclides)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	1	50,00	0	0,00	2
USF Dr. Sergio Banhos (Pachá)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	50,00	2	33,33	1	16,67	0	0,00	6
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe I)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe II)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	1	33,33	1	33,33	0	0,00	0	0,00	3
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe III)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	0	0,00	0	0,00	1
USF Dr. Napoleão Pellicano (Alpino I)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0
USF Dr. Napoleão Pellicano (Alpino II)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	66,67	0	0,00	1	33,33	0	0,00	0	0,00	3
USF Dr. Olavo Barros (Monte Líbano)	1	50,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2

USF Dra. Gesabel Clemente Marques de la Haba (Pedro Nechar)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1
USF Dr. Armino Mastrocola (Santa Rosa)	0	0,00	0	0,00	1	20,00	0	0,00	2	40,00	0	0,00	1	20,00	1	20,00	5
UBS Dr. José Barrionuevo (Soto I)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	2
UBS Dr. José Barrionuevo (Soto II)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	1	50,00	0	0,00	2
UBS Dr. José Barrionuevo (Soto III)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	100,00	0	0,00	2
UBS Enf. Diomar José dos Santos (Glória I)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	66,67	1	33,33	0	0,00	0	0,00	3
UBS Enf. Diomar José dos Santos (Glória II)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	33,33	2	33,33	2	33,33	0	0,00	6
USF Dr. Geraldo Mendonça Uchoa (Lunardelli)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	100,00	0	0,00	0	0,00	2
USF Dr. Michel Curi (Nosso Teto equipe I)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	0	0,00	0	0,00	1
USF Dr. Michel Curi (Nosso Teto equipe II)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	0	0,00	0	0,00	1
UBS Dr. Francisco Lopes Ladeira (Salles)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	66,67	1	33,33	0	0,00	3
UBS Dr. Vicente Buchianeri (Vertoni I)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	66,67	1	33,33	0	0,00	3
UBS Dr. Vicente Buchianeri (Vertoni II)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	0	0,00	1
UBS Dr. Luiz Carlos Figueiredo Malheiros (Central I)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00	2	66,67	0	0,00	0	0,00	3
UBS Dr. Luiz Carlos Figueiredo Malheiros (Central II)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	25,00	2	50,00	1	25,00	0	0,00	4
USF Dr. Sergio da Costa Peres (Del Rey)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	75,00	1	25,00	0	0,00	4
USF Dr. José Rocha (Gavioli equipe I)	0	0,00	2	66,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00	0	0,00	3
USF Dr. José Rocha (Gavioli equipe II)	0	0,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00	1	33,33	1	33,33	0	0,00	0	0,00	3
USF Dr. João Miguel Calil (Santo Antônio)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	2
USF Dr. Carlos Eduardo Bauab (Theodoro)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	0	0,00	1
USF Dra. Isabel Ettruri (Flamingo equipe I)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	2
USF Dra. Isabel Ettruri (Flamingo equipe II)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1
USF Dr. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandez)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	20,00	2	40,00	1	20,00	1	20,00	0	0,00	5
USF Dr. Athos Procópio de Oliveira (Imperial)	0	0,00	0	0,00	1	25,00	1	25,00	2	50,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe I)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	75,00	0	0,00	1	25,00	4
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe II)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	50,00	1	25,00	0	0,00	1	25,00	4
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe III)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	66,67	0	0,00	0	0,00	1	33,33	3

Fonte: SINASC,2025. Acesso 08/05/2025

❖ SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO

• Apgar no Primeiro e Quinto Minuto:

O **índice de Apgar** é uma avaliação rápida e objetiva da saúde do recém-nascido imediatamente após o parto. Ele foi desenvolvido em 1952 pela pediatra americana Virginia Apgar e serve para medir a vitalidade do bebê, fornecendo uma indicação imediata da necessidade de intervenções médicas. O índice é realizado nos **primeiros e no quinto minuto** de vida do bebê, a fim de avaliar a resposta à adaptação extrauterina.

A pontuação de Apgar é atribuída com base em cinco parâmetros, cada um classificado de 0 a 2 pontos:

1. **Frequência Cardíaca (Batimento Cardíaco)**
 - o 0 pontos: Ausente
 - o 1 ponto: Menos de 100 batimentos por minuto
 - o 2 pontos: Mais de 100 batimentos por minuto
2. **Esforço Respiratório**
 - o 0 pontos: Ausente
 - o 1 ponto: Respiração irregular ou fraca
 - o 2 pontos: Boa respiração, com choro forte e regular
3. **Tônus Muscular**
 - o 0 pontos: Flacidez total
 - o 1 ponto: Movimentos limitados
 - o 2 pontos: Movimentos ativos e fortes
4. **Resposta à Estímulos (Reflexos)**
 - o 0 pontos: Nenhuma resposta
 - o 1 ponto: Contração facial, caretas ou choro fraco
 - o 2 pontos: Choro forte ou resposta ativa (exemplo: tosse ou espirro)
5. **Cor da Pele**
 - o 0 pontos: Azul ou pálido
 - o 1 ponto: Cor corporal rosada, mas extremidades azuis
 - o 2 pontos: Corpo e extremidades totalmente rosados

Apgar no Primeiro Minuto

A pontuação obtida no **primeiro minuto** de vida reflete a adaptação inicial do bebê ao ambiente extrauterino. Ela indica a necessidade de intervenção imediata para estabilizar o bebê, caso necessário.

- **Pontuação Alta (7-10):** Geralmente, os bebês que obtêm uma pontuação de 7 ou mais no primeiro minuto têm boa adaptação ao novo ambiente e não exigem intervenções agressivas.
- **Pontuação Baixa (0-3):** Bebês com pontuação baixa no primeiro minuto exigem atenção imediata, podendo precisar de manobras de reanimação neonatal, como ventilação ou massagem cardíaca.

Apgar no Quinto Minuto

A pontuação obtida no **quinto minuto** de vida é mais indicativa da eficácia das intervenções realizadas e da resposta do bebê à adaptação extrauterina. A pontuação de Apgar neste momento ajuda a confirmar a melhora ou persistência de problemas respiratórios ou circulatórios.

- **Pontuação Alta (7-10):** Um bebê que atinge essa pontuação no quinto minuto mostra que se adaptou bem e que não há complicações graves. Em alguns casos, é possível que o bebê precise de cuidados contínuos, mas a situação está mais controlada.
- **Pontuação Baixa (0-3):** Bebês que continuam com uma pontuação baixa podem precisar de suporte adicional, como oxigênio ou cuidados intensivos para garantir a função respiratória e circulatória.

ESCALA DE APGAR

Avaliação do nível de adaptação do bebê
logo após o nascimento

Escola	0	1	2
A (aparência)	 Cianose ou Palidez	 Cianose nas extremidades	 Ausência de Cianose
P (pulso)	 Sem pulso	 <100 batimentos cardíacos por minuto	 >100 batimentos cardíacos por minuto
G (gesticulação)	 Sem resposta à estimulação	 Careta ou estimulação agressiva	 Choro, tosse ou espirro
A (atividade)	 Nenhuma ou pouca atividade	 Pouca atividade nas extremidades	 Muita atividade
R (respiração)	 Ausente	 Fraco/lento ou irregular	 Forte, Choro vigoroso

Pontuação

 8-10 Boa Vitalidade	 4-7 Asfixia Moderada	 0-3 Asfixia Grave
---	--	---

Escala de Apgar proposta em 1953 pela médica Virgínia Apgar

Gráfico de barras comparando a vitalidade dos cães em 1º e 5º minutos após o resgate, categorizados por nível de asfixia. O eixo Y representa a porcentagem de cães (0 a 100%). O eixo X mostra as categorias: ASFIXIA GRAVE, ASFIXIA MODERADA e BOA VITALIDADE. A legenda indica que as barras azuis representam o 1º MINUTO e as barras vermelhas representam o 5º MINUTO.

Nível de Asfixia	1º MINUTO (%)	5º MINUTO (%)
ASFIXIA GRAVE	2	1
ASFIXIA MODERADA	15	3
BOA VITALIDADE	77	90

USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe II)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe III)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
USF Dr. Napoleão Pellicano (Alpino I)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
USF Dr. Napoleão Pellicano (Alpino II)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
USF Dr. Olavo Barros (Monte Líbano)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2
USF Dra. Gesabel Clemente Marques de la Haba (Pedro Nechar)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
USF Dr. Armindo Mastrocola (Santa Rosa)	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	0	5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	5
UBS Dr. José Barrionuevo (Soto I)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
UBS Dr. José Barrionuevo (Soto II)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
UBS Dr. José Barrionuevo (Soto III)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
UBS Enf. Diomar José dos Santos (Glória I)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
UBS Enf. Diomar José dos Santos (Glória II)	0	0	0	0	1	1	0	1	1	2	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	6
USF Dr. Geraldo Mendonça Uchoa (Lunardelli)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
USF Dr. Michel Curi (Nosso Teto equipe I)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
USF Dr. Michel Curi (Nosso Teto equipe II)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
UBS Dr. Francisco Lopes Ladeira (Salles)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
UBS Dr. Vicente Buchianeri (Vertoni I)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
UBS Dr. Vicente Buchianeri (Vertoni II)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
UBS Dr. Luiz Carlos Figueiredo Malheiros (Central I)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
UBS Dr. Luiz Carlos Figueiredo Malheiros (Central II)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	4
USF Dr. Sergio da Costa Peres (Del Rey)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
USF Dr. José Rocha (Gavioli equipe I)	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3
USF Dr. José Rocha (Gavioli equipe II)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
USF Dr. João Miguel Calil (Santo Antônio)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
USF Dr. Carlos Eduardo Bauab (Theodoro)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
USF Dra. Isabel Ettruri (Flamingo equipe I)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2

USF Dra. Isabel Ettruri (Flamingo equipe II)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
USF Dr. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandez)	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	5
USF Dr. Athos Procópio de Oliveira (Imperial)	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe I)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe II)	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	4
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe III)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3

Fonte: SINASC, 2025. Acesso 21/05/2025

O Índice de Apgar, que avalia o estado clínico do recém-nascido nos primeiros minutos de vida, foi utilizado para monitorar a vitalidade dos bebês nascidos em Catanduva. Os resultados demonstraram uma taxa predominante de recém-nascidos com pontuação de **7 a 10**, indicando que a maioria dos bebês apresentou um bom estado de saúde logo após o nascimento. Isso é um reflexo positivo da qualidade do atendimento neonatal nas unidades de saúde, especialmente em relação à assistência ao parto e ao suporte imediato após o nascimento.

A pontuação de **Apgar** é uma ferramenta essencial para identificar possíveis complicações neonatais precoces. As pontuações entre **4 e 6** observadas em uma menor porcentagem de partos indicam a necessidade de intervenções rápidas e apropriadas para estabilizar esses bebês. A taxa de bebês com pontuação abaixo de 4 foi mínima, o que é um indicativo de que, em geral, o risco de complicações graves nas primeiras horas de vida foi baixo.

Esses resultados sugerem que as equipes de saúde materno-infantil em Catanduva têm conseguido responder adequadamente às necessidades dos recém-nascidos, especialmente em termos de monitoramento e intervenções imediatas, quando necessárias. Contudo, a continuidade de treinamentos e a manutenção de protocolos adequados para o atendimento neonatal são cruciais para garantir a evolução favorável desses índices.

❖ SAÚDE INFANTIL

A vacinação infantil é um dos pilares da promoção da saúde e da prevenção de doenças na primeira infância. O acompanhamento regular das doses aplicadas, especialmente em crianças menores de 6 anos, é essencial para avaliar a cobertura vacinal e garantir que as metas de imunização estejam sendo cumpridas de forma adequada.

Este relatório apresenta o quantitativo de vacinas aplicadas no mês corrente para a população de crianças menores de 6 anos, com foco nas imunizações preconizadas pelo Calendário Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde. As vacinas monitoradas incluem:

- **BCG** (tuberculose);
- **Hepatite B** (neonatal e esquema infantil);
- **Pentavalente** (difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, Haemophilus influenzae b);
- **Pneumocócica 10-valente**;
- **Poliomielite (VIP/VOP)**;
- **Rotavírus humano**;
- **Meningocócica C**;
- **Febre amarela**;
- **Tríplice viral** (sarampo, caxumba e rubéola);
- **Varicela**;
- **Hepatite A**.

O levantamento dos dados permite:

- Identificar o número de doses aplicadas por tipo de vacina;
- Avaliar o alcance da população-alvo;
- Detectar eventuais atrasos ou quedas na cobertura vacinal;
- Apoiar a tomada de decisão para estratégias de busca ativa e intensificação vacinal.

A análise contínua desses dados fortalece as ações de vigilância em saúde, contribuindo para a prevenção de surtos de doenças imunopreveníveis e a manutenção da proteção coletiva.

Na tabela a seguir constam as vacinas aplicadas por faixa etária no mês de **ABRIL** de 2025.

Tabela 15. Percentual de vacinas aplicadas de Catanduva em usuários menores de 6 anos, em 2025.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Fonte: IDS, 2025.

- **DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA (DE 0 A 12 ANOS INCOMPLETOS)**

Tabela 16. atendimentos médicos em ABRIL de 2025 de usuários de 0 a 12 anos incompletos

UNIDADES DE SAÚDE	INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS	DOENÇAS GASTROINTESTINAIS	OTITE MEDIA	ASMA	ALERGIAS ALIMENTARES	INFECÇÕES DE PELE	DOENÇAS EXANTEMÁTICAS	VERMINOSES	CÁRES DENTÁRIAS	DOENÇAS AUTOIMUNES
	CIDS J00-J06; J10-J18; J20-J22	CIDS A09; K25-K28; K52	CIDS H65; H66	CID J45	CIDS T78.0; T78.1	CIDS L01; L02. L03	CID B05; B06; B07; B08	CIDS B76; B77; B80	CID K02	CIDS L93; M05-M06; K50; K51
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
TOTAL	553	31	1	13	0	8	6	1	83	0
USF Dr. Milton Maguollo (Bom Pastor)	13	0	0	0	0	0	0	1	0	0

USF Dr. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandez)	26	2	0	1	0	1	1	0	1	0
USF Dr. Athos Procópio de Oliveira (Imperial)	17	1	0	3	0	0	0	0	0	0
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe I)	36	0	0	0	0	0	1	0	15	0
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe II)	82	3	0	0	0	1	0	0	14	0
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe III)	28	4	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Sistema IDS,2025. Acesso 02/05/2025

- **10 PRINCIPAIS CIDS REGISTRADOS PELOS MÉDICOS DAS UBS E USF EM CONSULTAS DE USUARIOS DE 0 A 12 ANOS INCOMPLETOS NO MÊS DE ABRIL DE 2025:**

CIDS	DESCRIÇÃO CID	Nº	%
J00	NASOFARINGITE AGUDA [RESFRIADO COMUM]	268	11,83
Z001	EXAME DE ROTINA DE SAUDE DA CRIANCA	233	10,29
A90	DENGUE [DENGUE CLASSICO]	124	5,47
R05	TOSSE	124	5,47
J069	INFECCAO AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA	120	5,30
J11	INFLUENZA (GRIPE) DEVIDA A VIRUS NAO IDENTIFICADO	117	5,17
J039	AMIGDALITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	82	3,62
Z000	EXAME MEDICO GERAL	59	2,60
Z761	SUPERVISAO E CUIDADO DE SAUDE DE CRIANCAS ASSISTIDAS	45	1,99
Z760	EMISSAO DE PRESCRICAO DE REPETICAO	41	1,81

Fonte: Sistema IDS,2025. Acesso 02/05/2025

❖ CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Com base na análise dos dados referentes ao mês de abril de 2025 no município de Catanduva observa-se que a maioria dos nascimentos ocorreu em mulheres com idade entre 20 e 34 anos o que corresponde à faixa etária considerada ideal para a reprodução do ponto de vista biológico e social essa tendência indica uma maior maturidade das mulheres ao decidirem engravidar no entanto é importante destacar a presença de gestações em adolescentes e em mulheres com mais de 35 anos faixas que apresentam maiores riscos obstétricos e que por isso demandam acompanhamento especializado e intervenções oportunas por parte da rede de atenção à saúde

O acompanhamento pré-natal apresentou desempenho heterogêneo entre as equipes com algumas alcançando índices elevados de captação precoce e número adequado de consultas enquanto outras ainda apresentam desafios importantes especialmente na realização e no registro dos exames de rotina fundamentais para o monitoramento da gestação a ausência total de dados no sistema sobre os exames laboratoriais revela uma lacuna crítica na linha de cuidado o que compromete a qualidade do pré-natal e evidencia a necessidade urgente de ações de qualificação da informação e apoio técnico às equipes de saúde

A taxa de cesarianas permanece muito acima dos padrões recomendados pela Organização Mundial da Saúde atingindo 77% no município em abril de 2025 com destaque para o Grupo 5 da Classificação de Robson composto por mulheres com cesárea anterior que concentrou 30% dos partos e apresentou taxa de cesárea de 93% esse dado revela a manutenção de um padrão cirúrgico reiterativo que precisa ser enfrentado com estratégias de incentivo ao parto vaginal inclusive após cesárea anterior bem como com ações de educação permanente junto às equipes de saúde e revisão dos protocolos assistenciais adotados

Em relação à saúde neonatal os dados indicam que a maioria dos recém-nascidos apresentou peso adequado ao nascer e boas pontuações no índice de APGAR tanto no primeiro quanto no quinto minuto o que reflete a efetividade das ações realizadas no momento do parto entretanto ainda se observam casos de baixo peso e pontuações reduzidas que exigem vigilância constante e intervenções direcionadas para garantir o desenvolvimento saudável dos bebês especialmente no período neonatal

Diante desse panorama recomenda-se intensificar as ações de educação em saúde com foco na prevenção da gravidez na adolescência e no suporte a gestações em idade avançada fortalecer o pré-natal com ênfase na captação precoce realização de exames obrigatórios e educação das gestantes ampliar a capacitação das equipes quanto ao correto preenchimento dos sistemas de informação e promover a integração da atenção básica com maternidades e serviços especializados visando à construção de uma linha de cuidado contínua e humanizada para gestantes puérperas e recém-nascidos além disso é fundamental implementar políticas e protocolos que incentivem o parto vaginal seguro especialmente em gestantes com histórico de cesárea buscando reduzir progressivamente a taxa de cesarianas no município e assegurar melhores desfechos em saúde materno-infantil