

ANÁLISE DA NATALIDADE E SAÚDE MATERNO INFANTIL NO MUNICÍPIO DE 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 **FEVEREIRO DE 2026**. 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

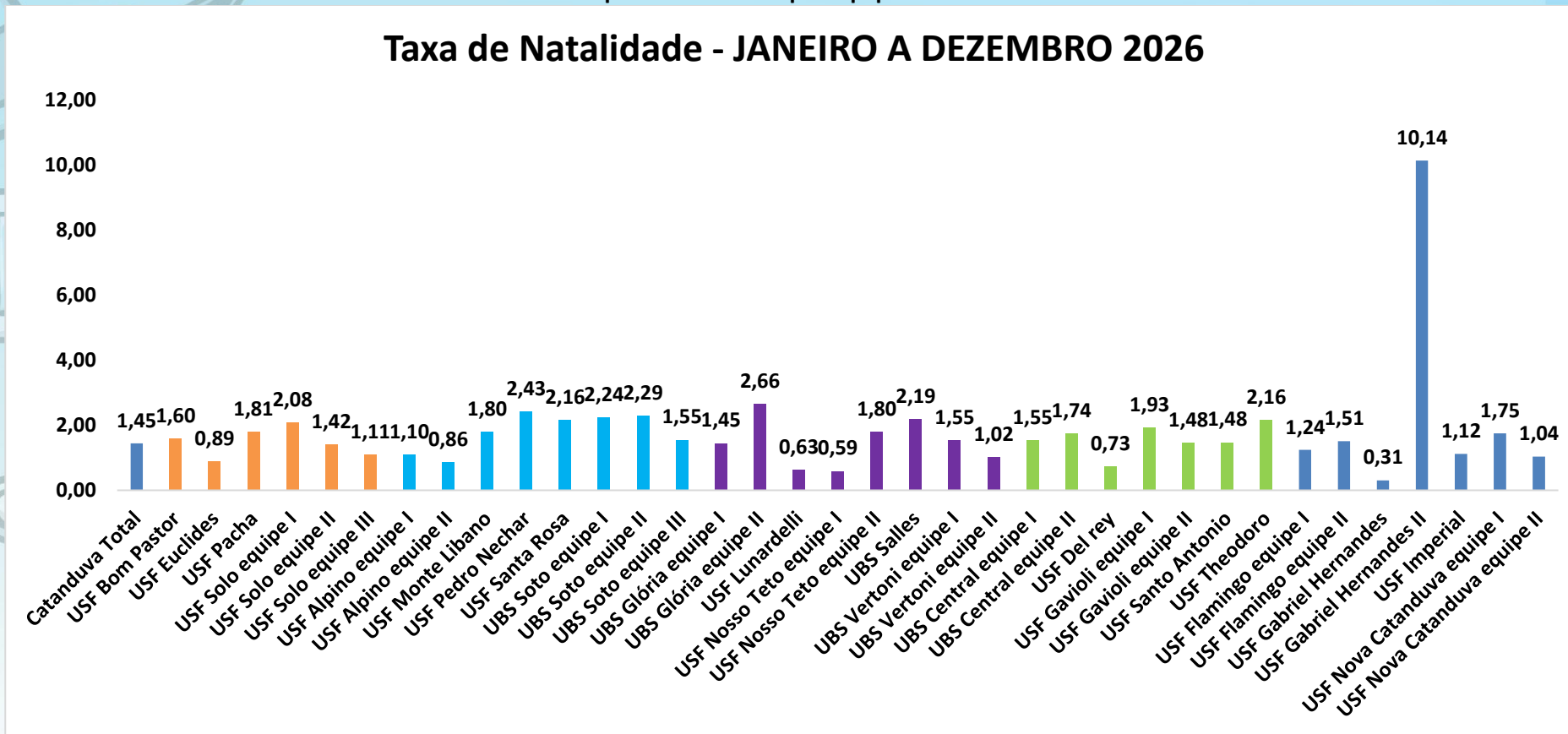
• NATALIDADE

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

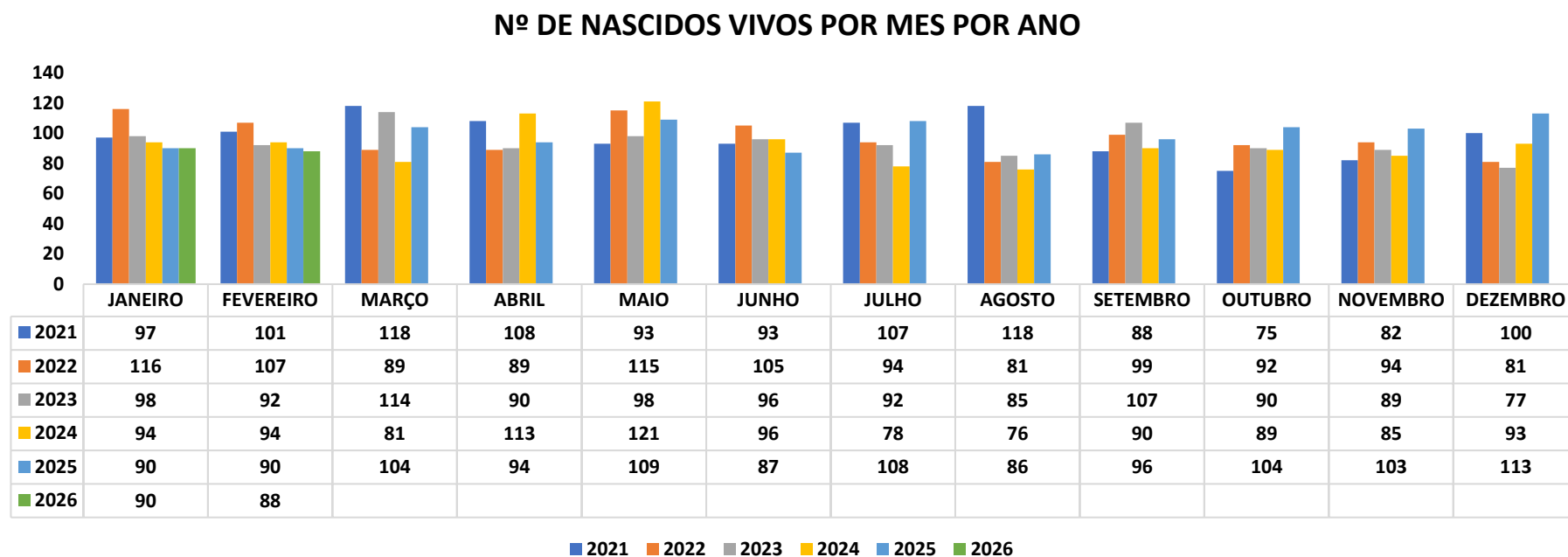
A taxa de natalidade é calculada utilizando a fórmula: número de nascidos vivos dividido pelo total da população multiplicado por mil.

Gráfico 01. Taxa de Natalidade de residentes do município de Catanduva por equipe de saúde no mês de FEVEREIRO de 2026.



Fonte: SINASC,2026. Acesso 10/03/2026.

Gráfico 02. Número bruto de nascidos vivos por mês por ano no período de 2021 a 2026 em residentes do município de Catanduva.



Fonte: SINASC,2026. Acesso 10/03/2026

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.

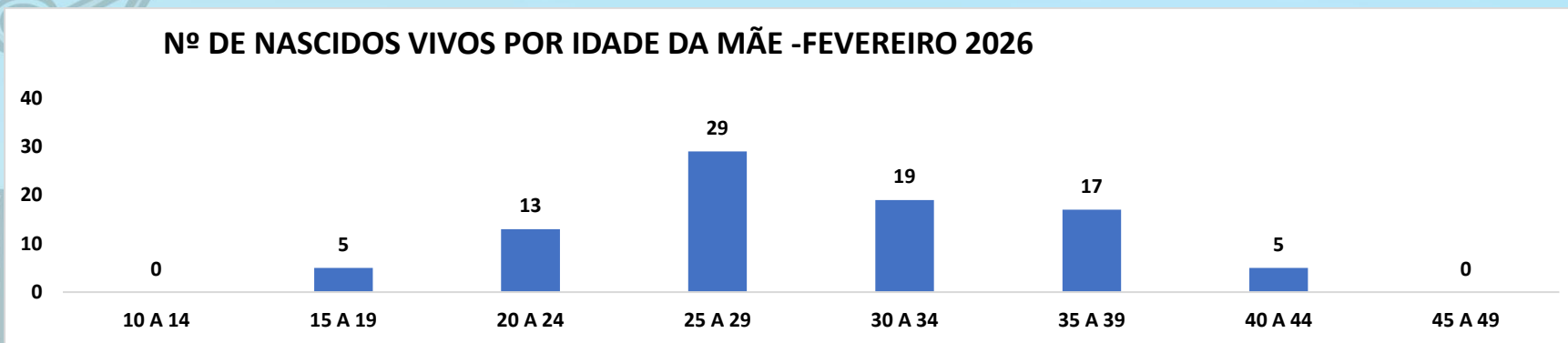
- **Idade reprodutiva ideal (20-34 anos):**

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 FEVEREIRO de 2026.



Fonte: SINASC,2025. Acesso 10/03/2026

Tabela 02. Número bruto de nascidos vivos por idade da mãe de residentes do município de Catanduva no mês de FEVEREIRO de 2026.

UNIDADES DE SAÚDE	NASCIDOS VIVOS POR IDADE DA MÃE 2026																
	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	5	5,68	13	14,77	29	32,95	19	21,59	17	19,32	5	5,68	0,00	0,00	88
USF Dr. Milton Maguollo (Bom Pastor)	0	0,00	0	0,00	1	33,33	1	33,33	1	33,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3
USF Dr. Jose Ramiro Madeira (Euclides)	0	0,00	0	0,00	1	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1
USF Dr. Sergio Banhos (Pachá)	0	0,00	1	33,33	1	33,33	1	33,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe I)	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. Alcione Nasorri (Solo 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. Alcione Nasorri (Solo equipe III)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1
USF Dr. Napoleão Pellicano (Alpino I)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2
USF Dr. Napoleão Pellicano (Alpino II)	0	0,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2
USF Dr. Olavo Barros (Monte Líbano)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	33,33	1	16,67	3	50,00	0	0,00	0	0,00	6
USF Dra. Gesabel Clemente Marques de la Haba (Pedro Nechar)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	66,67	1	33,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3
USF Dr. Armando Mastrocola (Santa Rosa)	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. José Barrionuevo (Soto I)	0	0,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2
UBS Dr. José Barrionuevo (Soto II)	0	0,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2
UBS Dr. José Barrionuevo (Soto III)	0	0,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00	1	33,33	0	0,00	1	33,33	0	0,00	3
UBS Enf. Diomar José dos Santos (Glória I)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	66,67	1	33,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3
UBS Enf. Diomar José dos Santos (Glória II)	0	0,00	1	33,33	0	0,00	1	33,33	0	0,00	1	33,33	0	0,00	0	0,00	3
USF Dr. Geraldo Mendonça Uchoa (Lunardelli)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	100,00	0	0,00	0	0,00	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	1	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1
USF Dr. Michel Curi (Nosso Teto equipe II)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00	2	66,67	0	0,00	0	0,00	3
UBS Dr. Francisco Lopes Ladeira (Salles)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	25,00	1	25,00	2	50,00	0	0,00	4
UBS Dr. Vicente Buchianeri (Vertoni I)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	25,00	1	25,00	2	50,00	0	0,00	0	0,00	4
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	50,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	2
UBS Dr. Luiz Carlos Figueiredo Malheiros (Central 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. Sergio da Costa Peres (Del Rey)	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. José Rocha (Gavioli equipe I)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2
USF Dr. José Rocha (Gavioli equipe II)	0	0,00	0	0,00	1	50,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2
USF Dr. João Miguel Calil (Santo Antônio)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2
USF Dr. Carlos Eduardo Bauab (Theodoro)	0	0,00	0	0,00	1	50,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2
USF Dra. Isabel Etruri (Flamingo equipe I)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	1	33,33	1	33,33	0	0,00	3
USF Dra. Isabel Etruri (Flamingo equipe II)	0	0,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2
USF Dr. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandez)	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. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandez II)	0	0,00	1	12,50	3	37,50	2	25,00	1	12,50	1	12,50	0	0,00	0	0,00	8
USF Dr. Athos Procópio de Oliveira (Imperial)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe I)	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. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe II)	0	0,00	1	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1

Fonte: SINASC,2026. Acesso 10/03/2026.

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 25-29 anos (32,95%) e 30-34 anos (21,59%) se destacam com uma contribuição significativa para o total de nascimentos, somando juntos **54,54%** dos nascimentos em Catanduva.

Faixa Etária de 20-24 anos (14,77%) e 35-39 anos (19,32%) também apresenta uma proporção relevante.

As faixas etárias mais jovens, de **10-14 anos (0,0%)** e **15-19 anos (5,56%)**, 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 (5,68%)** e **45-49 anos (0,00%)**, 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.

- **EXAMES DE ROTINA DE GESTANTE**

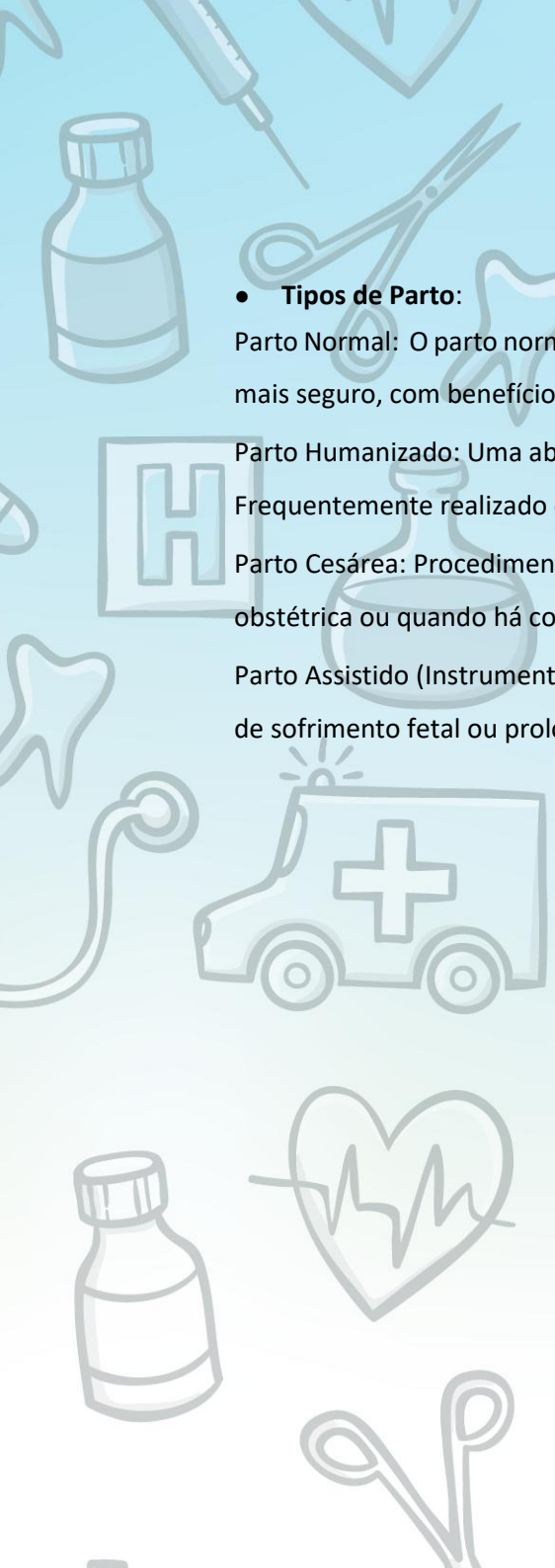
Durante o acompanhamento pré-natal na Atenção Básica, a realização de exames de rotina é fundamental para garantir a saúde da gestante e do bebê ao longo da gestação. No município de Catanduva/SP, existe um Protocolo de Enfermagem voltado à Saúde da Mulher que orienta e organiza as ações a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde, incluindo a solicitação de exames conforme os trimestres gestacionais recomendados para cada fase da gestação, de forma a facilitar o acompanhamento e a padronização do cuidado pré-natal. A seguir consta a tabela 06 com todos os exames realizados pelas gestantes por trimestre de gestação no ano de 2025.

425 - COOMBS INDIRETO - TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA TIA	11	0																11
468 - URINA TIPO 1	32	15																47
469 - UROCULTURA	32	13																45
497 - US DOPPLER OBSTETRICO	0	1																1
563 - VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	19	6																25
767 - TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE ANTICORPOS ANTI-HIV EM GESTANTE	0	1																1
1080 - TESTE TREPONEMICO LABORATORIAL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	1	1																2
1098 - PESQUISA LABORATORIAL DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG) EM GESTANTE	16	2																18
1103 - PESQUISA LABORATORIAL DE ANTIGENOS DE HIV OU ANTICORPOS ANTI-HIV-1 OU ANTI-HIV-2 EM GESTANTE	19	4																23
1105 - PESQUISA LABORATORIAL DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 EM GESTANTE	2	0																2
1108 - DETECCAO DE DNA PROVIRAL DO HTLV-1 E DO HTLV-2 EM GESTANTE	4	0																4

Fonte: Sistema IDS, 10/03/2026.

- **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:**

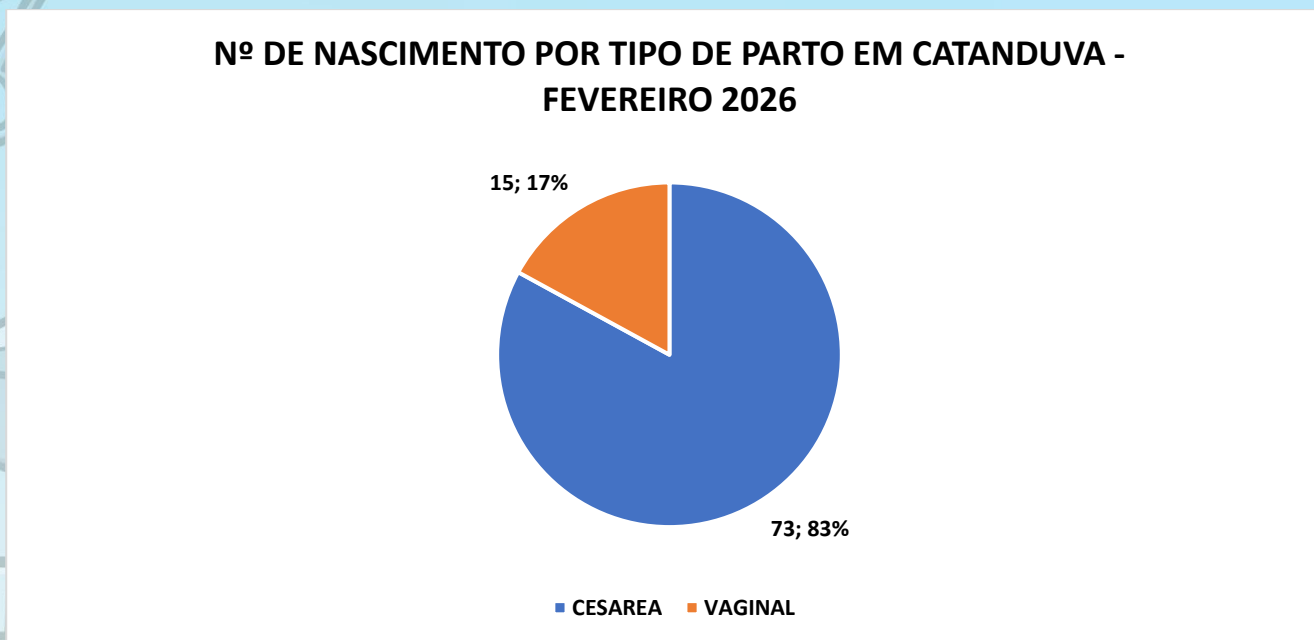
Parto Normal: O parto normal consiste na expulsão espontânea do feto pelo canal vaginal, sem intervenções cirúrgicas. É considerado o método fisiológico mais seguro, com benefícios associados à recuperação materna rápida e ao estímulo respiratório neonatal.

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 FEVEREIRO DE 2026.



Fonte: SINASC,2026. Acesso 10/03/2026

Tabela 08. Tipo parto por local de nascimento de residentes do município de Catanduva no mês de FEVEREIRO de 2026.

UNIDADE DE SAÚDE	TIPO DE PARTO POR LOCAL DE NASCIMENTO																			
	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	%	Nº	Nº	%	Nº	%	Nº
TOTAL	54	78,3	15	21,7	69	19	100,0	0	0,0	19	0	0,0	0	0,0	0	73	83,0	15	17,0	88
USF Dr. Milton Maguollo (Bom Pastor)	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. Jose Ramiro Madeira (Euclides)	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. Sergio Banhos (Pachá)	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. Alcione Nasorri (Solo equipe I)	1	33,3	2	66,7	3	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	1	33,3	2	66,7	3
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo 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. 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)	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. Napoleão Pellicano (Alpino II)	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. Olavo Barros (Monte Líbano)	3	100,0	0	0,0	3	3	100,0	0	0,0	3	0	0,0	0	0,0	0	6	100,0	0	0,0	6
USF Dra. Gesabel Clemente Marques de la Haba (Pedro Nechar)	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. Armino Mastrocola (Santa Rosa)	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
UBS Dr. José Barrionuevo (Soto 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
UBS Dr. José Barrionuevo (Soto II)	0	0,0	2	100,0	2	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	2	100,0	2
UBS Dr. José Barrionuevo (Soto III)	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 Enf. Diomar José dos Santos (Glória I)	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
UBS Enf. Diomar José dos Santos (Glória 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. Geraldo Mendonça Uchoa (Lunardelli)	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. 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)	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
UBS Dr. Francisco Lopes Ladeira (Salles)	1	100,0	0	0,0	1	3	100,0	0	0,0	3	0	0,0	0	0,0	0	4	100,0	0	0,0	4
UBS Dr. Vicente Buchianeri (Vertoni I)	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
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)	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. Luiz Carlos Figueiredo Malheiros (Central 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. Sergio da Costa Peres (Del Rey)	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. José Rocha (Gavioli equipe I)	1	100,0	0	0,0	1	1	100,0	0	0,0	1	0	0,0	0	0,0	0	2	100,0	0	0,0	2
USF Dr. José Rocha (Gavioli equipe 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
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)	1	100,0	0	0,0	1	1	100,0	0	0,0	1	0	0,0	0	0,0	0	2	100,0	0	0,0	2
USF Dra. Isabel Ettruri (Flamingo 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 Dra. Isabel Ettruri (Flamingo equipe II)	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. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandes)	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0
USF Dr. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandes II)	3	50,0	3	50,0	6	2	100,0	0	0,0	2	0	0,0	0	0,0	0	5	62,5	3	37,5	8

USF Dr. Athos Procópio de Oliveira (Imperial)	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. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva 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. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe II)	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

Fonte: SINASC,2026. Acesso 10/03/2026

● 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 FEVEREIRO de 2026

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	MULTIPLoS	CEFÁLICA	PÉLVICA	TRANSVERSA OU OBLIQUA	IGNORADO	NULÍPARA (NÃO TEVE FILHOS)	MULTÍPARA (TEVE FILHOS)	SIM	NÃO = 0	SIM	NÃO	CESAREO	VAGINAL	Nº	%
1	28	0	28	0	28	0	0	0	28	0	0	28	0	28	23	5	28	31,82
2	3	0	3	0	3	0	0	0	3	0	0	3	3	0	2	1	3	3,41
3	12	0	12	0	12	0	0	0	0	12	0	12	0	12	9	3	12	13,64
4	2	0	2	0	2	0	0	0	0	2	0	2	2	0	0	2	2	2,27
5	30	0	30	0	30	0	0	0	0	30	30	0	1	29	29	1	30	34,09
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
8	2	0	0	2	2	0	0	0	2	0	0	2	0	2	2	0	2	2,27
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
10	0	10	10	0	10	0	0	0	2	8	6	4	1	9	7	3	10	11,36
ignorado	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1,14
TOTAL	78	10	86	2	87	0	0	1	36	52	36	52	7	81	73	15	88	100,00

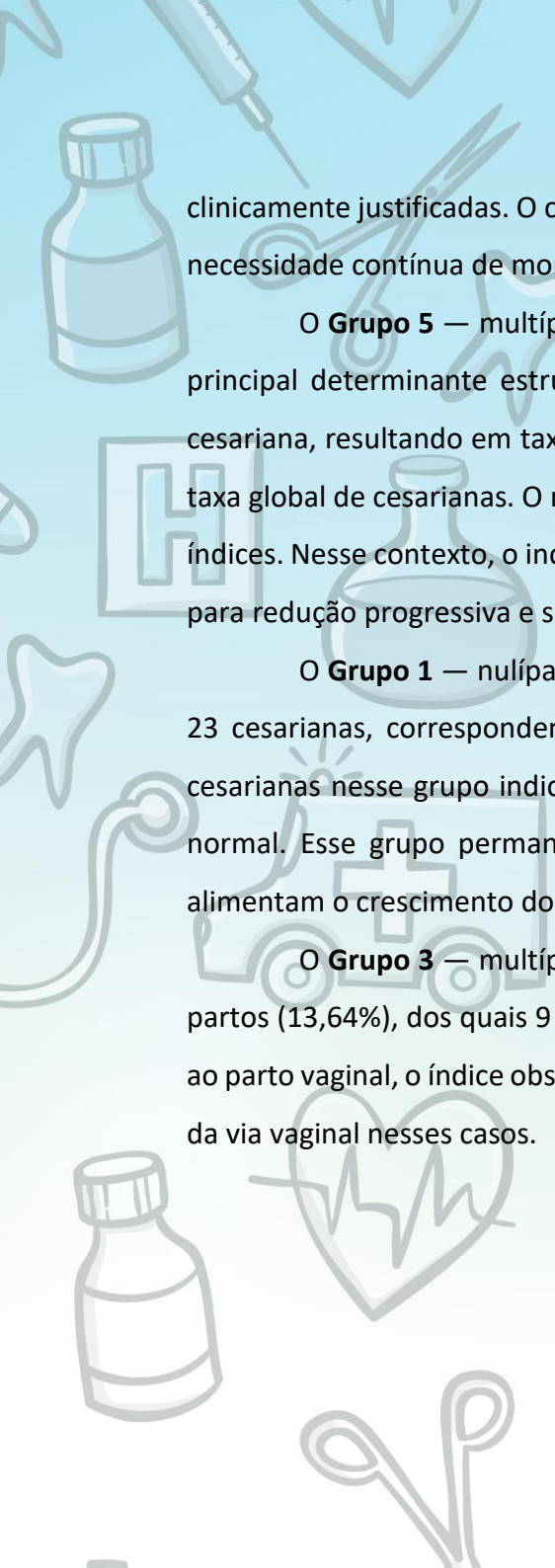
Fonte: SINASC,2026. Acesso 10/03/2026. Obs: N.C.= Não classificado*

Tabela 10. Classificação de Robson dos nascidos vivos dos residentes do município de Catanduva em FEVEREIRO de 2026.

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	23	28	31,82	82,14	26,14	31,51
2	2	3	3,41	66,67	2,27	2,74
3	9	12	13,64	75,00	10,23	12,33
4	0	2	2,27	0,00	0,00	0,00
5	29	30	34,09	96,67	32,95	39,73
6	0	0	0,00	#DIV/0!	0,00	0,00
7	0	0	0,00	#DIV/0!	0,00	0,00
8	2	2	2,27	100,00	2,27	2,74
9	0	0	0,00	#DIV/0!	0,00	0,00
10	7	10	11,36	70,00	7,95	9,59
NÃO CLASSIFICADO	1	1	1,14	100,00	1,14	1,37
TOTAL	73	88	100,00	82,95	82,95	100,00

Fonte: SINASC,2026. Acesso 10/03/2026

No mês de fevereiro de 2026, foram registrados 88 partos de residentes no município de Catanduva, dos quais 73 foram cesarianas e 15 partos vaginais, resultando em uma taxa global de cesariana de 82,95%. O indicador mantém-se praticamente estável em relação ao mês anterior e permanece muito acima da recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que preconiza taxas entre 10% e 15% quando



cl clinicamente justificadas. O cenário reforça a manutenção de um modelo obstétrico fortemente centrado na realização de cesarianas, indicando necessidade contínua de monitoramento e qualificação da assistência ao parto.

O **Grupo 5** — múltiparas com pelo menos uma cesariana prévia, gestação única, a termo e apresentação cefálica — manteve-se como principal determinante estrutural da taxa global de cesarianas. No período, concentrou 30 partos (34,09%), dos quais 29 evoluíram para cesariana, resultando em taxa de 96,67%. Esse grupo respondeu por 32,95% da contribuição absoluta e 39,73% da contribuição relativa para a taxa global de cesarianas. O resultado evidencia que a história de cesariana prévia continua sendo o principal fator de sustentação dos elevados índices. Nesse contexto, o incentivo ao parto vaginal após cesariana (PVAC), quando clinicamente seguro, permanece como estratégia prioritária para redução progressiva e sustentável das taxas.

O **Grupo 1** — nulíparas com gestação única, cefálica, a termo e em trabalho de parto espontâneo — registrou 28 partos (31,82%), com 23 cesarianas, correspondendo a taxa de 82,14%. Considerando tratar-se de gestantes de baixo risco obstétrico, a elevada proporção de cesarianas nesse grupo indica manutenção de práticas intervencionistas e importante afastamento das boas práticas de assistência ao parto normal. Esse grupo permanece sendo um dos principais pontos estratégicos para redução das cesarianas primárias, que posteriormente alimentam o crescimento do Grupo 5.

O **Grupo 3** — múltiparas sem cesariana prévia, gestação única, cefálica, a termo e em trabalho de parto espontâneo — apresentou 12 partos (13,64%), dos quais 9 foram cesarianas, resultando em taxa de 75%. Apesar de representar gestantes com histórico obstétrico favorável ao parto vaginal, o índice observado permanece elevado, sugerindo necessidade de melhoria no manejo do trabalho de parto e maior valorização da via vaginal nesses casos.

O **Grupo 10** — gestantes com parto pré-termo em apresentação cefálica — registrou 10 partos (11,36%), com 7 cesarianas, atingindo taxa de 70%. Embora se trate de um grupo frequentemente associado a maior complexidade clínica e maior necessidade de intervenções, a proporção observada ainda demanda acompanhamento contínuo para avaliação da adequação das indicações cirúrgicas.

O **Grupo 8** — gestações múltiplas — registrou 2 partos (2,27%), ambos por cesariana, resultando em taxa de 100%. Esse comportamento é frequentemente observado devido ao maior risco obstétrico associado às gestações gemelares.

Os **Grupos 2 e 4**, relacionados à indução do trabalho de parto ou à cesariana antes do início do trabalho de parto, apresentaram volumes reduzidos. O Grupo 2 registrou 3 partos, com 2 cesarianas (66,67%), enquanto o Grupo 4 apresentou 2 partos, ambos vaginais, resultando em taxa de cesariana de 0%, comportamento considerado favorável para esse perfil obstétrico.

Não houve registros nos **Grupos 6, 7 e 9** no período analisado. Foi identificado 1 parto não classificado (1,14%), realizado por cesariana.

De forma geral, fevereiro manteve um perfil estrutural semelhante ao observado em janeiro, com forte predominância dos Grupos 5 e 1 como principais responsáveis pela elevada taxa de cesarianas no município. Esses dois grupos, juntos, responderam por mais de 57% dos partos e por grande parte das cesarianas realizadas.

A persistência desse padrão reforça a necessidade de estratégias voltadas à prevenção das cesarianas primárias, ao fortalecimento do pré-natal orientado para o parto normal e à ampliação da segurança e da oferta do parto vaginal após cesariana. O monitoramento sistemático por meio da Classificação de Robson permanece como ferramenta fundamental para identificar os principais determinantes das cesarianas, orientar intervenções assistenciais e apoiar a tomada de decisão em saúde, contribuindo para o fortalecimento da qualidade, segurança e humanização da atenção obstétrica no município.

- **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 FEVEREIRO de 2026.



Fonte: SINASC, 2026. Acesso 10/03/2026.

Gráfico 07. Percentual de nascidos vivos por peso ao nascer de residentes do município de Catanduva em FEVEREIRO de 2026.

Nº DE NASCIDOS VIVOS POR PESO AO NASCER - FEVEREIRO 2026



Fonte: SINASC,2026. Acesso 10/03/2026

Tabela 11. Número e percentual de nascidos vivos por peso por equipe de saúde dos residentes do município de Catanduva em FEVEREIRO de 2026.

UNIDADES DE SAÚDE	NASCIDOS VIVOS POR PESO 2026																
	<1.000G		1.000G - 1.499G		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	0	0,00	2	2,27	0	0,00	7	7,95	21	23,86	31	35,23	26	29,55	1	1,14	88
USF Dr. Milton Maguollo (Bom Pastor)	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
USF Dr. Jose Ramiro Madeira (Euclides)	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. Sergio Banhos (Pachá)	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
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe I)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	1	33,33	1	33,33	0	0,00	3
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo 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
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe III)	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 Dr. Napoleão Pellicano (Alpino I)	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. Napoleão Pellicano (Alpino II)	0	0,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	2
USF Dr. Olavo Barros (Monte Líbano)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	16,67	3	50,00	1	16,67	1	16,67	0	0,00	6
USF Dra. Gesabel Clemente Marques de la Haba (Pedro Nechar)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00	2	66,67	0	0,00	3

USF Dr. Armino Mastrocola (Santa Rosa)	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. José Barrionuevo (Soto I)	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 II)	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 Dr. José Barrionuevo (Soto III)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	1	33,33	1	33,33	0	0,00	3
UBS Enf. Diomar José dos Santos (Glória I)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00	2	66,67	0	0,00	3
UBS Enf. Diomar José dos Santos (Glória II)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00	2	66,67	0	0,00	3
USF Dr. Geraldo Mendonça Uchoa (Lunardelli)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	1	50,00	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	0	0,00	3	100,00	0	0,00	3
UBS Dr. Francisco Lopes Ladeira (Salles)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	50,00	0	0,00	2	50,00	0	0,00	0	0,00	4
UBS Dr. Vicente Buchianeri (Vertoni I)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	25,00	1	25,00	1	25,00	1	25,00	4
UBS Dr. Vicente Buchianeri (Vertoni 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. Luiz Carlos Figueiredo Malheiros (Central I)	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 Dr. Luiz Carlos Figueiredo Malheiros (Central II)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	2	66,67	0	0,00	0	0,00	3
USF Dr. Sergio da Costa Peres (Del Rey)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	2	66,67	0	0,00	0	0,00	3
USF Dr. José Rocha (Gavioli equipe I)	0	0,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	2
USF Dr. José Rocha (Gavioli equipe II)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	2
USF Dr. João Miguel Calil (Santo Antônio)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	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	1	50,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	2
USF Dra. Isabel Etruri (Flamingo equipe I)	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 Dra. Isabel Etruri (Flamingo equipe 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
USF Dr. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandez)	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. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandez II)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	37,50	4	50,00	1	12,50	0	0,00	8
USF Dr. Athos Procópio de Oliveira (Imperial)	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. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe 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
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva 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

Fonte: SINASC,2026. Acesso 10/03/2026.

❖ 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)

- 0 pontos: Ausente
- 1 ponto: Menos de 100 batimentos por minuto
- 2 pontos: Mais de 100 batimentos por minuto

2. Esforço Respiratório

- 0 pontos: Ausente
- 1 ponto: Respiração irregular ou fraca
- 2 pontos: Boa respiração, com choro forte e regular

3. Tônus Muscular

- 0 pontos: Flacidez total
- 1 ponto: Movimentos limitados
- 2 pontos: Movimentos ativos e fortes

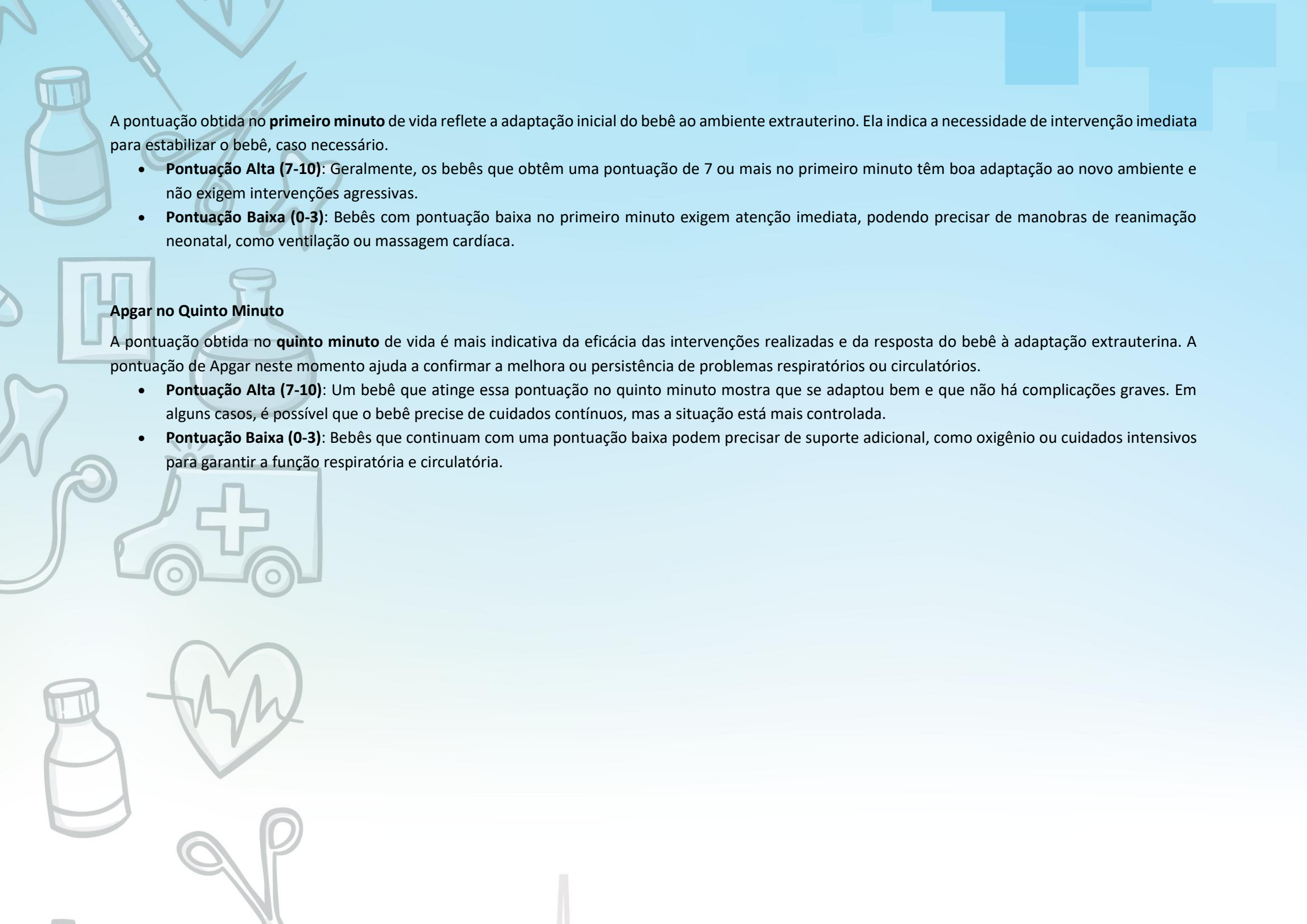
4. Resposta à Estímulos (Reflexos)

- 0 pontos: Nenhuma resposta
- 1 ponto: Contração facial, caretas ou choro fraco
- 2 pontos: Choro forte ou resposta ativa (exemplo: tosse ou espirro)

5. Cor da Pele

- 0 pontos: Azul ou pálido
- 1 ponto: Cor corporal rosada, mas extremidades azuis
- 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

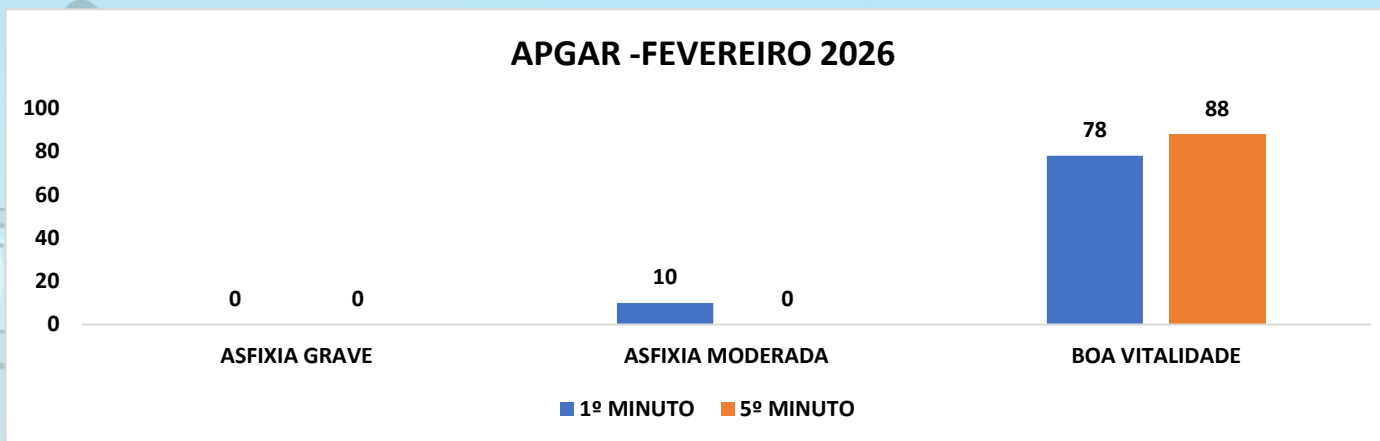
Escola	0	1	2
A (aparência)	 Cianose ou Palidez	 Cianose nas extremidades	 Ausência de Cianose
P (pulso)	 Sem pulso	 <100 batimentos cardíacos por minuto	 >100 batimentos cardíacos por minuto
G (gesticulação)	 Sem resposta à estimulo	 Careta ou estimulação agressiva	 Choro, tosse ou espirro
A (atividade)	 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
---	--	---

Escola de Apgar proposta em 1953 pela médica Virgínia Apgar

Gráfico 08. Classificação de APGAR do primeiro e quinto minuto dos nascidos vivos de FEVEREIRO de 2026 dos residentes do município de Catanduva.



Fonte: SINASC,2026. Acesso 10/03/2026.

Tabela 12. Classificação de APGAR do primeiro e quinto minuto dos nascidos vivos de FEVEREIRO de 2026 dos residentes do município de Catanduva

UNIDADES DE SAÚDE	1º MINUTO												5º MINUTO										TOTAL	
	ASFIXIA GRAVE			ASFIXIA MODERADA					BOA VITALIDADE				ASFIXIA GRAVE			ASFIXIA MODERADA				BOA VITALIDADE				
	0 A 3	4 A 7	8 A 10	0 A 3	4 A 7	8 A 10	0 A 3	4 A 7	8 A 10	0 A 3	4 A 7	8 A 10	0 A 3	4 A 7	8 A 10									
TOTAL	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nº	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nº
TOTAL	0	0	0	0	0	1	4	5	9	58	11	88	0	0	0	0	0	0	0	0	3	34	51	88
USF Dr. Milton Maguollo (Bom Pastor)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3
USF Dr. Jose Ramiro Madeira (Euclides)	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. Sergio Banhos (Pachá)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe I)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe II)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe III)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2

USF Dr. João Miguel Calil (Santo Antônio)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
USF Dr. Carlos Eduardo Bauab (Theodoro)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
USF Dra. Isabel Ettruri (Flamingo equipe I)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
USF Dra. Isabel Ettruri (Flamingo equipe II)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
USF Dr. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandes)	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. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandes II)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6	8
USF Dr. Athos Procópio de Oliveira (Imperial)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe I)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe II)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1

Fonte: SINASC,2026. Acesso 10/03/2026.

Os dados de fevereiro de 2026 confirmam a manutenção de um desempenho favorável da vitalidade neonatal no município de Catanduva. Entre os 88 nascidos vivos avaliados, a maioria apresentou boa vitalidade já no 1º minuto de vida, com escores de Apgar entre 8 e 10, indicando condições clínicas adequadas ao nascimento e resposta inicial satisfatória ao processo de adaptação neonatal.

No 1º minuto de vida, foram registrados 2 casos de asfixia grave (Apgar 0 a 3) e 11 recém-nascidos com Apgar moderado (4 a 7). Apesar da presença desses casos iniciais de maior vulnerabilidade clínica, a maior parte dos recém-nascidos apresentou boa vitalidade, totalizando 75 casos, o que representa a ampla maioria dos nascimentos no período.

A evolução clínica entre o 1º e o 5º minuto de vida demonstra melhora importante da condição neonatal. No 5º minuto, não houve registros de asfixia grave, permanecendo apenas 1 caso de Apgar moderado, enquanto 87 recém-nascidos apresentaram boa vitalidade, com escores entre 8 e 10. Esse padrão evidencia recuperação rápida da grande maioria dos recém-nascidos que inicialmente apresentaram escores intermediários.

Esses resultados indicam a efetividade da assistência prestada na sala de parto, incluindo a adequada aplicação das manobras de reanimação neonatal e das condutas de estabilização quando necessárias. A melhora expressiva dos escores entre o 1º e o 5º minuto reforça a capacidade técnica das equipes e a correta execução dos protocolos assistenciais nos primeiros minutos de vida, período considerado crítico para o prognóstico neonatal.

De forma geral, fevereiro de 2026 mantém o padrão positivo de cuidado neonatal observado no município, caracterizado pela elevada proporção de recém-nascidos com boa vitalidade no 5º minuto de vida, baixa ocorrência de asfixia grave e recuperação clínica adequada dos casos inicialmente classificados como moderados. O desempenho observado reflete a consolidação dos processos assistenciais, o investimento contínuo em educação permanente das equipes, a integração multiprofissional e a aplicação sistemática de protocolos atualizados na atenção ao parto e nascimento.

❖ 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**;

USF Dr. Carlos Eduardo Bauab (Theodoro)	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
USF Dra. Isabel Etruri (Flamingo equipe I)	13	1	0	0	0	0	1	0	4	0	
USF Dra. Isabel Etruri (Flamingo equipe II)	13	2	0	0	0	0	0	0	0	0	
USF Dr. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandes)	24	4	0	3	0	0	3	0	6	0	
USF Dr. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandes II)	25	4	0	1	0	0	0	0	0	0	
USF Dr. Athos Procópio de Oliveira (Imperial)	20	0	0	4	0	0	0	0	14	0	
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe I)	25	1	0	1	0	0	0	0	19	0	
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe II)	7	4	0	0	0	0	1	0	0	0	

Fonte: Sistema IDS,2026. Acesso 10/03/2026.

- **10 PRINCIPAIS CIDS REGISTRADOS PELOS MÉDICOS DAS UBS E USF EM CONSULTAS DE USUARIOS DE 0 A 12 ANOS INCOMPLETOS NO MÊS DE FEVEREIRO DE 2026:**

CIDS	DESCRIÇÃO CID	Nº	%
Z001	EXAME DE ROTINA DE SAUDE DA CRIANCA	301	18,73
Z00	NASOFARINGITE AGUDA [RESFRIADO COMUM]	167	10,39
J069	J069 - INFECCAO AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA	98	6,10
-	Nenhum(a)	54	3,36
R05	TOSSE	49	3,05
Z000	EXAME MEDICO GERAL	44	2,74
R11	NAUSEA E VOMITOS	43	2,68
A09	DIARREIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA PRESUMIVEL	40	2,49

J039	AMIGDALITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	40	2,49
Z761	SUPERVISAO E CUIDADO DE SAUDE DE CRIANCAS ASSISTIDAS	37	2,30

Fonte: Sistema IDS,2026. Acesso 10/03/2026.

❖ CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

O mês de fevereiro de 2026 manteve o desempenho positivo do município na atenção materno-infantil, especialmente no que se refere à vitalidade neonatal. Entre os 88 nascimentos avaliados, a ampla maioria dos recém-nascidos apresentou boa vitalidade já no 1º minuto de vida, com escores de Apgar entre 8 e 10, enquanto uma parcela menor apresentou Apgar moderado (4 a 7). Foram registrados 2 casos de asfixia grave no 1º minuto, indicando ocorrência pontual de maior vulnerabilidade clínica ao nascimento.

A evolução clínica até o 5º minuto de vida reforça a qualidade da assistência prestada na sala de parto. Observou-se melhora significativa dos escores, com predomínio quase absoluto de boa vitalidade, totalizando 87 recém-nascidos com Apgar entre 8 e 10, permanecendo apenas 1 registro de Apgar moderado e ausência de casos de asfixia grave no 5º minuto. Esse comportamento evidencia a efetividade das condutas de estabilização e reanimação neonatal, bem como a adequada aplicação dos protocolos assistenciais nos primeiros minutos de vida, considerados críticos para o prognóstico neonatal.

Entretanto, no que se refere ao perfil do parto, o mês de fevereiro apresentou manutenção de uma taxa global de cesarianas elevada, atingindo 82,95% (73 cesarianas em 88 partos), valor semelhante ao observado no mês anterior e muito acima da recomendação da Organização Mundial da Saúde, que preconiza taxas entre 10% e 15%, quando clinicamente justificadas. Esse dado reforça que, apesar dos bons resultados na assistência neonatal, persistem desafios estruturais relevantes na assistência obstétrica.

A análise segundo a Classificação de Robson evidencia novamente a predominância do Grupo 5, que concentrou 30 partos (34,09%), dos quais 29 evoluíram para cesariana, resultando em taxa de 96,67%. Esse grupo permanece como o principal determinante

estrutural da elevada taxa global, refletindo o impacto cumulativo das cesarianas prévias e a ainda baixa incorporação do parto vaginal após cesariana (PVAC) como prática assistencial segura e rotineira.

O Grupo 1, composto por nulíparas com gestação única, cefálica, a termo e em trabalho de parto espontâneo, registrou 28 partos (31,82%), com 23 cesarianas, resultando em taxa de 82,14%. Trata-se de um grupo de baixo risco obstétrico, no qual seriam esperadas taxas significativamente menores de intervenção cirúrgica. A manutenção desse padrão indica persistência de práticas intervencionistas e necessidade de fortalecimento de estratégias voltadas à promoção do parto vaginal seguro e humanizado.

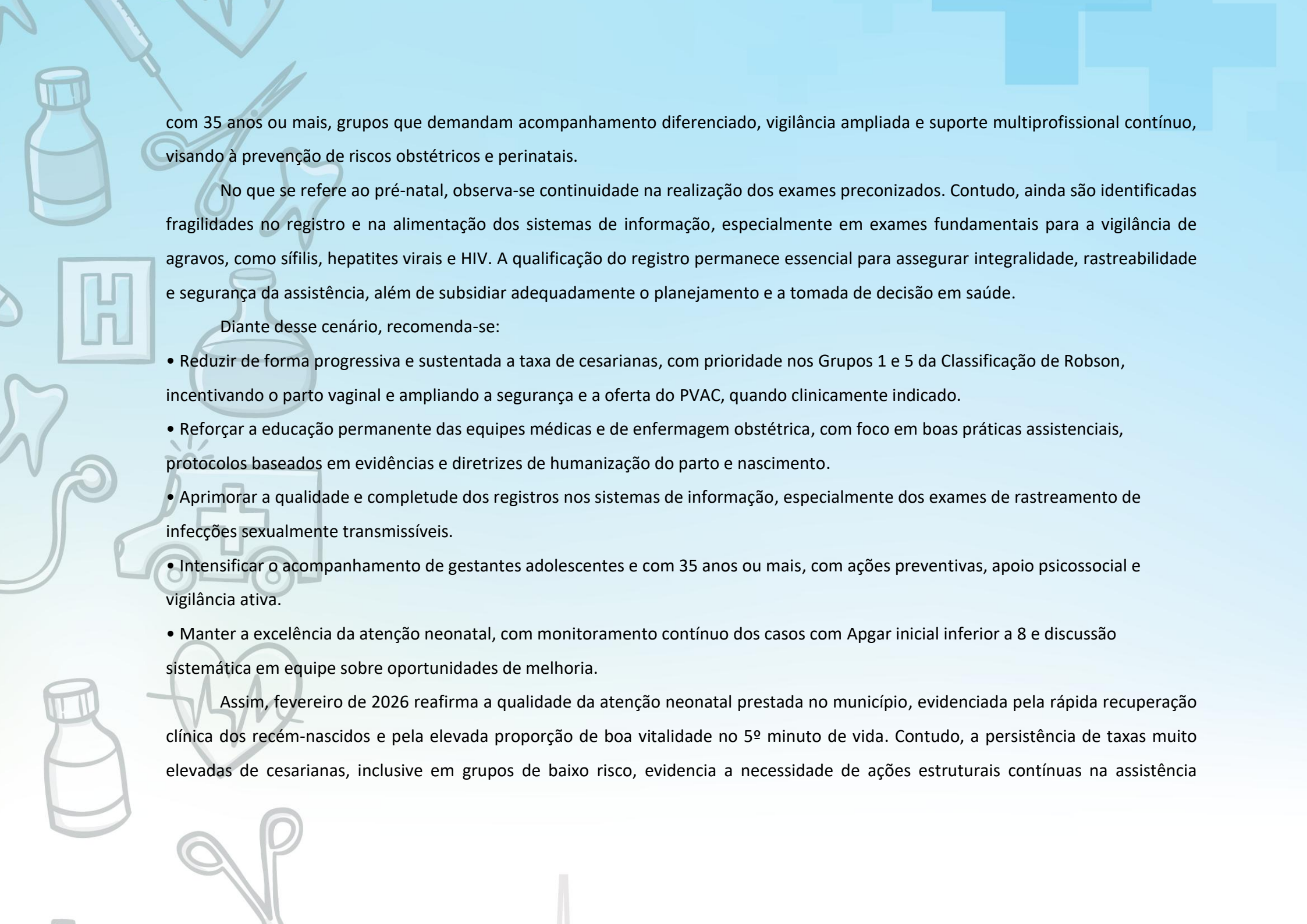
O Grupo 3 apresentou 12 partos (13,64%), com 9 cesarianas, resultando em taxa de 75%, ainda elevada para múltiparas sem cesariana prévia. Esse resultado reforça a necessidade de qualificação do manejo do trabalho de parto e maior valorização do histórico obstétrico favorável dessas gestantes.

O Grupo 10, relacionado aos partos pré-termo em apresentação cefálica, registrou 10 partos (11,36%), dos quais 7 foram cesarianas, resultando em taxa de 70%. Embora se trate de um grupo frequentemente associado a maior complexidade clínica, o monitoramento contínuo das indicações cirúrgicas permanece necessário para assegurar adequação das condutas assistenciais.

O Grupo 8, referente às gestações múltiplas, apresentou 2 partos (2,27%), ambos por cesariana, resultando em taxa de 100%, comportamento frequentemente observado diante do maior risco obstétrico associado a esse tipo de gestação.

Os Grupos 2 e 4, relacionados à indução do trabalho de parto ou cesariana antes do início do trabalho de parto, apresentaram volumes reduzidos. O Grupo 2 registrou 3 partos, com 2 cesarianas (66,67%), enquanto o Grupo 4 apresentou 2 partos, ambos vaginais, resultando em taxa de cesariana de 0%, comportamento favorável para esse perfil obstétrico.

O perfil etário das gestantes manteve-se semelhante ao observado nos meses anteriores, com maior concentração na faixa de 25 a 34 anos, considerada mais favorável do ponto de vista reprodutivo. Permanecem registros de gestações em adolescentes e em mulheres




com 35 anos ou mais, grupos que demandam acompanhamento diferenciado, vigilância ampliada e suporte multiprofissional contínuo, visando à prevenção de riscos obstétricos e perinatais.

No que se refere ao pré-natal, observa-se continuidade na realização dos exames preconizados. Contudo, ainda são identificadas fragilidades no registro e na alimentação dos sistemas de informação, especialmente em exames fundamentais para a vigilância de agravos, como sífilis, hepatites virais e HIV. A qualificação do registro permanece essencial para assegurar integralidade, rastreabilidade e segurança da assistência, além de subsidiar adequadamente o planejamento e a tomada de decisão em saúde.

Diante desse cenário, recomenda-se:

- Reduzir de forma progressiva e sustentada a taxa de cesarianas, com prioridade nos Grupos 1 e 5 da Classificação de Robson, incentivando o parto vaginal e ampliando a segurança e a oferta do PVAC, quando clinicamente indicado.
- Reforçar a educação permanente das equipes médicas e de enfermagem obstétrica, com foco em boas práticas assistenciais, protocolos baseados em evidências e diretrizes de humanização do parto e nascimento.
- Aprimorar a qualidade e completude dos registros nos sistemas de informação, especialmente dos exames de rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis.
- Intensificar o acompanhamento de gestantes adolescentes e com 35 anos ou mais, com ações preventivas, apoio psicossocial e vigilância ativa.
- Manter a excelência da atenção neonatal, com monitoramento contínuo dos casos com Apgar inicial inferior a 8 e discussão sistemática em equipe sobre oportunidades de melhoria.

Assim, fevereiro de 2026 reafirma a qualidade da atenção neonatal prestada no município, evidenciada pela rápida recuperação clínica dos recém-nascidos e pela elevada proporção de boa vitalidade no 5º minuto de vida. Contudo, a persistência de taxas muito elevadas de cesarianas, inclusive em grupos de baixo risco, evidencia a necessidade de ações estruturais contínuas na assistência

The background of the slide is light blue with a pattern of faint, light blue medical icons. These icons include a syringe, a bottle, scissors, a heart, an ambulance with a cross, an ECG line, and another bottle. The text is positioned in the upper left quadrant of the slide.

obstétrica. A superação desse desafio requer atuação articulada entre gestão, profissionais e rede de atenção, sustentada por educação permanente, protocolos atualizados e compromisso permanente com a qualidade, segurança e humanização da assistência materno-infantil.