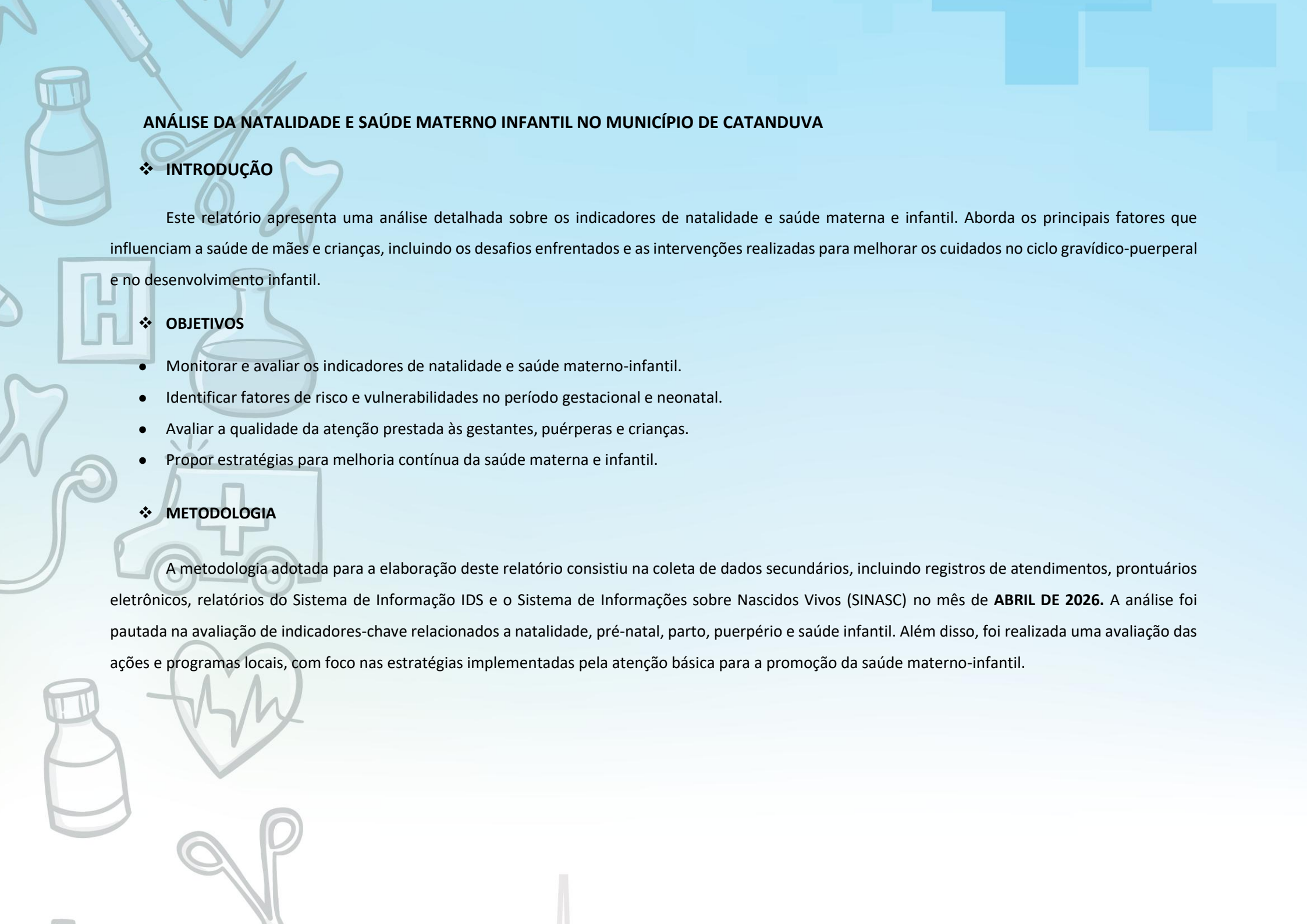




ANÁLISE DA NATALIDADE E SAÚDE MATERNO INFANTIL NO MUNICÍPIO DE CATANDUVA

ABRIL 2026





ANÁLISE DA NATALIDADE E SAÚDE MATERNO INFANTIL NO MUNICÍPIO DE CATANDUVA

❖ INTRODUÇÃO

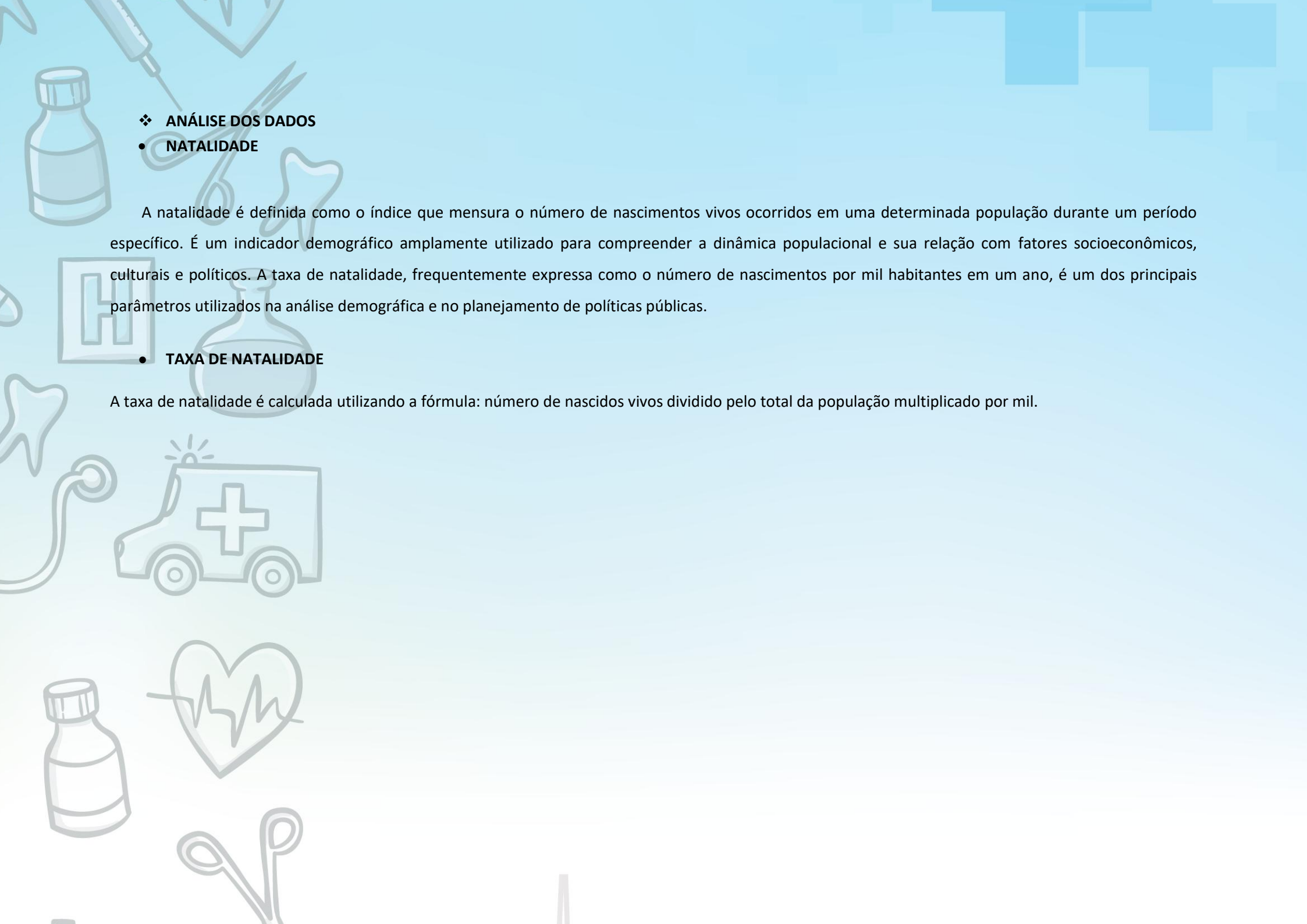
Este relatório apresenta uma análise detalhada sobre os indicadores de natalidade e saúde materna e infantil. Aborda os principais fatores que influenciam a saúde de mães e crianças, incluindo os desafios enfrentados e as intervenções realizadas para melhorar os cuidados no ciclo gravídico-puerperal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

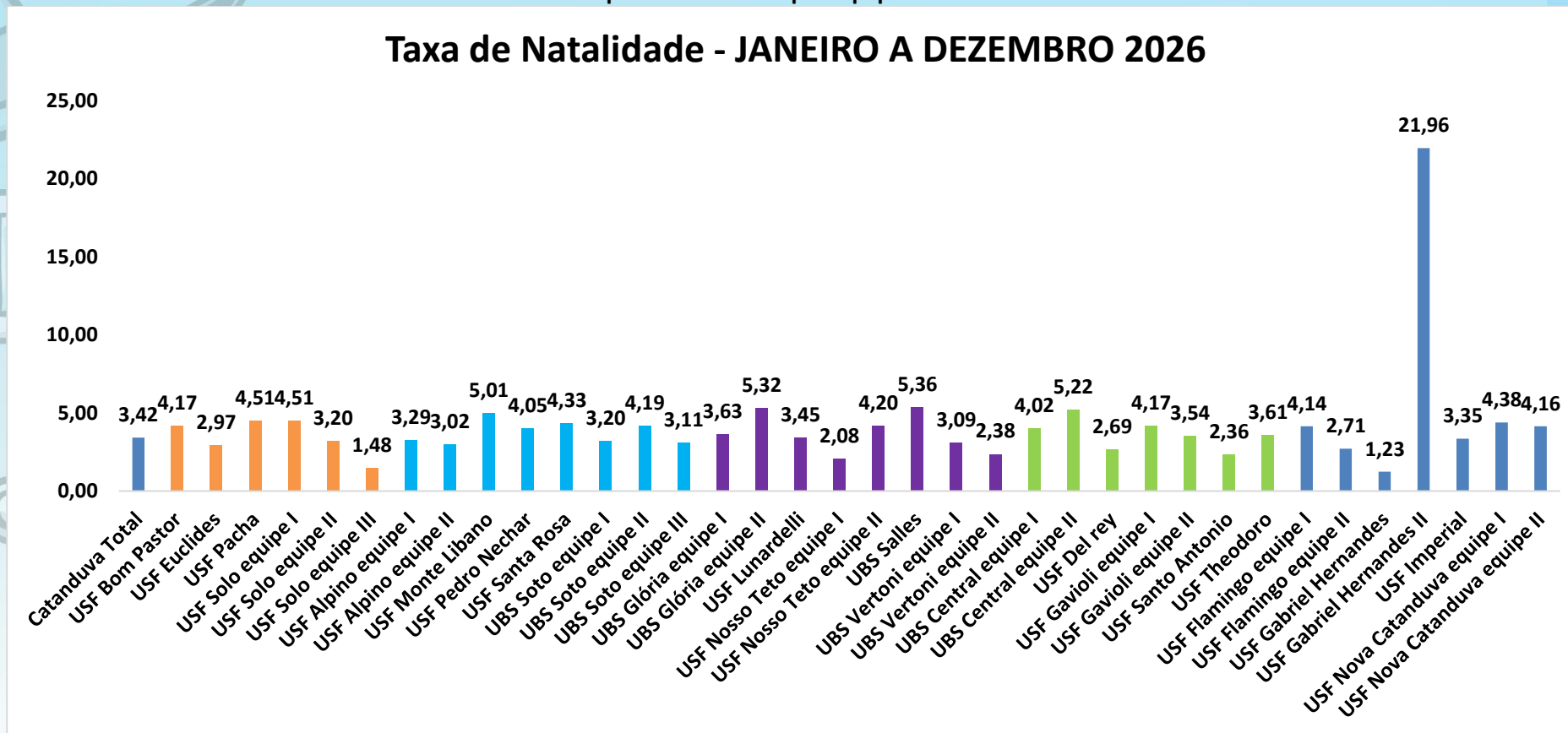
• NATALIDADE

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

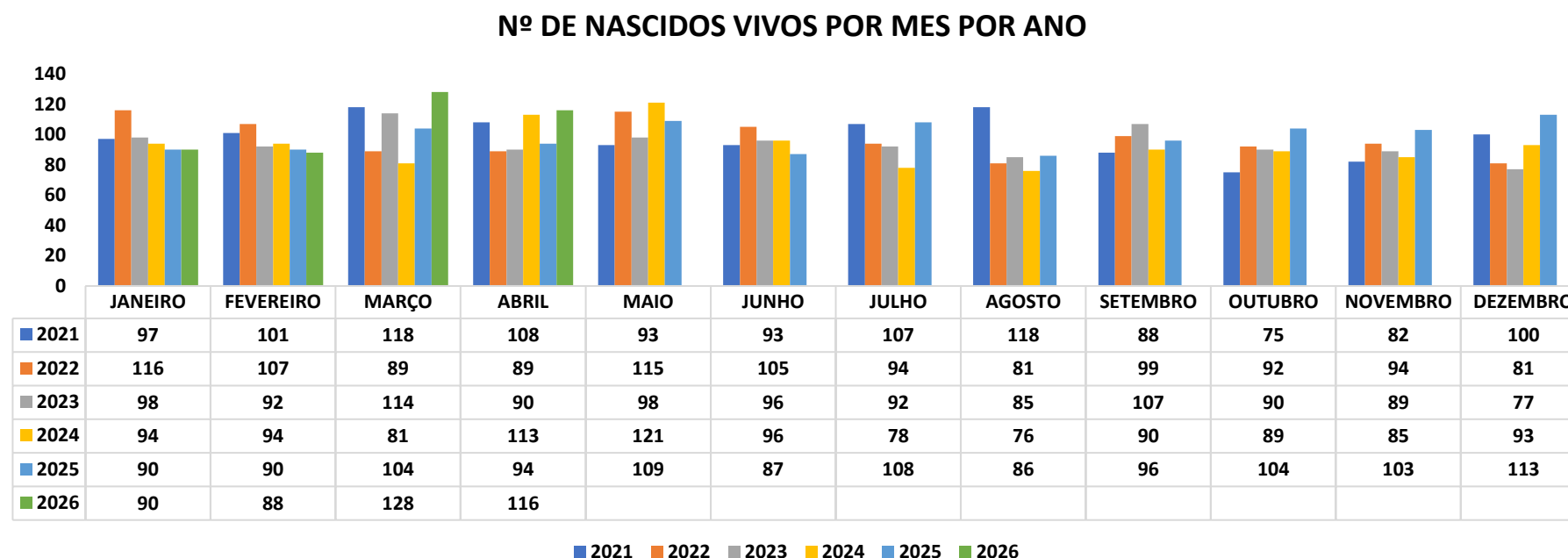
A taxa de natalidade é calculada utilizando a fórmula: número de nascidos vivos dividido pelo total da população multiplicado por mil.

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



Fonte: SINASC, 2026. Acesso 22/05/2026.

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 22/05/2026

Gráfico 03. Número bruto de nascidos vivos em residentes do município de Catanduva por mês em 2026.



Fonte: SINASC, 2026. Acesso 22/05/2026

Tabela 01. Número bruto de nascidos vivos de residentes do município de Catanduva por mês no ano de 2026.

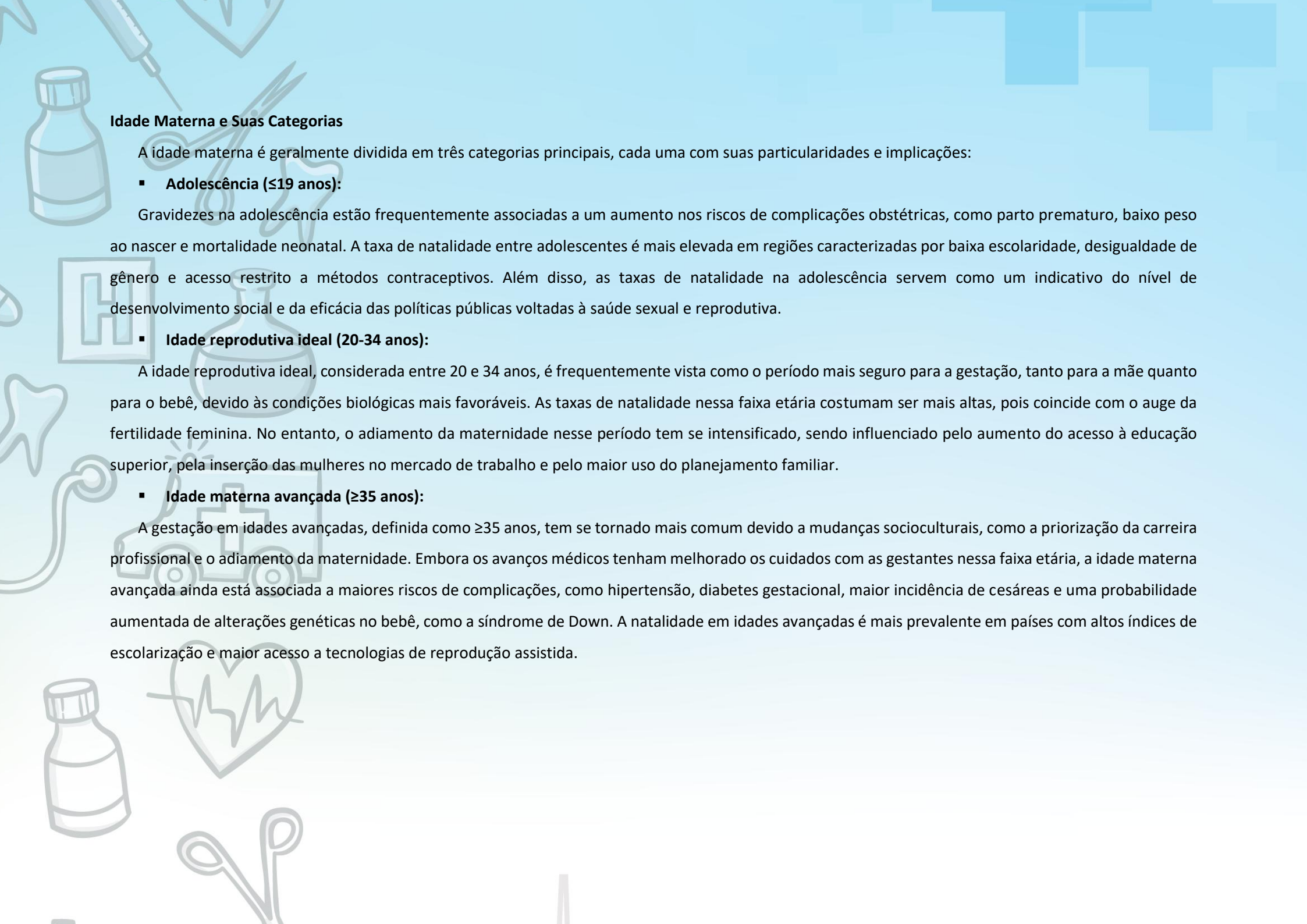
[illegible]

USF Dr. José Rocha (Gavioli equipe I)	4	2	3	4									13
USF Dr. José Rocha (Gavioli equipe II)	3	2	6	1									12
USF Dr. João Miguel Calil (Santo Antônio)	3	2	2	1									8
USF Dr. Carlos Eduardo Bauab (Theodoro)	4	2	1	3									10
USF Dra. Isabel Ettruri (Flamingo equipe I)	0	3	4	3									10
USF Dra. Isabel Ettruri (Flamingo equipe II)	3	2	1	3									9
USF Dr. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandes)	1	0	1	2									4
USF Dr. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandes II)	4	8	8	6									26
USF Dr. Athos Procópio de Oliveira (Imperial)	2	1	2	4									9
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe I)	1	3	2	4									10
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe II)	1	1	4	2									8
Consultório na RUA	0	0	0	0									0
Area Rural não identificada	0	0	0	0									0
Area não identificada	0	0	1	0									1

Fonte: SINASC,2026. Acesso 22/05/2026

- **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.

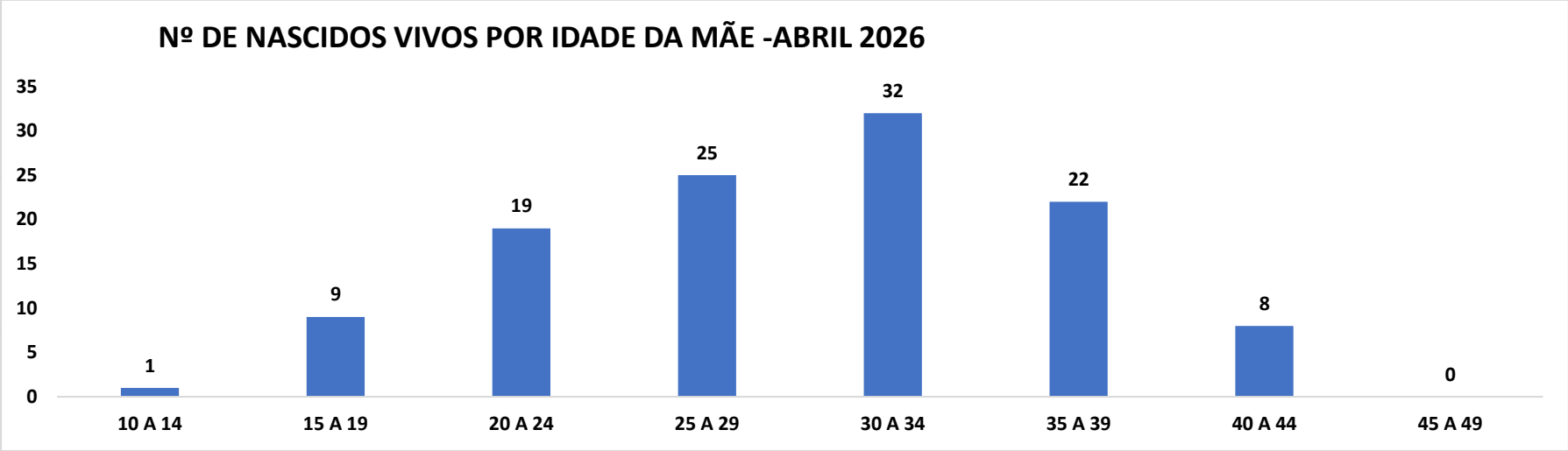
- **Idade reprodutiva ideal (20-34 anos):**

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 2026.



Fonte: SINASC,2025. Acesso 22/05/2026

Tabela 02. Número bruto de nascidos vivos por idade da mãe de residentes do município de Catanduva no mês de ABRIL 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	1	0,86	9	7,76	19	16,38	25	21,55	32	27,59	22	18,97	8	6,90	0,00	0,00	116
USF Dr. Milton Maguollo (Bom Pastor)	0	0,00	1	20,00	2	40,00	1	20,00	1	20,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5
USF Dr. Jose Ramiro Madeira (Euclides)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	2
USF Dr. Sergio Banhos (Pachá)	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. Alcione Nasorri (Solo equipe I)	0	0,00	1	33,33	1	33,33	0	0,00	1	33,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe II)	0	0,00	0	0,00	1	25,00	2	50,00	0	0,00	1	25,00	0	0,00	0	0,00	4
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe III)	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. Napoleão Pellicano (Alpino I)	0	0,00	0	0,00	2	40,00	0	0,00	2	40,00	1	20,00	0	0,00	0	0,00	5

USF Dr. Napoleão Pellicano (Alpino II)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	50,00	2	50,00	0	0,00	0	0,00	4
USF Dr. Olavo Barros (Monte Líbano)	0	0,00	1	11,11	1	11,11	2	22,22	1	11,11	2	22,22	2	22,22	0	0,00	9
USF Dra. Gesabel Clemente Marques de la Haba (Pedro Nechar)	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. Armino Mastrocola (Santa Rosa)	0	0,00	1	50,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2
UBS Dr. José Barrionuevo (Soto I)	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0
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	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	1	50,00	0	0,00	2
UBS Enf. Diomar José dos Santos (Glória 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
UBS Enf. Diomar José dos Santos (Glória II)	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. Geraldo Mendonça Uchoa (Lunardelli)	1	20,00	1	20,00	0	0,00	1	20,00	2	40,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5
USF Dr. Michel Curi (Nosso Teto 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 Dr. Michel Curi (Nosso Teto 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
UBS Dr. Francisco Lopes Ladeira (Salles)	0	0,00	1	11,11	1	11,11	3	33,33	1	11,11	3	33,33	0	0,00	0	0,00	9
UBS Dr. Vicente Buchianeri (Vertoni I)	0	0,00	1	33,33	0	0,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00	1	33,33	0	0,00	3
UBS Dr. Vicente Buchianeri (Vertoni II)	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
UBS Dr. Luiz Carlos Figueiredo Malheiros (Central I)	0	0,00	0	0,00	1	20,00	0	0,00	1	20,00	3	60,00	0	0,00	0	0,00	5
UBS Dr. Luiz Carlos Figueiredo Malheiros (Central II)	0	0,00	1	20,00	0	0,00	1	20,00	1	20,00	1	20,00	1	20,00	0	0,00	5
USF Dr. Sergio da Costa Peres (Del Rey)	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. José Rocha (Gavioli equipe I)	0	0,00	0	0,00	1	25,00	0	0,00	1	25,00	2	50,00	0	0,00	0	0,00	4
USF Dr. José Rocha (Gavioli 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. João Miguel Calil (Santo Antônio)	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 Eduardo Bauab (Theodoro)	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 Dra. Isabel Ettruri (Flamingo 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 Dra. Isabel Ettruri (Flamingo equipe II)	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. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandez)	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. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandez II)	0	0,00	0	0,00	2	33,33	1	16,67	2	33,33	0	0,00	1	16,67	0	0,00	6
USF Dr. Athos Procópio de Oliveira (Imperial)	0	0,00	0	0,00	2	50,00	0	0,00	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	1	25,00	0	0,00	2	50,00	1	25,00	0	0,00	0	0,00	4

USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva 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
--	---	------	---	------	---	-------	---	-------	---	------	---	------	---	------	---	------	---

Fonte: SINASC,2026. Acesso 22/05/2026.

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 (21,55%) e 30-34 anos (27,59%) se destacam com uma contribuição significativa para o total de nascimentos, somando juntos **49,14%** dos nascimentos em Catanduva.

Faixa Etária de 20-24 anos (16,38%) e 35-39 anos (18,97%) também apresenta uma proporção relevante.

As faixas etárias mais jovens, de **10-14 anos (0,86%) e 15-19 anos (7,76%)**, 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 (6,90%) e 45-49 anos (0,0%)**, 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.

• 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
trimestre de gestação no ano de 2

F



HUM
95
99 TSH
10



[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

1107 - DETECÇÃO DE DNA PROVIRAL DO HTLV-1 E DO HTLV-2 EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
1108 - DETECÇÃO DE DNA PROVIRAL DO HTLV-1 E DO HTLV-2 EM GESTANTE	4	0	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	11

Fonte: Sistema IDS, 22/05/2026.

• **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:**

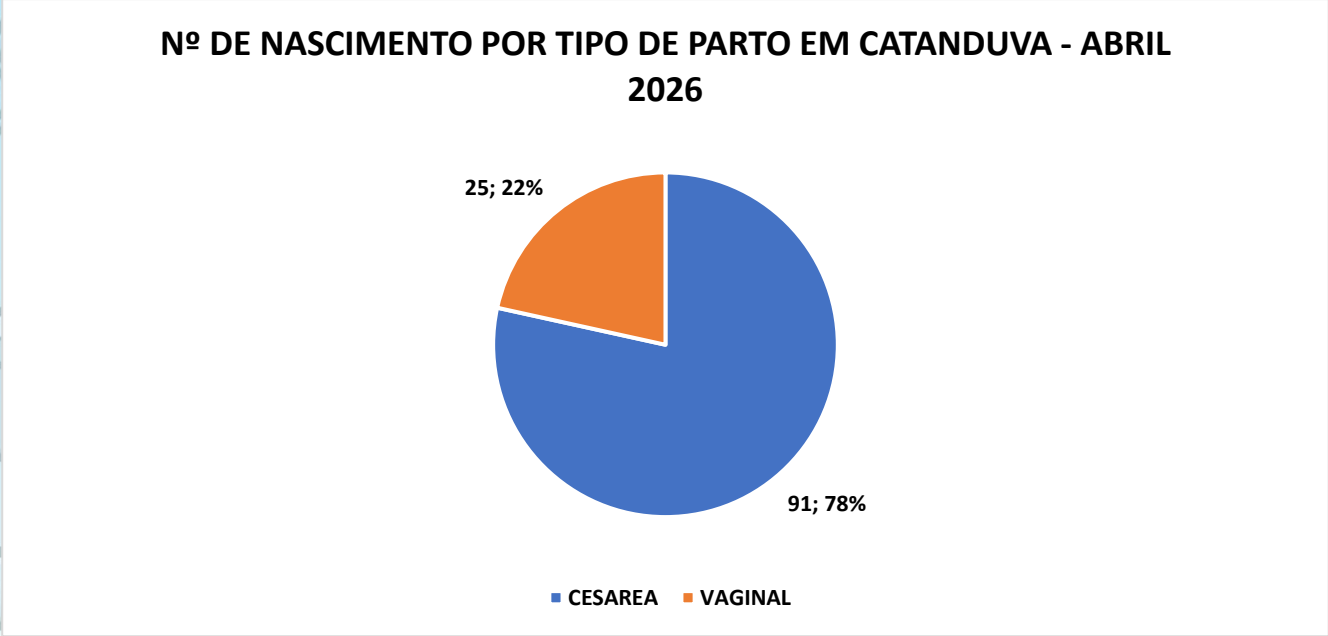
Parto Normal: O parto normal consiste na expulsão espontânea do feto pelo canal vaginal, sem intervenções cirúrgicas. É considerado o método fisiológico mais seguro, com benefícios associados à recuperação materna rápida e ao estímulo respiratório neonatal.

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 ABRIL DE 2026.



Fonte: SINASC,2026. Acesso 22/05/2026

Tabela 08. Tipo parto por local de nascimento de residentes do município de Catanduva no mês de ABRIL 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	%	
TOTAL	69	75,0	23	25,0	92	20	90,9	2	9,1	22	2	100,0	0	0,0	2	91	78,4	25	21,6	116
USF Dr. Milton Maguollo (Bom Pastor)	3	75,0	1	25,0	4	1	100,0	0	0,0	1	0	0,0	0	0,0	0	4	80,0	1	20,0	5
USF Dr. Jose Ramiro Madeira (Euclides)	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. Sergio Banhos (Pachá)	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 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. 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)	3	60,0	2	40,0	5	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	3	60,0	2	40,0	5
USF Dr. Napoleão Pellicano (Alpino II)	2	100,0	0	0,0	2	2	100,0	0	0,0	2	0	0,0	0	0,0	0	4	100,0	0	0,0	4
USF Dr. Olavo Barros (Monte Líbano)	5	62,5	3	37,5	8	1	100,0	0	0,0	1	0	0,0	0	0,0	0	6	66,7	3	33,3	9
USF Dra. Gesabel Clemente Marques de la Haba (Pedro Nechar)	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. Armino Mastrocola (Santa Rosa)	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
UBS Dr. José Barrionuevo (Soto 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
UBS Dr. José Barrionuevo (Soto II)	1	50,0	1	50,0	2	1	100,0	0	0,0	1	0	0,0	0	0,0	0	2	66,7	1	33,3	3
UBS Dr. José Barrionuevo (Soto III)	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
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	50,0	2	50,0	4	0	0,0	0	0,0	0	1	100,0	0	0,0	1	3	60,0	2	40,0	5
USF Dr. Michel Curi (Nosso Teto equipe I)	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. 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)	5	71,4	2	28,6	7	1	100,0	0	0,0	1	1	100,0	0	0,0	1	7	77,8	2	22,2	9
UBS Dr. Vicente Buchianeri (Vertoni 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
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)	3	100,0	0	0,0	3	1	50,0	1	50,0	2	0	0,0	0	0,0	0	4	80,0	1	20,0	5
UBS Dr. Luiz Carlos Figueiredo Malheiros (Central II)	4	80,0	1	20,0	5	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	4	80,0	1	20,0	5
USF Dr. Sergio da Costa Peres (Del Rey)	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. José Rocha (Gavioli equipe I)	2	100,0	0	0,0	2	1	50,0	1	50,0	2	0	0,0	0	0,0	0	3	75,0	1	25,0	4
USF Dr. José Rocha (Gavioli equipe II)	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 Dr. João Miguel Calil (Santo Antônio)	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. Carlos Eduardo Bauab (Theodoro)	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 Dra. Isabel Ettruri (Flamingo equipe 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
USF Dra. Isabel Ettruri (Flamingo equipe II)	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. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandes)	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 II)	5	100,0	0	0,0	5	1	100,0	0	0,0	1	0	0,0	0	0,0	0	6	100,0	0	0,0	6

USF Dr. Athos Procópio de Oliveira (Imperial)	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 I)	3	75,0	1	25,0	4	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	3	75,0	1	25,0	4
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva 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
Não identificada	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

Fonte: SINASC,2026. Acesso 22/05/2026

- **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 ABRIL 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	MÚLTIPLOS	CEFÁLICA	PÉLVICA	TRANSVERSA OU OBLÍQUA	IGNORADO	NULÍPARA (NÃO TEVE FILHOS)	MULTÍPARA (TEVE FILHOS)	SIM	NÃO = 0	SIM	NÃO	CESAREO	VAGINAL	Nº	%
1	37	0	37	0	37	0	0	0	37	0	0	37	0	37	32	5	37	31,90
2	6	0	6	0	6	0	0	0	6	0	0	6	6	0	2	4	6	5,17
3	18	0	18	0	18	0	0	0	0	18	0	18	0	12	12	6	18	15,52
4	2	0	2	0	2	0	0	0	0	2	0	2	2	0	0	2	2	1,72
5	35	0	35	0	35	0	0	0	0	35	35	0	0	35	32	3	35	30,17
6	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0,86
7	2	1	3	0	0	3	0	0	0	3	2	1	0	3	3	0	3	2,59
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
10	0	12	12	0	12	0	0	0	4	8	5	7	0	12	8	4	12	10,34
ignorado	1	1	2	0	0	0	0	2	1	1	1	1	0	2	1	1	2	1,72
TOTAL	102	14	116	0	110	4	0	2	49	67	43	73	8	102	91	25	116	100,00

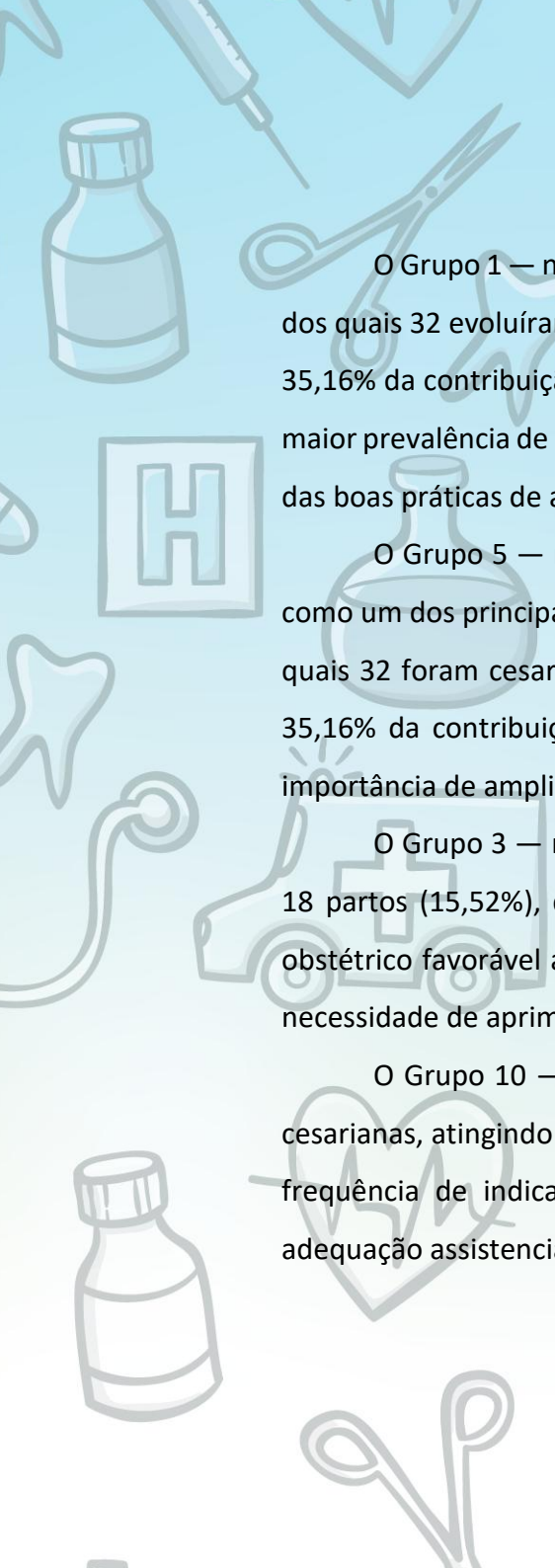
Fonte: SINASC,2026. Acesso 22/05/2026. Obs: N.C.= Não classificado*

Tabela 10. Classificação de Robson dos nascidos vivos dos residentes do município de Catanduva em ABRIL 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	32	37	31,90	86,49	27,59	35,16
2	2	6	5,17	33,33	1,72	2,20
3	12	18	15,52	66,67	10,34	13,19
4	0	2	1,72	0,00	0,00	0,00
5	32	35	30,17	91,43	27,59	35,16
6	1	1	0,86	100,00	0,86	1,10
7	3	3	2,59	100,00	2,59	3,30
8	0	0	0,00	#DIV/0!	0,00	0,00
9	0	0	0,00	#DIV/0!	0,00	0,00
10	8	12	10,34	66,67	6,90	8,79
NÃO CLASSIFICADO	1	2	1,72	50,00	0,86	1,10
TOTAL	91	116	100,00	78,45	78,45	100,00

Fonte: SINASC, 2026. Acesso 22/05/2026

No mês de abril de 2026, foram registrados 116 partos de residentes no município de Catanduva, dos quais 91 foram cesarianas e 25 partos vaginais, resultando em uma taxa global de cesariana de 78,45%. Observa-se aumento em relação ao mês anterior, mantendo o indicador muito acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde, que preconiza taxas entre 10% e 15% quando clinicamente justificadas. O cenário segue evidenciando forte predominância de um modelo obstétrico centrado na realização de cesarianas, reforçando a necessidade de monitoramento contínuo e qualificação da assistência ao parto.

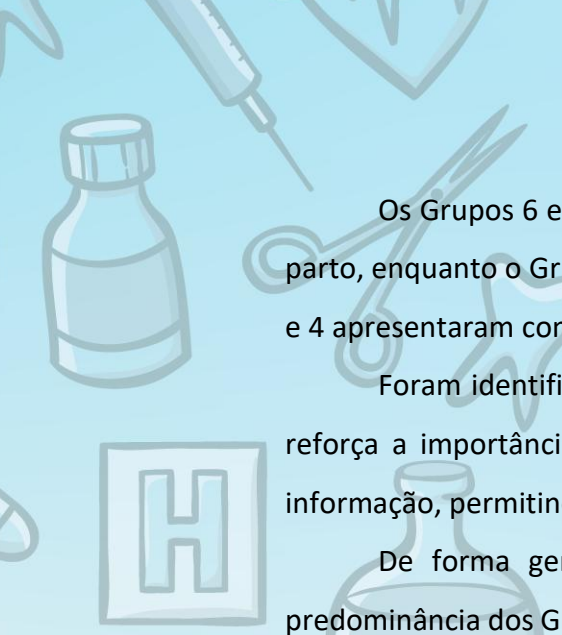


O Grupo 1 — nulíparas com gestação única, cefálica, a termo e em trabalho de parto espontâneo — apresentou 37 partos (31,90%), dos quais 32 evoluíram para cesariana, resultando em taxa de 86,49%. Esse grupo foi responsável por 27,59% da contribuição absoluta e 35,16% da contribuição relativa para a taxa global de cesarianas. Trata-se de um grupo de baixo risco obstétrico que deveria apresentar maior prevalência de partos vaginais, o que evidencia manutenção de práticas intervencionistas e reforça a necessidade de fortalecimento das boas práticas de assistência ao parto normal e prevenção das cesarianas primárias.

O Grupo 5 — multíparas com pelo menos uma cesariana prévia, gestação única, a termo e apresentação cefálica — manteve-se como um dos principais determinantes estruturais da elevada taxa global de cesarianas. No período, concentrou 35 partos (30,17%), dos quais 32 foram cesarianas, resultando em taxa de 91,43%. Assim como o Grupo 1, respondeu por 27,59% da contribuição absoluta e 35,16% da contribuição relativa para a taxa global. O resultado reforça o impacto cumulativo das cesarianas prévias e evidencia a importância de ampliar estratégias seguras de incentivo ao parto vaginal após cesariana (PVAC), quando clinicamente indicado.

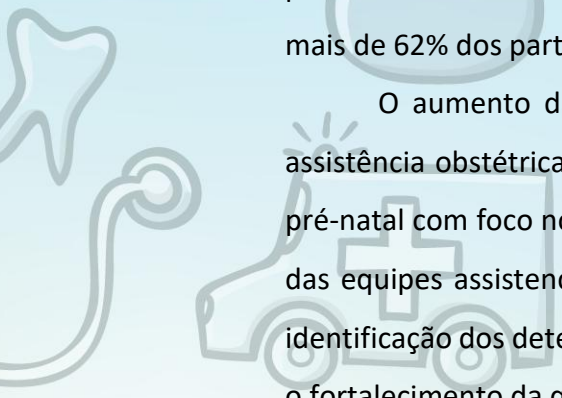
O Grupo 3 — multíparas sem cesariana prévia, gestação única, cefálica, a termo e em trabalho de parto espontâneo — registrou 18 partos (15,52%), dos quais 12 evoluíram para cesariana, resultando em taxa de 66,67%. Embora esse grupo apresente histórico obstétrico favorável ao parto vaginal, os dados demonstram manutenção de elevada frequência de intervenções cirúrgicas, indicando necessidade de aprimoramento no manejo do trabalho de parto e maior valorização do parto vaginal seguro.

O Grupo 10 — gestantes com parto pré-termo em apresentação cefálica — apresentou 12 partos (10,34%), dos quais 8 foram cesarianas, atingindo taxa de 66,67%. Apesar de representar um grupo frequentemente associado a maior complexidade clínica e maior frequência de indicações cirúrgicas, o monitoramento criterioso das indicações de cesariana permanece essencial para garantir adequação assistencial e segurança materno-infantil.



Os Grupos 6 e 7 apresentaram taxas de cesariana de 100%, embora com baixo número absoluto de casos. O Grupo 6 registrou 1 parto, enquanto o Grupo 7 contabilizou 3 partos. O Grupo 8 não apresentou registros no período, assim como o Grupo 9. Já os Grupos 2 e 4 apresentaram comportamento mais favorável, especialmente o Grupo 4, que manteve 100% de partos vaginais.

Foram identificados 2 partos não classificados (1,72%), dos quais 1 evoluiu para cesariana, resultando em taxa de 50%. O dado reforça a importância da qualificação do preenchimento das informações obstétricas e da alimentação adequada dos sistemas de informação, permitindo análises mais precisas do perfil assistencial do município.



De forma geral, abril de 2026 manteve padrão estrutural semelhante ao observado nos meses anteriores, com forte predominância dos Grupos 1 e 5 como principais responsáveis pela elevada taxa global de cesarianas. Juntos, esses grupos concentraram mais de 62% dos partos e responderam pela maior parte das cesarianas realizadas no município.



O aumento da taxa global de cesarianas em relação a março evidencia que persistem importantes desafios estruturais na assistência obstétrica municipal. Permanecem como prioridades estratégicas a redução das cesarianas primárias, o fortalecimento do pré-natal com foco no parto normal, a ampliação da segurança e da oferta do parto vaginal após cesariana e a qualificação permanente das equipes assistenciais. O monitoramento sistemático por meio da Classificação de Robson segue como ferramenta essencial para identificação dos determinantes das cesarianas, orientação de intervenções assistenciais e apoio à tomada de decisão, 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.

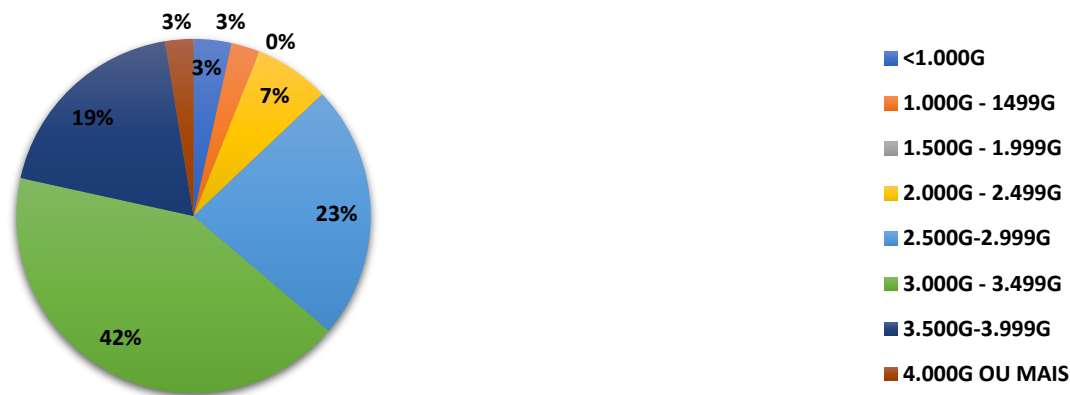
Gráfico 06. Número bruto dos nascidos vivos por peso ao nascer dos residentes do município de Catanduva em ABRIL de 2026.



Fonte: SINASC, 2026. Acesso 22/05/2026.

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

Nº DE NASCIDOS VIVOS POR PESO AO NASCER - ABRIL 2026



Fonte: SINASC, 2026. Acesso 22/05/2026

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

UNIDADES DE SAÚDE	NASCIDOS VIVOS POR PESO 2026																
	<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	4	3,45	3	2,59	0	0,00	8	6,90	27	23,28	49	42,24	22	18,97	3	2,59	116
USF Dr. Milton Maguollo (Bom Pastor)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	20,00	3	60,00	1	20,00	0	0,00	5
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	2	66,67	1	33,33	0	0,00	0	0,00	3
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe I)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	100,00	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	2	66,67	0	0,00	1	33,33	0	0,00	3
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe III)	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. Napoleão Pellicano (Alpino I)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	20,00	2	40,00	2	40,00	0	0,00	5
USF Dr. Napoleão Pellicano (Alpino II)	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. Olavo Barros (Monte Líbano)	1	11,11	0	0,00	0	0,00	1	11,11	1	11,11	2	22,22	3	33,33	1	11,11	9
USF Dra. Gesabel Clemente Marques de la Haba (Pedro Nechar)	1	50,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2
USF Dr. Armindo Mastrocola (Santa Rosa)	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
UBS Dr. José Barrionuevo (Soto I)	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0
UBS Dr. José Barrionuevo (Soto II)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	66,67	0	0,00	1	33,33	0	0,00	3
UBS Dr. José Barrionuevo (Soto III)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	2
UBS Enf. Diomar José dos Santos (Glória I)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	100,00	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	1	33,33	1	33,33	1	33,33	0	0,00	3
USF Dr. Geraldo Mendonça Uchoa (Lunardelli)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	20,00	0	0,00	4	80,00	0	0,00	0	0,00	5
USF Dr. Michel Curi (Nosso Teto 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 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)	1	11,11	1	11,11	0	0,00	1	11,11	2	22,22	4	44,44	0	0,00	0	0,00	9
UBS Dr. Vicente Buchianeri (Vertoni I)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	100,00	0	0,00	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	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	1	20,00	1	20,00	2	40,00	1	20,00	0	0,00	5
UBS Dr. Luiz Carlos Figueiredo Malheiros (Central II)	0	0,00	1	20,00	0	0,00	0	0,00	1	20,00	1	20,00	2	40,00	0	0,00	5
USF Dr. Sergio da Costa Peres (Del Rey)	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. José Rocha (Gavioli equipe I)	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. José Rocha (Gavioli 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. João Miguel Calil (Santo Antônio)	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. Carlos Eduardo Bauab (Theodoro)	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 Ettruri (Flamingo equipe I)	0	0,00	1	33,33	0	0,00	2	66,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3
USF Dra. Isabel Ettruri (Flamingo equipe II)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	1	33,33	1	33,33	3
USF Dr. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandez)	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. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandez II)	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. Athos Procópio de Oliveira (Imperial)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	50,00	2	50,00	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	1	25,00	1	25,00	2	50,00	0	0,00	0	0,00	4
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe 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
Não identificada	4	3,45	3	2,59	0	0,00	8	6,90	27	23,28	49	42,24	22	18,97	3	2,59	116

Fonte: SINASC,2026. Acesso 22/05/2026.



❖ 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

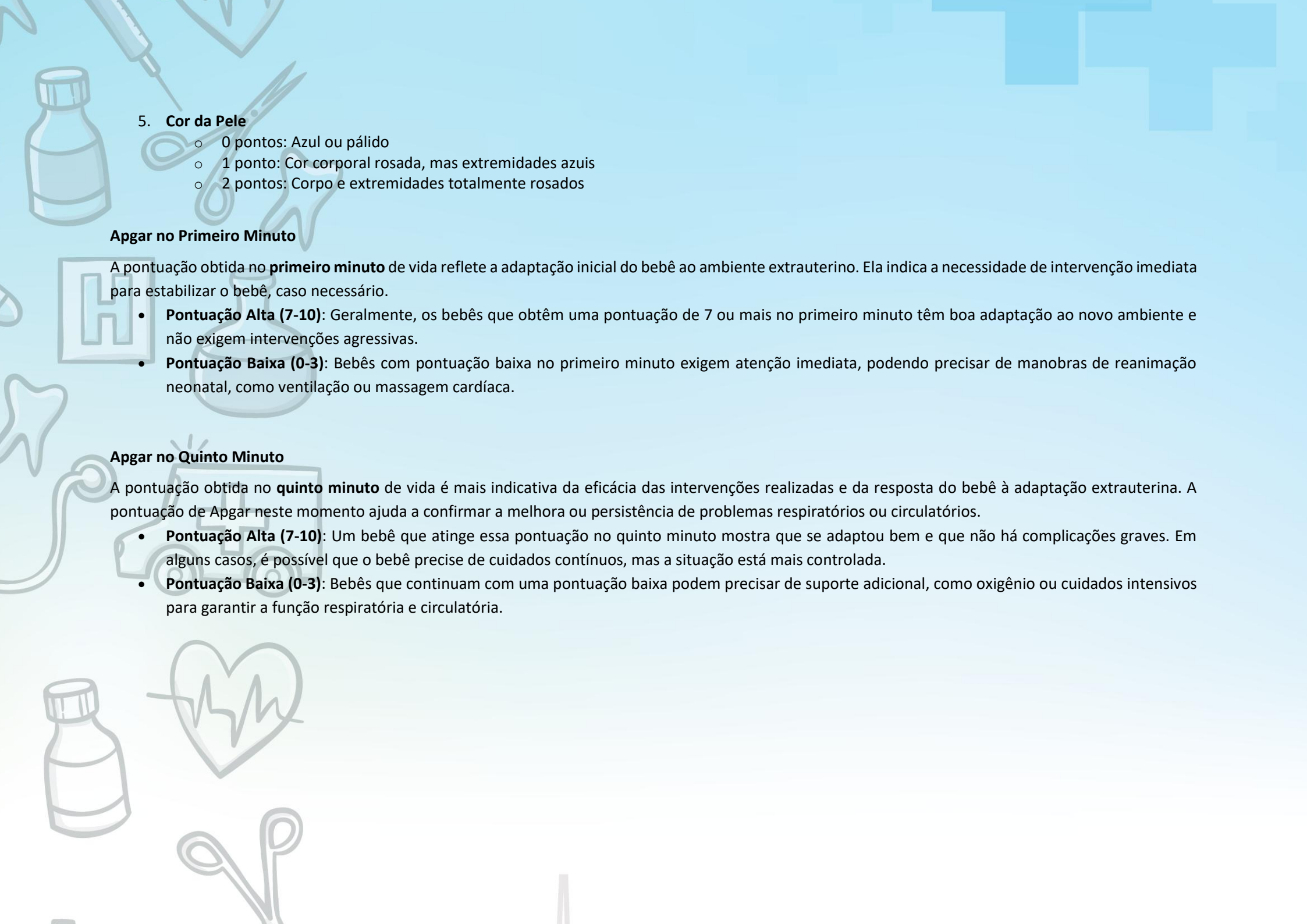
- 0 pontos: Ausente
- 1 ponto: Respiração irregular ou fraca
- 2 pontos: Boa respiração, com choro forte e regular

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 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
---	--	---

Escola de Apgar proposta em 1953 pela médica Virgínia Apgar

Gráfico 08. Classificação

Tabela 12. Cla

UNIDADES DE SAÚDE
TOTAL
USF Dr. Milton Maguollo (Bom Pastor)
USF Dr. Jose Ramiro Madeira (Euclides)
USF Dr. Sergio Banhos (Pachá)
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe)
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe)
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe)
USF Dr. Napoleão Pellicano (Alpino I)
USF Dr. Napoleão Pellicano (Alpino II)

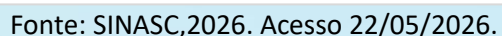


Gráfico 08. Classificação

Tabela 12. Cla

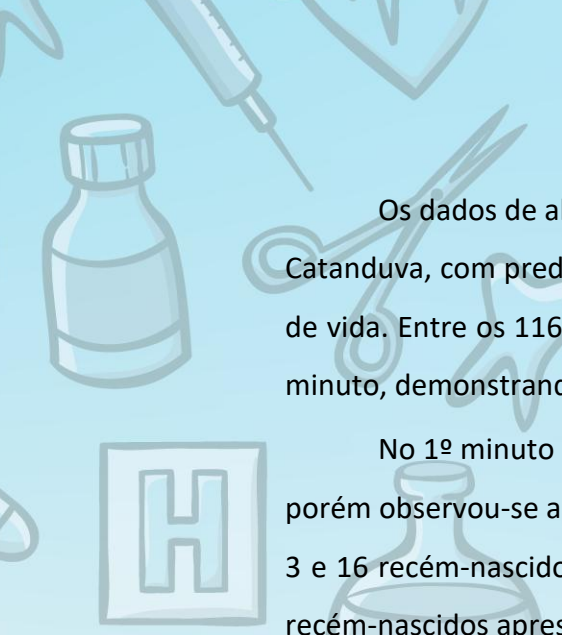
UNIDADES DE SAÚDE
TOTAL
USF Dr. Milton Maguollo (Bom Pastor)
USF Dr. Jose Ramiro Madeira (Euclides)
USF Dr. Sergio Banhos (Pachá)
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe)
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe)
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe)
USF Dr. Napoleão Pellicano (Alpino I)
USF Dr. Napoleão Pellicano (Alpino II)

UNIDADES DE SAÚDE	1º MINUTO												5º MINUTO													
	ASFIXIA GRAVE				ASFIXIA MODERADA				BOA VITALIDADE				TOTAL	ASFIXIA GRAVE				ASFIXIA MODERADA				BOA VITALIDADE				TOTAL
	0 A 3				4 A 7				8 A 10					0 A 3				4 A 7				8 A 10				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
TOTAL	0	1	1	1	1	3	3	9	13	81	3	116	0	0	0	0	0	0	1	0	9	33	73	116		
USF Dr. Milton Maguollo (Bom Pastor)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	5			
USF Dr. Jose Ramiro Madeira (Euclides)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2			
USF Dr. Sergio Banhos (Pachá)	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3			
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe I)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3			
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe II)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3			
USF Dr. Alcione Nasorri (Solo equipe III)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1			
USF Dr. Napoleão Pellicano (Alpino I)	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	5			
USF Dr. Napoleão Pellicano (Alpino II)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4			

[illegible]

USF Dra. Isabel Ettruri (Flamingo equipe I)	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	3
USF Dra. Isabel Ettruri (Flamingo equipe II)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
USF Dr. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandes)	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
USF Dr. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandes II)	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	6
USF Dr. Athos Procópio de Oliveira (Imperial)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe I)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe II)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
NÃO IDENTIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

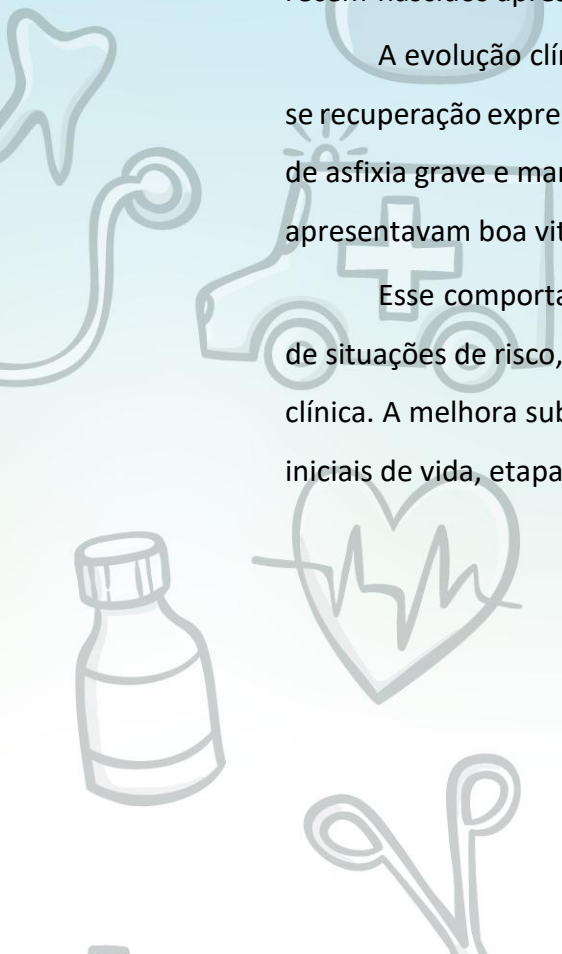
Fonte: SINASC,2026. Acesso 22/05/2026.



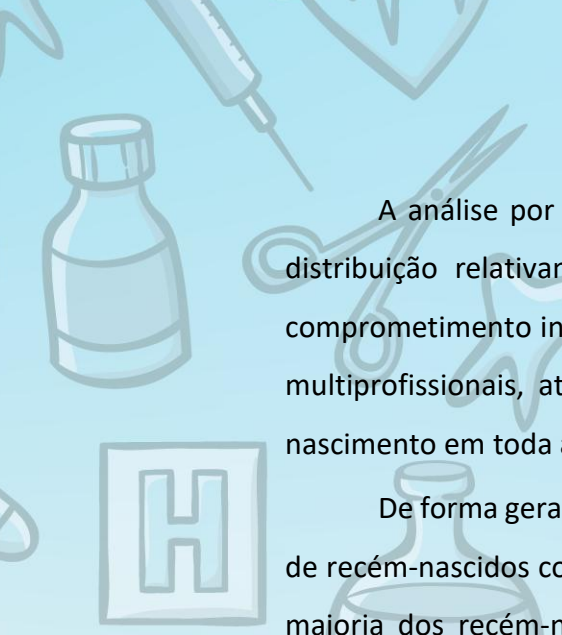
Os dados de abril de 2026 evidenciam a manutenção de um desempenho global favorável da vitalidade neonatal no município de Catanduva, com predominância de recém-nascidos em boas condições ao nascimento e evolução clínica positiva nos primeiros minutos de vida. Entre os 116 nascidos vivos avaliados, a ampla maioria apresentou escores de APGAR compatíveis com boa vitalidade já no 1º minuto, demonstrando adequada adaptação inicial ao nascimento.

No 1º minuto de vida, não foram registrados casos classificados como asfixia grave persistente com APGAR extremamente baixo, porém observou-se a presença de recém-nascidos com algum grau de comprometimento inicial, totalizando 3 casos de APGAR entre 0 e 3 e 16 recém-nascidos com APGAR moderado (4 a 7). Ainda assim, a maior parte dos nascimentos apresentou boa vitalidade, com 97 recém-nascidos apresentando APGAR entre 8 e 10 já no primeiro minuto de vida.

A evolução clínica entre o 1º e o 5º minuto de vida demonstra melhora significativa do quadro neonatal. No 5º minuto, observa-se recuperação expressiva da maioria dos recém-nascidos inicialmente classificados como moderados, com ausência de casos persistentes de asfixia grave e manutenção de apenas 1 recém-nascido com APGAR moderado. Ao final do período crítico inicial, 115 recém-nascidos apresentavam boa vitalidade, evidenciando resposta rápida e efetiva às medidas de assistência neonatal.



Esse comportamento reforça a efetividade da assistência prestada na sala de parto, especialmente no reconhecimento precoce de situações de risco, na adequada aplicação das manobras de reanimação neonatal e na adoção oportuna das medidas de estabilização clínica. A melhora substancial dos escores de APGAR entre o 1º e o 5º minuto evidencia qualidade técnica da assistência nos momentos iniciais de vida, etapa fundamental para redução de complicações neonatais e melhora do prognóstico infantil.



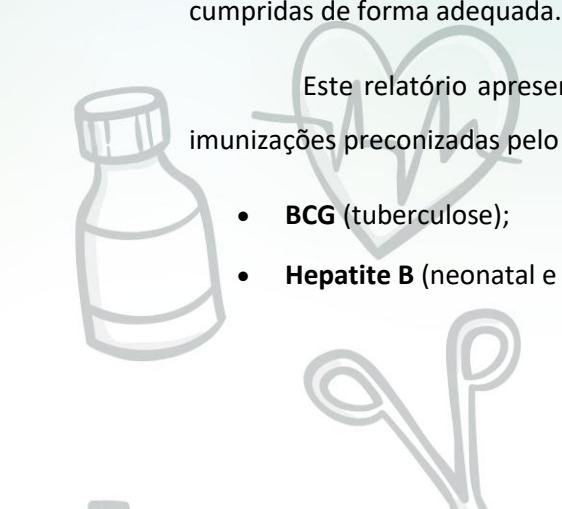
A análise por unidades de saúde não demonstra concentração expressiva de casos graves em serviços específicos, sugerindo distribuição relativamente homogênea dos eventos no território municipal. Apesar disso, a ocorrência de recém-nascidos com comprometimento inicial reforça a importância da manutenção contínua das ações de educação permanente, capacitação das equipes multiprofissionais, atualização de protocolos assistenciais e garantia de estrutura adequada para atendimento seguro ao parto e nascimento em toda a rede assistencial.

De forma geral, abril de 2026 mantém um padrão positivo de cuidado neonatal no município, caracterizado por elevada proporção de recém-nascidos com boa vitalidade no 5º minuto de vida, baixa persistência de casos moderados e recuperação clínica adequada da maioria dos recém-nascidos inicialmente classificados como de maior risco. O desempenho observado reflete a consolidação dos processos assistenciais, o fortalecimento das práticas baseadas em evidências, o investimento em educação permanente e a atuação integrada das equipes multiprofissionais na promoção de uma atenção neonatal segura, qualificada e humanizada.



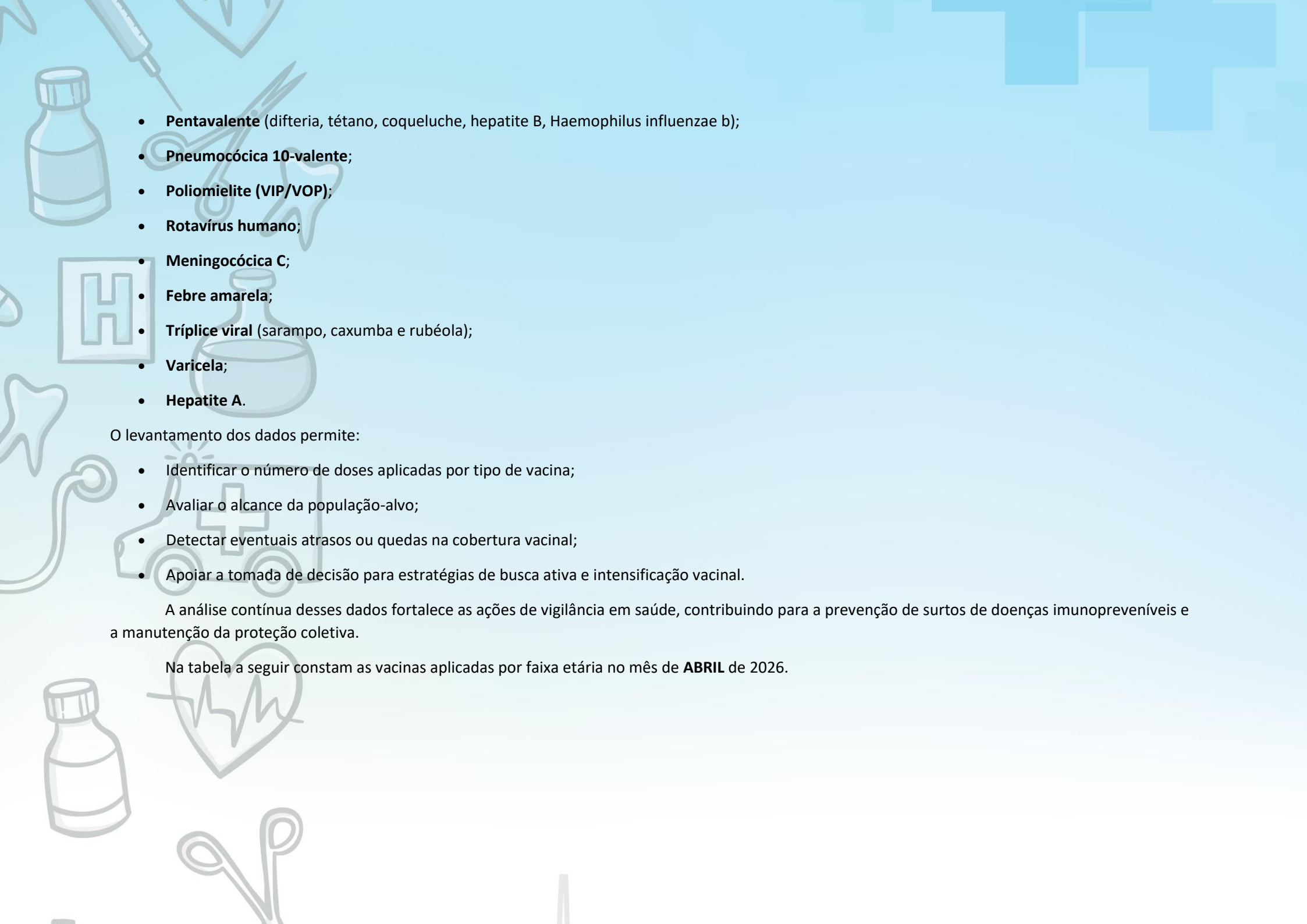
SAÚDE INFANTIL

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 2026.

[illegible]

[illegible]

UBS Dr. Luiz Carlos Figueiredo Malheiros (Central I)	1	1	0	0	0	0	0	0	3	0
UBS Dr. Luiz Carlos Figueiredo Malheiros (Central II)	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
USF Dr. Sergio da Costa Peres (Del Rey)	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0
USF Dr. José Rocha (Gavioli equipe I)	0	0	0	0	0	0	9	0	3	0
USF Dr. José Rocha (Gavioli equipe II)	14	0	0	1	0	0	0	0	0	0
USF Dr. João Miguel Calil (Santo Antônio)	8	1	0	2	0	0	0	0	1	0
USF Dr. Carlos Eduardo Bauab (Theodoro)	4	0	0	0	0	0	1	0	7	0
USF Dra. Isabel Ettruri (Flamingo equipe I)	11	2	0	0	0	0	0	0	7	0
USF Dra. Isabel Ettruri (Flamingo equipe II)	3	0	0	0	0	1	0	0	1	0
USF Dr. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandez)	13	1	0	3	0	0	2	0	6	0
USF Dr. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandez II)	30	3	0	2	0	0	0	0	0	0
USF Dr. Athos Procópio de Oliveira (Imperial)	4	0	0	0	0	0	0	0	20	0
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe I)	12	1	0	0	0	0	0	0	18	0
USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe II)	22	4	0	0	0	0	0	0	12	0

Fonte: Sistema IDS,2026. Acesso 22/05/2026.

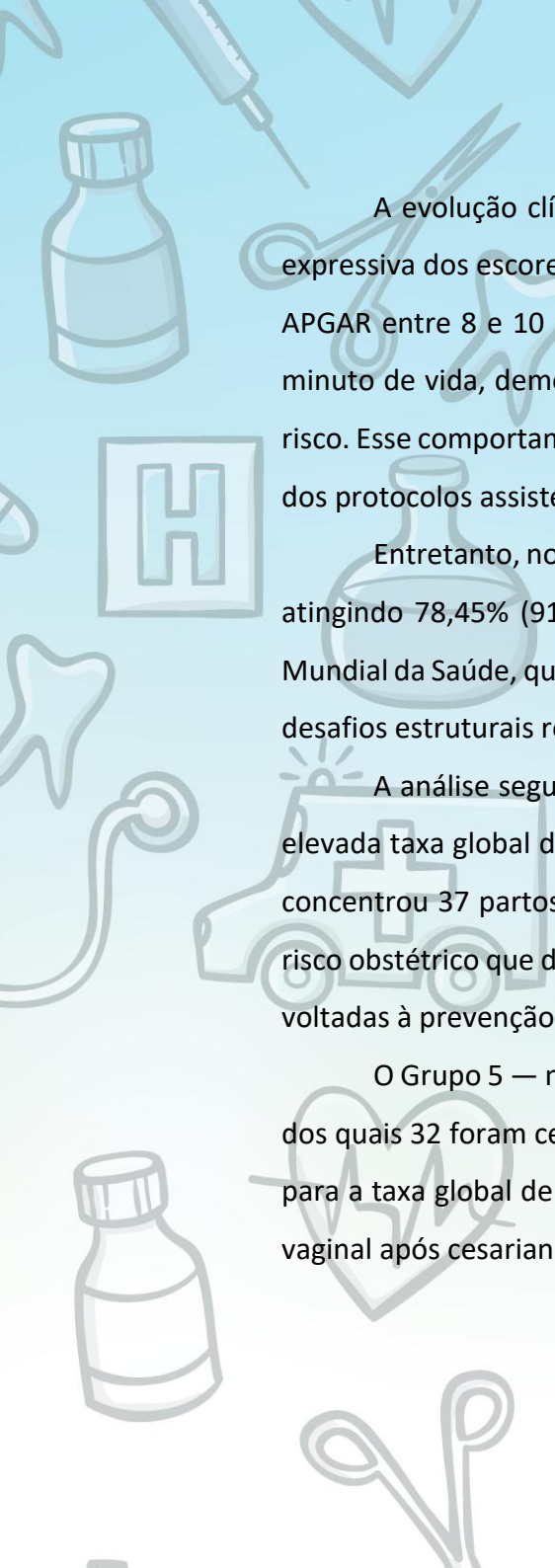
- **10 PRINCIPAIS CIDS REGISTRADOS PELOS MÉDICOS DAS UBS E USF EM CONSULTAS DE USUÁRIOS DE 0 A 12 ANOS INCOMPLETOS NO MÊS DE ABRIL DE 2026:**

CIDS	DESCRIÇÃO CID	Nº	%
Z001	EXAME DE ROTINA DE SAÚDE DA CRIANÇA	337	19,52
-	Nenhum(a)	228	13,21
J00	NASOFARINGITE AGUDA [RESFRIADO COMUM]	120	6,95
J069	INFECÇÃO AGUDA DAS VIAS AERÉAS SUPERIORES NÃO ESPECIFICADA	110	6,37
R05	TOSSE	55	3,19
Z000	EXAME MÉDICO GERAL	54	3,13
Z761	SUPERVISÃO E CUIDADO DE SAÚDE DE CRIANÇAS ASSISTIDAS	33	1,91
J039	AMIGDALITE AGUDA NÃO ESPECIFICADA	30	1,74
R11	NAUSEA E VÔMITOS	28	1,62
A09	DIARREIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA PRESUMÍVEL	27	1,56

Fonte: Sistema IDS, 2026. Acesso 22/05/2026.

❖ CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

O mês de abril de 2026 manteve o desempenho global positivo do município de Catanduva na atenção materno-infantil, especialmente no que se refere à vitalidade neonatal, evidenciando elevada proporção de recém-nascidos em boas condições clínicas ao nascimento e adequada resposta assistencial nos primeiros minutos de vida. Entre os 116 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 3 casos de APGAR entre 0 e 3 no 1º minuto, indicando ocorrência pontual de maior vulnerabilidade neonatal inicial.

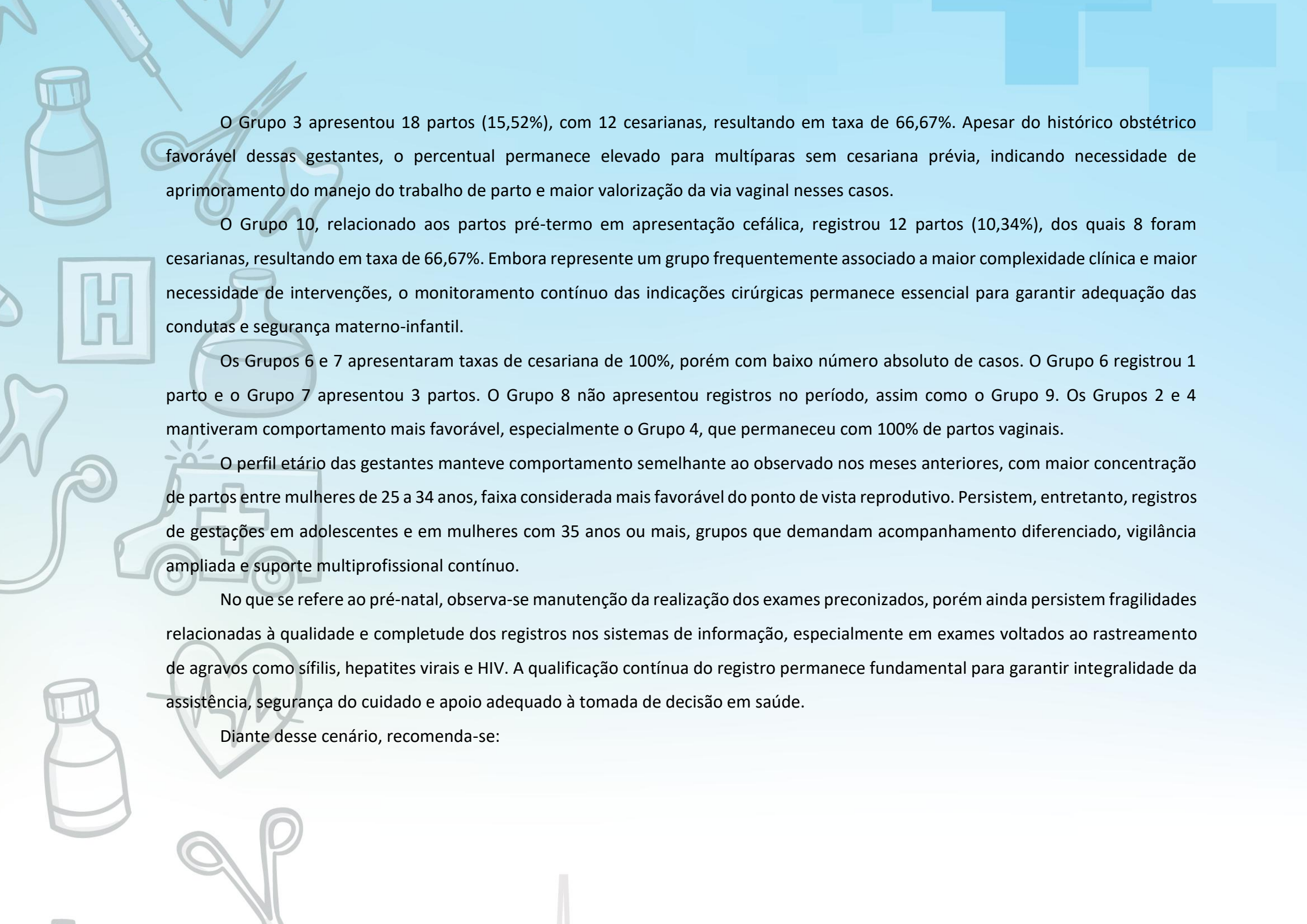


A evolução clínica até o 5º minuto de vida reforça a qualidade da assistência prestada na sala de parto. Observou-se melhora expressiva dos escores de APGAR, com predomínio quase absoluto de recém-nascidos com boa vitalidade, totalizando 115 crianças com APGAR entre 8 e 10 no 5º minuto. Houve apenas 1 caso de APGAR moderado persistente e ausência de casos de asfixia grave no 5º minuto de vida, demonstrando recuperação clínica adequada da maioria dos recém-nascidos inicialmente classificados como de maior risco. Esse comportamento evidencia a efetividade das condutas de estabilização e reanimação neonatal, bem como a adequada aplicação dos protocolos assistenciais nos momentos críticos do nascimento.

Entretanto, no que se refere ao perfil do parto, abril apresentou aumento da taxa global de cesarianas em relação ao mês anterior, atingindo 78,45% (91 cesarianas em 116 partos). O indicador permanece substancialmente acima da recomendação da Organização Mundial da Saúde, que preconiza taxas entre 10% e 15% quando clinicamente justificadas. O cenário reforça a persistência de importantes desafios estruturais relacionados ao modelo obstétrico predominante no município.

A análise segundo a Classificação de Robson evidencia forte predominância dos Grupos 1 e 5 como principais responsáveis pela elevada taxa global de cesarianas. O Grupo 1 — nulíparas com gestação única, cefálica, a termo e em trabalho de parto espontâneo — concentrou 37 partos (31,90%), dos quais 32 evoluíram para cesariana, resultando em taxa de 86,49%. Trata-se de um grupo de baixo risco obstétrico que deveria apresentar maior frequência de partos vaginais, o que reforça a necessidade de intensificação das estratégias voltadas à prevenção das cesarianas primárias e promoção das boas práticas assistenciais.

O Grupo 5 — multíparas com pelo menos uma cesariana prévia, gestação única, cefálica e a termo — registrou 35 partos (30,17%), dos quais 32 foram cesarianas, atingindo taxa de 91,43%. O grupo respondeu por importante parcela da contribuição absoluta e relativa para a taxa global de cesarianas, reafirmando o impacto cumulativo das cesarianas prévias e a necessidade de fortalecimento do parto vaginal após cesariana (PVAC), quando clinicamente seguro e adequadamente assistido.



O Grupo 3 apresentou 18 partos (15,52%), com 12 cesarianas, resultando em taxa de 66,67%. Apesar do histórico obstétrico favorável dessas gestantes, o percentual permanece elevado para multíparas sem cesariana prévia, indicando necessidade de aprimoramento do manejo do trabalho de parto e maior valorização da via vaginal nesses casos.

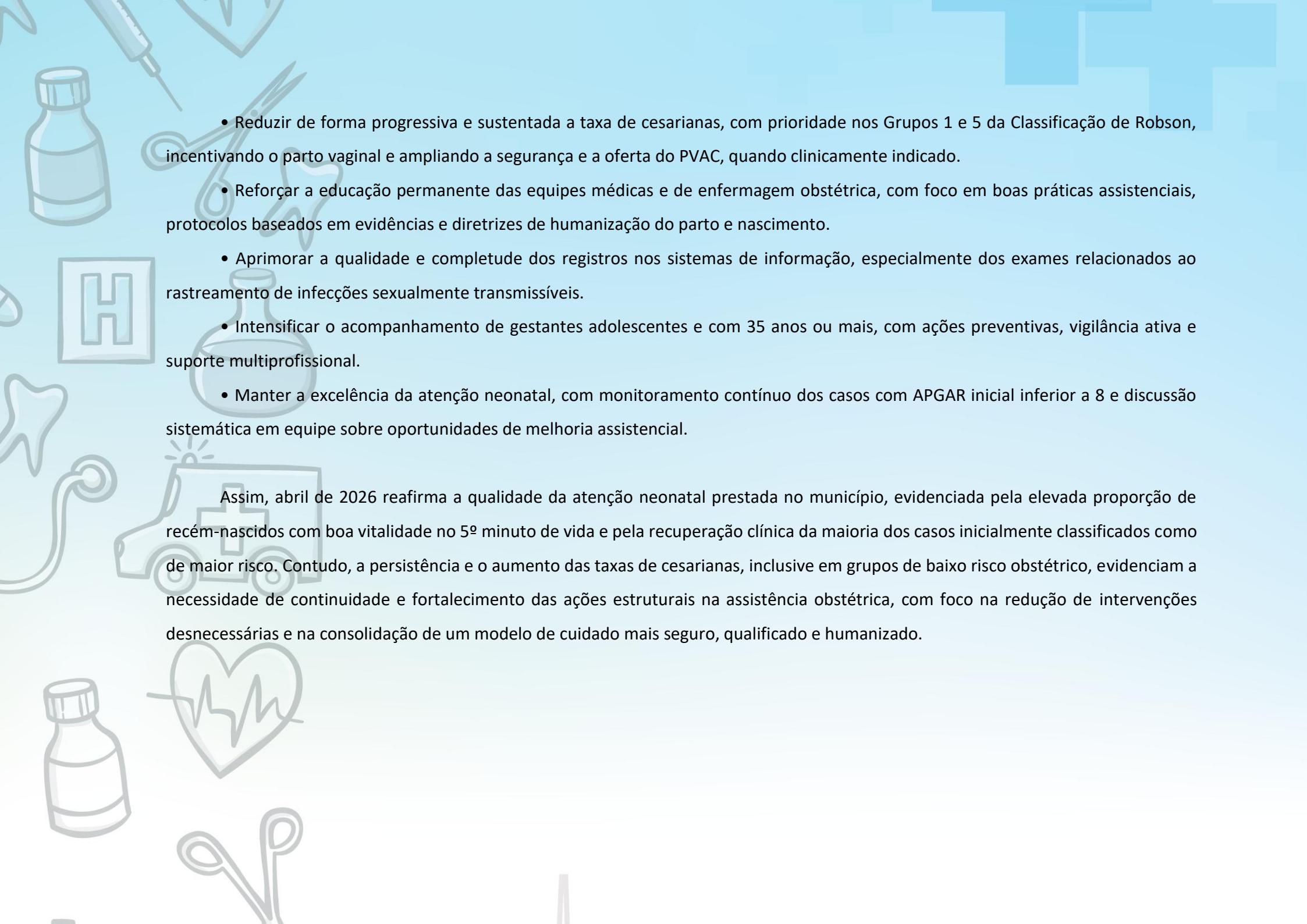
O Grupo 10, relacionado aos partos pré-termo em apresentação cefálica, registrou 12 partos (10,34%), dos quais 8 foram cesarianas, resultando em taxa de 66,67%. Embora represente um grupo frequentemente associado a maior complexidade clínica e maior necessidade de intervenções, o monitoramento contínuo das indicações cirúrgicas permanece essencial para garantir adequação das condutas e segurança materno-infantil.

Os Grupos 6 e 7 apresentaram taxas de cesariana de 100%, porém com baixo número absoluto de casos. O Grupo 6 registrou 1 parto e o Grupo 7 apresentou 3 partos. O Grupo 8 não apresentou registros no período, assim como o Grupo 9. Os Grupos 2 e 4 mantiveram comportamento mais favorável, especialmente o Grupo 4, que permaneceu com 100% de partos vaginais.

O perfil etário das gestantes manteve comportamento semelhante ao observado nos meses anteriores, com maior concentração de partos entre mulheres de 25 a 34 anos, faixa considerada mais favorável do ponto de vista reprodutivo. Persistem, entretanto, registros de gestações em adolescentes e em mulheres com 35 anos ou mais, grupos que demandam acompanhamento diferenciado, vigilância ampliada e suporte multiprofissional contínuo.

No que se refere ao pré-natal, observa-se manutenção da realização dos exames preconizados, porém ainda persistem fragilidades relacionadas à qualidade e completude dos registros nos sistemas de informação, especialmente em exames voltados ao rastreamento de agravos como sífilis, hepatites virais e HIV. A qualificação contínua do registro permanece fundamental para garantir integralidade da assistência, segurança do cuidado e apoio adequado à 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 relacionados ao rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis.
 - Intensificar o acompanhamento de gestantes adolescentes e com 35 anos ou mais, com ações preventivas, vigilância ativa e suporte multiprofissional.
 - 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 assistencial.

Assim, abril de 2026 reafirma a qualidade da atenção neonatal prestada no município, evidenciada pela elevada proporção de recém-nascidos com boa vitalidade no 5º minuto de vida e pela recuperação clínica da maioria dos casos inicialmente classificados como de maior risco. Contudo, a persistência e o aumento das taxas de cesarianas, inclusive em grupos de baixo risco obstétrico, evidenciam a necessidade de continuidade e fortalecimento das ações estruturais na assistência obstétrica, com foco na redução de intervenções desnecessárias e na consolidação de um modelo de cuidado mais seguro, qualificado e humanizado.