

Barriga Verde

Informativo Epidemiológico

Maio de 2024

www.dive.sc.gov.br

NASCIDOS VIVOS EM SANTA CATARINA



Gerência de Análises
Epidemiológicas e Doenças e Agravos
não Transmissíveis (GADNT)



GOVERNO DE
SANTA CATARINA
SECRETARIA DA SAÚDE

SUMÁRIO

Introdução.....	4
A Regionalização da Saúde em Santa Catarina.....	5
Distribuição Regional da Rede de Atenção Materno Infantil de Santa Catarina de Acordo com a Política Hospitalar Catarinense.....	7
Métodos.....	10
Resultados.....	11
Discussão e Considerações Finais.....	11
Referências Bibliográficas.....	22

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Macrorregiões e Regiões de Saúde do Estado de Santa Catarina, 2012 (A) e 2024 (B).....6

FIGURA 2 - Municípios onde estão localizadas as referências para partos de baixo e alto risco, segundo o Programa de Valorização dos Hospitais. Santa Catarina, 2024.....7

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Taxa bruta de natalidade (por 1.000 hab.) e taxa de fecundidade por região de residência. Santa Catarina, 2022.....11

TABELA 2 – Local de residência e ocorrência dos nascidos vivos do Estado. Santa Catarina, 2022.....12

TABELA 3 – Proporção de nascidos vivos por região de saúde e local de ocorrência. Santa Catarina, 2022.....12

TABELA 4 – Número de nascidos vivos e estimativa de gestação de alto risco, por região de saúde. Santa Catarina, 2022.....13

TABELA 5 – Número de nascidos vivos por hospital de referência e região de residência. Santa Catarina, 2022.....14

TABELA 6 – Proporção de nascidos vivos por parto cesáreo, com 7 ou mais consultas de pré-natal, e classificados como pré-termo, por região de residência. Santa Catarina, 2022.....17

TABELA 7 – Proporção de nascidos vivos por peso ao nascer e faixa etária materna de 10 a 19 anos e 35 anos e mais, por região de residência. Santa Catarina, 2022.....18

TABELA 8 – Número e percentual (%) de nascidos vivos com peso ao nascer de 2.500g ou mais e Apgar inferior a 7 no primeiro e quinto minuto de vida, por região de ocorrência. Santa Catarina, 2022.....19

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Hospitais de referência para partos segundo o Programa de Valorização dos Hospitais de Santa Catarina.....10

INTRODUÇÃO

Até o século XVII, o parto era considerado um assunto de mulheres, resolvido de modo caseiro, com a presença de uma parteira experiente e, geralmente, da mãe da parturiente. Em certas situações, como no caso da realeza, o parto tinha caráter de espetáculo, onde várias pessoas assistiam. Profissionais médicos eram acionados apenas eventualmente, quando na evolução com complicações, entretanto, ainda assim, o poder de decisão estava na escolha da parturiente, sua família ou amigas (Vendruscolo & Kruehl, 2015).

As mudanças na concepção do parto começaram com a invenção e implementação do fórceps, instrumento criado para auxiliar na extração do feto nos casos de dificuldade para sua retirada do útero e que poderiam resultar em mortalidade materna ou neonatal. Assim, sua invenção contribuiu para que muitos recém-nascidos e parturientes fossem salvos, considerando que, de início, a cesariana resultava em grande número de óbitos, sendo o fórceps uma alternativa a ela. A medicalização do parto e o uso da anestesia surgiram concomitantemente à cesariana (Brenes, 1991).

Com a institucionalização do parto vieram novos desafios relacionados à medicalização e a humanização da assistência, no entanto, com a obstetrícia moderna foi possível tornar seguros procedimentos relacionados às complicações que antes colocavam em risco de morte a parturiente, o recém-nascido ou ambos. Tendo em vista que o principal objetivo no atendimento ao parto sempre será o de manter a segurança da mãe e da criança, cabe a rede de atenção estar preparada e organizada para garantir o acesso oportuno, qualificado, seguro e resolutivo.

No Brasil, a realização de partos se dá predominantemente em estabelecimentos hospitalares há muitos anos, o que reforça a necessidade de maior aprofundamento sobre a avaliação dos serviços oferecidos e a qualidade da assistência prestada (Lansky *et al.*, 2014). Uma barreira importante para o cuidado obstétrico e neonatal é a falta de organização da rede de atenção ao parto e nascimento, a carência da incorporação das evidências científicas nos processos de trabalho e a precariedade de estruturas e suprimentos hospitalares. Souza *et al.* (2021) reforçam que uma das possibilidades para promover melhorias do acesso a dispositivos tecnológicos e recursos humanos de maneira que favoreça a sobrevivência neonatal é por meio da regionalização da assistência ao parto.

Este Boletim Epidemiológico foi elaborado com o objetivo de discorrer, de forma regionalizada, sobre os nascidos vivos de partos ocorridos em estabelecimentos hospitalares, nos anos de 2021 e 2022, no estado de Santa Catarina.

A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM SANTA CATARINA

O sistema público de saúde brasileiro foi instituído pela Constituição Federal de 1988, que reconhece a assistência à saúde como direito do cidadão e dever do estado. Para efetivar esse direito foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), cujo propósito é garantir acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país através de uma rede regionalizada e hierarquizada, adotando as Redes de Atenção à Saúde como estratégia para um cuidado integral.

Uma região de saúde, conforme descrito pelo Decreto nº 7.508/2011, constitui um espaço geográfico contínuo formado pelo agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Desta forma, o objetivo principal da regionalização é permitir uma maior coordenação de esforços entre entes da federação, como grupos de municípios e governo estadual, e uma maior eficiência na alocação de recursos e provisão da saúde (Rocha *et al.*, 2022).

A maior parte dos municípios catarinenses possuem pequeno porte populacional e não têm condições de oferecer, em seus territórios, todos os serviços necessários a um atendimento resolutivo e integral à saúde de sua população. Segundo o Censo de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 76% das cidades do Estado têm menos de 20.000 habitantes (223 municípios), e 55% menos de 10.000 habitantes (162). Assim, a regionalização constitui uma estratégia para corrigir as desigualdades no acesso e a fragmentação dos serviços de Saúde, por meio da organização funcional do SUS, com definição das responsabilidades dos entes federados, e dos fluxos de referência e contrarreferência, para a garantia de acesso da população residente na área de abrangência de cada espaço regional.

Nos últimos 20 anos foram criados vários instrumentos regulatórios federais com a finalidade de introduzir o princípio da regionalização à prática, começando com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) de 2001, o Pacto pela Saúde em 2006, o Decreto nº 7.508/2011, a Resolução nº 23/2017 e a Resolução CIT nº 37/2018. **Este processo envolve mudanças nas relações de poder e demanda a integração dos diversos atores que atuam no território, num processo de planejamento e formulação de estratégias na gestão e financiamento de uma rede de ações e serviços no território, para além da delimitação, nomeação e hierarquização de áreas (Brasil, 2021).**

Não diferente de outras Unidades da Federação (UF), o processo de regionalização e descentralização dos serviços administrativos e de atenção à saúde fez com que Santa Catarina passasse por várias mudanças, principalmente nas duas últimas décadas. Em 2002, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado foi aprovado nas instâncias colegiadas de saúde, Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Conselho Estadual de Saúde (CES). Fundamentado nas diretrizes da NOAS, este teve como objetivo organizar regionalmente a assistência à saúde, com vistas a garantir o acesso dos cidadãos a um conjunto de ações e serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde (Santa Catarina, 2002).

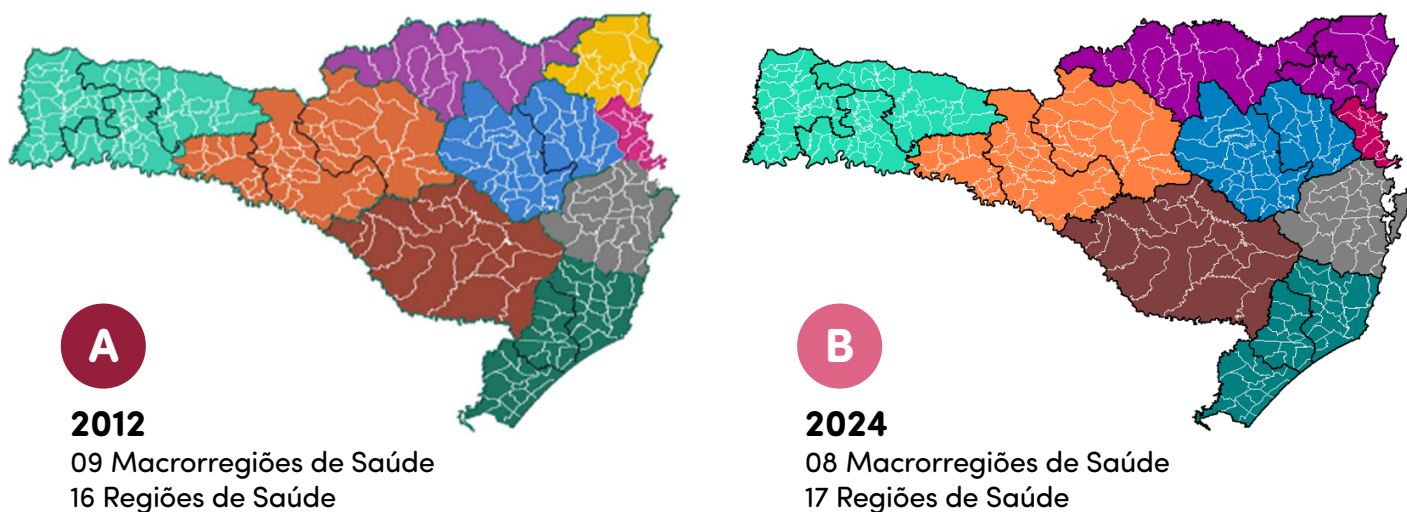
Em 2003 foi aprovada uma nova estrutura administrativa para o poder executivo estadual por meio da criação de 29 Secretarias de Estado de Desenvolvimento Regional (SDR), com o mesmo status das secretarias estaduais setoriais (Lei Complementar nº 243/2003). Novas reformas foram realizadas em 2005 e 2007, ampliando o número de SDR para 36, assim como aumentando suas atribuições gerenciais e políticas. No entanto, apenas com o PDR 2008 foram definidos critérios para o desenho das macrorregiões e regiões de saúde.

No PDR 2012 (Deliberação 458/CIB/2012), foi ratificada a intenção de uma política de gestão regionalizada para os 293 municípios de Santa Catarina, os quais foram distribuídos em 16 regiões de saúde (Deliberação 457/CIB/2012) e 9 macrorregiões de saúde (Deliberação 458/CIB/2012). Em 2013 dois novos municípios foram emancipados, Pescaria Brava e Balneário Rincão.

Com a Lei nº 16.795, de 16 de dezembro de 2015, o Governo do Estado extinguiu a SDR da Grande Florianópolis, e transformou as 35 SDR em Agência de Desenvolvimento Regional (ADR). A SDR da Grande Florianópolis passou a se chamar Coordenadoria de Serviços Descentralizados em dezembro de 2016, ficando subordinada à Superintendência de Planejamento e Gestão (SUG) (Portaria nº 968, de 05 de dezembro de 2016). Com o Decreto nº 1.516, de 06 de março de 2018, as 35 ADRs foram redefinidas em apenas 20, e por meio da Deliberação 195/CIB/2018 foi aprovada a nova composição das macrorregiões de saúde de Santa Catarina para o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI). Assim, o Estado passou a ser identificado por 7 macrorregiões de saúde.

Respeitando as necessidades regionais, com intuito de adequar e melhor organizar a rede de atenção à saúde, em 2021 foram revogadas as Deliberações 457/CIB/2012 e 195/CIB/2018, e simultaneamente, aprovada a Deliberação 184/CIB/2021, a qual redefiniu a composição das 7 macrorregiões de saúde, subdividindo-as em 17 regiões de saúde. E, por fim, com a Deliberação 38/CIB/2024, foram definidas 8 macrorregiões de saúde, referências de ações e serviços de saúde de alta complexidade para 17 regiões de saúde que a compõem, ou ainda, que deverão ser objeto de investimento para suprir os vazios assistenciais. Na **Figura 1** é possível visualizar a divisão do Estado em macrorregiões e regiões de saúde nos anos de 2012 e de 2024.

FIGURA 1 - Macrorregiões e Regiões de Saúde do Estado de Santa Catarina, 2012 (A) e 2024 (B).



Fonte: Deliberação 458/CIB/2012 e Deliberação 38/CIB/2024.

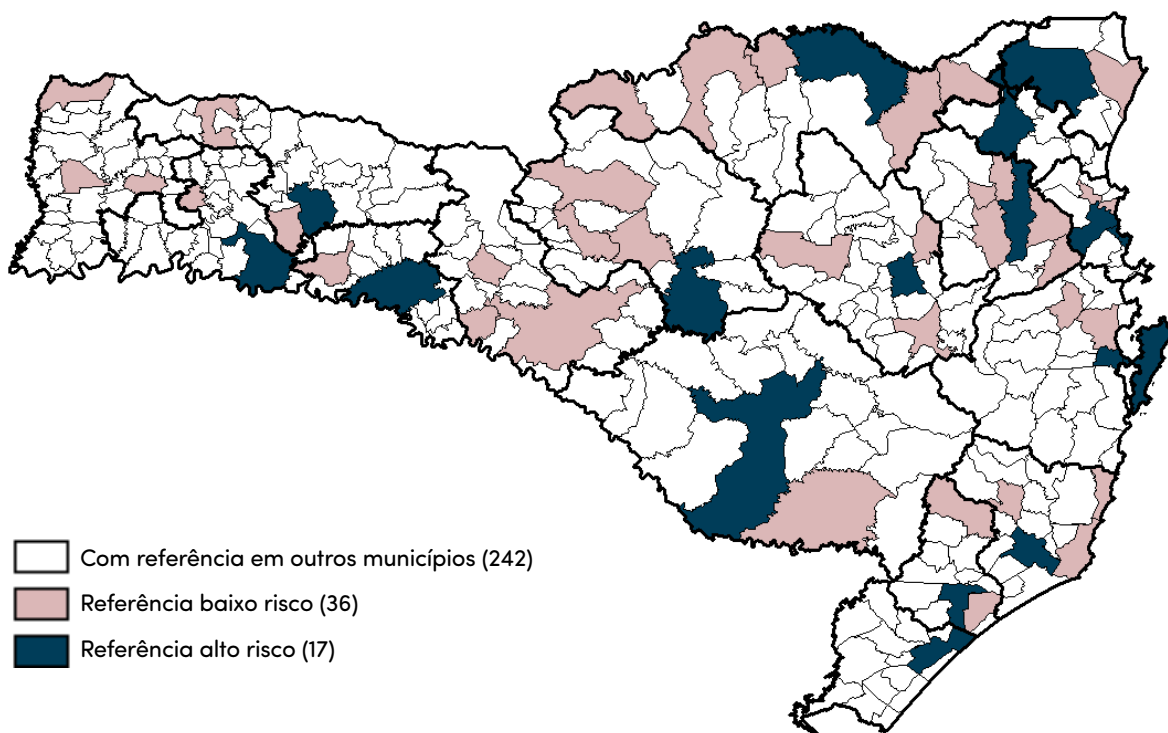
DISTRIBUIÇÃO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL DE SANTA CATARINA DE ACORDO COM A POLÍTICA HOSPITALAR CATARINENSE

A Política Hospitalar Catarinense (PHC), denominada Programa de Valorização dos Hospitais (PVH) em Deliberação 745/CIB/2023 para o ano de 2024, está baseada em critérios estabelecidos por normativas vigentes no SUS e organizada a partir da definição dos serviços de interesse de saúde que, de forma regionalizada, são referência para o atendimento das necessidades de saúde da população, com destaque para as linhas de cuidado urgência e emergência, materno infantil, atenção psicossocial e cirurgias eletivas.

A PVH tem como prioridade estabelecer a rede de atenção e ampliar o acesso e a qualidade dos serviços ofertados, sendo reavaliados anualmente. É destinada a hospitais públicos e filantrópicos vinculados ao SUS, os quais recebem incentivo financeiro oriundo de recurso estadual, de acordo com o porte do serviço e desempenho.

Os hospitais de referência para a realização de partos foram definidos a partir da análise de suas produções e o número de partos realizados, assim como sua localização, considerando os vazios assistenciais. Desta forma, foram identificadas 54 unidades hospitalares (em 53 municípios), como referência regionalizada para atenção ao parto (**Figura 2 e Quadro 1**). Concomitante aos critérios estabelecidos, todos os serviços que realizam parto assumiram o compromisso de implementar e manter uma equipe técnica qualificada, capacitada para urgências e emergência obstétrica e reanimação neonatal (Deliberação 745/CIB/2023).

FIGURA 2 - Municípios onde estão localizadas as referências para partos de baixo e alto risco, segundo o Programa de Valorização dos Hospitais. Santa Catarina, 2024.



Fonte: Deliberação 745/CIB/2023 e Programa de Valorização dos Hospitais de 2024.

QUADRO 1 – Hospitais de referência para partos segundo o Programa de Valorização dos Hospitais de Santa Catarina.

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	UNIDADE	REFERÊNCIA PARA PARTOS	
			BAIXO RISCO	ALTO RISCO
MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA FOZ DO RIO ITAJAÍ				
Foz do Rio Itajaí	Balneário Camboriú	Hospital Municipal Ruth Cardoso	X	X
	Itajaí	Hospital e Maternidade Marieta Konder Bomhausen	X	X
	Navegantes	Hospital Nossa Senhora dos Navegantes	X	
MACRORREGIÃO DE SAÚDE GRANDE FLORIANÓPOLIS				
Grande Florianópolis	Biguaçu	Hospital Regional Helmuth Nass	X	
	Florianópolis	Maternidade Carmela Dutra	X	X
	Florianópolis	Hospital Universitário	X	X
	São João Batista	Hospital Monsenhor José Locks de São João Batista	X	
	São José	Hospital Regional de São José Dr. Homero Miranda Gomes	X	X
MACRORREGIÃO DE SAÚDE GRANDE OESTE				
Extremo Oeste	Dionísio Cerqueira	Instituto Santé Hospital Dionísio Cerqueira	X	
	Maravilha	Hospital São José de Maravilha	X	
	São Miguel do Oeste	Hospital Regional Terezinha Gaio Basso	X	
Oeste	Chapecó	Hospital Regional do Oeste	X	X
	Pinhalzinho	Hospital de Pinhalzinho	X	
Xanxerê	São Lourenço do Oeste	Hospital da Fundação	X	
	Xanxerê	Hospital Regional São Paulo ASSEC	X	X
	Xaxim	Hospital Frei Bruno	X	
MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO MEIO OESTE				
Alto Uruguai Catarinense	Concórdia	Hospital São Francisco	X	X
	Seara	Hospital São Roque de Seara	X	
Alto Vale Do Rio Do Peixe	Caçador	Hospital Maice	X	
	Curitibanos	Hospital Hélio Anjos Ortiz	X	X
	Fraiburgo	Associação Fraiburguense de Saúde Coletiva AFSC	X	
	Videira	Hospital Salvatoriano Divino Salvador	X	
Meio Oeste	Campos Novos	Fundação Hospitalar Dr. José Athanásio	X	
	Capinzal	Hospital Nossa Senhora das Dores	X	
	Joaçaba	Hospital Universitário Santa Terezinha	X	
MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA SERRA CATARINENSE				
Serra Catarinense	Lages	Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos	X	X
	São Joaquim	Hospital de Caridade Coração de Jesus	X	

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	UNIDADE	REFERÊNCIA PARA PARTOS	
			BAIXO RISCO	ALTO RISCO
MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO NORTE				
Vale do Itapocu	Jaraguá do Sul	Hospital e Maternidade Jaraguá	X	X
Nordeste	Joinville	Maternidade Darcy Vargas	X	X
	São Francisco do Sul	Hospital Municipal Nossa Senhora da Graça	X	
Planalto Norte	Canoinhas	Hospital Santa Cruz de Canoinhas	X	
	Mafra	Maternidade Dona Catarina Kuss	X	X
	Porto União	Hospital de Caridade São Braz	X	
	Rio Negrinho	Hospital Rio Negrinho	X	
	São Bento do Sul	Hospital e Maternidade Sagrada Família	X	
	Três Barras	Hospital Félix da Costa Gomes	X	
MACRORREGIÃO DE SAÚDE SUL				
Carbonífera	Criciúma	Hospital Materno Infantil Santa Catarina	X	X
	Içara	Fundação Social Hospitalar de Içara	X	
	Orleans	Fundação Hospitalar Santa Otilia	X	
Extremo Sul Catarinense	Araranguá	Hospital Regional de Araranguá Deputado Afonso Guizzo	X	X
Laguna	Braço do Norte	Hospital Santa Teresinha	X	
	Imbituba	Hospital São Camilo	X	
	Laguna	Hospital de Caridade S B J dos Passos	X	
	Tubarão	Hospital Nossa Senhora da Conceição	X	X
MACRORREGIÃO DO VALE DO ITAJAÍ				
Alto Vale do Itajaí	Ibirama	Hospital Dr Waldomiro Colautti	X	
	Ituporanga	Hospital Bom Jesus	X	
	Rio do Sul	Hospital Regional Alto Vale	X	X
	Taió	Hospital e Maternidade Dona Lisette	X	
Médio Vale do Itajaí	Blumenau	Hospital Santo Antonio	X	X
	Brusque	Hospital Azambuja	X	
	Gaspar	Hospital de Gaspar	X	
	Indaial	Hospital Beatriz Ramos	X	
	Pomerode	Hospital e Maternidade Rio do Testo	X	
	Timbó	Hospital e Maternidade Oase	X	

Fonte: Deliberação 745/CIB/2023 e Programa de Valorização dos Hospitais de 2024.

MÉTODOS

Este Boletim Epidemiológico foi conduzido a partir da análise descritiva e transversal de dados secundários do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), obtidos por meio dos dados abertos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, além de tabuladores de acesso público disponíveis na página da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE) da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) e Painel de Monitoramento sobre Nascidos Vivos da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde (SVSA/MS). Os dados foram considerados por data de ocorrência, local de residência e nascimento em Santa Catarina, no ano de 2022. Foram utilizadas como ferramentas para a manipulação dos bancos os programas Tabwin e Libreoffice, com apoio do Google Planilhas.

Os dados analisados foram tabulados no mês de novembro e dezembro de 2023, priorizando informações quantitativas de variáveis relacionadas à gestação, parto e recém-nascido presentes na Declaração de Nascido Vivo (DNV), com ênfase nos registros dos estabelecimentos de nascimento. Para a organização e melhor visualização, as informações foram apresentadas em forma de quadros, tabelas e figuras.

A taxa bruta de natalidade foi obtida pela divisão do número de nascidos vivos pelo número de habitantes de uma determinada área no ano considerado, multiplicado por mil. A taxa de fecundidade foi calculada por meio do somatório das taxas específicas de fecundidade para as mulheres residentes de 10 a 49 anos de idade, as quais expressam o número de filhos nascidos vivos, por mulher, para cada ano de idade do período reprodutivo. Foram utilizados os dados populacionais do Censo 2022, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Devido aos bancos de dados utilizados não apresentarem dados nominais, foi dispensada a aprovação deste boletim epidemiológico pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

TAXA BRUTA DE NATALIDADE E TAXA DE FECUNDIDADE

No ano de 2022 foram registrados 98.221 nascidos vivos (NV) residentes em Santa Catarina, o que representou o aumento de aproximadamente 1,7% em comparação ao ano de 2021. Dentre as regiões, destacaram-se com as maiores frequências de NV a Grande Florianópolis, Foz do Rio Itajaí e Médio Vale do Itajaí. Todas apresentaram variação positiva em relação ao ano de 2021, exceto o Extremo Oeste, sendo que os maiores percentuais de aumento ocorreram no Meio Oeste e no Vale do Itapocu (**Tabela 1**).

A taxa bruta de natalidade (TBN) do Estado em 2022 foi de 12,9 NV a cada 1.000 habitantes, e variou de 11,9‰ na Grande Florianópolis a 14,6‰ no Alto Vale do Rio do Peixe. Já a taxa de fecundidade, que representa uma estimativa do número de filhos que uma mulher tem ao longo da vida, foi de 1,66, variando de 1,44 na Grande Florianópolis a 1,94 no Alto Vale do Rio do Peixe.

Para que a população siga crescendo a longo prazo, considera-se a taxa de fecundidade de pelo menos 2,1 filhos por mulher ao longo da vida. Este valor indica o nível mínimo necessário para a reposição sustentável da população, evitando que ela diminua de tamanho e o futuro não consista em envelhecimento populacional e declínio da força de trabalho. Como pode ser observado na Tabela 1, mesmo as maiores taxas de fecundidade nas regiões do estado, não alcançaram o chamado nível de reposição de 2,1. Essa alteração no perfil da população ocorre devido a melhora do nível educacional das mulheres, sua maior participação no mercado de trabalho, redução da mortalidade infantil, políticas de educação sexual e planejamento familiar, assim como a ampliação do uso de métodos contraceptivos, dentre outros.

TABELA 1 - Taxa bruta de natalidade (por 1.000 hab.) e taxa de fecundidade por região de residência. Santa Catarina, 2022.

Região de Residência	Nº NVv	Variação (%) 2021-2022	Taxa Bruta de Natalidade	Taxa de Fecundidade
Alto Uruguai Catarinense	2.008	2,29	12,97	1,82
Alto Vale do Itajaí	4.076	2,50	13,16	1,75
Alto Vale Rio do Peixe	4.203	1,67	14,62	1,94
Carbonifera	5.710	2,05	12,78	1,66
Extremo Oeste	2.909	-1,89	12,06	1,72
Extremo Sul	2.757	2,25	12,41	1,73
Foz do Rio Itajaí	11.221	1,75	13,84	1,68
Grande Florianópolis	16.201	1,81	11,94	1,44
Laguna	4.801	1,60	12,58	1,73
Médio Vale do Itajaí	10.159	1,57	12,50	1,55
Meio Oeste	2.720	4,60	14,05	1,92
Nordeste	9.632	1,53	12,37	1,57
Oeste	5.709	2,07	13,96	1,74
Planalto Norte	4.930	0,81	13,30	1,82
Serra Catarinense	3.812	0,18	12,91	1,77
Vale do Itapocu	4.409	3,63	13,29	1,68
Xanxerê	2.964	0,37	14,31	1,93
Santa Catarina	98.221	1,71	12,91	1,66

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

LOCAL DE OCORRÊNCIA E RESIDÊNCIAS DOS NASCIDOS VIVOS

Em 2022 foram registrados 97.893 nascidos vivos (NV) com ocorrência em Santa Catarina, embora o total de NV de residentes do Estado tenha alcançado 98.221. Dos residentes de SC, 1.065 nasceram fora do Estado, assim como 737 crianças de outras localidades nasceram em SC (**Tabela 2**).

TABELA 2 - Local de residência e ocorrência dos nascidos vivos do Estado. Santa Catarina, 2022.

Local de Residência	NV em SC	NV fora de SC	TOTAL
Residente de SC	97.156	1.065	98.221
Residente de fora de SC	737	-	737
TOTAL	97.893	1.065	98.958

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Predominaram os nascimentos em hospital, com 99,1% do total de NV em Santa Catarina, em 2022. As regiões da Grande Florianópolis e Foz do Rio Itajaí apresentaram os menores percentuais de nascimentos em hospital, com 98,2% e 98,9%, respectivamente. No Estado foram registrados 480 NV em domicílio, 217 em outros estabelecimentos de saúde (como postos e Unidades Básicas de Saúde e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), e 214 em outros locais (como presídios, via pública, veículo, etc.). Mais informações detalhadas por região de saúde constam na **Tabela 3**.

TABELA 3 - Proporção de nascidos vivos por região de saúde e local de ocorrência. Santa Catarina, 2022.

Região de residência	Hospital	Outro Estab de Saúde	Domicílio	Outros
Alto Uruguai Catarinense	99,40	0,00	0,45	0,15
Alto Vale do Itajaí	99,36	0,07	0,29	0,27
Alto Vale Rio do Peixe	99,17	0,31	0,14	0,38
Carbonifera	99,51	0,09	0,33	0,07
Extremo Oeste	99,45	0,10	0,28	0,17
Extremo Sul	99,53	0,11	0,25	0,11
Foz do Rio Itajaí	98,92	0,26	0,59	0,23
Grande Florianópolis	98,18	0,56	1,09	0,18
Laguna	99,27	0,10	0,52	0,10
Médio Vale do Itajaí	99,14	0,14	0,56	0,16
Meio Oeste	99,74	0,04	0,22	0,00
Nordeste	98,95	0,18	0,46	0,42
Oeste	99,51	0,04	0,25	0,21
Planalto Norte	99,61	0,14	0,12	0,12
Serra Catarinense	99,13	0,18	0,31	0,37
Vale do Itapocu	99,00	0,39	0,18	0,43
Xanxerê	99,63	0,03	0,17	0,17
Santa Catarina	99,07	0,22	0,49	0,22

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Dentre as regiões de saúde, as maiores frequências de nascimentos ocorreram na Grande Florianópolis (16,2%), Médio Vale do Itajaí (11%) e Foz do Rio Itajaí (11%), as quais concentraram também o maior número populacional segundo o Censo de 2022 (IBGE, 2024).

Considerando a regionalização dos serviços de saúde, identifica-se o alto percentual de NV com igual residência e ocorrência especialmente nas regiões Nordeste (99,6%), Planalto Norte (98,7%), Serra Catarinense (97,9%) e Médio Vale do Itajaí (97,9%). As regiões que apresentaram os menores percentuais foram Extremo Sul Catarinense (80,8%), Meio Oeste (82,9%) e Extremo Oeste (87,6%). Em torno de 16,6% dos NV residentes do Extremo Sul Catarinense nasceram na região Carbonífera, 10,2% dos residentes do Meio Oeste nasceram no Alto Vale do Rio do Peixe, e 10,2% dos residentes do Extremo Oeste nasceram na região Oeste (**Tabela 4**).

Aproximadamente 15% das gestações são consideradas de alto risco no país (Brasil, 2010). Tendo como base esse percentual, pode-se estimar que ocorreram 14.573 Gestações de Alto Risco (GAR) em Santa Catarina no ano de 2022. As regiões Meio Oeste e Extremo Oeste possuem como referência para GAR o Alto Uruguai Catarinense e o Oeste, respectivamente. Entretanto, observa-se que apenas 6% dos NV de residentes do Meio Oeste e 10,2% dos residentes do Extremo Oeste ocorreram em suas referências GAR.

O quantitativo GAR por região de saúde encontra-se discriminado na **Tabela 4**.

TABELA 4 - Número de nascidos vivos e estimativa de gestação de alto risco, por região de saúde. Santa Catarina, 2022.

Região de ocorrência	Região de residência																
	EO	Oe	Xa	AVI	FRI	MVI	GF	MO	AVRP	AUC	No	PN	SC	ES	Ca	La	VI
EO	2.528	109	10	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oe	294	5.538	174	-	-	1	1	11	6	36	-	-	-	-	1	-	-
Xa	48	23	2.427	-	-	3	-	9	2	9	-	-	-	-	3	-	-
AVI	1	1	-	3.934	3	139	66	-	1	-	-	1	6	-	-	-	-
FRI	-	-	-	3	10.435	30	103	2	-	-	2	-	-	-	2	-	64
MVI	-	-	-	31	460	9.929	215	1	2	1	5	1	2	-	5	1	47
GF	8	7	2	3	186	19	15.444	5	8	3	-	3	21	17	17	36	1
MO	-	1	3	1	1	1	2	2.246	96	7	-	-	2	-	-	-	-
AVRP	1	-	2	47	1	-	1	276	3.988	5	-	5	38	-	-	-	-
AUC	4	2	6	1	-	-	1	153	5	1.935	-	-	-	1	-	-	-
No	-	1	1	4	63	9	14	-	3	-	9.538	33	1	-	1	2	323
PN	1	2	-	31	6	1	-	-	63	-	4	4.455	-	-	-	-	7
SC	-	4	2	6	4	-	10	5	10	-	1	-	3.723	1	1	-	-
ES	1	-	-	-	1	1	3	1	-	-	-	1	1	2.203	67	4	-
Ca	-	-	-	1	5	2	7	1	-	1	-	-	8	452	5.426	172	-
La	-	-	-	1	2	-	283	-	-	-	1	-	1	51	179	4.582	2
VI	-	1	-	-	19	10	3	-	-	1	27	13	-	-	-	-	3.951
TOTAL	2.886	5.689	2.627	4.063	11.187	10.146	16.154	2.710	4.184	1.998	9.578	4.512	3.803	2.725	5.702	4.797	4.395
GAR	433	853	394	609	1.678	1.522	2.423	407	628	300	1.437	677	570	409	855	720	659

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Legenda: Gestação de Alto Risco (GAR); Alto Uruguai Catarinense (AUC); Alto Vale do Itajaí (AVI); Alto Vale do Rio do Peixe (AVRP); Carbonífera (Ca); Extremo Oeste (EO); Extremo Sul Catarinense (ES); Foz do Rio Itajaí (FRI); Grande Florianópolis (GF); Laguna (La); Médio Vale do Itajaí (MVI); Meio Oeste (MO); Nordeste (No); Oeste (Oe); Planalto Norte (PN); Serra Catarinense (SC); Vale do Itapocu (VI); Xanxerê (Xa).

Quando avaliados os NV residentes de Santa Catarina por local de ocorrência segundo hospitais de referência do Estado no ano de 2022 (**Tabela 5**), identificou-se que 77,3% dos 98.221 nascimentos ocorreram nestes estabelecimentos. Os residentes que em menor percentual procuraram atendimento em um dos hospitais de referência de SC foram das regiões Extremo Oeste (60,4%), Nordeste (63,9%), Extremo Sul Catarinense (67,2%), Grande Florianópolis (68%), Xanxerê (68,4%) e Oeste (69,9%). Enquanto os residentes do Alto Uruguai Catarinense (96,1%), Meio Oeste (96%), Vale do Itapocu (95,6%) e Alto Vale do Itajaí (95,2%) se destacaram com as maiores proporções de NV nos hospitais de referência.

TABELA 5 - Número de nascidos vivos por hospital de referência e região de residência. Santa Catarina, 2022.

Hospital de referência	Região de residência																	TOTAL
	AUC	AVI	AVRP	Ca	EO	ES	FRI	GF	La	MO	MVI	No	Oe	PN	SC	VI	Xa	
Alto Uruguai Catarinense																		
H. São Francisco* (Concórdia)	1.697	1	5	-	4	1	-	1	-	152	-	-	-	-	-	-	5	1.866
H. São Roque de Seara (Seara)	207	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	210
Alto Vale do Itajaí																		
H. Regional Alto Vale* (Rio do Sul)	-	2.208	1	-	1	-	2	2	-	-	15	-	1	1	4	-	-	2.235
H. Dr. Waldomiro Colautti (Ibirama)	-	617	-	-	-	-	1	-	-	-	118	-	-	-	1	-	-	737
H. Bom Jesus (Ituporanga)	-	629	-	-	-	-	-	64	-	-	2	-	-	-	-	-	-	695
H. e Mat. Dona Lisette (Taió)	-	369	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	370
Alto Vale do Rio do Peixe																		
H. Hélio Anjos Ortiz* (Curitibanos)	2	1	872	-	1	-	-	-	-	218	-	-	-	1	22	-	2	1.119
H. Maice (Caçador)	1	2	1.357	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1.362
Ass. Fraiburguense de Saúde Coletiva AFSC (Fraiburgo)	-	-	519	-	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	528
H. Salvadoriano Divino Salvador (Videira)	2	-	991	-	-	-	-	-	-	43	-	-	-	-	-	-	-	1.036
Carbonífera																		
H. Materno Infantil Santa Catarina* (Criciúma)	1	1	-	2.875	-	43	3	4	30	-	1	-	-	-	2	-	-	2.960
Fund. Social Hospitalar de Içara (Içara)	-	-	-	675	-	41	2	-	20	-	-	-	-	-	-	-	-	738
Fund. Hospitalar Santa Otília (Orleans)	-	-	-	288	-	-	-	-	84	-	-	-	-	-	5	-	-	377
Extremo Oeste																		
Inst. Santé H. Dionísio Cerqueira (Dionísio Cerqueira)	-	-	-	-	137	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	138
H. São José de Maravilha (Maravilha)	-	-	-	-	520	-	-	-	-	-	-	-	76	-	-	-	-	596
H. Regional Terezinha Gaio Basso (SMO)	-	-	-	-	822	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	825
Extremo Sul Catarinense																		
H. Regional Deputado Afonso Guizzo* (Araranguá)	-	-	-	37	1	1.734	1	2	3	1	1	-	-	1	1	-	-	1.782
Foz Do Rio Itajaí																		
H. Municipal Ruth Cardoso* (Balneário Camboriú)	-	-	-	-	-	-	3.307	14	-	-	1	1	-	-	-	1	-	3.324
H. E Mate. Marieta Konder Bomhusen* (Itajaí)	-	2	-	1	-	-	4.066	21	-	2	7	-	-	-	-	34	-	4.133
H. Nossa Senhora dos Navegantes (Navegantes)	-	-	-	1	-	-	1.157	7	-	-	3	1	-	-	-	10	-	1.179
Grande Florianópolis																		
Mat. Carmela Dutra* (Florianópolis)	1	1	-	4	2	4	37	3.539	8	2	2	-	1	1	4	-	-	3.606
H. Universitário* (Florianópolis)	1	1	6	5	1	10	17	2.014	5	1	5	-	6	-	4	1	2	2.079
H. Regional Dr. Homero Miranda Gomes* (São José)	-	-	-	1	-	2	18	3.142	9	-	-	-	-	-	3	-	-	3.175
H. Regional Helmuth Nass (Biguaçu)	-	-	-	-	-	-	27	1.461	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1.490
H. Monsenhor José Locks (São João Batista)	-	-	-	-	-	1	30	362	-	-	1	-	-	1	-	-	-	395

Hospital de referência	Região de residência																		TOTAL
	AUC	AVI	AVRP	Ca	EO	ES	FRI	GF	La	MO	MVI	No	Oe	PN	SC	VI	Xa		
Laguna																			
H. Nossa Senhora da Conceição* (Tubarão)	-	-	-	100	-	15	-	167	2.878	-	-	1	-	-	1	-	-	3.162	
H. Santa Teresinha (Braço do Norte)	-	-	-	11	-	-	1	1	389	-	-	-	-	-	-	-	-	402	
H. São Camilo (Imbituba)	-	-	-	-	-	-	-	50	283	-	-	-	-	-	-	-	-	333	
H. De Caridade S B J Dos Passos (Laguna)	-	-	-	10	-	-	1	13	339	-	-	-	-	-	-	-	-	363	
Médio Vale do Itajaí																			
H. Santo Antonio* (Blumenau)	-	7	1	1	-	-	56	3	-	-	3.744	1	-	-	-	11	-	3.824	
H. Azambuja (Brusque)	-	1	-	3	-	-	42	130	-	1	1.881	-	-	-	-	2	-	2.060	
H. de Gaspar (Gaspar)	-	-	-	-	-	-	50	-	-	-	592	-	-	-	10	-	652		
H. Beatriz Ramos (Indaial)	-	4	-	-	-	-	3	-	-	-	695	-	-	1	-	-	703		
H. E Mat. Rio do Testo (Pomerode)	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	543	1	-	-	-	8	-	554	
H. E Mat. Oase (Timbó)	-	1	-	1	-	-	3	-	-	-	550	2	-	-	1	-	-	558	
Meio Oeste																			
Fund. Hospitalar Dr. José Athanasio (Campos Novos)	-	-	21	-	-	-	1	2	-	623	1	-	1	-	2	-	-	651	
H. Nossa Senhora das Dores (Capinzal)	1	1	-	-	-	-	-	-	-	343	-	-	-	-	-	-	-	345	
H. Universitário Santa Teresinha (Joaçaba)	6	-	71	-	-	-	-	-	-	1.209	-	-	-	-	-	-	3	1.289	
Nordeste																			
Mat. Darcy Vargas* (Joinville)	-	2	-	-	-	-	28	4	-	-	3	5.679	-	12	-	242	-	5.970	
H. Municipal Nossa Senhora da Graça (São Francisco do Sul)	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	1	435	-	-	-	-	-	443	
Oeste																			
H. Regional do Oeste* (Chapecó)	-	-	2	1	113	-	-	1	-	-	-	3.425	-	-	-	23	-	3.565	
H. de Pinhalzinho (Pinhalzinho)	-	-	1	-	145	-	-	-	-	-	-	453	-	-	-	1	-	600	
Planalto Norte																			
Mat. Dona Catarina Kuss* (Mafra)	-	30	6	-	1	-	3	-	-	-	1	1	2	1.354	-	2	-	1.400	
H. Santa Cruz de Canoinhas (Canoinhas)	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	855	-	-	-	857	
H. de Caridade São Braz (Porto União)	-	-	54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	348	-	1	-	403	
H. Rio Negrinho (Rio Negrinho)	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	563	-	2	-	566	
H. e Mat. Sagrada Família (São Bento do Sul)	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	3	-	1.061	-	2	-	1.067	
H. Félix da Costa Gomes (Três Barras)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	240	-	-	-	240	
Serra Catarinense																			
H. Geral e Mat. Tereza Ramos* (Lages)	-	1	-	1	-	1	4	6	-	-	-	1	4	-	2.560	-	2	2.580	
H. de Caridade Coração De Jesus (São Joaquim)	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	408	-	-	409	
Vale do Itapocu																			
H. e Mat. Jaraguá* (Jaraguá Do Sul)	1	-	-	-	-	-	19	3	-	-	9	26	1	13	-	3.888	-	3.960	
Xanxerê																			
H. Regional São Paulo ASSEC* (Xanxerê)	7	-	2	3	9	-	-	-	-	6	3	-	14	-	-	-	1.557	1.601	
H. da Fundação (São Lourenço do Oeste)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	289	290	
H. Frei Bruno (Xaxim)	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	143	148	
Total de NV em hospital de referência	1.929	3.880	3.910	4.018	1.757	1.852	8.890	11.015	4.050	2.610	8.181	6.152	3.992	4.452	3.020	4.214	2.028	75.950	
Total de NV por região de residência	2.008	4.076	4.203	5.710	2.909	2.757	11.221	16.201	4.801	2.720	10.159	9.632	5.709	4.930	3.812	4.409	2.964	98.221	
Precentual de NV em hospital de referência	96,1	95,2	93,0	70,4	60,4	67,2	79,2	68,0	84,4	96,0	80,5	63,9	69,9	90,3	79,2	95,6	68,4	77,3	

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Legenda: Gestação de Alto Risco (GAR); Alto Uruguai Catarinense (AUC); Alto Vale do Itajaí (AVI); Alto Vale do Rio do Peixe (AVRP); Carbonífera (Ca); Extremo Oeste (EO); Extremo Sul Catarinense (ES); Foz do Rio Itajaí (FRI); Grande Florianópolis (GF); Laguna (La); Médio Vale do Itajaí (MVI); Meio Oeste (MO); Nordeste (No); Oeste (Oe); Planalto Norte (PN); Serra Catarinense (SC); Vale do Itapocu (VI); Xanxerê (Xa).

Dentre as regiões de saúde, cabe destacar as seguintes situações:

- **Extremo Oeste:** do total de 2.909 NV, 1.139 nasceram em 30 diferentes hospitais externos a rede de referência estadual, sendo 469 no Hospital São Miguel de São Miguel do Oeste (o qual registrou o total de 498 NV em 2022); 192 no Hospital e Maternidade Sagrada Família de Itapiranga (onde ocorreram 202 NV em 2022); e, 140 no Hospital Palma Sola (onde ocorreram 188 NV em 2022).
- **Oeste:** do total de 5.709 NV, 1.691 nasceram em 31 diferentes hospitais externos a rede de referência estadual, sendo 1.126 no Hospital Unimed de Chapecó (o qual registrou 1.325 NV em 2022); 306 no Hospital São Bernardo em Quilombo (onde ocorreram 355 NV em 2022); e, 106 no Hospital de Palmitos (onde ocorreram 120 NV em 2022).
- **Xanxerê:** do total de 2.964 NV, 926 nasceram em 24 diferentes hospitais externos a rede de referência estadual, sendo 137 no Hospital Rogacionista Evangélico de Abelardo Luz (o qual registrou o total de 138 NV em 2022); 137 no Hospital São Cristóvão de Faxinal dos Guedes (onde ocorreram 141 NV em 2022); e, 119 no Hospital Santo Antônio de Campo Erê (onde ocorreram 161 NV em 2022).
- **Extremo Sul Catarinense:** do total de 2.757 NV, 895 nasceram em 15 diferentes hospitais externos a rede de referência estadual, sendo 233 no HSS Hospital São Sebastião de Turvo (o qual registrou o total de 236 NV em 2022); 57 no Hospital Dom Joaquim IMAS de Sombrio (onde ocorreram 58 NV em 2022); 31 no Hospital Santo Antônio IMAS de Timbé do Sul.
- **Carbonífera:** do total de 5.710 NV, 1.669 nasceram em 18 diferentes hospitais externos a rede de referência estadual, sendo 1.250 no Hospital UNIMED de Criciúma (o qual registrou 1.610 NV em 2022); 279 no Hospital São José de Criciúma (onde ocorreram 325 NV em 2022); 58 no Hospital UNIMED de Tubarão (onde ocorreram 799 NV em 2022); e, 27 no Hospital São Judas Tadeu de Meleiro (onde ocorreram 126 NV em 2022).

Cabe destacar que, são diversos os motivos que levam a parturiente a buscar por estabelecimento de saúde diferente dos disponíveis na região em que reside, como o desejo pelo parto em um estabelecimento específico, a proximidade de familiares, referência para gestação de alto risco e/ou com leito de UTI neonatal, e a peregrinação por falta de leitos. No entanto, é fundamental garantir à gestante o acesso em tempo oportuno, com assistência de qualidade e resolubilidade.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS NASCIDOS VIVOS, GESTAÇÃO E PARTO

Dos 98.221 NV residentes de Santa Catarina registrados em 2022, 56,8% nasceram por parto cesáreo. Em 2021 essa proporção foi de 57,9% no Estado. Dentre as regiões de saúde, representaram os menores percentuais a Grande Florianópolis (47,3%), Foz do Rio Itajaí (49%) e Serra Catarinense (50,4%), e os maiores percentuais as regiões Alto Uruguai Catarinense (76%), Alto Vale do Rio do Peixe (70,8%) e Extremo Oeste (69,1%).

Os melhores percentuais de 7 ou mais consultas de pré-natal (PN) ocorreram nas regiões Alto Vale do Rio do Peixe (85,5%), Extremo Oeste (85%) e Planalto Norte (84,5%), entretanto quando avaliado aqueles que além de 7 ou mais consultas, iniciaram até o terceiro mês de gestação, os destaques foram Oeste (79,2%), Planalto Norte (78,2%) e Alto Vale do Itajaí (77,5%). Os menores percentuais se deram na Serra Catarinense (69,4%), Meio Oeste (70,1%) e Foz do Rio Itajaí (70,6%). O Estado apresentou 80,5% dos NV com 7 ou mais consultas de PN, sendo que 73,8% realizaram a primeira consulta até o terceiro mês de gestação.

Em relação aos recém-nascidos pré-termo, Alto Uruguai Catarinense, Planalto Norte e Laguna apresentaram os maiores índices de NV entre 22 a 36 semanas de gestação. Já o Alto Vale do Itajaí, Extremo Sul e Carbonífera apresentaram os menores. Santa Catarina finalizou o ano com os percentuais de 0,5% NV com 22 a 27 semanas de gestação, 1% com 28 a 31 semanas e 9,3% com 32 a 36 semanas.

Mais informações encontram-se detalhadas na **Tabela 6**.

TABELA 6 - Proporção de nascidos vivos por parto cesáreo, com 7 ou mais consultas de pré-natal, e classificados como pré-termo, por região de residência. Santa Catarina, 2022.

Região de residência	% cesariana	Consultas de pré-natal		Prematuridade		
		% 7 e +	% 7 e + com início no 1º trim.	% 22 a 27 sem.	% 28 a 31 sem.	% 32 a 36 sem.
Extremo Oeste	69,1	85,0	76,3	0,38	0,65	10,11
Oeste	67,1	82,8	79,2	0,33	1,28	10,02
Xanxerê	68,2	80,4	74,5	0,34	0,98	10,80
Alto Vale do Itajaí	54,6	84,3	77,5	0,47	0,47	8,19
Foz do Rio Itajaí	49,0	78,8	70,6	0,51	0,94	8,20
Médio Vale do Itajaí	56,3	83,4	74,4	0,52	0,85	8,85
Grande Florianópolis	47,3	78,0	70,9	0,43	0,90	8,94
Meio Oeste	66,8	77,8	70,1	0,59	1,07	9,63
Alto Vale Rio do Peixe	70,8	85,5	76,8	0,52	1,05	10,71
Alto Uruguai Catarinense	76,0	79,1	73,7	0,65	1,05	11,70
Nordeste	51,0	80,3	74,3	0,57	1,11	9,32
Planalto Norte	67,0	84,5	78,2	0,77	0,99	11,42
Serra Catarinense	50,4	74,6	69,4	0,52	0,92	9,00
Extremo Sul	59,1	79,1	75,6	0,51	0,94	7,69
Carbonífera	62,1	80,6	75,9	0,54	1,05	8,04
Laguna	60,8	74,6	72,0	0,58	1,42	11,08
Vale do Itapocu	51,4	83,2	74,7	0,43	0,86	9,32
Santa Catarina	56,8	80,5	73,8	0,50	0,97	9,32

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Em relação aos recém-nascidos considerados de baixo peso, foram identificados 1.202 NV de 500 a 1.499g e 7.113 de 1.500 a 2.499g, o que totaliza 8.315 crianças, 8,5% do total de NV no Estado em 2022 (Tabela 7). Dentre as regiões de saúde os maiores percentuais concentraram-se no Alto Uruguai Catarinense (11,8%), Alto Vale do Rio do Peixe (10,3%) e Serra Catarinense (10%).

Ocorreram 8.459 NV de mães de 10 a 19 anos, isto é, 8,6% do total, e 18.511 NV de mães com 35 anos ou mais de idade, ou seja, 18,8%. Os maiores percentuais de mães jovens ocorreram no Alto Vale do Rio do Peixe (13,7%), Serra Catarinense (12,4%) e Xanxerê (11,6%). Já entre as mães com 35 anos ou mais se destacaram com maior percentual as regiões Grande Florianópolis (23,3%), Médio Vale do Itajaí (19,9%) e Extremo Sul Catarinense (19,7%), como pode ser observado na **Tabela 7**.

TABELA 7 - Proporção de nascidos vivos por peso ao nascer e faixa etária materna de 10 a 19 anos e 35 anos e mais, por região de residência. Santa Catarina, 2022.

Região de residência	Peso ao nascer		Faixa etária materna	
	500 a 1499g	1500 a 2499g	10 a 19 anos	35 e+
Extremo Oeste	0,93	7,49	7,5	18,8
Oeste	1,45	7,65	7,8	18,6
Xanxerê	1,32	8,47	11,6	15,6
Alto Vale do Itajaí	1,05	6,75	9,9	16,3
Foz do Rio Itajaí	1,22	6,76	8,9	18,0
Médio Vale do Itajaí	1,19	6,86	7,0	19,9
Grande Florianópolis	1,06	6,74	6,4	23,3
Meio Oeste	1,84	8,05	10,9	17,4
Alto Vale Rio do Peixe	1,67	8,64	13,7	13,5
Alto Uruguai Catarinense	1,74	10,06	7,5	18,7
Nordeste	1,23	7,09	7,8	18,3
Planalto Norte	1,18	7,71	10,7	17,0
Serra Catarinense	1,23	8,76	12,4	16,1
Extremo Sul	1,12	5,98	9,9	19,7
Carbonífera	1,19	6,65	9,2	18,6
Laguna	1,23	7,31	8,2	18,8
Vale do Itapocu	1,00	6,96	7,4	18,7
Santa Catarina	1,22	7,24	8,6	18,8

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Um dos principais parâmetros avaliados após o nascimento da criança é a escala de Apgar, a qual avalia a condição física do neonato imediatamente após o parto. Pela análise dos valores obtidos no primeiro minuto e no quinto minuto de vida dos NV de Santa Catarina no ano de 2022 (**Tabela 8**), 4.113 crianças apresentaram Apgar abaixo de 7 no 1º minuto (4,55%) e 496 no 5º minuto (0,55%), sendo que a Serra Catarinense e o Alto Vale do Itajaí apresentaram os maiores percentuais abaixo de 7 no 5º minuto, com 1,33% (45 NV) e 1,28% (49 NV), respectivamente.

TABELA 8 - Número e percentual (%) de nascidos vivos com peso ao nascer de 2.500g ou mais e Apgar inferior a 7 no primeiro e quinto minuto de vida, por região de ocorrência. Santa Catarina, 2022.

Região de ocorrência	1º minuto		5º minuto	
	Nº	%	Nº	%
Extremo Oeste	101	3,81	13	0,49
Oeste	249	4,53	31	0,56
Xanxere	117	5,10	10	0,44
Alto Vale do Itajaí	244	6,36	49	1,28
Foz do Rio Itajaí	400	4,08	42	0,43
Medio Vale do Itajaí	402	4,08	28	0,28
Grande Florianópolis	679	4,68	70	0,48
Meio Oeste	80	3,62	13	0,59
Alto Vale Rio do Peixe	130	3,33	10	0,26
Alto Uruguai Catarinense	78	4,30	6	0,33
Nordeste	428	4,66	69	0,75
Planalto Norte	190	4,27	15	0,34
Serra Catarinense	263	7,78	45	1,33
Extremo Sul	116	5,43	16	0,75
Carbonífera	247	4,36	27	0,48
Laguna	177	3,80	21	0,45
Vale do Itapocu	186	5,05	28	0,76
Santa Catarina	4113	4,55	496	0,55

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os principais objetivos do pré-natal (PN) estão a prevenção e o tratamento de complicações/doenças, preparação para emergências, planejamento do parto e promoção da saúde, relacionada a hábitos nutricionais, sociais, emocionais e físicos não atendidos das gestantes e oferta de educação do paciente, além de servir como referência para intervenções adicionais como imunização, aconselhamento sobre amamentação, planejamento familiar, estilos de vida saudáveis e violência baseada em gênero (Alem *et al.*, 2022; Kuhnt e Vollmer, 2017).

Outro ponto importante se refere à qualidade dos cuidados de PN com a oferta de um número mínimo de consultas, distribuídas adequadamente, para ser efetiva em seus objetivos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que todas as mulheres iniciem o PN dentro de 12 semanas após o início da gestação. As mães que começam a frequentar a assistência PN em tempo oportuno e realizam o número mínimo de consultas recomendadas podem se beneficiar plenamente dos serviços preventivos e curativos. No entanto, cabe destacar que, essa relação pode ser frágil, dependendo diretamente da qualidade dos serviços oferecidos (Alem *et al.*, 2022).

O peso ao nascer é um importante indicador prognóstico para a saúde do recém-nascido, pois reflete as condições nutricionais e metabólicas da mãe, bem como o desenvolvimento fetal durante a gravidez (Vilanova *et al.*, 2019). Recém-nascidos com peso inferior a 2.500g têm maior risco de morbidade e mortalidade neonatal, desnutrição no primeiro ano de vida, suscetibilidade a infecções, desconforto respiratório e traumas durante o parto e desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.

A prematuridade está intimamente relacionada com o baixo peso ao nascer e, dentre os problemas gestacionais, é considerada um dos mais sérios para o óbito infantil. Normalmente nascimentos muito precoces estão vinculados a situações maternas graves que comprometem o desenvolvimento e a continuação da gestação, o que fortalece a ideia de que não basta aumentar a cobertura de PN, é preciso qualificar o cuidado materno-infantil na atenção primária. Partos prematuros extremos (antes das 28 semanas), representam em torno de 1% a 2% de todos os NV e configuram um dos maiores desafios para a medicina neonatal e para a saúde, educação e serviços sociais para o fornecimento de apoio contínuo para sobreviventes com necessidades adicionais (Silva *et al.*, 2021).

Tanto a idade materna jovem (até 19 anos de idade) quanto a avançada (acima de 35 anos) têm sido associadas a um maior risco de mortalidade neonatal. Parturientes em idade jovem, especialmente na adolescência, são mais propensas à pobreza e a menor uso de serviços de saúde em comparação a suas contrapartes. Tanto as mães mais velhas como as adolescentes possuem maior risco de parto prematuro ou baixo peso ao nascer, principais causas diretas e indiretas de morte neonatal, além de risco aumentado de hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia (Wu *et al.*, 2021). Embora, filhos de mães mais velhas estejam em vantagem em relação às mães mais jovens em termos de habilidades parentais, estado nutricional, escolaridade e emprego, o que as levam a situações socioeconômicas mais estáveis (Kim *et al.*, 2021).

A idade materna avançada é uma tendência crescente no mundo. Mudanças de hábitos sociais, como casamento tardio, uso generalizado de métodos contraceptivos e acessibilidade a tratamentos de infertilidade contribuíram para um aumento mundial da idade materna. Além disso, o casamento tardio, maior nível de educação, busca de carreira, aumento da expectativa de vida, participação no mercado de trabalho, incerteza econômica e mudanças de valor, constituem também razões para o atraso na gravidez. Esse aumento no número de gestantes em idade avançada identifica um cenário desafiador tanto para pacientes quanto para médicos (Kim *et al.*, 2021; Mersha *et al.*, 2020).

O índice de Apgar mantém-se como método qualificado mais comumente usado para avaliar a condição física do recém-nascido, a necessidade e a resposta à ressuscitação imediatamente após o nascimento (Leinonen *et al.*, 2018). Consiste em cinco componentes que avaliam a frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor, cada um com um valor de 0 a 2, variando em sua totalidade entre 0 e 10, onde escores mais altos indicam melhor condição física. Um baixo índice de Apgar (menor que 7 e, principalmente, de 4 ou menos) está associado a um risco aumentado de morte neonatal entre bebês a termo (≥ 37 semanas). Constituem fatores significativamente associados ao baixo índice de Apgar no 5º minuto a apresentação fetal sem vértice, trabalho de parto prolongado, presença de líquido amniótico corado com mecônio, trabalho de parto induzido e baixo peso ao nascer (Gudayu, 2017).

A área materno infantil tem sido um constante desafio para as políticas públicas no Brasil, que se mantém alertas para a atenção e a procura de soluções que diminuam a mortalidade materna infantil por causas evitáveis, que melhore o acesso e disponha de atendimentos de qualidade para às gestantes, parturientes e recém natos. Esse desafio se torna ainda maior quando se trata de estabelecer políticas públicas com uma rede organizada e regionalizada, que contemple a assistência materna e infantil considerando as especificidades, características e complexidades singulares de cada região.

Em Santa Catarina, as Redes de Atenção à Saúde estão organizadas sob a lógica de serviços regionalizados, conforme estabelece a PVH, que institui por normativas vigentes do SUS a organização e definição dos serviços de interesse de saúde. São referências para o atendimento das necessidades da população, dando destaque para as linhas de cuidado, incluindo nesta a materno infantil. O acesso oportuno aos serviços obstétricos de internação para o parto de baixo ou alto risco, é fundamental para a segurança do cuidado materno e neonatal.

REFERÊNCIAS

1. Alem, A.Z. *et al.* **Timely initiation of antenatal care and its associated factors among pregnant women in sub-Saharan Africa: A multicountry analysis of Demographic and Health Surveys.** PLoS ONE, vol. 17, no. 1, 10 Jan. 2022, p. e0262411. Gale Academic OneFile, Disponível em: <link.gale.com/apps/doc/A689171084/AONE?u=capes&sid=bookmark-AONE&xid=63861a41> Acesso em 22 Mai. 2024.
2. Brasil. Ministério da Saúde. **Regionalização se faz regionalizando: fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da rede de atenção à saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico – 5. ed.** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
4. Brenes, A. C.. **História da parturição no Brasil, século XIX.** Cadernos de Saúde Pública, v. 7, n. 2, p. 135–149, abr. 1991.
5. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2022.** Disponível em <<https://censo2022.ibge.gov.br/>>. Acesso em 09 abr. 2024.
6. Gudayu, T.W. **Proportion and Factors Associated with Low Fifth Minute Apgar Score among Singleton Newborn Babies in Gondar University Referral Hospital; North West Ethiopia.** African Health Sciences 17.1 (2017): 1–6. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29026371/#:~:text=Result%3A%20The%20proportion%20of%20low,labor%20and%20low%20birth%20weight.>>. Acesso em 22 mai. 2024.
7. Kim, Y.N. *et al.* **Idade materna e risco de mortalidade neonatal precoce: um estudo de coorte nacional.** Sci Rep 11, 814 (2021). Disponível em: <<https://doi-org.ez46.periodicos.capes.gov.br/10.1038/s41598-021-80968-4>>. Acesso em 22 mai. 2024.
8. Kuhnt, J. e Vollmer, S. **Antenatal care services and its implications for vital and health outcomes of children: evidence from 193 surveys in 69 low-income and middle-income countries.** BMJ Open 2017;7:e017122. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/7/11/e017122>> Acesso em 22 mai. 2024.
9. Leinonen, E. *et al.* **Low Apgar Scores at Both One and Five Minutes Are Associated with Long-term Neurological Morbidity.** Acta Paediatrica 107.6 (2018): 942–51. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29359524/>>. Acesso em 22 mai. 2024.
10. Mersha, A. *et al.* **Association between maternal age and adverse perinatal outcomes in Arba Minch zuria, and Gacho Baba district, southern Ethiopia: a prospective cohort study.** BMC Pregnancy Childbirth 20, 590 (2020). Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33023526/>>. Acesso em 22 mai. 2024.
11. Rocha, R. *et al.* **A Regionalização da Saúde no Brasil - Instituto de Estudos para Políticas de Saúde Estudo Institucional No. 7** Junho de 2022.
12. Silva, F.R. *et al.* **Análise da mortalidade infantil no leste de Minas Gerais, 2008–2019.** HU Revista, v. 47, p. 1–11, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/34178>>. Acesso em: 22 mai. 2024.
13. Vandrúscolo, C.T.; Krueel, C.S. **A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto.** Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95–107, 2015.
14. Vilanova, C.S. *et al.* **Uma relação entre os diferentes estratos de baixo peso ao nascer de recém-nascidos com mortalidade infantil e a influência dos principais determinantes da saúde no extremo sul do Brasil.** Population Health Metrics, vol. 17, no. 1, 27 de novembro de 2019. Gale Academic OneFile. Disponível em: <link.gale.com/apps/doc/A607406391/AONE?u=capes&sid=bookmark-AONE&xid=d61f7d7f>. Acesso em 22 mai. 2024.
15. Wu, H. *et al.* **Maternal Age at Birth and Neonatal Mortality: Associations from 67 Low-income and Middle-income Countries.** Paediatric and Perinatal Epidemiology 35.3 (2021): 318–27. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ppe.12734#:~:text=Neonates%20born%20to%20mothers%20aged%2030%2D34%2C%2035%2D39,consistent%20across%20most%20subgroup%20analyses.>>. Acesso em 22 mai. 2024.

EXPEDIENTE

O informativo Epidemiológico Barriga Verde uma publicação técnica da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Rua Esteves Júnior, 390 – Anexo I – 1º andar – Centro – Florianópolis – CEP: 88010-002 – Fone: (48) 3664-7400. www.dive.sc.gov.br

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Governo do Estado: Jorginho dos Santos Mello | **Secretária de Estado da Saúde:** Carmen Emília Bonfá Zanotto | **Superintendente de Vigilância em Saúde:** Fábio Gaudenzi | **Diretor de Vigilância Epidemiológica:** João Augusto B. Fuck | **Gerente de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis:** Aline Piacessi Arceno | **Elaboração:** Aline Piacessi Arceno e Maria da Graça Chraim dos Anjos | **Colaboração:** Elaine Joice Dos Santos Tarhun e Valdenésio Kuster | **Revisão Técnica:** Yuri Munir Igor Alves Guimarães Figueiredo, Ana Beatriz Sperb Wanderley Marcos e João Augusto Brancher Fuck | **Produção:** Núcleo de Comunicação DIVE/SC | **Supervisão:** Patrícia Pozzo | **Revisão:** Bruna Matos | **Diagramação:** Alex Martins.

FICHA CATALOGRÁFICA

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Nascidos Vivos em Santa Catarina. Boletim Barriga Verde. Informativo Epidemiológico. Ed. Especial. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde, 2024.

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE