

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

NASCIDOS VIVOS DO ESTADO DO AMAPÁ



**Centro de Informação e Análise
da Situação de Saúde (CIASS)**

Macapá - AP 2024





**GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
CENTRO DE INFORMAÇÕES E ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE**

Secretária de Estado da Saúde
Silvana Vedovelli

Superintendente de Vigilância em Saúde
Cássio Roberto Leonel Peterca

Diretora Executiva de Vigilância em Saúde
Iracilda Silva Pinto

Gerente do Centro de Informações e Análise da Situação de Saúde
Diovana de Sena Alberto

Elaborado por:

Leilian Hage dos Santos – Enfermeira Oncológica

Maria da Conceição Soutelo Souto da Silva – Nutricionista Epidemiologista

Maria Sueli Diniz Neris Isidoro – Enfermeira Epidemiologista

Revisão Técnica:

Diovana de Sena Alberto – Enfermeira Epidemiologista e Mestre em Ciências da Saúde

Leilian Hage dos Santos – Enfermeira Oncológica

TABELAS

Tabela 01. Proporção de consulta no pré-natal, de residentes – Amapá/BR, 2013-2022

Tabela 02. Número e percentual de mãe adolescentes residentes segundo consulta pré-natal e escolaridade – Amapá/BR, 2013 a 2022

Tabela 03. Percentual de partos de mães residentes segundo local de ocorrência – Amapá/BR, 2013 a 2022

Tabela 04. Número e proporção de responsáveis pela assistência ao parto e ao recém-nascido, por município de residência e região de saúde – Amapá/BR, 2022

Tabela 05. Total de NV por tipo de parto e proporção de cesárea segundo a classificação de Robson, por município de residência – Amapá/BR, 2022

Tabela 06. Dados para classificação de Robson segundo recomendação da OMS e Tamanho relativo (%) do grupo, Taxa de cesariana em cada grupo, Contribuição absoluta (%) e relativa (%) na taxa global de cesárea – Amapá/BR, 2022

Tabela 07. Percentual de nascidos vivos de acordo com APGAR no 1º e 5º minuto segundo município de residência – Amapá/BR, 2022

Tabela 08. Número de nascidos vivos por tipo de anomalia congênita e região de saúde – Amapá/BR, 2022

QUADRO

Quadro 1. Parâmetro de cálculo do índice de apgar

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01. Taxa bruta de natalidade por Unidade da Federação – Brasil, 2022

Gráfico 02. Taxa bruta de natalidade e número de nascidos vivos – Brasil, Região Norte e Amapá, 2013 a 2022

Gráfico 03. Taxa bruta de natalidade por município de residência – Amapá/BR, 2013 e 2022

Gráfico 04. Proporção de adequação de acesso ao pré-natal (índice Kotelchuck), por município de residência, Amapá/BR, 2022

Gráfico 05. Proporção de consultas ao pré-natal realizadas, por município de residência – Amapá/BR, 2022

Gráfico 06. Proporção de nascidos vivos segundo escolaridade da mãe residente – Amapá/BR, 2022

Gráfico 07. Proporção de filhos nascidos vivos anteriores a gestação atual e 12 anos ou mais de escolaridade – Amapá/BR, 2013 e 2022

Gráfico 08. Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes por município de residência – Amapá/BR, 2022

Gráfico 09. Proporção de puérperas residentes segundo raça/cor – Amapá/BR, 2013 a 2022

Gráfico 10. Proporção de nascidos vivos segundo estado civil da mãe – Amapá/BR, 2013 a 2022

Gráfico 11. Proporção de nascidos vivos segundo estado civil da mãe por município de residência – Amapá/BR, 2022

Gráfico 12. Proporção de nascidos vivos por local de ocorrência e município de residência – Amapá/BR, 2022

Gráfico 13. Proporção de nascidos vivos de mães residentes por tipo de parto – Amapá/BR, 2022

Gráfico 14. Número de nascidos vivos de mães residentes por tipo de parto e proporção de cesárea segundo a classificação de Robson de mães residentes – Amapá/AP, 2022

Gráfico 15. Proporção e taxa bruta de natalidade (por mil hab.), por subgrupo de prematuridade e município de residência – Amapá/BR, 2022

Gráfico 16. Percentual de nascidos vivos por subgrupo de prematuridade e região de saúde – Amapá/BR, 2022

Gráfico 17. Proporção e taxa bruta de natalidade (por mil hab.), por subgrupos de baixo peso. Amapá, 2013 a 2022

Gráfico 18. Proporção de nascidos vivos com anomalia congênita, por Unidades da Federação e Brasil, 2022

LISTA DE SIGLAS

ANS - Agencia Nacional de Saúde Suplementar
CIASS - Centro de Informação e Análise da Situação de Saúde
DASIS - Departamento de Análise de Situação de Saúde
DATASUS - Sistema de Informação do SUS
DNV - Declaração de Nascidos Vivos
DSEI - Distritos Sanitários Especiais Indígenas
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS - Ministério da Saúde
NCOP - Não Codificados em Outras Partes
NV - Nascidos vivos
SVS - Superintendência de Vigilância em Saúde
SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PN - Parto Normal
RIPSA – Rede Intergerencial de Informação para Saúde
RN - Recém Nascido
TBN - Taxa Bruta de Natalidade
TP - Trabalho de Parto

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
O SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE NASCIDOS VIVOS (Sinasc)	7
NASCIDOS VIVOS NO ESTADO DO AMAPÁ.....	8
CARACTERÍSTICAS DA GRAVIDEZ E DO PARTO	11
CONCLUSÃO.....	32
BIBLIOGRAFIA	33

INTRODUÇÃO

A Superintendência de Vigilância em Saúde - SVS através do Centro de Informações e Análise da Situação em Saúde - CIASS, regularmente elabora e organiza informativos para publicação visando a divulgação sobre a situação de saúde nas esferas locais. Esse boletim epidemiológico faz parte de uma série de informativos referente a nascidos vivos do estado do Amapá.

O objetivo deste boletim é apresentar uma análise estatística descritiva, avaliando e caracterizando os nascimentos no Estado no período de 2013 a 2022, servindo como fonte secundária de informações para a realização de pesquisas e análises com outros pontos de vista, e instrumento para a produção de conteúdo relevantes para a sociedade, que possam nortear a definição de estratégias e políticas públicas condizentes com a realidade de cada município.

Os dados que envolvem a mulher no ciclo gravídico e nascimento foram descritos por município de residência e região de saúde, apresentados em forma de tabelas e gráficos ao longo do texto e foram obtidos através do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc Estadual/Tabwin, Sistema de Informação do SUS (DATASUS) Tabnet e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE NASCIDOS VIVOS (Sinasc)

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), implantado pelo Ministério da Saúde, tem como base a Declaração de Nascidos Vivos (DNV) cujo objetivo principal é fornecer informações sobre as características dos nascidos vivos, fundamentais para o estabelecimento de indicadores específicos e planejamento em saúde.

Bez Machado (2018, pag. 32) enfatiza:

O Sinasc é o primeiro sistema de informação no qual o cidadão brasileiro é inserido, e com ele se inicia o protagonismo do principal ator social do Sistema Único de Saúde – o usuário do SUS, e o contato com seus princípios, as diretrizes e os direitos estabelecidos pela Constituição. É um sistema de informação público utilizado nacionalmente por um grande número de usuários/gestores do SUS.

A Portaria Nº 116 MS/SVS/2009 no Art. 11 “Deve ser utilizado o formulário da DNV, distribuídos pelo MS, como documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, para a coleta dos dados sobre nascidos vivos, considerado como o documento hábil para os fins da lavratura da Certidão de Nascimento, pelos Cartórios do Registro Civil” constante no inciso IV, Art. 10, da Lei nº. 8.069/1990, e do Art. 50, da Lei nº 6.015/1973. Trata-se de documento impresso em sequência numérica única, em conjunto de três vias autocopiativas, com 52 variáveis a serem preenchidas pelos profissionais de saúde responsáveis pela assistência ao parto ou ao recém-nascido no caso dos partos hospitalares ou domiciliares com assistência, portanto, não é obrigatória a assinatura do médico responsável pelo neonato, o que colabora muito para a redução da subnotificação

A Secretaria de Vigilância em Saúde/MS controla a numeração, emissão e distribuição dos formulários para as Secretarias Estaduais de Saúde e aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), enquanto coordenadores do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do Sinasc.

A DNV passou por várias mudanças ao longo desse período, a mais recente ocorreu em 2021, com alterações referentes à substituição da nomenclatura “mãe” por “parturiente” e “pai” por “responsável legal”. A palavra parturiente agrega informações referentes à pessoa que pariu a criança, independente dos nomes dos genitores de acordo com sua identidade de gênero, o que possibilita o recolhimento de dados para a formulação de políticas públicas pertinentes e o respeito a autodeclaração de gênero dos ascendentes. O campo responsável legal não é de preenchimento obrigatório, e pode incluir dois nomes. Este campo também independe da identidade de gênero, e não irá constituir prova de filiação, pois representa apenas a declaração opcional feita pela (o) parturiente.

No Amapá todos os municípios que realizam partos e registram nascimentos possuem acesso ao Sinasc. A qualidade da informação é monitorada pelo Estado, através do Centro de Informação e Análise da Situação de Saúde (CIASS) setor da Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS/AP).

NASCIDOS VIVOS NO ESTADO DO AMAPÁ

A mensuração do estado de saúde da população é uma tradição em saúde pública, teve seu início com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência (Estatísticas Vitais – Mortalidade e Nascidos Vivos). Com os avanços de dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais passaram a ser métricas utilizadas na construção de indicadores de saúde, que se traduzem em informação relevante para a quantificação e a avaliação das informações em saúde.

No período de 2013 a 2022 nasceram 153.406 crianças no Estado. Do total de 13.574 nascimentos por município de residência em 2022, 51,5% foram do sexo masculino e 48,5% do sexo feminino, perfil semelhante ao apresentado pelo Brasil.

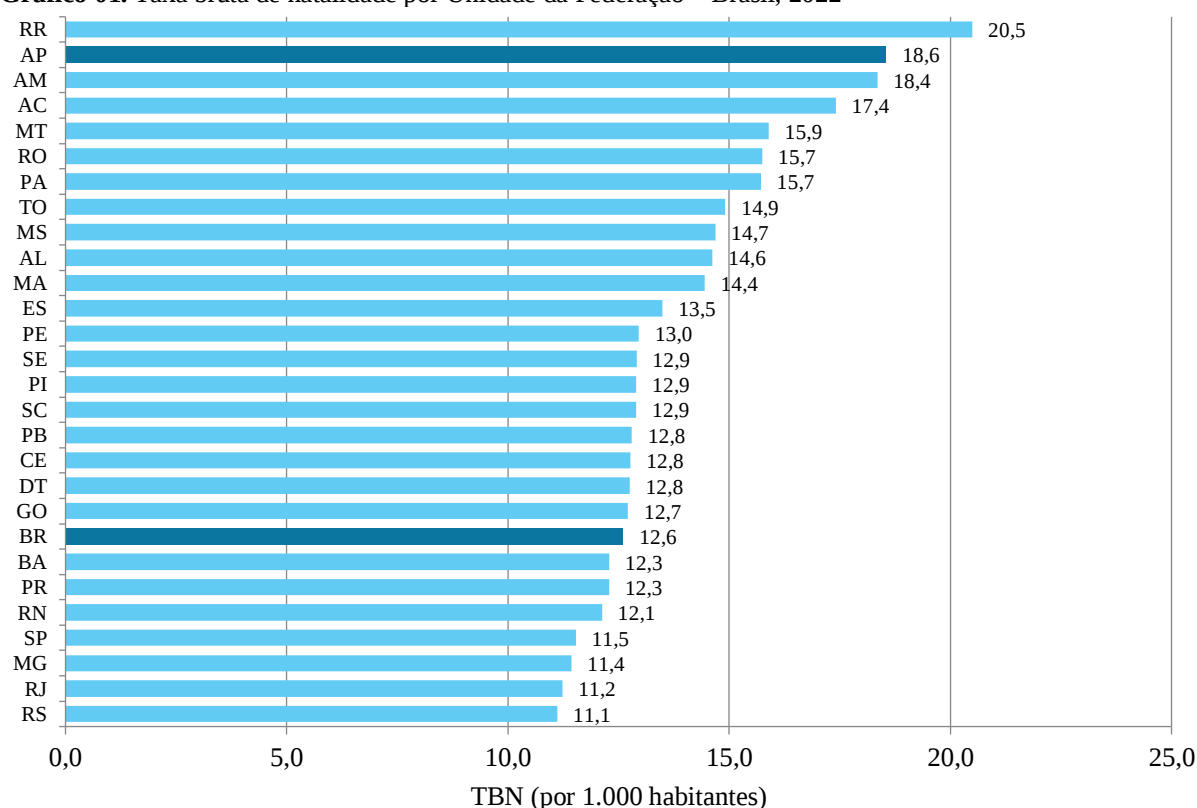
Quando se trata do tipo de gestação no País 97,7% delas foram únicas e 2,2% duplas, e no Estado 98,1% únicas e 1,8% foram duplas.

A taxa de natalidade constitui um indicador valioso para entender a dinâmica de uma população. O número de nascimentos está relacionado diretamente a aspectos sociais e econômicos; sua análise contribui para a compreensão do movimento de uma população em um determinado período do tempo.

A taxa de fecundidade é estimada a partir do número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher, por faixa etária específica do período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA, 2008). No Brasil o número médio de filhos esperados por mulher passou de 1,8 em 2013 para 1,6 em 2022. No Estado esse número era de 2,6 filhos e passou para 1,9.

A Taxa Bruta de Natalidade (TBN), ou coeficiente geral de natalidade, expressa o número de nascidos vivos, a cada mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado. É utilizada para analisar o crescimento populacional de um determinado lugar, assim como constitui indicador social ao representar a dinâmica da população.

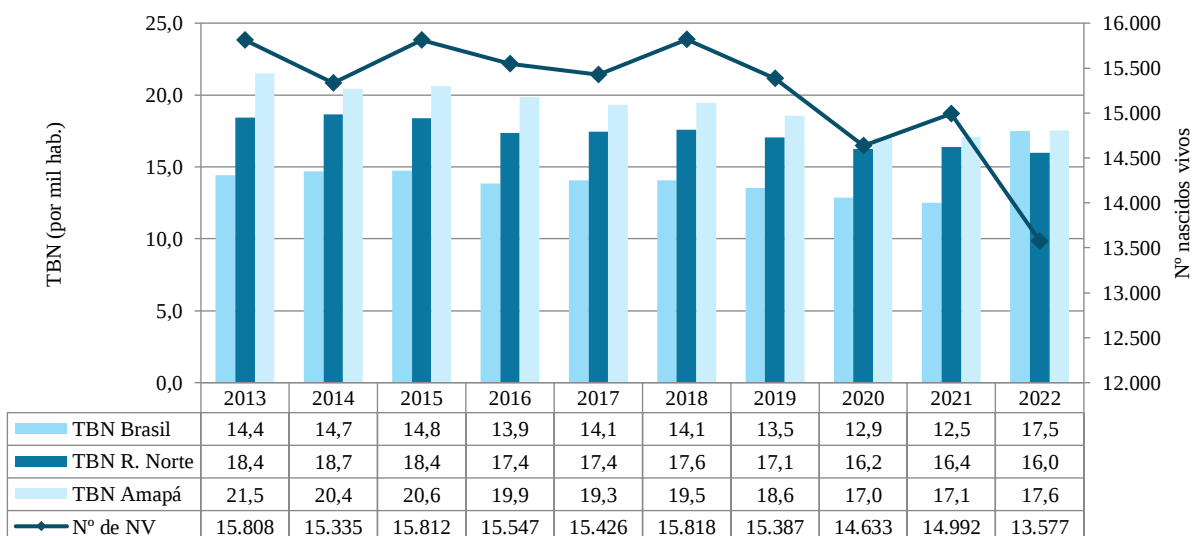
No ano de 2022 a TBN do país foi de 12,6 NV a cada mil habitantes, enquanto na Região Norte foi de 17,5. Dentre as 27 Unidades da Federação, o Estado ocupou a 2ª posição, com 18,6. A maior taxa ocorreu em Roraima (20,5) e a menor em Minas Gerais (11,4) (Gráfico 01).

Gráfico 01. Taxa bruta de natalidade por Unidade da Federação – Brasil, 2022

Fonte: Sinasc/DATASUS/IBGE.

No período de 2013 a 2022 é possível observar no gráfico 02 que o Estado apresentou as maiores TBN em relação à Região Norte e ao Brasil; a maior taxa ocorreu no ano de 2013 com 21,5 e a menor taxa em 2020 (17,0 NV a cada mil habitantes).

Em relação à frequência de nascidos vivos no Estado nesse período verifica-se o ano de 2018 com maior registro (15.818) e menor em 2022 (13.577).

Gráfico 02. Taxa bruta de natalidade e número de nascidos vivos – Brasil, Região Norte e Amapá, 2013 a 2022

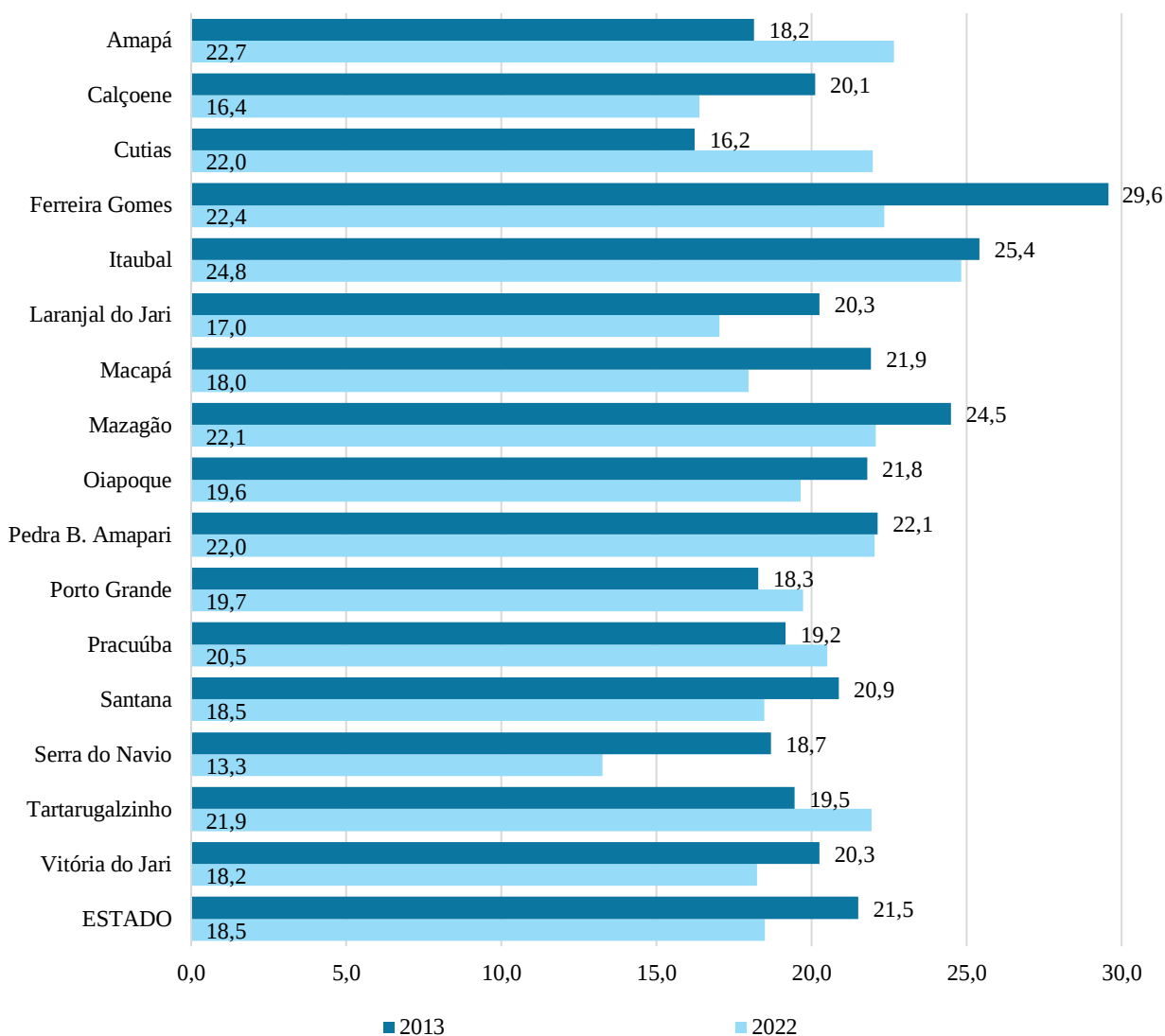
Fonte: Sinasc/DATASUS/IBGE.

Dentre as regiões de saúde do Estado, a maior TBN foi na Norte com 20,0 seguida da Sudoeste com 18,7 e a Central com 18,3 mesmo tendo a cidade mais populosa, Macapá, com 18,0 por 1.000 NV.

Em número absoluto, no ano de 2022, apresentaram a maior frequência de NV os municípios de Macapá (7.958), Santana (1.989), Laranjal do Jari (598) e Oiapoque (540). As menores frequências foram registradas em Serra do Navio (62), Pracuúba (78) e Cutias (98).

No gráfico 03 é possível visualizar a TBN do Estado e por município de residência no período de 2013 e 2022, o Amapá apresentou redução de 13,9% na TBN, passando de 21,5 para 18,3 NV a cada mil habitantes. Os três municípios que apresentaram redução significativa no período foram: Serra do Navio (29,0%), Ferreira Gomes (24,4%) e Calçoene (18,5%) e os municípios de Cutias (35,3%), Amapá (24,8%), Tartarugalzinho (12,8%), Porto Grande (7,9%) apresentaram aumento dessa taxa.

Gráfico 03. Taxa bruta de natalidade por município de residência – Amapá/BR, 2013 e 2022



Fonte: Sinasc/DATASUS/IBGE.

CARACTERÍSTICAS DA GRAVIDEZ E DO PARTO

A proporção de mães com 7 e mais consultas de pré-natal realizadas no período de 2013 a 2022 no Estado apresentou aumento de 57,1%, indo de 31,6% para 49,6%. Gestantes que não realizaram nenhuma consulta tiveram redução de 42,8% passando de 5,1%, para 2,9% no mesmo período. Observa-se melhora no preenchimento da DNV onde o campo ignorado passou de 0,8% para 0,1% com redução de 90,3% (Tabela 01).

Tabela 01. Proporção de consultas no pré-natal, de residentes – Amapá/BR, 2013-2022

Consulta pré-natal	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nenhuma	5,1	4,2	3,6	3,1	3,7	3,6	3,4	4,2	3,1	2,9
1-3 vezes	23,5	22,2	20,9	21,6	21,5	21,2	19,3	24,1	20,0	17,1
4-6 vezes	39,0	39,0	37,8	36,0	35,3	35,3	34,5	36,0	34,8	30,3
7 e +	31,6	33,7	36,8	38,5	39,2	39,8	42,7	35,6	41,9	49,6
Ignorado	0,8	1,0	0,9	0,8	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1

Fonte: Sinasc/DATASUS.

Como forma de avaliar a qualidade da assistência pré-natal pode-se utilizar o índice de adequação do acesso ao pré-natal (Índice de Kotelchuck), ao considerar o proposto nas boas práticas da Rede Cegonha, a qual define o início do pré-natal no primeiro trimestre e a realização de no mínimo seis consultas durante o período de gestação. A descrição e interpretação do índice de adequação do pré-natal ocorrem da seguinte forma (BRASIL, 2021):

Não fez pré-natal: mulheres sem registro de consulta pré-natal (PN). Neste grupo estão incluídos todos os registros com a informação de zero consulta PN, independentemente de ter sido sinalizado algum mês de início para o PN;

Inadequado: início do PN após o 3º mês de gestação ou com início até o 3º mês, mas com menos de 3 consultas. São incluídos nesse grupo todos os registros com início do PN após o 3º mês, mesmo quando o número de consultas PN consta como ignorado ou em branco;

Intermediário: iniciaram os cuidados PN antes ou durante o 3º mês e fizeram 3 a 5 consultas;

Adequado: iniciaram o PN antes ou durante o 3º mês e fizeram 6 consultas;

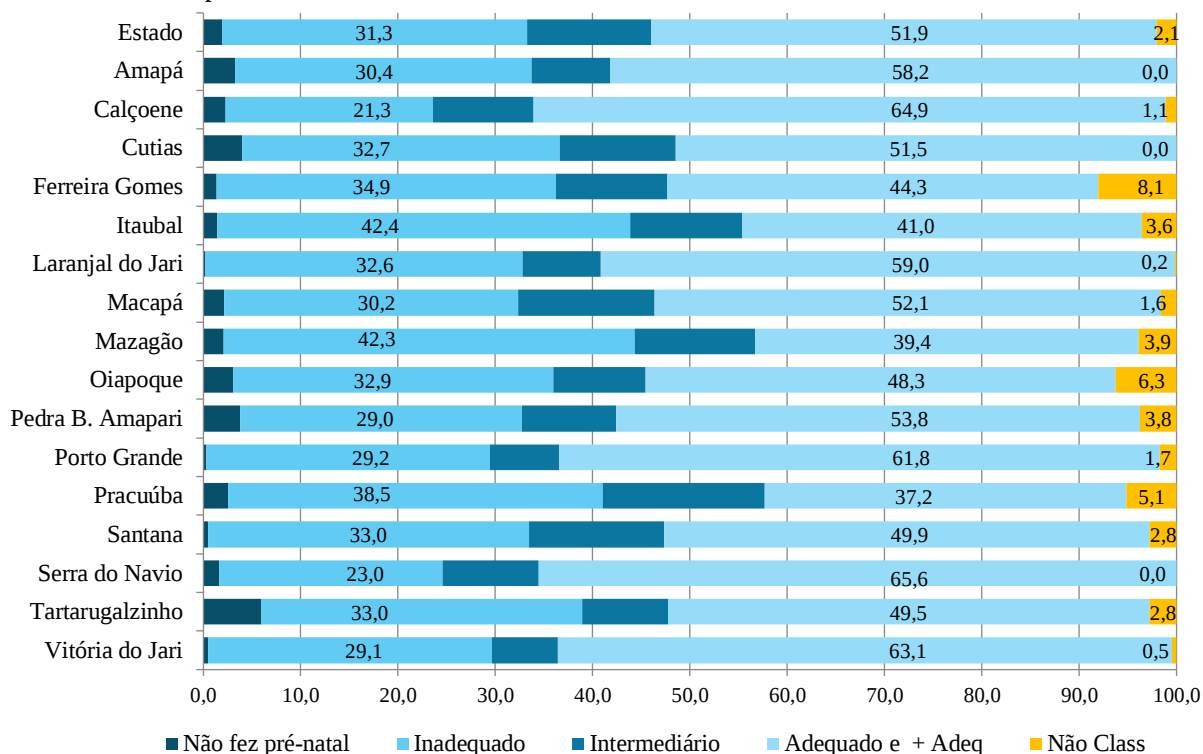
Mais que adequado: iniciaram o PN antes ou durante o 3º mês e fizeram 7 ou + consultas;

Ignorado: registros que não se enquadram nas classificações anteriores.

Em 2022, 43,4% das amapaenses tiveram o acesso mais que adequado e 8,5% adequado ao pré-natal; 31,3% das mulheres com acesso inadequado às consultas e 1,9% sem registro.

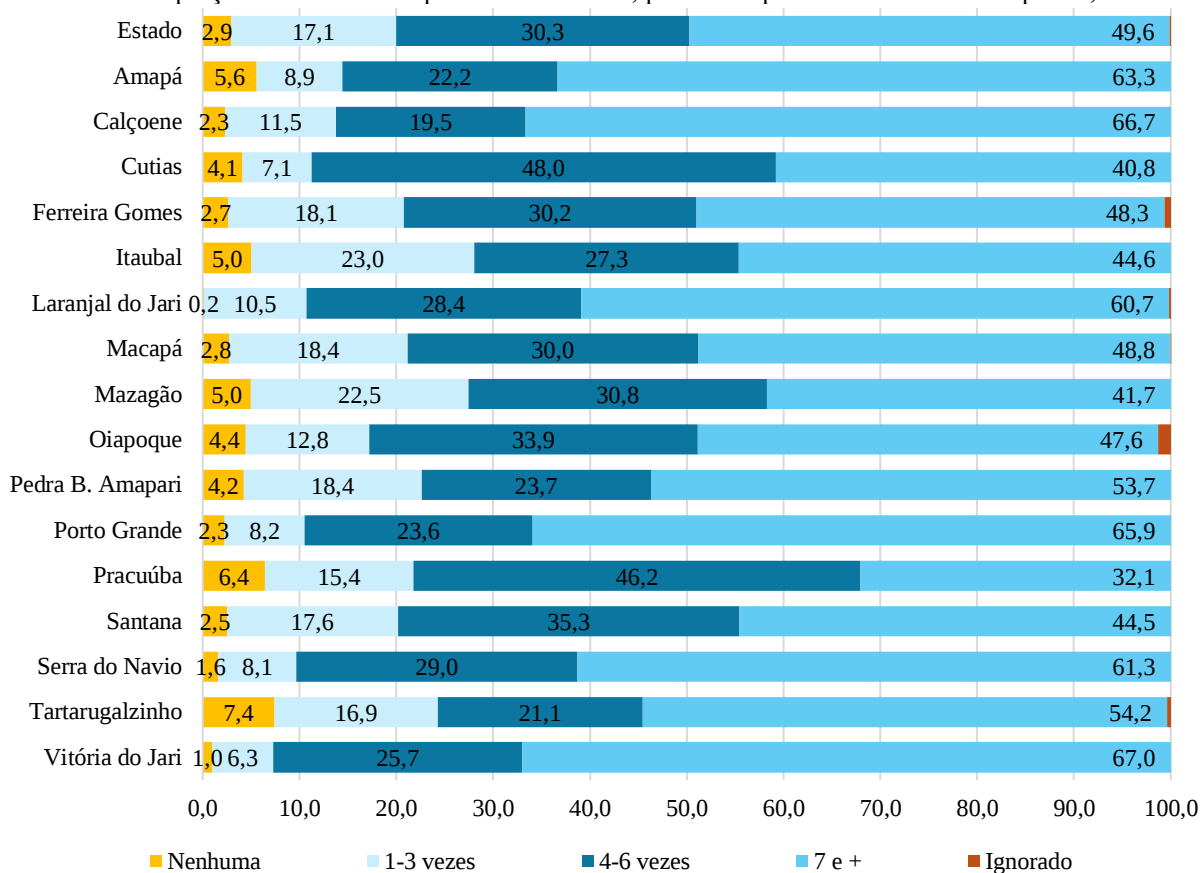
O gráfico 04 mostra o percentual do índice de adequação ao pré-natal em 2022, sendo feito a somatória de “adequado e mais que adequado”, onde o Estado registrou 51,9%, Serra do Navio (65,6%), Calçoene (64,9%), Vitória do Jari (63,1%) e Porto Grande (61,8%) apresentaram os melhores índices. Quanto à inadequação de acesso foram identificados em Itaubal (42,4%), Mazagão (42,3%) e Pracuúba (38,5%). A proporção de dados ignorados ou inconsistentes para a avaliação foi maior em Ferreira Gomes (8,1%), Oiapoque (6,3%), Pracuúba (5,1%) e Mazagão (3,9%).

Gráfico 04. Proporção de adequação de acesso ao pré-natal (índice Kotelchuck), por município de residência, Amapá/BR, 2022



Fonte: Sinasc/DATASUS.

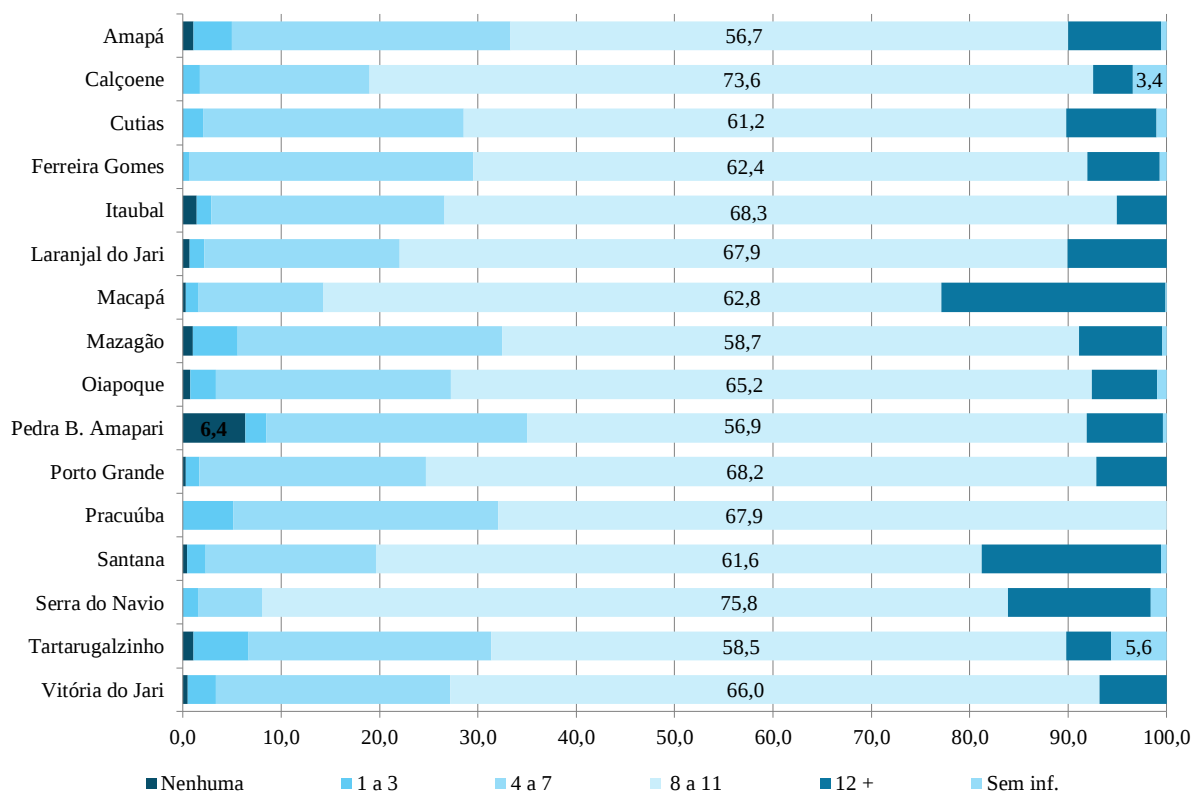
Ao avaliar os municípios em relação à proporção de consultas de pré-natal realizadas durante a gestação, em 2022 no gráfico 05, observa-se maiores percentuais na realização de 7 ou mais consultas nos municípios de Vitória do Jari (67,0%), Calçoene (66,7%) e Porto Grande com (65,9%) e as menores proporções em Pracuúba (32,1%), Cutias (40,8%) e Mazagão com (41,7%). Das mães que não realizaram nenhuma consulta estão: Tartarugalzinho (7,4%), Pracuúba (6,4%) e Amapá (5,6%). Ressalta-se o percentual de 1,3 ignorados no município de Oiapoque.

Gráfico 05. Proporção de consultas de pré-natal realizadas, por município de residência – Amapá/BR, 2022

Fonte: Sinasc/DATASUS.

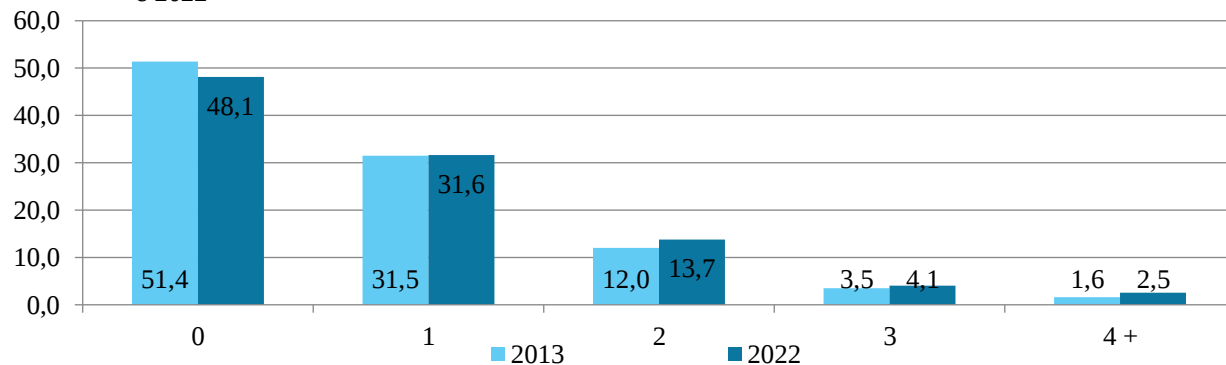
No Estado 63,0% dos nascimentos ocorreu de mães entre 8 a 11 anos de estudo; já sem escolaridade essa proporção foi de 0,6%.

As maiores proporções de mães com 12 anos e mais de estudo ocorreram em Macapá 22,8% e Santana 18,2%. Serra do Navio e Calçoene se destacaram com a proporção de 75,8% e 73,6% respectivamente com 8 a 11 anos de estudo; e com maior percentual sem escolaridade foi em Pedra Branca do Amapari 6,4%, onde, das 18 mães não alfabetizadas 15 eram indígenas o que representa 83,3%. Alguns municípios chamam atenção devido à quantidade de dados sem informação (ignorados ou em branco): Tartarugalzinho 5,6% e Calçoene 3,4%, essa inconsistência pode interferir diretamente na avaliação dos dados, visualizados no gráfico 06.

Gráfico 06. Proporção de nascidos vivos segundo escolaridade da mãe residente – Amapá/BR, 2022

Fonte: Sinasc/DATASUS.

No gráfico 07 é possível observar a relação entre escolaridade acima de 12 anos de estudo e a proporção de filhos NV anteriores a gestação atual. Em 2013 a proporção de mulheres sem filho NV em gestação anterior ao parto era de 51,4%, passando para 48,1% em 2022 com redução de 6,4%. Em relação às mulheres que relataram 01 filho NV em gestação anterior não houve alteração já as mulheres com dois filhos o aumento foi de 14,2% passando de 12,0% para 13,7%. Observa-se que as mulheres com até 2 filhos anteriores e 12 e mais anos de estudo em 2013 representam 94,9% e 93,4% em 2022, isso demonstra que quanto maior escolaridade menor número de filhos.

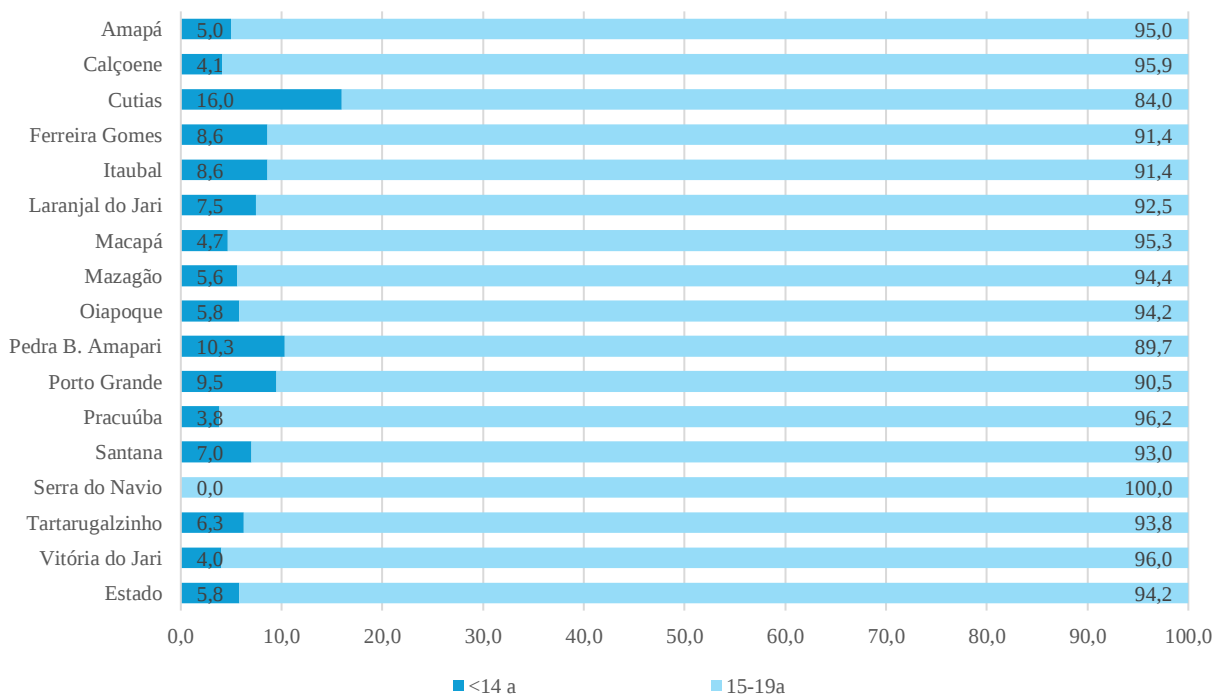
Gráfico 07. Proporção de filhos nascidos vivos anteriores e 12 anos ou mais de escolaridade – Amapá/BR, 2013 e 2022

Fonte: Sinasc/DATASUS.

O indicador referente a gravidez na adolescência (10 a 19 anos) oferece subsídios sobre a frequência da gestação precoce, que pode ser analisada em relação as condições sociais e econômicas da população. O Brasil em 2022 apresentou taxa de 12,3%, a região Norte 19,7% no Estado esta taxa foi de 18,7%, neste ano das amapaenses mães menores de 19 anos 6,2% (156) eram menores de 14 anos.

Comparando o número de partos de 2013 com 2022 observa-se redução de 38% passando de 4.089 para 2.533. Os municípios com maiores proporções de mães adolescentes (10 a 19 anos) em 2022 foram Pracuúba com 32,1%, Mazagão (27,9%), Pedra Branca do Amapari (27,6%) e Calçoene (27,0%). O gráfico 08 apresenta a subclassificação de mães adolescentes e percebe-se que os municípios de Cutias apresentaram 16% e Pedra Branca do Amapari 10,3% de mães com menos de 14 anos.

Gráfico 08. Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes por município de residência – Amapá/BR, 2022



Fonte: Sinasc/DATASUS.

Das mães adolescentes, 963 (38,0%) realizaram 7 e mais consultas; 903 (35,7%) realizaram de 4 a 6, 584 (23,1%) de 1 a 3 consultas e 79 (3,1%) não realizaram nenhuma consulta (Tabela 02).

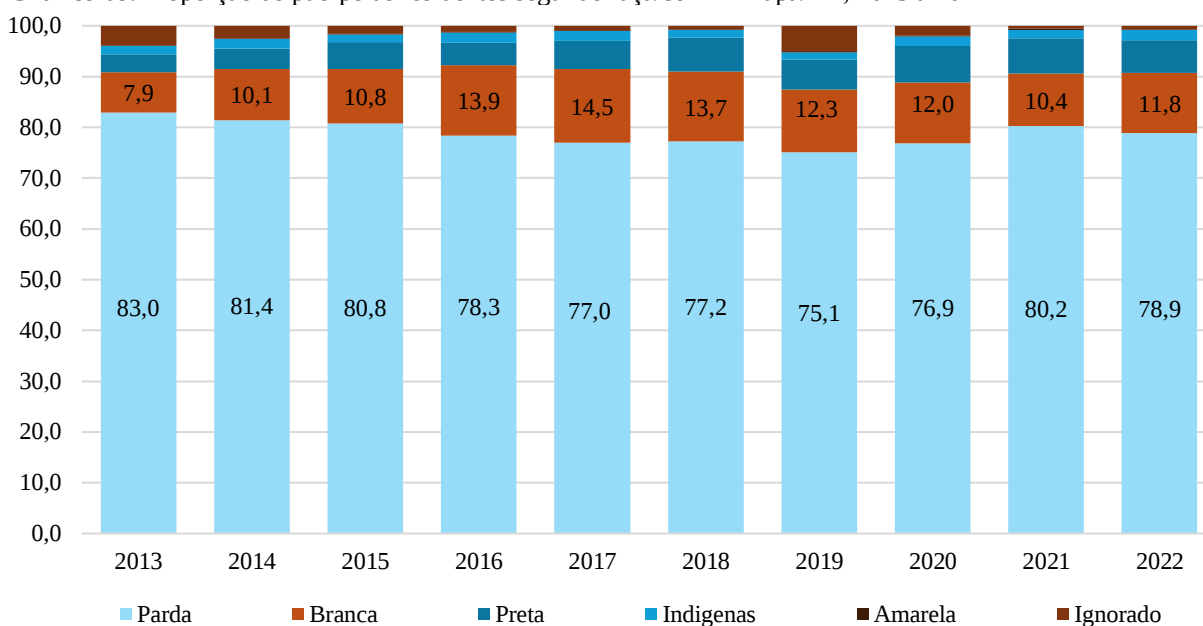
Tabela 02. Número e percentual mãe adolescentes residentes segundo consulta pré-natal e escolaridade – Amapá/BR, 2013 a 2022

Anos de estudo Consultas	Nenhuma		1 a 3a		4 a 6a		08 a 11a		12 e +		N Inf + Ign		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Nenhuma	0	0,0	1	1,3	34	43,6	41	52,6	0	0,0	2	2,6	78
1-3 vezes	2	0,3	3	0,5	229	39,1	351	59,9	1	0,2	0	0,0	586
4-6 vezes	6	0,7	8	0,9	214	23,7	661	73,2	11	1,2	3	0,3	903
7 e +	1	0,1	8	0,8	159	16,5	771	80,1	20	2,1	4	0,4	963
Ignorado	0	0,0	1	33,3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	3
Total	9	0,4	21	0,8	636	25,1	1.826	72,1	32	1,3	9	0,4	2.533

Fonte: Sinasc/DATASUS.

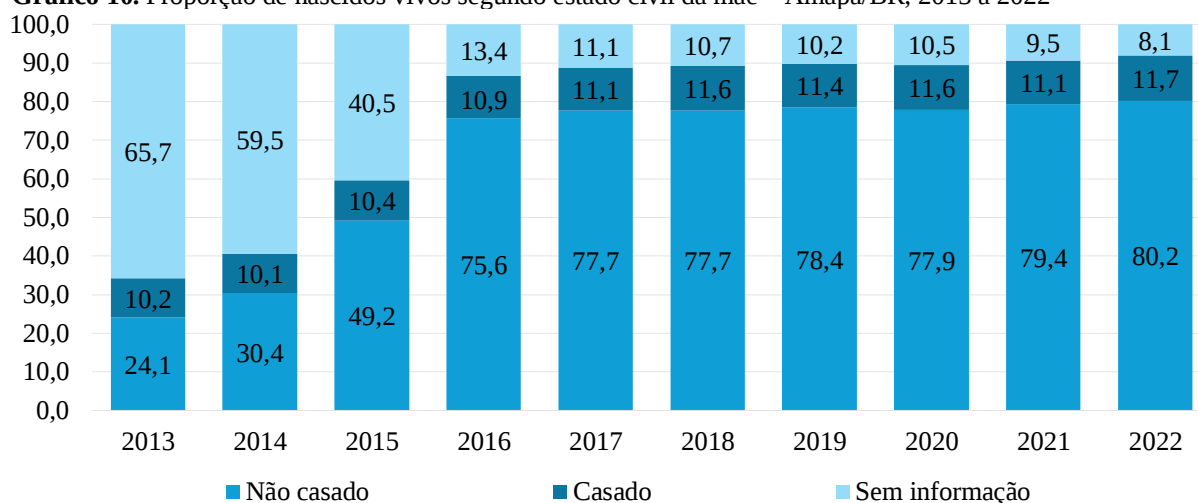
Em relação à raça/cor materna dos nascidos vivos do Estado no período de 2013 a 2022 a cor parda predominou com média de 78,9%, das mães que se declararam branca ficou em 11,7%, as de cor preta com 5,6%, porém observa-se a identificação da cor preta com incremento de 85,7% no período; as indígenas representam 1,7% dessas mães (Gráfico 09). Destaca-se que o campo ignorado apresentou redução de 84,6% passando de 3,9% em 2013 para 0,6% em 2022, isso demonstra o esforço da equipe do CIASS na capacitação e qualificação do preenchimento da DNV aos servidores dos municípios e das maternidades.

Gráfico 09. Proporção de puérperas residentes segundo raça/cor – Amapá/BR, 2013 a 2022



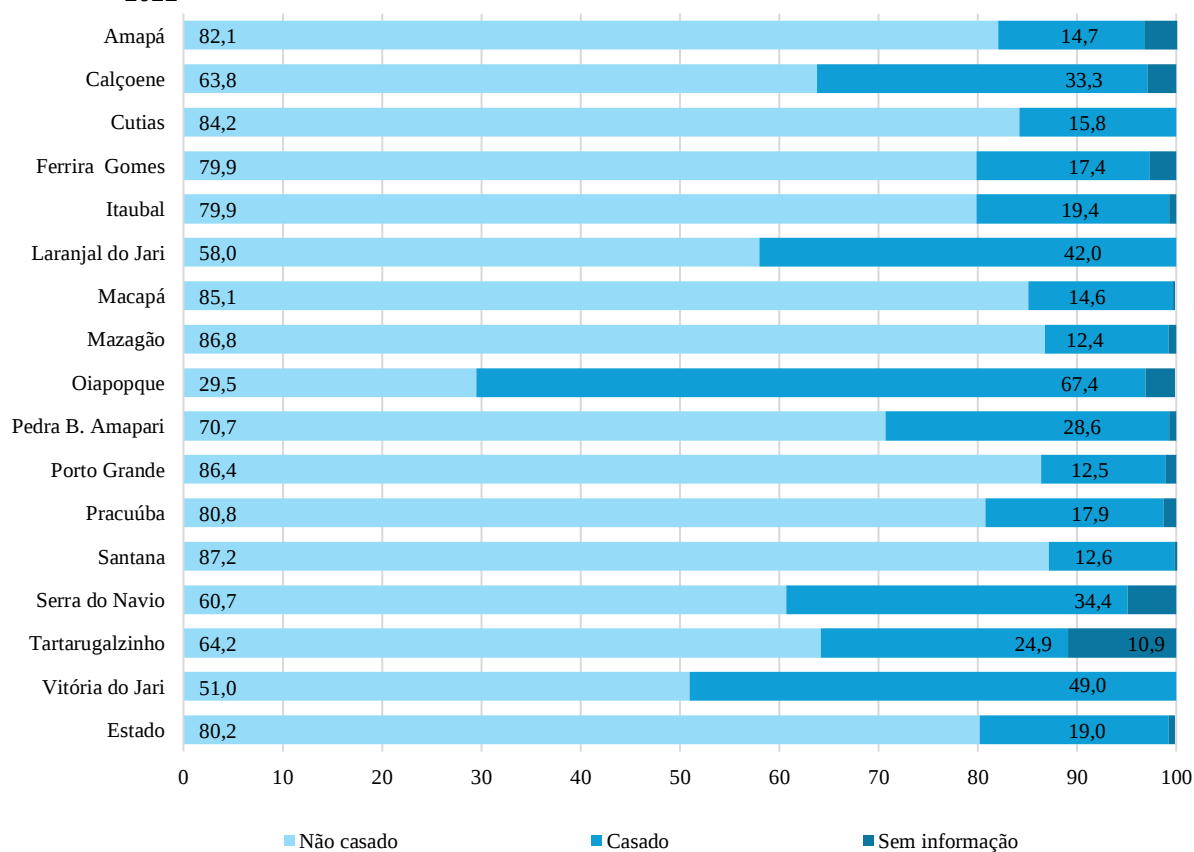
Fonte: Sinasc/DATASUS.

O gráfico 10 mostra os NV segundo estado civil da mãe, em 2022 no Estado 11,7% eram casadas (casadas + união estável) e 80,2% estavam no grupo de não casadas (solteiras, viúvas ou separadas judicialmente). No período de 2013 a 2022 houve um aumento de 232,8% do grupo de mães não casadas. Observa-se redução de 88,0% do “campo sem informação”, passando de 65,7% para 8,1%, o que demonstra a melhoria no preenchimento da DNV.

Gráfico 10. Proporção de nascidos vivos segundo estado civil da mãe – Amapá/BR, 2013 a 2022

Fonte: Sinasc/DATASUS.

Dentre os municípios que se destacaram no ano de 2022 com as maiores proporções de mães casadas (casadas + união estável) estão: Oiapoque (67,4%), Vitória do Jari (49,0%) e Laranjal do Jari (42,0%); dentre as mães não casadas estão Santana (87,2%), Mazagão (86,8%), e Porto Grande (86,4%); os municípios com maior percentual sem informações são Laranjal do Jari (10,9%), Vitória do Jari (33,0%) e Calçoene com 32,2% (Gráfico11).

Gráfico 11. Proporção de nascidos vivos segundo estado civil da mãe por município de residência – Amapá/BR, 2022

Fonte: Sinasc/DATASUS.

Ao longo da década houve redução de 14,9% no número de nascimentos, passando de 15.808 em 2013 para 13.446 em 2022.

Analisando os nascimentos em 2022 por local de ocorrência 95,8% das crianças nasceram em hospitais; 2% em domicílio e 0,8% em outros estabelecimentos de saúde; na mesma década houve aumento de 1,9% de partos ocorridos em hospitais e redução em 50% de partos domiciliares e em outros estabelecimentos de saúde (Tabela 03).

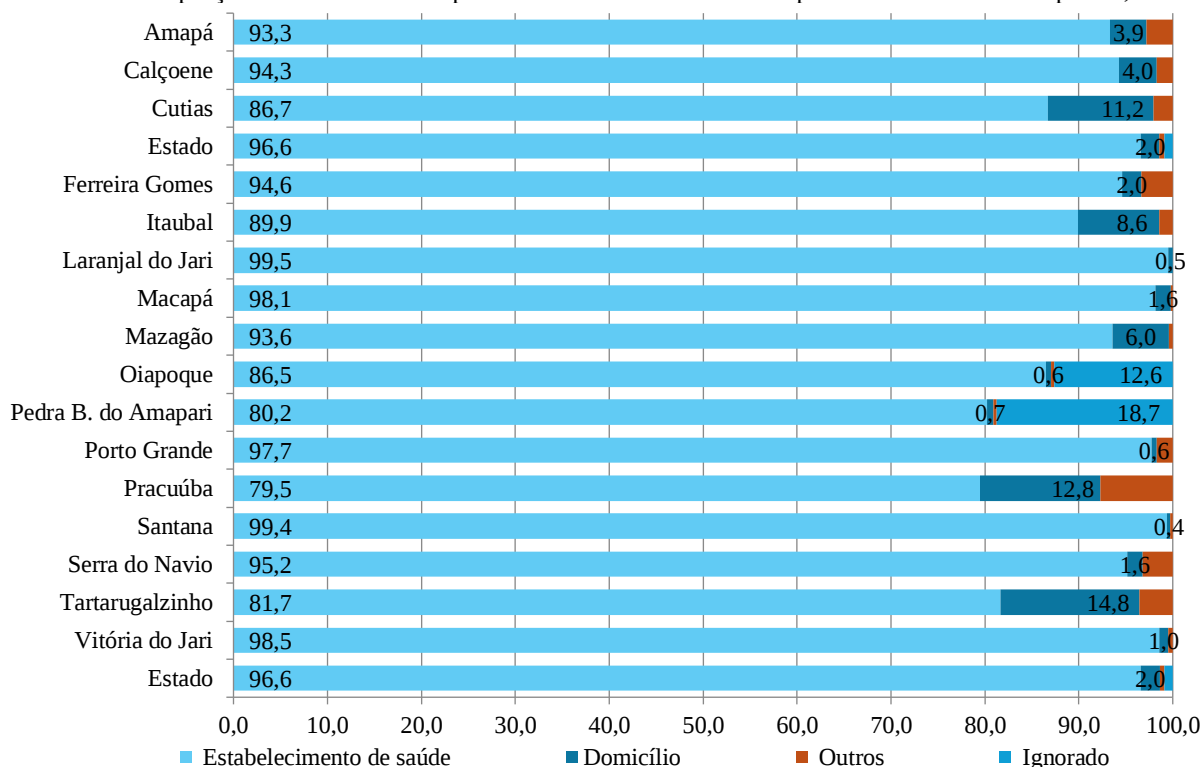
Tabela 03. Percentual de partos de mães residentes segundo local de ocorrência – Amapá/BR, 2013 a 2022

Local de ocorrência	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Hospital	94,0	94,5	94,9	94,7	94,9	95,5	95,5	94,5	95,0	95,8
Outro Estabelecimento de Saúde	1,6	1,8	1,5	1,2	1,0	1,2	1,0	1,3	1,1	0,8
Domicílio	4,0	3,0	2,4	2,8	2,6	2,3	2,2	2,8	2,5	2,0
Outros + Ignorado	0,4	0,6	1,2	1,4	1,4	1,0	1,3	1,5	1,4	1,4

Fonte: Sinasc/ DATASUS.

O gráfico 12 traz a distribuição do local de realização de partos por município no ano de 2022 onde é possível afirmar que 96,6% dos partos do Estado ocorreram em estabelecimentos de saúde (hospitais e outros estabelecimentos de saúde); os maiores percentuais de partos domiciliares foram registrados nos municípios de Oiapoque 12,6% e Pedra Branca do Amapari 18,7%.

Gráfico 12. Proporção de nascidos vivos por local de ocorrência e município de residência – Amapá/BR, 2022



Fonte: Sinasc/ DATASUS.

No período de 2013 e 2022 a proporção de partos assistidos por profissional médico no Estado reduziu em 18,7%, indo de 81,7% em 2013 para 67,6% em 2022, enquanto a proporção de partos

assistidos por profissional enfermeiro/obstetriz cresceu 138,2% nos anos referidos; quanto aos partos realizados por parteira houve redução percentual de 41,4%, indo de 2,9% para 1,7%.

Na tabela 04 mostra o número e proporção dos responsáveis pela realização dos partos por município de residência. Em 2022 no Estado, 67,6% dos partos foram realizados por médico, 29,3% por enfermeiro/obstetriz e 1,7% (230 partos) realizados por parteira. As maiores proporções de partos assistidos por médicos ocorreram na região de saúde Sudoeste (79,6%), seguida da região de saúde Norte (66,4%) a região com maior percentual foi a Central 34,1% e o município foi Vitória do Jari com 55,8%. Os municípios com maior percentual de partos realizados por parteiras foram Tartarugalzinho (12,7%), seguido de Oiapoque (12,2%).

Considerando os municípios de residência da mãe, há municípios com alta proporção de partos atendidos por médicos e enfermeiros, refletindo o fato de muitas mães migrarem de seus municípios de residência para a capital ou município com melhor infraestrutura em busca de melhor atendimento o que justifica municípios menores com baixa taxa de médico para cada mil habitantes ter altas taxas de partos realizados por estes profissionais.

Os municípios de Macapá, Santana, Laranjal do Jari e Oiapoque dispõem de condições para atendimento imediato de intercorrências e complicações do parto; já os demais municípios devem ter transporte sanitário adequado, ser inseridos em sistema de transferência eficaz, rápido e seguro para necessidade de intervenções cirúrgicas ou cuidados intensivos para mãe e/ou recém nascidos.

Tabela 04. Número e proporção de responsáveis pela assistência ao parto e ao recém nascidos, por município de residência e região de Saúde – Amapá/BR 2022.

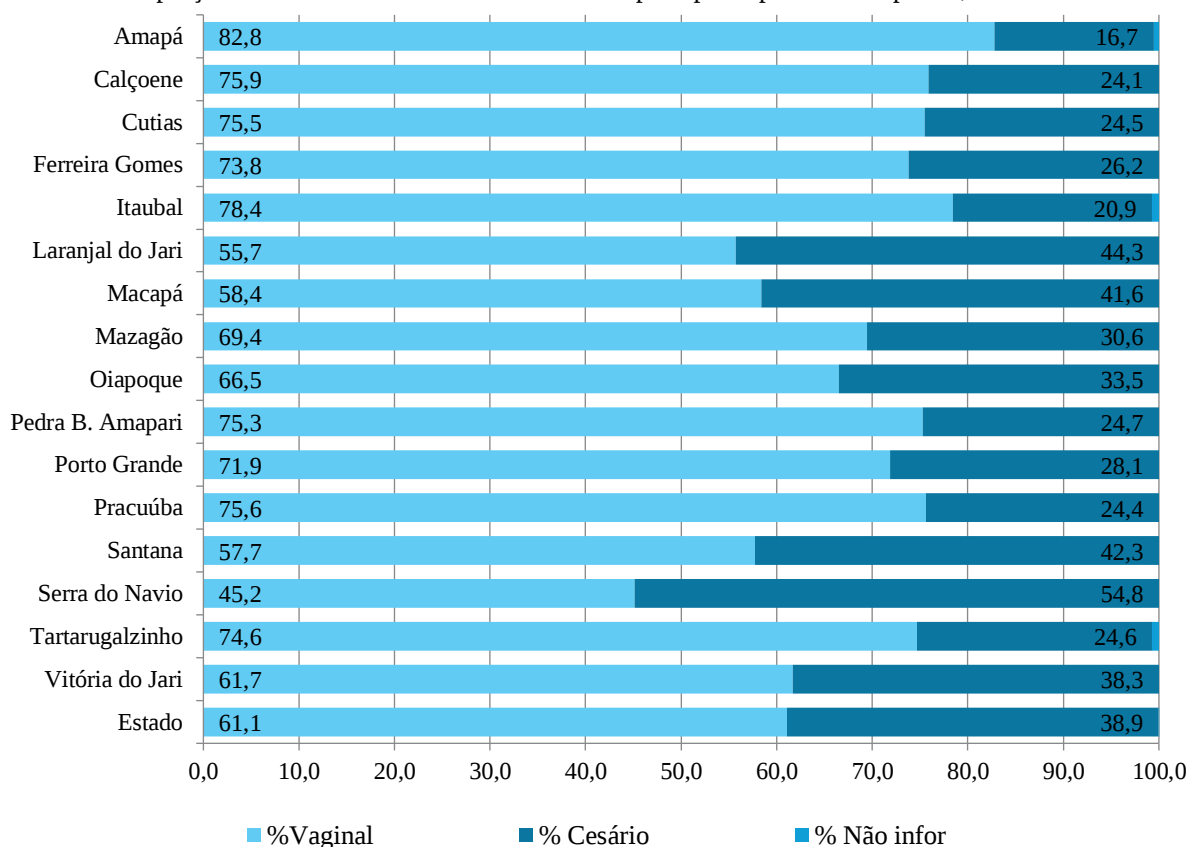
Região/ município de residência	MÉDICO		ENF/OBSTETRIZ		PARTEIRA		OUTROS		IGNORADO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Região Norte	834	66,4	274	21,8	122	9,7	15	1,2	11	0,9
Amapá	129	71,7	40	22,2	5	2,8	2	1,1	4	2,2
Calçoene	84	48,3	81	46,6	6	3,4	2	1,1	1	0,6
Oiapoque	436	80,7	33	6,1	66	12,2	5	0,9	0	0,0
Pracuúba	38	48,7	29	37,2	9	11,5	1	1,3	1	1,3
Tartarugalzinho	147	51,8	91	32,0	36	12,7	5	1,8	5	1,8
Região Central	5.733	63,4	3.081	34,1	85	0,9	130	1,4	12	0,1
Cutias	45	45,9	44	44,9	9	9,2	0	0,0	0	0,0
Ferreira Gomes	76	51,0	68	45,6	0	0,0	4	2,7	1	0,7
Itaubal	55	39,6	74	53,2	4	2,9	4	2,9	2	1,4
Macapá	5.135	64,5	2.672	33,6	71	0,9	73	0,9	7	0,1
Pedra B. Amapari	155	54,8	80	28,3	0	0,0	46	16,3	2	0,7
Porto Grande	216	61,4	133	37,8	1	0,3	2	0,6	0	0,0
Serra do Navio	51	82,3	10	16,1	0	0,0	1	1,6	0	0,0
Região Sudoeste	2.608	79,6	628	19,2	23	0,7	16	0,5	2	0,1
Laranjal do Jari	274	45,8	322	53,8	2	0,3	0	0,0	0	0,0
Mazagão	361	74,6	94	19,4	21	4,3	7	1,4	1	0,2
Santana	1.885	94,8	97	4,9	0	0,0	6	0,3	1	0,1
Vitória do Jari	88	42,7	115	55,8	0	0,0	3	1,5	0	0,0
Estado	9.175	67,6	3.983	29,3	230	1,7	161	1,2	25	0,2

Fonte: Sinasc/ DATASUS.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que a proporção de partos cesáreos em relação ao total de partos realizados em um serviço de saúde seja de até 15%, entendendo que existe uma situação real onde é fundamental para preservação da saúde materna e/ou fetal que esse procedimento seja realizado cirurgicamente e não por via natural. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2022), a taxa de cesariana permite avaliar a qualidade da assistência prestada, pois o aumento do número de cesarianas pode estar refletindo um acompanhamento pré-natal inadequado ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento ao parto normal.

No país a proporção de parto cesáreo foi de 58,1% em 2022 com incremento de 2,7% em relação ao ano de 2013; na Região Norte esta proporção foi de 51,2% com aumento de 11,3% no mesmo período. No Estado houve um aumento de 14,7% passando de 33,9% para 38,9%, sendo uma das menores taxas do Brasil. No gráfico 13 estão representadas as proporções de parto cesariana e normal por município de residência em 2022; os municípios de Serra do Navio (54,8%), Laranjal do Jari (44,3%) e Santana (42,3%) apresentaram as maiores taxas de cesarianas. Vale ressaltar o elevado índice de parto vaginal em Tartarugalzinho, Itaubal e Amapá.

Gráfico 13. Proporção de nascidos vivos de mães residentes por tipo de parto – Amapá/BR, 2022



Fonte: Sinasc/ DATASUS.

A classificação de Robson foi criada em 2001 pelo médico irlandês Michael Robson com o objetivo de identificar grupos de mulheres clinicamente relevantes, nas quais se observam diferenças

nas taxas de cesárea e dessa forma permitindo comparações em uma mesma instituição ao longo do tempo ou entre diferentes instituições.

Essa classificação usa seis conceitos obstétricos: paridade (múltipara ou nulípara), cesárea anterior (sim ou não), início do trabalho de parto (espontâneo, induzido ou cesárea antes do trabalho de parto), idade gestacional (termo ou pré-termo), apresentação fetal (cefálica, pélvica ou transversa) e número de fetos (única ou múltipla). Assim, a classificação é totalmente inclusiva e mutuamente exclusiva (BRASIL, 2021), isto é, cada gestante é incluída em apenas um dos dez grupos descritos:

Grupo 1: nulíparas, feto único cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto (TP) espontâneo;

Grupo 2: nulíparas, feto único cefálico, ≥ 37 semanas, com parto induzido ou submetido a cesárea antes do início do TP;

Grupo 3: múltipara sem cesárea anterior, feto único cefálico, ≥ 37 semanas, em TP espontâneo;

Grupo 4: múltipara sem cesárea anterior, feto único cefálico, ≥ 37 semanas, com parto induzido ou submetido a cesárea antes do início do TP;

Grupo 5: todas as múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, feto único cefálico, ≥ 37 semanas;

Grupo 6: todos partos pélvicos em múltiparas;

Grupo 7: todos partos pélvicos em múltiparas (incluindo antecedente de cesárea);

Grupo 8: todas as gestações múltiplas (incluindo antecedente de cesárea);

Grupo 9: todas as apresentações anormais (incluindo antecedente de cesárea);

Grupo 10: todas as gestações únicas, cefálicas, < 37 semanas (incluindo antecedente de cesárea);

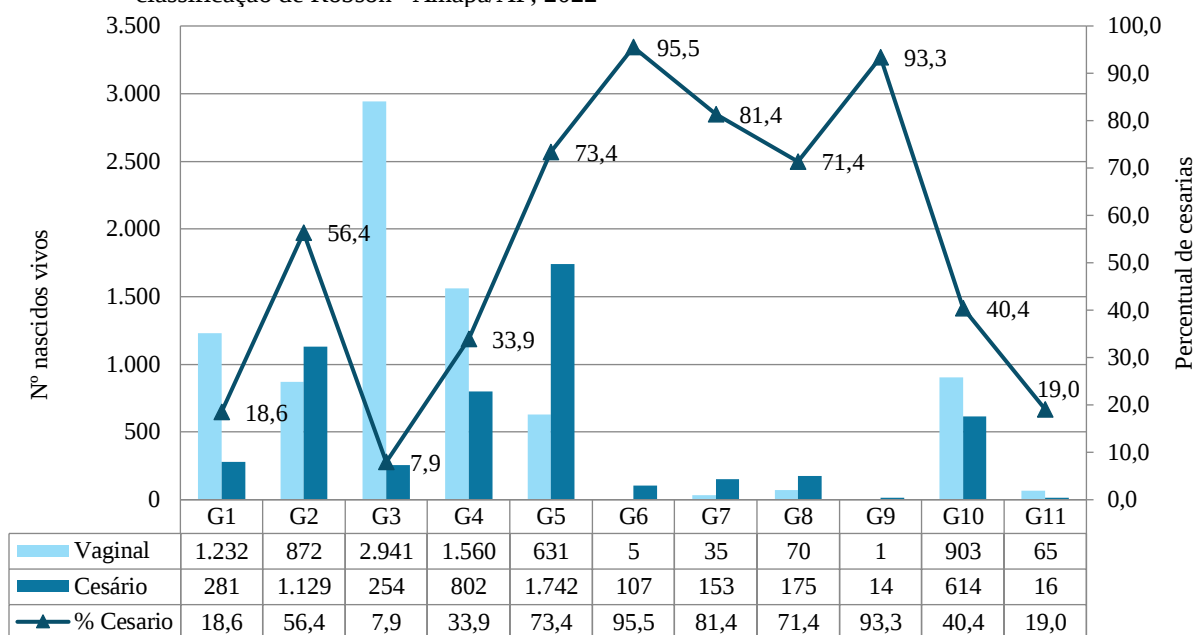
Grupo 11: nascidos não classificados por ausência de respostas aos itens necessários.

Em 2022 a maioria dos nascimentos ocorridos no Estado foi classificado segundo os parâmetros adotados por Robson, no grupo três, 3.195 (28,0%), seguido do grupo cinco com 2.373 (6,2%).

Quando avaliada a relação entre o número de nascidos vivos em cada grupo e a proporção de cesarianas em 2022 no Estado, percebe-se que em média 37,9% do total de partos cirúrgicos foram realizados nos cinco primeiros grupos.

Dos 1.742 nascimentos classificados no Grupo 5, (73,4%) foram de cesárea; a segunda maior concentração ocorreu no Grupo 2 com 1.129 nascimentos, 56,4% desses foram cirúrgicos (Gráfico 14).

Gráfico 14. Número de nascidos vivos de mães residentes por tipo de parto e proporção de cesárea segundo a classificação de Robson– Amapá/AP, 2022



Fonte: Sinasc/ DATASUS.

Na Tabela 05 é possível visualizar o total de NV por tipo de parto e a proporção de cesárea para cada grupo de Robson no ano de 2022 nos municípios do Estado.

Grupo 1 o qual se refere às nulíparas, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas e em TP espontâneo o parâmetro aceitável é de $\leq 10\%$, no Estado a taxa foi de 18,6%, chama atenção às altas proporções de cesáreo em Oiapoque (44,2%), Santana (40,8%);

Grupo 2: nulíparas, feto único cefálico, ≥ 37 semanas, com parto induzido ou submetido a cesárea antes do início do TP, o aceitável é de 20 a 35%, o Estado registrou 56,4% e os maiores percentuais estão em Oiapoque (75,0%), Itaubal (65,0%) e Macapá (53,9%);

Grupo 3: multipara sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em TP espontâneo o parâmetro é $\leq 3\%$, no entanto para este grupo a Agência Nacional de Saúde Suplementar preconiza que o esperado seja de até 5%, no Estado foi de 7,9%; as maiores proporções encontram-se em Laranjal do Jari (16,7%), Oiapoque (14,1%) e Santana (11,0%);

Grupo 4: multipara sem cesárea anterior, feto único cefálico, ≥ 37 semanas, com parto induzido ou submetido a cesárea antes do início do TP o aceitável é $\leq 15\%$ o Estado registrou 33,9% de cesáreo e as maiores proporções foram observadas em Serra do Navio (63,3%), Pracuúba (47,6%) e Tartarugalzinho (47,5%);

Grupo 5: todas as multiparas com pelo menos uma cesárea anterior, feto único cefálico, ≥ 37 semanas, com parâmetro de 50 a 60%, o Estado atingiu 73,4%, as maiores taxas foram em Pedra Branca do Amapari (87,3%), Oiapoque (78,9%), Itaubal (77,8%) e Macapá (76,6%);

Grupo 8: todas as gestações múltiplas (incluindo antecedente de cesárea); tendo como parâmetro 60% e o Estado registrou 71,4%; os municípios com menores percentuais foram; Porto Grande (25%), Itaubal e Cutias com 50%;

Grupo 10: todas as gestações únicas, cefálicas, < 37 semanas (incluindo antecedente de cesárea); o ideal seria 30% e o Estado realizou 40,4% do total de partos. Quando maior que 30 em geral é devido a muitos casos de alto risco. Os municípios de Macapá, Santana, Porto Grande, Tartarugalzinho, Laranjal do Jari e serra do Navio apresentaram taxa superior a 30%.

Somando **os grupos 1, 2 e 5** a taxa relativa ideal de cesáreo seria 66,0% e o Estado registrou 60%, esses três grupos devem ser foco de atenção para diminuir a taxa de cesáreo pois quanto maior essa a taxa maior será a atenção no **grupo 1**.

Tabela 05: Total de NV por tipo de parto e proporção de cesárea segundo a classificação de Robson, por município de residência – Amapá/BR, 2022

Grupos de Robson	GRUPO 1			GRUPO 2			GRUPO 3			GRUPO 4			GRUPO 5			GRUPO 6			GRUPO 7			GRUPO 8			GRUPO 9			GRUPO 10			GRUPO 11		
	Nulíparas, feto único cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto (TP) espontâneo			Nulíparas, feto único cefálico, ≥ 37 semanas, com parto induzido ou submetido a cesárea antes do início do TP			Múltipara sem cesárea anterior, feto único cefálico, ≥ 37 semanas, em TP espontâneo			Múltipara sem cesárea anterior, feto único cefálico, ≥ 37 semanas, com parto induzido ou submetido a cesárea antes do início do TP			Todas as múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, feto único cefálico, ≥ 37 semanas			Todos partos pélvicos em nulíparas			Todos partos pélvicos em múltiparas (incluindo antecedente de cesárea)			Todas as gestações múltiplas (incluindo antecedente de cesárea)			Todas as apresentações anormais (incluindo antecedente de cesárea)			Todas as gestações únicas, cefálicas, < 37 semanas (incluindo antecedente de cesárea)			Branco/ Ignorado		
Munic de resid	Nº	Ces	%	Nº	Ces	%	Nº	Ces	%	Nº	Ces	%	Nº	Ces	%	Nº	Ces	%	Nº	Ces	%	Nº	Ces	%	Nº	Ces	%	Nº	Ces	%	Nº	Ces	%
Amapá	36	1	2,8	18	7	38,9	75	-	..	18	8	44,4	14	8	57,1	1	1	100,0	1	-	..	5	5	100,0	-	-	..	11	3	27,3	5	-	..
Calçoene	13	2	15,4	12	3	25,0	45	2	4,4	58	14	24,1	18	10	55,6	4	4	100,0	1	-	..	2	2	100,0	-	-	..	21	5	23,8	-	-	..
Cutias	12	1	8,3	10	4	40,0	30	-	..	13	4	30,8	19	10	52,6	1	1	100,0	2	1	50,0	4	2	50,0	-	-	..	7	1	14,3	-	-	..
Ferreira Gomes	16	2	12,5	16	6	37,5	53	2	3,8	23	8	34,8	19	14	73,7	-	-	..	2	2	100,0	2	2	100,0	-	-	..	16	3	18,8	2	-	..
Itaubal	16	2	12,5	9	3	33,3	44	2	4,5	27	4	14,8	18	9	50,0	1	1	100,0	3	3	100,0	4	2	50,0	-	-	..	11	3	27,3	6	-	..
Laranjal	86	27	31,4	58	43	74,1	132	21	15,9	87	39	44,8	101	71	70,3	12	11	91,7	8	7	87,5	10	10	100,0	1	1	100,0	103	35	34,0	-	-	..
Macapá	816	97	11,9	1.326	794	59,9	1.693	86	5,1	1.433	533	37,2	1.517	1.138	75,0	48	46	95,8	115	96	83,5	166	118	71,1	9	8	88,9	823	390	47,4	17	7	41,2
Mazagão	40	11	27,5	74	25	33,8	123	11	8,9	87	16	18,4	70	51	72,9	7	7	100,0	3	3	100,0	7	5	71,4	-	-	..	71	19	26,8	2	-	..
Oiapoque	103	29	28,2	16	10	62,5	201	26	12,9	36	15	41,7	88	62	70,5	9	7	77,8	7	4	57,1	7	7	100,0	1	1	100,0	60	12	20,0	30	9	30,0
P. B. Amapari	30	-	..	38	23	60,5	118	-	..	40	14	35,0	22	14	63,6	2	2	100,0	5	4	80,0	4	4	100,0	1	1	100,0	29	8	27,6	-	-	..
Porto Grande	43	5	11,6	43	20	46,5	100	4	4,0	56	12	21,4	59	38	64,4	2	2	100,0	5	3	60,0	8	2	25,0	-	-	..	35	13	37,1	1	-	..
Pracuúba	9	1	11,1	5	2	40,0	23	-	..	16	6	37,5	9	5	55,6	2	2	100,0	2	2	100,0	-	-	..	-	-	..	8	1	12,5	4	-	..
Santana	217	91	41,9	329	160	48,6	406	91	22,4	393	100	25,4	324	242	74,7	18	18	100,0	28	24	85,7	22	15	68,2	2	2	100,0	250	98	39,2	1	-	..
Serra do Navio	4	2	50,0	7	7	100,0	14	2	14,3	13	8	61,5	13	12	92,3	-	-	..	-	-	..	-	-	..	-	-	..	9	3	33,3	2	-	..
Tartarugalzinho	38	3	7,9	24	12	50,0	91	-	..	38	13	34,2	43	29	67,4	2	2	100,0	2	1	50,0	3	-	..	-	-	..	29	10	34,5	14	-	..
Vitória do Jari	35	7	20,0	16	10	62,5	47	7	14,9	25	8	32,0	39	29	74,4	3	3	100,0	4	3	75,0	1	1	100,0	1	1	100,0	35	10	28,6	-	-	..
Estado	1.514	281	18,6	2.001	1.129	56,4	3.195	254	7,9	2.363	802	33,9	2.373	1.742	73,4	112	107	95,5	188	153	81,4	245	175	71,4	15	14	93,3	1.518	614	40,4	84	16	19,0

Fonte: Sinasc/ DATASUS.

Dados atualizados em 21/12/2023.

A OMS recomenda a utilização dos grupos de Robson para todas as instituições do mundo, como forma de classificar, monitorar e avaliar as taxas de cesárea de cada local. É importante destacar que os desfechos também podem ser monitorados através dessa classificação, como por exemplo, no grupo 1, onde se espera que a taxa de natimortalidade e de mortalidade neonatal sejam muito baixas. Taxas elevadas desses desfechos nesse grupo indicam a necessidade de investigação para identificar o porquê desta ocorrência.

Os dados utilizando a classificação de Robson são relatados de forma padronizada, incluindo:

1. O número de cesarianas em cada grupo;
2. O número de partos em cada grupo;
3. O tamanho proporcional de cada grupo (número de partos do grupo dividido pelo número total de partos);
4. O percentual de cesáreas em cada grupo;
5. A contribuição absoluta (%) de cada grupo para a taxa de cesárea (número de cesáreas de cada grupo dividido pelo número total de partos X 100);
6. A contribuição relativa (%) de cada grupo para a taxa de cesárea (número de cesáreas de cada grupo dividido pelo número total de cesáreas X 100).

Avaliando os nascimentos do Estado segundo classificação de Robson por taxa de Cesário na tabela 06 no **grupo 3** é possível que mulheres com cesárea anterior tenham sido incorretamente classificadas nesse grupo, outras razões para taxas maiores são desejo materno e por laqueadura tubária, quando acesso por contracepção é baixo. No **grupo 4** altas taxas podem indicar baixo sucesso de indução e consequentemente altas taxas de cesárea; baixa qualidade na coleta de dados e desejo materno podem também ser razão para altas taxas pela inclusão errada de mulheres com cesárea prévia nesse grupo. No **grupo 5** se as taxas forem altas (mulheres com ≥ 2 cesáreas prévias) ou decorrente de políticas de agendamento de cesáreas com mulheres com 1 cesárea prévia sem tentativa de parto normal.

Em relação ao percentual do tamanho relativo do grupo ficou concentrado no grupo 3 (23,5%). A contribuição relativa para a taxa global de cesárea considerando o grupo 5 no Estado foi de 32,9%, se essa taxa for muito alta, pode indicar que, em anos anteriores, a taxa de cesárea nos grupos 1 e 2 foi alta. Considerando a contribuição absoluta da taxa global de cesárea também está concentrada no grupo 5 (12,8%) (Tabela 06).

Tabela 06. Dados para classificação de Robson segundo recomendação da OMS e Tamanho relativo (%) do grupo, Taxa de cesariana em cada grupo, Contribuição absoluta (%) e relativa (%) na taxa global de cesárea – Amapá/BR, 2022

Grupo Robson	Nº de cesarianas	Nº de nascimentos	Tamanho relativo (%) do grupo	Taxa de cesariana em cada grupo	Contribuição na taxa global de cesárea (%)	
					Absoluta	Relativa
1	281	1.514	11,1	18,6	2,1	5,3
2	1.129	2.001	14,7	56,4	8,3	21,4
3	254	3.195	23,5	7,9	1,9	4,8
4	802	2.363	17,4	33,9	5,9	15,2
5	1.742	2.373	17,4	73,4	12,8	32,9
6	107	112	0,8	95,5	0,8	2,0
7	153	188	1,4	81,4	1,1	2,9
8	175	245	1,8	71,4	1,3	3,3
9	14	15	0,1	93,3	0,1	0,3
10	614	1.518	11,2	40,4	4,5	11,6
11	16	84	0,6	19	0,1	0,3

Fonte: Sinasc/DATASUS.

O nascimento prematuro é aquele que ocorre antes da 37ª semana de gestação. Embora tenha avanços consideráveis nos indicadores de saúde no Brasil na última década, as taxas de prematuridade continuam a ser um dos maiores problemas de saúde pública, contribuindo fortemente para a morbimortalidade infantil, junto ao baixo peso ao nascer são responsáveis pela maior proporção de morte neonatal; ambos os critérios são considerados causas evitáveis de óbito por meio do adequado acompanhamento de pré-natal e do acesso aos serviços de saúde. Avanços nos cuidados de terapia intensiva neonatal têm levado à redução da mortalidade de crianças nascidas com idade gestacional e pesos progressivamente menores.

O percentual de partos pré-maturos no Brasil em 2022 foi de 11,8, a Região Norte 12,5 e no Amapá 12,9; dentre os municípios com menores percentuais estão: Amapá (7,2) Itaúbal (10,1) e Cutias (10,2) e as maiores proporções: Laranjal do Jari (19,1) Vitória do Jari (17,0) e Mazagão (16,9).

Com relação as taxas de prematuridade por 1.000 habitantes as maiores aconteceram nos municípios de Mazagão (3,7), Laranjal do Jari, (3,2) e Vitória do Jari (3,1).

A prematuridade classifica-se em três subgrupos de semanas gestacionais:

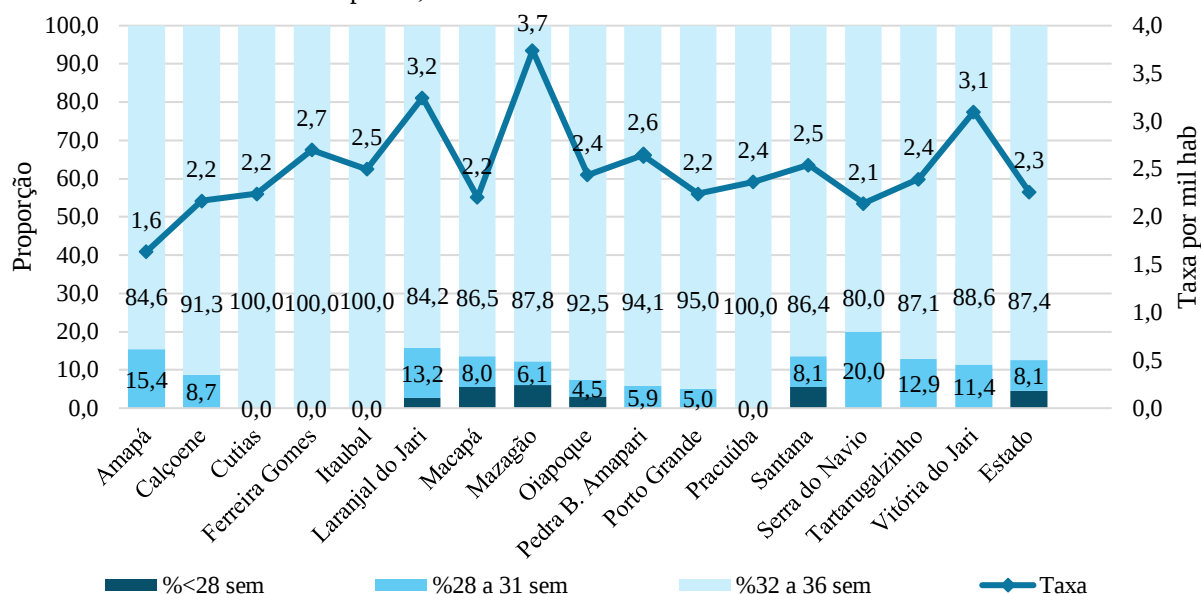
Prematuridade Extrema: Menos que 28 semanas;

Prematuridade Severa: de 28 a 31 semanas;

Prematuridade Moderada a Tardia: de 32 a 36 semanas.

Os municípios do Estado que apresentaram as menores taxas relacionadas aos subgrupos de prematuridade estão: Amapá (1,6); Serra do Navio (2,1); Calçoene, Macapá, Porto Grande e Cutias com taxa de 2,2/1000NV (Gráfico 15).

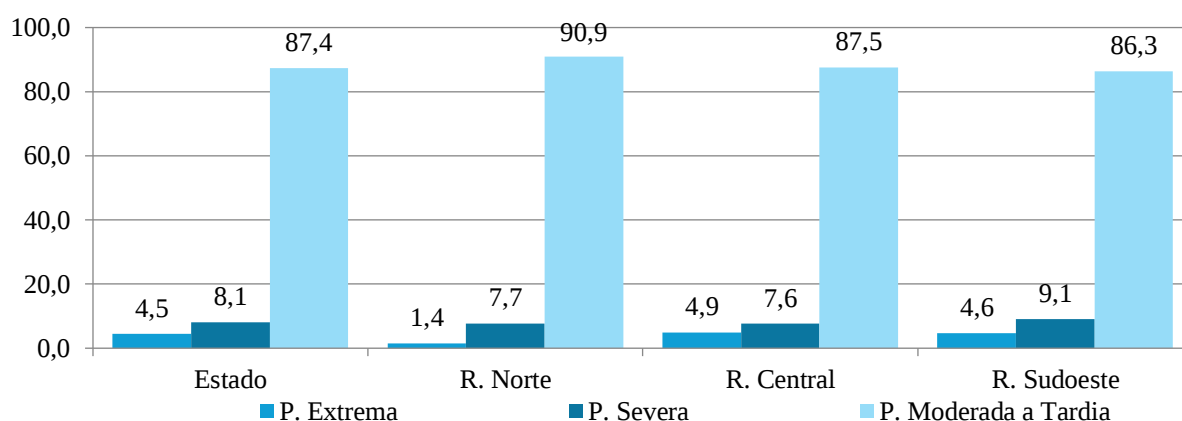
Gráfico 15. Proporção e taxa bruta de natalidade (por mil hab.), segundo subgrupo de prematuridade por município de Residência – Amapá/BR, 2022



Fonte: Sinasc/DATASUS/IBGE.

O gráfico 16 mostra que no Estado, em 2022 a proporção de NV foi de 87,4% de prematuridade moderada a tardia, 8,1% de severa e 4,5% extrema. A Região de Saúde Sudoeste destaca-se com prematuridade extrema (4,6%) e severa (9,1%) Considerando a prematuridade extrema a região de saúde central apresentou o maior percentual (4,9%).

Gráfico 16. Percentual de nascidos vivos por subgrupo de prematuridade e região de saúde – Amapá/BR, 2022



Fonte: Sinasc/DATASUS.

A proporção de crianças com baixo peso ao nascer corresponde a um dos indicadores básicos para o monitoramento das condições de saúde de uma população e serve como parâmetro para identificação do desenvolvimento socioeconômico, bem como da qualidade da assistência à saúde da gestante; expressa também retardo do crescimento intrauterino ou prematuridade e representa

importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal e infantil. O peso ao nascer é considerado uma das medidas com maior sensibilidade para avaliar o bem-estar do RN (GUEDES *et al*, 2020).

Segundo a ONU (2019) uma das menores taxas de baixo peso ao nascer no mundo em 2015 foi na Suécia com 0,2 a cada mil habitantes; países como Reino Unido, Estados Unidos e Austrália estão em torno de 0,6; em 2022 o Brasil apresentou taxa de baixo peso ao nascer de 1,2 a Região Norte 1,4 e o Amapá de 1,6/1.000 habitantes. Ainda existe um caminho importante a ser seguido pelas políticas públicas para redução desse indicador, que envolve a capacidade de atenção à saúde e atendimento das gestantes durante o período pré-natal, assim como a identificação de fatores determinantes e condicionantes da condição de saúde da população.

Estimativas globais indicam prevalência de Baixo Peso ao Nascer (BPN) na ordem de 15%, sendo 96,5% dos casos ocorridos em países em desenvolvimento, especialmente entre a população mais vulnerável. As principais causas desse desfecho são o nascimento pré-termo, o retardo do crescimento intrauterino e a desnutrição fetal. No Brasil, a prevalência de recém-nascidos de baixo peso sofre variações regionais importantes.

O recém-nascido pode ser classificado de acordo com o peso ao nascer, em sobrepeso, quando possui 4.000 gramas ou mais, ou em baixo peso, quando nasce com menos de 2.500g.

Do total de crianças nascidas no Estado nos anos de 2013 a 2022, 85,7% apresentaram peso adequado, 5,9% sobrepeso e 8,3% baixo peso.

Os neonatos com baixo peso pode ser subdividido da seguinte forma (GUEDES, 2020):

Baixo peso ao nascer: Menos de 2.500g (de 1.500g até 2.499g);

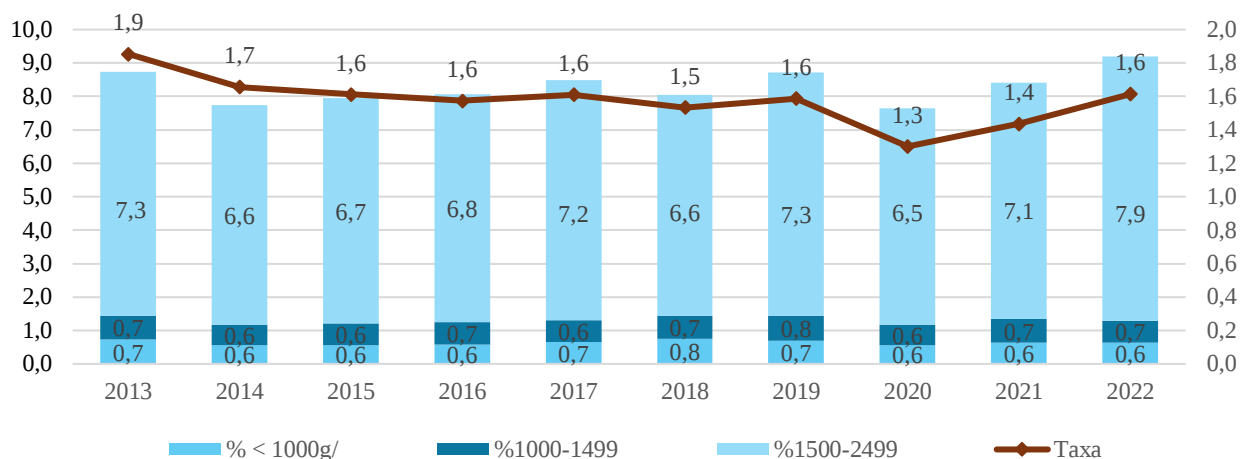
Peso muito baixo ao nascer: Menos de 1.500g (até 1.499g);

Peso extremamente baixo ao nascer: Menos de 1.000g (até 999g).

No período de 2013 a 2022 a maior proporção de baixo peso ocorreu em 2022 (9,2%) e menor em 2020 (7,6%), neste período o aumento foi de 5,7%, passando de 8,7% para 9,2%. Ao avaliar as regiões de saúde em 2022, a Sudoeste foi a que apresentou o maior percentual 9,6% seguido da Central com 9,5% e Norte com 6,2%.

Quando avaliadas as TBN de baixo peso no período 2013 a 2022, observa-se redução de 15,8%, sendo a menor taxa registrada em 2020 com 1,3 NV de baixo peso a cada mil habitantes (Gráfico 17). Em valores absolutos, o ano de 2013 se destaca com o maior número de NV de baixo peso (1.381) e o ano com menor frequência foi 2020, com (1.121) recém nascidos.

Gráfico 17. Proporção e taxa bruta de natalidade (por mil hab.), segundo subgrupos de baixo peso – Amapá, 2013 a 2022



Fonte: Sinasc/DATASUS/IBGE.

Avaliar as condições fisiológicas e a capacidade de respostas do RN, imediatamente após o nascimento, servirá para indicar a necessidade ou não de manobras de reanimação ou de cuidados especiais. Mundialmente conhecida a Escala ou Índice de APGAR, avalia itens como: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, coloração da pele e irritabilidade reflexa, no 1º e no 5º minuto de vida ou além destes, a depender da necessidade (Quadro 1).

Quadro 1. Parâmetro de cálculo do Índice de Apgar

Pontos	0	1	2
Frequência cardíaca	Ausente	<100/minuto	>100/minuto
Esforço respiratório	Ausente	Choro fraco	Choro forte
Tônus muscular	Flácido	Flexão de pernas e braços	Movimento ativo/boa flexão
Cor da pele	Cianótico/pálido	Cianose de extremidades	Rosado
Irritabilidade reflexa	Ausente	Algum movimento	Espirros/ Choro

O somatório da pontuação resultará no Índice de Apgar: valores de 8 a 10, presente em cerca de 90% dos recém-nascidos, apresenta ótimas condições, indica que o bebê nasceu sem asfixia; entre 5 a 7 significa que o bebê apresentou uma dificuldade leve, asfixia leve; índice 3 a 4 traduz uma dificuldade de grau moderado, demonstra asfixia moderada e Apgar 0 a 2 aponta dificuldade grave, ou seja, asfixia grave. Se estas dificuldades persistirem durante alguns minutos sem tratamento, podem levar a alterações metabólicas no organismo e anóxia.

Na tabela 07 em 2022 dos nascidos vivos de mães residentes no Estado 89,4 % apresentaram Índice de Apgar de 8 a 10 no 1º minuto evoluindo para 95,6 no 5º minuto, com a taxa de recuperação de 6,9%. Os melhores indicadores no 1º minuto ocorreram nos municípios de Vitória do Jari, Macapá e Laranjal do Jari e com evolução para o 5º minuto foram em Vitória do Jari, Cutias e Santana. Vale ressaltar os valores de “não informados” pelos municípios de Pracuúba, Tartarugalzinho e Oiapoque.

Tabela 07. Percentual de nascidos vivos de acordo com APGAR no 1º e 5º minuto por município de residência da mãe – Amapá/BR 2022

Município de Residência	0 a 3		4 a 7		8 a 10		Não Informado
	1º	5º	1º	5º	1º	5º	
Amapá	1,7	0,0	9,4	1,1	86,1	95,6	2,8
Calçoene	1,7	1,1	10,3	1,7	79,9	89,1	8,0
Cutias	0,0	0,0	8,2	0,0	90,8	99,0	1,0
Ferreira Gomes	1,3	0,0	8,1	2,0	89,3	96,6	1,3
Itaubal	0,7	0,7	5,8	0,7	85,6	90,6	7,9
Laranjal do Jari	0,5	0,8	8,0	2,5	91,3	96,5	0,2
Macapá	1,6	0,6	5,7	1,4	91,6	96,9	1,1
Mazagão	1,0	0,0	9,3	2,5	82,9	90,7	6,8
Oiapoque	3,7	1,1	7,2	2,4	76,9	84,1	12,2
Pedra B. Amapari	1,1	0,4	12,7	2,5	81,3	92,2	4,9
Porto Grande	1,1	0,3	9,1	0,6	88,1	97,4	1,7
Pracuúba	1,3	0,0	7,7	1,3	70,5	78,2	20,5
Santana	0,7	0,2	8,0	1,7	90,9	97,7	0,4
Serra do Navio	0,0	0,0	9,7	0,0	87,1	96,8	3,2
Tartarugalzinho	2,5	0,4	9,9	3,2	72,2	80,3	15,5
Vitória do Jari	0,5	0,5	5,3	0,0	93,7	99,0	0,5
Estado	1,4	0,5	6,8	1,6	89,4	95,6	2,3

Fonte: Sinasc/DATASUS.

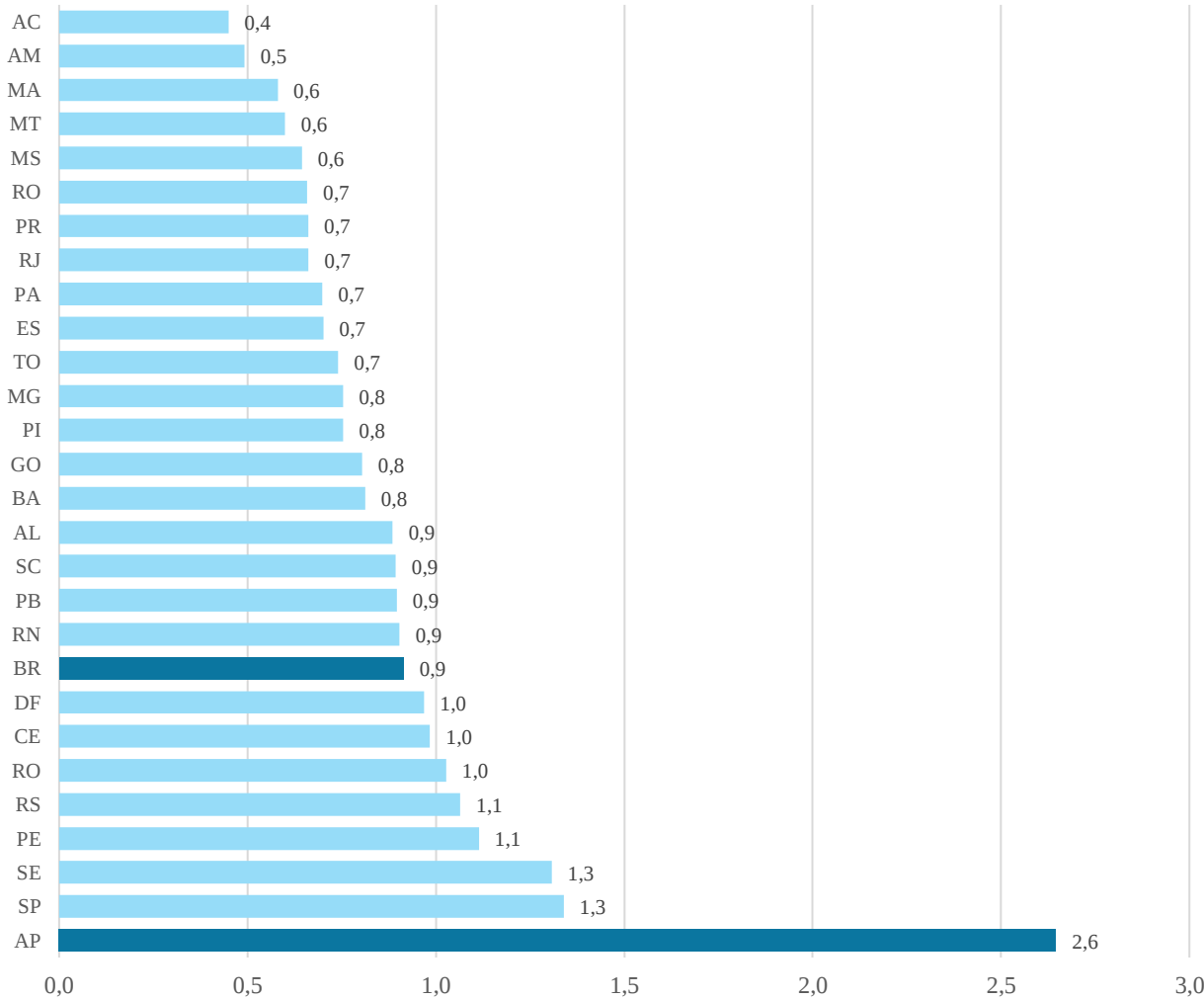
No Brasil, as anomalias congênitas representam a segunda principal causa de morte em crianças com menos de 5 anos. Porém, muitas anomalias são passíveis de intervenção médica, aumentando a sobrevida, diminuindo a morbidade e melhorando a qualidade de vida dos indivíduos afetados, também é possível prevenir o surgimento de novos casos com a adoção de medidas como vacinação, ingestão adequada de ácido fólico e de vitamina B12, controle e tratamento de doenças maternas, entre outras.

Desse modo, o MS, em consenso com especialistas na temática, propôs uma lista com oito grupos de anomalias congênitas prioritárias para a vigilância ao nascimento e fortalecimento da notificação no Sinasc, a partir de dois critérios principais: ser diagnosticável ao nascimento, ou logo após, e possuir intervenção preventiva e corretiva em diferentes níveis (Saúde Brasil 2020/2021).

O Estado apresentou em 2022 o maior percentual de anomalias congênitas dentre as unidades da federação com 2,6%, a Região Norte 0,1 % e o Brasil com 0,9%. (Gráfico 18).

As anomalias congênitas variaram de 0,3% em 2013 para 2,6% em 2022 no Estado, com aumento percentual de 766,7%.

Gráfico 18. Proporção de nascidos vivos com anomalia congênita, por Unidades da Federação e Brasil, 2022



Fonte: Sinasc/DATASUS.

A tabela 08 mostra os tipos de anomalias congênitas ocorridas no Estado por região de saúde em 2022, destacando-se a Sudoeste onde o maior registro foi: Outras malformações congênitas 254 casos (93,6%), mas em sua maioria não são consideradas prioritárias para a vigilância em saúde; isso deve-se ao preenchimento do campo anomalia detectada; Santana apresentou maior ocorrência (217 casos) e os menores registros foram na região Norte com 06 casos.

Tabela 08. Número de nascidos vivos por tipo de anomalia congênita e região de saúde – Amapá/BR, 2022

Tipos de anomalias congênicas	Região de saúde			Estado
	Norte	Central	Sudoeste	
Redução de membros	-	2	-	2
Síndrome de Down	-	2	-	2
Hidrocefalia	-	4	-	4
Malformações congênicas do aparelho circulatório	-	3	-	3
Fenda labial e fenda palatina	1	8	2	11
Anomalia renal	-	1	-	1
Outras malformações congênicas	5	76	254	335
Total	6	96	256	358

Fonte: Sinasc/DATASUS.

CONCLUSÃO

Através deste boletim epidemiológico identificou-se o perfil dos nascimentos no Estado no período de 2013 na 2022; o cenário aqui apresentado mostrou as diferenças existentes entre as três regiões de saúde. Ficando evidente a importância do correto preenchimento da declaração de nascido vivo, o que garante direito ao registro civil, que o reconhece como cidadão e digitação no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), que constitui importante fonte de dados, pois possibilita o conhecimento do perfil das mães e dos nascidos vivos, contribuindo como ferramenta para a elaboração de políticas públicas voltadas para o binômio mãe e filho. O sistema serve para monitorar e acompanhar cada nascimento, muito além de analisar os dados, descrevendo o perfil da população,

Em 2022 no Estado 49,6% realizaram 7 e mais consultas; quanto ao pré-natal, 51,8% tiveram acesso adequado e mais que adequado segundo a classificação do Índice de Kotelchuck. A escolaridade da mãe de 8 a 11 anos de estudo ficou em 63%; 18,7% são mães adolescentes e no período analisado houve redução de 38% nessa faixa etária. Em relação à raça/cor materna dos NV do Estado no período de 2013 a 2022 a cor parda predominou com média de 78,9%.

Dos 96,6% nascimentos ocorridos foram em estabelecimento de saúde, onde 67,6% foram realizados por médico, 29,3% por enfermeiros/obstetriz com destaque de aumento de 14,7% de parto cesáreo passando de 33,9% em 2013 para 38,9% em 2022 sendo uma das menores taxas do Brasil. O Estado apresentou taxas superiores em todos os grupos segundo a classificação de Robson, destacando-se os grupos 3 com 7,9% e o 4 com 33,9% que ultrapassaram os parâmetros de $\leq 3\%$ e $\leq 15\%$, respectivamente.

Em 2022 o percentual de partos pré-maturos foi 12,9%, sendo 87,4% de moderada a tardia, 8,1% severa e 4,5 de extrema. Observa-se redução de 15,8% na taxa bruta de natalidade de baixo peso no período 2013 a 2022, sendo a menor taxa registrada em 2020. O Índice de Apgar de 8 a 10 no 1º minuto foi de 89,4% evoluindo para 95,6% no 5º minuto, com a taxa de recuperação de 6,9%. Dentre as Unidades da Federação o Estado apresentou o maior percentual de anomalias congênitas com 2,6%, Santana registrou 217 casos em virtude de serviços implantados da triagem neonatal, da capacitação do preenchimento do campo “anomalias detectadas”, embora a maioria não seja considerada como prioritária para a vigilância.

A busca pela melhoria da qualidade dos registros deve ser continuamente incentivada, com o preenchimento completo do documento, coletando todas as informações solicitadas. É necessário sensibilizar os profissionais, gestores envolvidos, enfatizando a importância da captação da informação na construção de bancos de dados confiáveis. Lembrando que, registrar também é uma forma de prevenir desfechos adversos ao nascimento, pois é a partir do monitoramento de cada um destes registros que será possível implementar ações baseadas em evidências concretas.

BIBLIOGRAFIA

- ANS. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Dimensão “Atenção à Saúde” - 2a fase Taxa de Parto Cesáreo. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saude2fase.pdf. Acesso em 17 mar. 2023.
- BEZ MACHADO, L.C.; MEIRELLES, B. H. S. Avaliação da Usabilidade do Sistema Informações Nascidos Vivos de Santa Catarina. Journal of health informatics, 2021. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/819>. Acesso em 25 dez. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Natalidade (SINASC). Disponível em: <http://sinasc.dive.sc.gov.br/>. Acesso em 5 dez. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Nascido Vivo. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/declaracao_nasc_vivo.pdf. Acesso em: 17 jan. 2023.
- BRASIL. Saúde Brasil 2020/2021: uma análise da situação de saúde e da qualidade da informação (recurso eletrônico) /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/publicacoes/saudebrasil/saude-brasil-2020-2021.pdf>. Acesso em 23 fev. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf. Acesso em 15 jan. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Marco Legal: Um direito de adolescentes. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf. Acesso em 01 fev. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011. Acesso em 3 mar. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf >. Acesso em 20 out. 2022.
- CADERNO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA RECÉM-NASCIDO DE RISCO. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-07/pdf1.pdf. Acesso em 03 out. 2022
- GUEDES RRL, *et al.* Perfil de prematuridade e adequação neonatal em maternidade de Minas Gerais e comparação com literatura medica. Rev. Residência Pediátrica. 2020. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatria.com.br/pdf/v12n1aop265.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=downloads>>. Acesso em: 20 dez. 2022.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasil em desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009>. Acesso em: 20 dez. 2022.

MARTINELLI, Katrini Guidolini et al. Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Revista Brasileira de Estudos de População, v. 38, p. e0173, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepop/a/6L36BD8CVYczcXZ63gs7Cdj/>>. Acesso em 23 mar. 2023

ONU. Organização das Nações Unidas. Um em cada sete bebês nasce com baixo peso. ONU News. 16 de maio de 2019. Disponível em: <<https://news.un.org/pt/story/2019/05/1672441#:text=Uma%20%20das%20taxas%20mai%20s%20bairas,%20Unido%2C%20Estados%20Uni%20dos%20e%20%20Austr%C3%A1lia.&text=O%20mesmo%20acontece%20na%20%C3%81sia,9%2C8%20%20milh%C3%B5es%20em%202015>>. Acesso em 17 Jan 2023.

PNUD. Objetivos de desenvolvimento do milênio. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/odm/index.php>>. Acesso em: 19 dez. 2022.

RIPSA. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMACOES PARA A SAUDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. - 2. ed. - Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SZWARCWALD, C.L. Avaliação das informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Brasil. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00214918/>>. Acesso em 02 fev. 2023.