



BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO VIGILÂNCIA DO ÓBITO E NASCIDOS VIVOS

Boletim Semestral – 2025/2

O **Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM)** e o **Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC)** integram a base da vigilância em saúde no Brasil, desempenhando papel estratégico na coleta, processamento, armazenamento e disseminação de informações vitais. Esses sistemas constituem instrumentos essenciais para subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação de políticas públicas em saúde, possibilitando uma gestão qualificada e oportuna, voltada à redução de iniquidade e à melhoria das condições de vida da população (BRASIL, 2011; SANTOS et al., 2018).

Através da utilização dos dados provenientes do SIM e do SINASC, é realizada a elaboração de indicadores epidemiológicos e estatísticos confiáveis, essenciais para a análise de tendências de morbimortalidade e a identificação de populações em situação de vulnerabilidade. Esses subsídios científicos fundamentam ações estratégicas de prevenção e controle de agravos, promovendo intervenções mais eficazes e a promoção da saúde (BRASIL, 2018).

Neste contexto, o **boletim epidemiológico** configura-se como um instrumento técnico de comunicação institucional, cujo objetivo é informar e apoiar a tomada de decisões no âmbito da saúde pública. Ele consolida, de forma periódica, dados relevantes de vigilância, permitindo a análise da situação de saúde de determinada população, a identificação de padrões, o monitoramento de indicadores e a difusão de informações estratégicas para gestores, profissionais da saúde e sociedade civil (BRASIL, 2020).

Os dados apresentados neste boletim referem-se à ocorrência de óbitos e nascidos vivos de residentes no município de Aparecida de Goiânia, com foco no ano de 2025. Ressalta-se, contudo, que os números estão sujeitos a atualização, visto que os sistemas permanecem em processo de alimentação e validação.

MORTALIDADE

Desde 1976, o Ministério da Saúde padronizou, em âmbito nacional, o modelo da Declaração de Óbito (DO), instrumento fundamental para a alimentação do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). A DO representa a principal fonte de dados para a produção das estatísticas vitais no Brasil, sendo imprescindível para a análise da situação de saúde, vigilância epidemiológica,



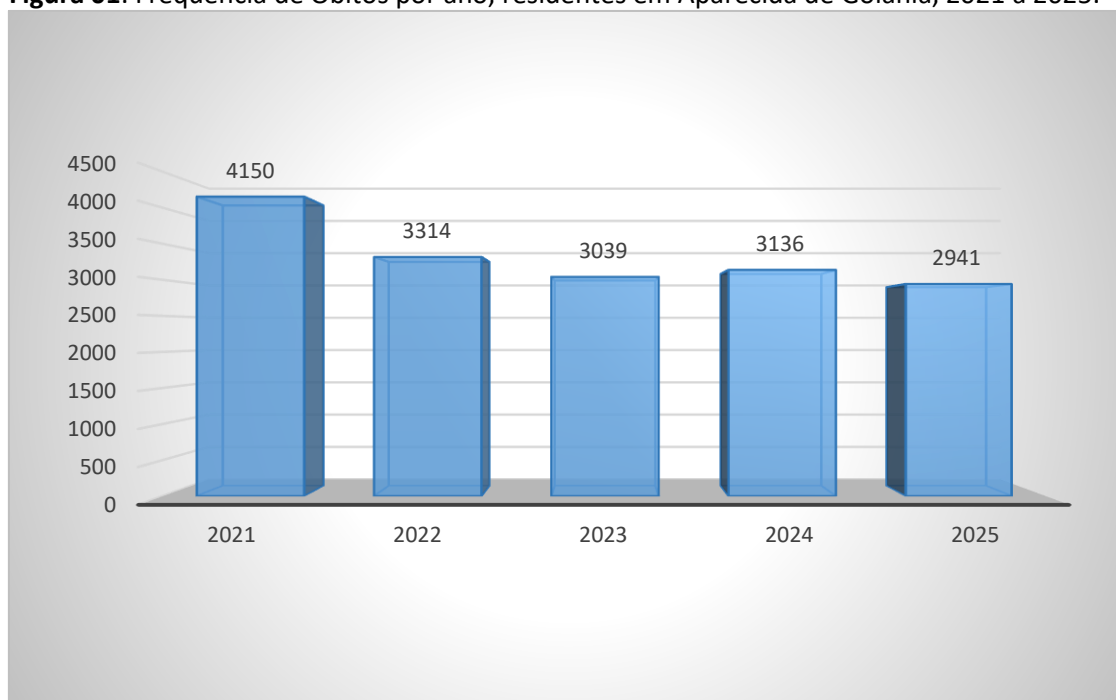
formulação, monitoramento e avaliação de políticas públicas, além de possuir implicações legais e administrativas relevantes (BRASIL, 2022).

Em 2024, foram registrados 3.136 óbitos de residentes no município. Já no ano de 2025, até a data de fechamento deste boletim, foram contabilizados 2.941 óbitos. Considerando a estimativa populacional de 550.925 habitantes (INSTITUTO MAURO BORGES, 2024), a Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) para o ano de 2024 foi de 5,69 por mil habitantes. Já a TBM no ano de 2025 com os dados disponibilizados até o momento foi de 5,29, com uma estimativa populacional de 556.021 habitantes. Os registros preliminares indicam tendência de manutenção do padrão observado anteriormente.

Ao analisar a série histórica dos últimos anos, observa-se uma média anual de 3.316 óbitos. Cabe destacar que o início da pandemia de Covid-19, em 2020, contribuiu de maneira significativa para o aumento da mortalidade geral, elevando a média histórica. A comparação entre os anos de 2024 (com 3.136 óbitos) e 2025 (2.941 óbitos) revela uma média bianual de 3.038,5 óbitos por ano, demonstrando relativa estabilidade após o pico pandêmico.

A contínua atualização e qualificação dos dados no SIM são fundamentais para garantir a confiabilidade das análises, uma vez que a completude e a precisão das informações registradas impactam diretamente na formulação de políticas públicas mais eficazes e equitativas (MOURA et al., 2020).

Figura 01. Frequência de Óbitos por ano, residentes em Aparecida de Goiânia, 2021 a 2025.

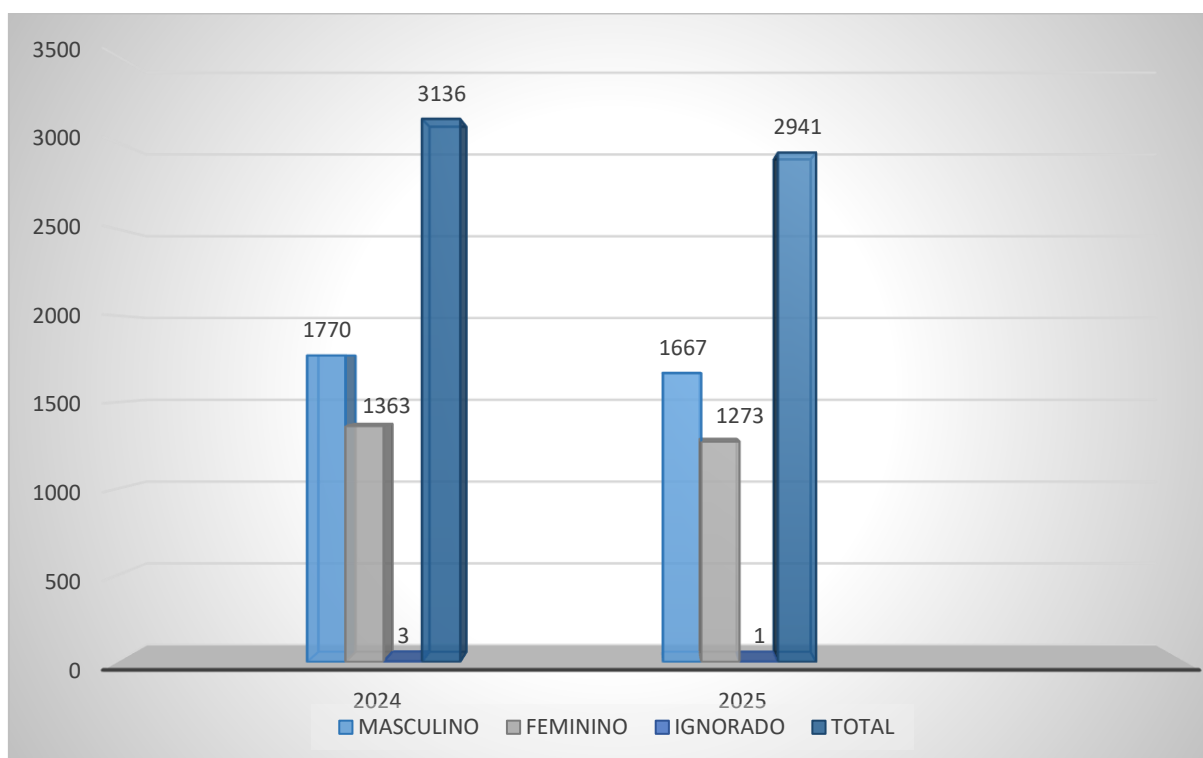


Fonte: SIM – Sistema de Mortalidade/ DATASUS.
Dados preliminares sujeitos a alterações – 1º Semestre de 2026.



Logo em seguida é apresentado um gráfico com os dados de óbitos em Aparecida de Goiânia nos anos de 2024 e 2025 (parcial), separados por sexo. Os dados foram obtidos a partir das declarações de óbito inseridas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Figura 02. Frequência de óbitos de acordo com o sexo em residentes de Aparecida de Goiânia, 2024 e 2025.



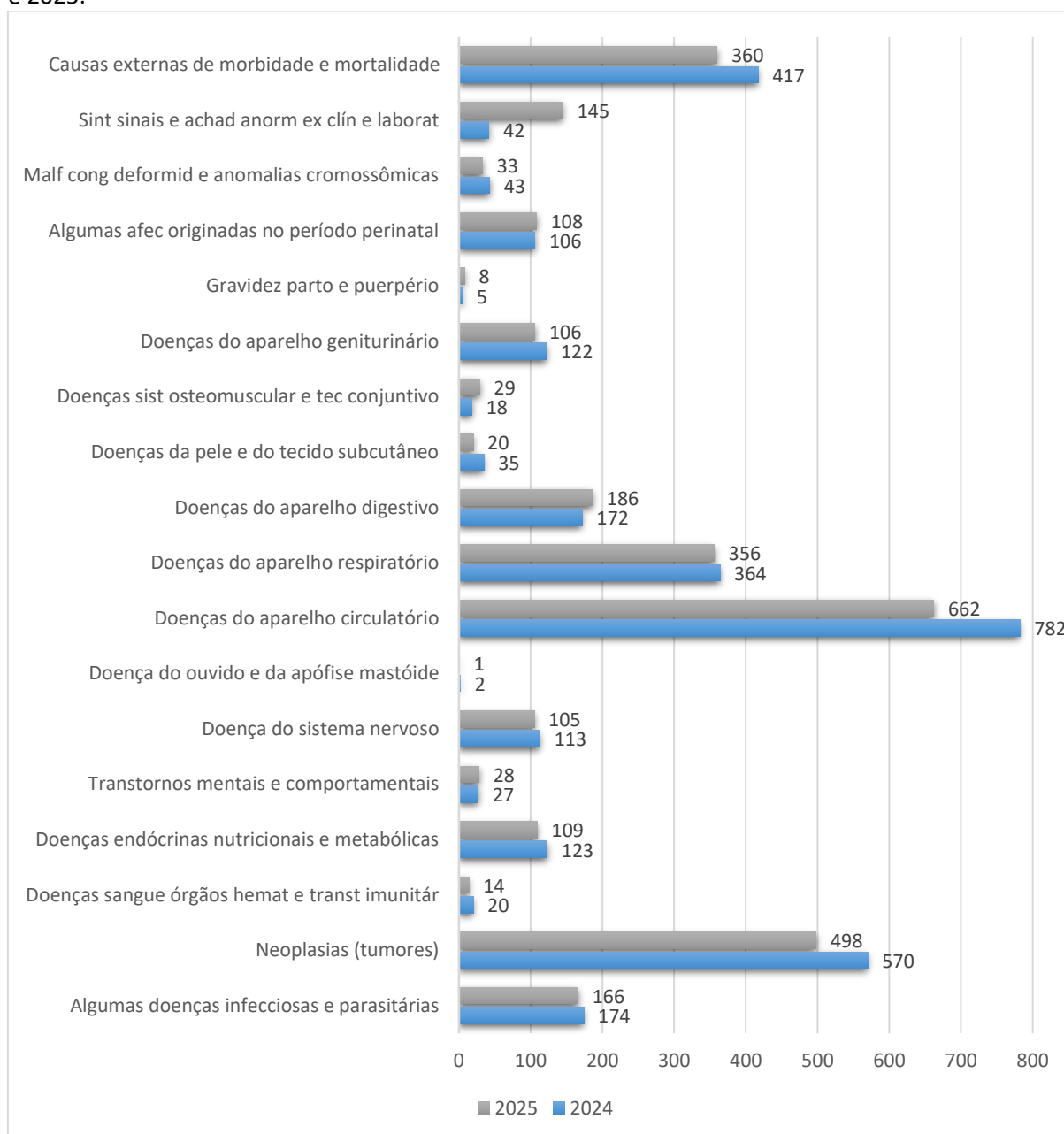
Fonte: SIM – Sistema de Mortalidade/ DATASUS.
Dados preliminares sujeitos a alterações – janeiro de 2026.

Em 2024, foram registrados 3.136 óbitos em Aparecida de Goiânia, dos quais 56,44% foram do sexo masculino (1.770 casos), 43,46% do sexo feminino (1.363 casos) e 0,09% classificados como ignorados (3 casos). Já em 2025, até a data de corte da análise, foram registrados 2.941 óbitos, com 56,68% masculinos (1.667 casos) e 43,28% femininos (1.273 casos), com apenas um registro de ignorado, apontando um percentual de 0,03%.

Observa-se que a distribuição percentual entre os sexos se manteve relativamente estável entre os dois anos. A mortalidade masculina continua predominante, o que é um padrão amplamente discutido na literatura demográfica e epidemiológica, refletindo desigualdades de gênero no acesso à saúde, exposição a fatores de risco e causas externas de mortalidade, como violência e acidentes (BRASIL, 2022; IBGE, 2023).



Figura 03. Frequência de óbito segundo causas por capítulos do CID-10, Aparecida de Goiânia – 2024 e 2025.



Fonte: SIM – Sistema de Mortalidade/ DATASUS.
Dados preliminares sujeitos a alterações – janeiro de 2026.

A análise comparativa das causas de óbito segundo capítulos da CID-10, referente aos anos de 2024 e 2025 no município de Aparecida de Goiânia, demonstra a manutenção do perfil epidemiológico marcado pela predominância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, em consonância com o padrão observado no estado de Goiás e no Brasil.

As doenças do aparelho circulatório constituíram a principal causa de óbito nos dois anos analisados, correspondendo a aproximadamente 24,94% do total de óbitos em 2024 e 22,56% em 2025, apesar da redução no número absoluto de registros no último ano. Esse grupo manteve ampla



vantagem em relação às demais causas, reforçando o impacto das doenças cardiovasculares na mortalidade geral da população.

As neoplasias (tumores) ocuparam a segunda posição no ranking de mortalidade, representando cerca de 18,18% dos óbitos em 2024 e 16,97% em 2025, também com redução no número absoluto de registros. Esse comportamento sugere estabilidade estrutural do perfil de mortalidade por câncer, ainda que com variações anuais.

As causas externas de morbidade e mortalidade figuraram como a terceira principal causa, respondendo por aproximadamente 13,30% dos óbitos em 2024 e 12,27% em 2025, evidenciando redução proporcional e absoluta. Apesar disso, permanecem como importante grupo de causas evitáveis, demandando ações contínuas de prevenção e vigilância.

As doenças do aparelho respiratório apresentaram participação relevante e relativamente estável, correspondendo a cerca de 11,61% dos óbitos em 2024 e 12,13% em 2025, configurando-se como a quarta principal causa nos dois períodos analisados. Esse comportamento pode estar associado ao envelhecimento populacional e à presença de comorbidades.

As doenças infecciosas e parasitárias representaram aproximadamente 5,55% dos óbitos em 2024 e 5,66% em 2025, mantendo proporção semelhante entre os anos, embora com discreta redução no número absoluto. Esse grupo segue refletindo desigualdades sociais e condições de acesso aos serviços de saúde.

As doenças do aparelho digestivo corresponderam a cerca de 5,48% dos óbitos em 2024 e 6,33% em 2025, mantendo participação intermediária no conjunto das causas de morte.

O perfil de mortalidade do município manteve-se estável, com predominância das doenças do aparelho circulatório, seguido pelas causas externas e doenças respiratórias. Esse cenário reforça a necessidade de fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos crônicos, vigilância das causas externas e qualificação contínua dos sistemas de informação em saúde.

Esses dados reforçam tendências observadas em anos anteriores e se alinham com os dados estaduais descritos pelo Instituto Mauro Borges (IMB) e o Ministério da Saúde, que apontam o sistema circulatório, neoplasias e causas externas como os principais responsáveis pela mortalidade no estado de Goiás.

Outro item extremamente importante a ser observado é sobre a qualidade do dado gerado para análise da mortalidade. É um instrumento valioso de Vigilância Epidemiológica para o planejamento de ações e monitoramento da sua eficácia. Ressalta-se que a codificação das Declarações de Óbito (DO) obedece às normas da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10.



Portanto, as notificações de DO no município que foram classificadas como “mal definidas” representaram 0,73% (23) do total de óbitos em 2024, em 2025 constam está em 4,28% (126). Esse número tende a reduzir, pois entre as funções do SIM/SINASC está a investigação de óbitos com causas mal definidas. Após a investigação a causa é alterada no sistema, corrigindo o CID.

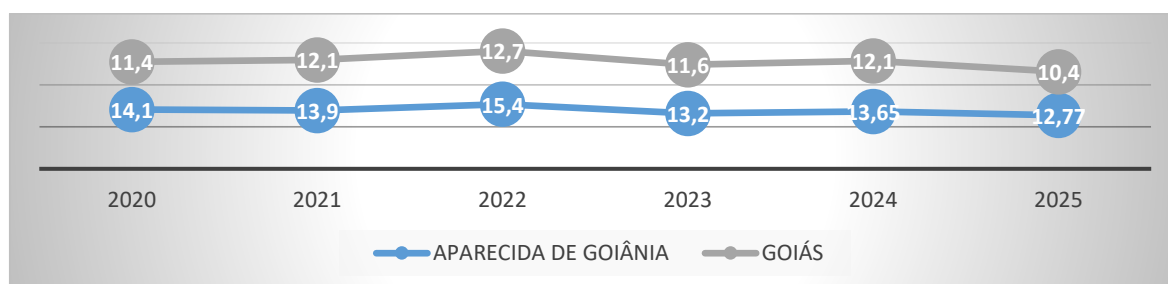
Importante ressaltar que em muitos casos o preenchimento como mal definida não está realmente ligada a dúvida da causa, mas ao mal preenchimento da DO. Esse dado aponta a necessidade de capacitação para os profissionais em busca de garantir a qualidade no preenchimento das declarações de óbito e na investigação desses casos. Pois, quanto menor a porcentagem de mortes notificadas por causas mal definidas melhor a qualidade da informação de mortalidade.

MORTALIDADE FETAL E INFANTIL

Em 2024, observou-se 67 óbitos fetais e 98 óbitos infantis em menores de 1 ano. Evidenciando a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) de 13,65 óbitos a cada 1.000 Nascidos Vivos (NV). Observa-se uma elevação ao comparar com o ano anterior. Em 2025 até o momento foram registrados 72 óbitos fetais e 92 óbitos infantis, com uma TMI de 12,77.

Ao comparar a Taxa de Mortalidade Infantil do município de Aparecida de Goiânia com o Estado de Goiás, fica visível que o município está com a Taxa mais elevada, seguindo a tendência dos últimos anos.

Figura 04. Taxa de Mortalidade infantil de Aparecida de Goiânia e Goiás de 2020 a 2025.



Fonte: SIM – Sistema de Mortalidade/ DATASUS.
Dados preliminares sujeitos a alterações – janeiro de 2026.

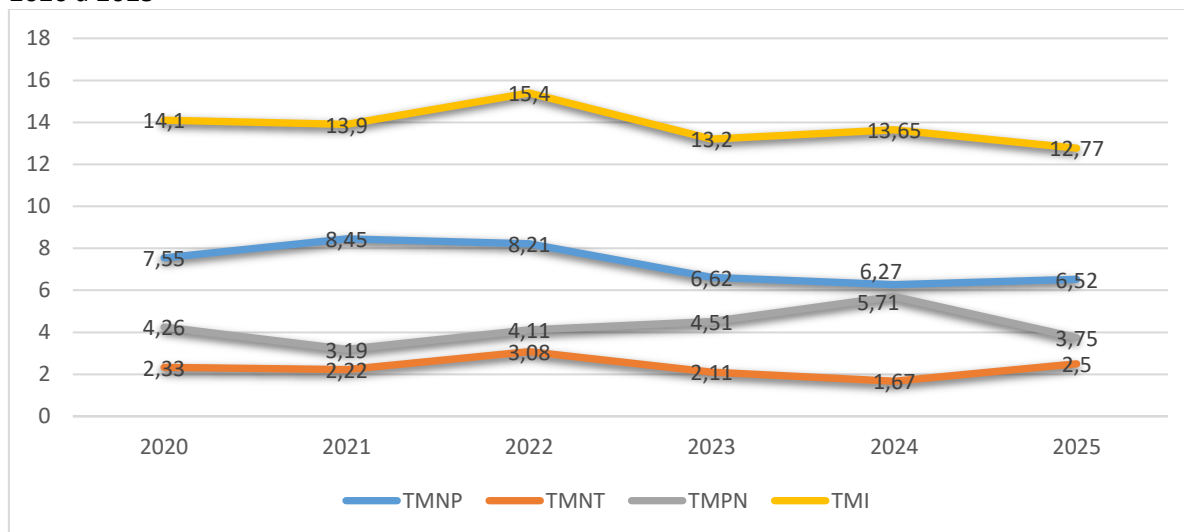
O Ministério da Saúde, alerta para algumas ações com impacto para a redução da mortalidade: planejamento familiar, aconselhamento com vistas na diminuição da incidência de gravidez na adolescência e gravidez de alto-risco, tratamento anti-helmíntico, suplementação de ferro e ácido fólico e o aumento do período inter-gestacional entre 2 a 6 anos. (BRASIL, 2012)

Para o acompanhamento do pré natal, sugere-se: no mínimo seis consultas, exames do protocolo de acompanhamento pré-natal previsto na Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e imunização atualizada. (BRASIL, 2012)



Na sequência um gráfico apresenta a evolução da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) total e seus componentes: taxa de mortalidade neonatal precoce (TMNP) que considera recém-nascidos de 0 a 6 dias; taxa de mortalidade neonatal tardia (TMNT) que avalia os óbitos que ocorreram de 7 a 28 dias; taxa de mortalidade pós-neonatal (TMPN) de 29 a 364 dias e a taxa de mortalidade infantil que considera todos os óbitos em menores de 1 ano.

Figura 05. Distribuição das Taxas de Mortalidade na infância de residentes em Aparecida de Goiânia, 2020 a 2025



FONTE: SIM – Sistema de Mortalidade/ DATASUS. Dados preliminares sujeitos a alterações – janeiro de 2026.

LEGENDA: TMNP – TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE (0-6 DIAS)

TMNT – TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL TARDIA (7 – 28 DIAS)

TMPN – TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL PÓS-NEONATAL (29 DIAS ATÉ 364 DIAS)

TMI – TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (ÓBITOS INFANTIS MENOR DE 1 ANO)

Observa-se que a mortalidade neonatal precoce (TMNP) manteve-se como o principal componente da mortalidade infantil ao longo de toda a série histórica, respondendo, em média, por aproximadamente 50% a 60% da TMI no período analisado. A TMNP apresentou elevação entre 2020 (7,55/1.000 NV) e 2021 (8,45/1.000 NV), seguida de discreta redução até 2024 (6,27/1.000 NV), com leve aumento em 2025 (6,52/1.000 NV). No comparativo entre 2020 e 2025, verifica-se uma redução de cerca de 13,6% nesse componente.

A mortalidade neonatal tardia (TMNT) apresentou valores inferiores aos demais componentes, com comportamento oscilatório ao longo do período. Observou-se aumento entre 2021 (2,22/1.000 NV) e 2022 (3,08/1.000 NV), seguido de redução até 2024 (1,67/1.000 NV) e novo incremento em 2025 (2,50/1.000 NV). Em comparação a 2020 (2,33/1.000 NV), houve um aumento aproximado de 7,3% em 2025, indicando persistência de óbitos nesse intervalo etário, geralmente associados à assistência neonatal e às condições de cuidado após a alta hospitalar.

A mortalidade pós-neonatal (TMPN) apresentou tendência distinta, com redução inicial entre 2020 (4,26/1.000 NV) e 2021 (3,19/1.000 NV), seguida de elevação progressiva até atingir seu pico em



2024 (5,71/1.000 NV). Em 2025, observou-se queda para 3,75/1.000 NV, representando uma redução de aproximadamente 34,3% em relação ao ano anterior. Esse componente está fortemente relacionado às condições socioeconômicas, ambientais, acesso aos serviços de saúde e ações de atenção primária.

A taxa de mortalidade infantil (TMI) apresentou flutuações ao longo do período, com valores elevados em 2020 (14,1/1.000 NV) e 2021 (13,9/1.000 NV), atingindo o pico em 2022 (15,4/1.000 NV). A partir de 2023, observa-se tendência de redução, alcançando 12,77/1.000 NV em 2025, o que representa uma queda de aproximadamente 17,1% em relação ao pico de 2022 e de 9,4% em comparação a 2020.

De forma integrada, os dados indicam que, embora haja sinais recentes de redução da mortalidade infantil em Aparecida de Goiânia, os óbitos no período neonatal precoce continuam exercendo maior impacto sobre a TMI, evidenciando a necessidade de fortalecimento das ações voltadas à qualificação da assistência pré-natal, ao parto e ao cuidado imediato ao recém-nascido. Paralelamente, a variabilidade observada na mortalidade pós-neonatal reforça a importância das estratégias intersetoriais e da atenção primária à saúde para prevenção de óbitos evitáveis no primeiro ano de vida.

A predominância da mortalidade neonatal precoce como maior componente da TMI está alinhada com a literatura, que atribui esse padrão à qualidade da assistência ao parto e à saúde materna (COSTA et al., 2021). A mortalidade pós-neonatal elevada, por outro lado, é geralmente associada a condições socioeconômicas desfavoráveis, desnutrição, infecções e falhas na atenção básica (BRASIL, 2023a).

Para enfrentar essas questões, o Ministério da Saúde recomenda estratégias de qualificação do pré-natal, promoção do aleitamento materno, expansão da Estratégia Saúde da Família e vigilância ativa dos óbitos infantis (BRASIL, 2012; BRASIL, 2023b).

Mortalidade Materna

A mortalidade materna é amplamente reconhecida como um indicador sensível da qualidade dos serviços de saúde, bem como do nível de desenvolvimento socioeconômico de uma região. Segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), considera-se óbito materno a “morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração ou da localização da gestação, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais” (WHO, 2004).

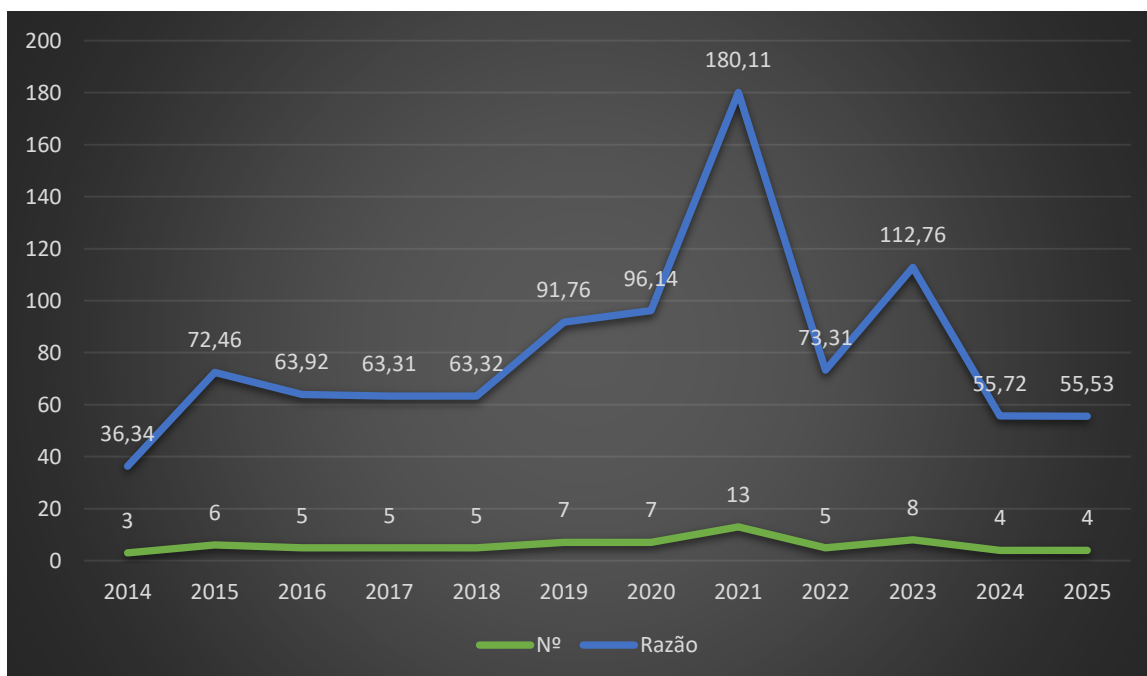


No município de Aparecida de Goiânia, foram registrados, em 2024, quatro (4) óbitos maternos, resultando em uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 55,72 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Este valor está acima da meta estipulada pelo Ministério da Saúde para os municípios brasileiros, que busca manter a RMM abaixo de 30 por 100 mil nascidos vivos até 2030, conforme os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (BRASIL, 2021).

Para o ano de 2025, até o momento, já foram confirmados quatro (4) óbitos maternos, sinalizando a importância de manter o monitoramento contínuo e reforçar ações de prevenção, principalmente no que se refere à atenção pré-natal, parto e puerpério, como recomenda a Rede Cegonha e a Estratégia de Qualificação da Atenção à Saúde Materna e Infantil (BRASIL, 2022). E outros cinco (5) óbitos estão sob investigação.

A redução da mortalidade materna envolve, entre outras medidas, a ampliação do acesso a serviços obstétricos de qualidade, a capacitação das equipes de saúde, a garantia de oferta adequada de insumos e medicamentos, além de mecanismos eficientes de vigilância e resposta rápida aos agravos (VIANA et al., 2023).

Figura 6. Frequência de Óbitos Maternos e Razão de Mortalidade Materna de residentes em Aparecida de Goiânia, 2014 a 2025.



Fonte: SIM – Sistema de Mortalidade/ DATASUS.
Dados preliminares sujeitos a alterações – janeiro de 2026.

A Figura 6 apresenta a evolução da frequência absoluta de óbitos maternos e da Razão de Mortalidade Materna (RMM) entre residentes de Aparecida de Goiânia, no período de 2014 a 2025. Observa-se importante variabilidade anual, característica esperada em séries históricas com números



absolutos relativamente baixos, em que pequenas variações no número de óbitos produzem impactos expressivos na razão.

No período de 2014 a 2018, a RMM manteve-se em patamares intermediários, variando entre 36,34 e 72,46 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, com número de óbitos oscilando entre 3 e 6 casos anuais. Esse comportamento indica relativa estabilidade, embora ainda acima do valor recomendado pela Organização Mundial da Saúde, que preconiza RMM inferior a 30 óbitos por 100.000 nascidos vivos.

A partir de 2019, observa-se elevação da RMM, atingindo 91,76 em 2019 e 96,14 em 2020, concomitante ao aumento do número absoluto de óbitos maternos (7 óbitos em ambos os anos). Esse incremento se intensifica em 2021, quando se registra o maior número absoluto de óbitos maternos da série (13 casos) e o pico da RMM (80,11/100.000 NV), configurando o período mais crítico do intervalo analisado. Esse comportamento é compatível com os impactos da pandemia da COVID-19 sobre a assistência pré-natal, obstétrica e o acesso oportuno aos serviços de saúde.

No período pós-pico, observa-se redução expressiva da RMM em 2022 (73,31/100.000 NV), acompanhada da diminuição do número de óbitos maternos (5 casos). Em 2023, há um novo aumento, com 8 óbitos maternos e RMM de 112,76/100.000 NV, indicando recrudescimento do risco materno e possível persistência de fragilidades na rede de atenção à saúde da mulher.

Nos anos mais recentes, 2024 e 2025, verifica-se redução tanto no número de óbitos maternos (4 casos em cada ano) quanto na RMM, com valores de 55,72 e 55,53 óbitos por 100.000 nascidos vivos, respectivamente. Apesar da melhora, esses indicadores ainda permanecem acima dos parâmetros considerados aceitáveis em contextos de sistemas de saúde com cobertura adequada e assistência obstétrica qualificada.

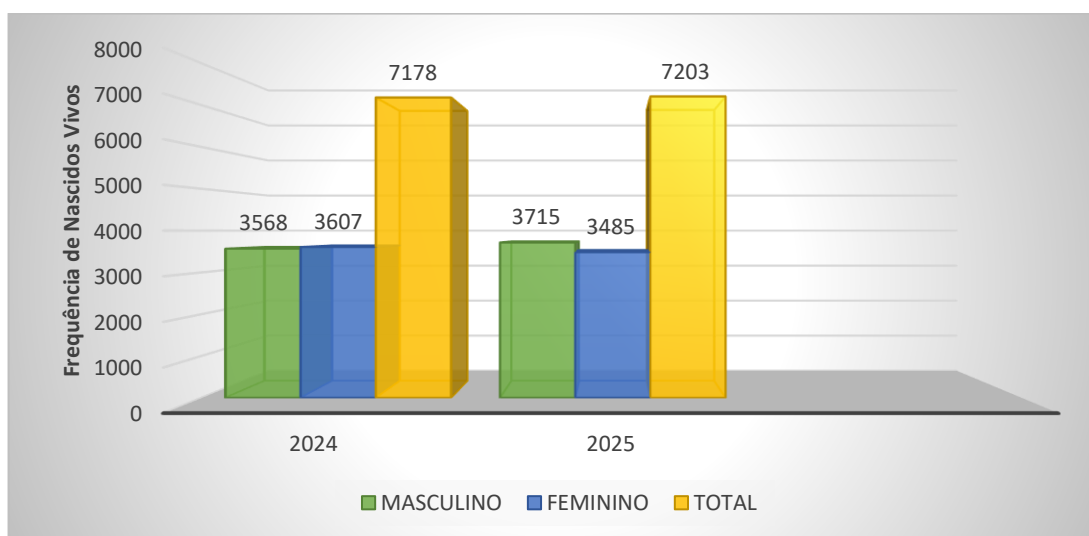
De forma geral, a análise evidencia que a mortalidade materna em Aparecida de Goiânia apresenta comportamento instável, fortemente influenciado por eventos externos e pela organização da rede de atenção obstétrica. Os picos observados reforçam a necessidade de fortalecimento da vigilância do óbito materno, qualificação da assistência pré-natal, identificação precoce de gestantes de alto risco, garantia de acesso oportuno aos serviços de urgência obstétrica e análise sistemática dos óbitos pelo Comitê de Mortalidade Materna, com foco na prevenção de óbitos evitáveis.



NATALIDADE

Em 2024, foram inseridas sete mil cento e setenta e oito (7.178) declarações de nascidos vivos no SINASC, de residentes de Aparecida de Goiânia, resultando em uma média de 598,16 nascidos vivos/mês. Em 2025 foram sete mil duzentos e três (7.203) nascidos vivos, gerando uma média de 600,25. Ressaltando que esses números poderão sofrer alterações, pois o sistema ainda está em aberto.

Figura 07. Frequência absoluta de nascidos vivos residentes em Aparecida de Goiânia nos anos de 2024 e 2025, conforme o sexo.



Fonte: SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos / DATASUS.
Dados preliminares sujeitos a alterações – janeiro de 2026.

Na sequência é possível visualizar na Tabela 01 a frequência do tipo de parto e o tipo de gravidez que ocorreram nos anos de 2024 e 2025 com as residentes deste município.

Tabela 01. Tipo de gravidez e Tipo de parto (2024 e 2025).

TIPO DE PARTO/ TIPO DE GESTAÇÃO	Vaginal	Cesário	Total		Vaginal	Cesário	Não informado	Total
	Ano 2024				ANO 2025			
Única	2581	4441	7022		2527	4508	1	7036
Dupla	17	136	153		22	134	0	156
Tripla e+	0	3	3		0	6	0	6
N inf	0	0	0		1	4	0	5
Total	2598	4580	7178		2550	4652	4	7203

Fonte: SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos / DATASUS.
Dados preliminares sujeitos a alterações – janeiro de 2026.



A Tabela 01 apresenta a distribuição dos nascidos vivos segundo o tipo de gestação e o tipo de parto no município de Aparecida de Goiânia, nos anos de 2024 e 2025, com base nos dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Observa-se estabilidade no número total de nascidos vivos no período analisado, passando de 7.178 em 2024 para 7.203 em 2025, o que representa um incremento discreto de 0,35%, sugerindo manutenção do padrão reprodutivo recente no município.

Em ambos os anos, a gestação única apresentou ampla predominância, correspondendo a 97,8% dos nascimentos em 2024 e a 97,7% em 2025. As gestações múltiplas representaram proporção reduzida, porém epidemiologicamente relevante, com 2,2% em 2024 e 2,3% em 2025. Observou-se pequeno aumento absoluto das gestações duplas, que passaram de 153 para 156 registros, e das gestações triplas ou mais, de 3 para 6 registros. Apesar dos números reduzidos, esse comportamento merece atenção por estar associado a maior risco de complicações maternas e neonatais, além de possivelmente refletir maior utilização de técnicas de reprodução assistida ou aprimoramento do registro das informações no sistema.

Quanto ao tipo de parto, verificou-se predomínio expressivo da via cesariana nos dois anos analisados. Em 2024, 63,8% dos nascimentos ocorreram por cesariana, enquanto 36,2% foram partos vaginais. Em 2025, a proporção de cesarianas aumentou para 64,6%, com redução correspondente dos partos vaginais para 35,4%, representando acréscimo de 0,8 ponto percentual na taxa de cesarianas. Esses valores encontram-se substancialmente acima do limite recomendado pela Organização Mundial da Saúde, que indica que taxas superiores a 15% não estão associadas a benefícios adicionais na redução da mortalidade materna e neonatal.

Mesmo entre as gestações únicas, consideradas de menor risco obstétrico, a cesariana manteve-se como via de parto predominante, com proporções de 63,3% em 2024 e 64,1% em 2025, o que evidencia um padrão persistente de medicalização do parto. Nas gestações múltiplas, embora a cesariana seja frequentemente indicada por critérios clínicos, os dados reforçam a necessidade de avaliação criteriosa das indicações, especialmente nas gestações duplas, nas quais o parto vaginal pode ser uma opção segura em situações selecionadas e com adequada assistência obstétrica.

No que se refere à qualidade da informação, observa-se baixo percentual de registros classificados como “não informados”, restrito a quatro casos em 2025 (0,06%) e inexistente em 2024, o que indica bom nível de completude das variáveis analisadas e confere maior confiabilidade aos resultados apresentados.

De forma geral, os achados revelam a manutenção de elevadas taxas de cesariana no município, inclusive em gestações de baixo risco, cenário amplamente descrito na literatura como associado a maiores riscos de complicações maternas, como hemorragias, infecções e eventos



tromboembólicos, além de repercussões neonatais, como prematuridade iatrogênica e dificuldades respiratórias ao nascimento. Nesse contexto, os resultados reforçam a importância do fortalecimento das ações de promoção do parto normal, da adoção de boas práticas obstétricas baseadas em evidências, da qualificação da atenção pré-natal e do cuidado intraparto, bem como do monitoramento sistemático das indicações de cesariana, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e por organismos internacionais.

As evidências apresentadas contribuem para subsidiar o planejamento e a avaliação das políticas públicas de saúde materno-infantil no município, destacando a necessidade de intervenções que visem à redução de cesarianas desnecessárias e à melhoria contínua da qualidade da atenção obstétrica.

Tabela 02. Monitoramento de cesáreas - Grupos de Robson. Residentes em Aparecida de Goiânia, 2025.

Grupos de Robson	Taxa geral de cesárea (CS) (%) = 64,44%			
	Nº de CS / Nº total de mulheres em cada grupo	Tamanho relativo dos grupos (%)	Taxa de CS em cada grupo (%)	Contribuição de cada grupo à taxa de CS geral (%)
1. Nulípara, gestação única, cefálica, >= 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	406 / 662	9,05%	61,33%	5,55%
2. Nulípara, gestação única, cefálica, >= 37 semanas, com indução ou cesárea anterior ao trabalho de parto	571 / 721	9,86%	79,20%	7,81%
3. Multípara, (excluindo cesárea prévia) gestação única, cefálica, >= 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	84 / 326	4,46%	25,77%	1,15%
4. Multípara, (excluindo cesárea prévia) gestação única, cefálica, >= 37 semanas, com indução ou cesárea realizada antes do início do trabalho de parto	75 / 180	2,46%	41,67%	1,03%
5. Com cesárea anterior, gestação única, cefálica, >= 37 semanas	838 / 907	12,40%	92,39%	11,46%
6. Todos partos pélvicos em nulíparas	49 / 54	0,74%	90,74%	0,67%
7. Todos partos pélvicos em multíparas (incluindo cesárea prévia)	45 / 47	0,64%	95,74%	0,62%
8. Todas gestações múltiplas (incluindo cesárea prévia)	107 / 123	1,68%	86,99%	1,46%
9. Todas as apresentações anormais (incluindo cesárea prévia)	1 / 1	0,01%	100,00%	0,01%
10. Todas gestações únicas, cefálicas, <= 36 semanas (incluindo cesárea prévia)	304 / 465	6,36%	65,38%	4,16%
11. Nascimentos não classificados por falta	18 / 26	0,36%	69,23%	0,25%

Taxa geral de cesárea (CS) (%) = 64,44%

Grupos de Robson	Nº de CS / Nº total de mulheres em cada grupo	Tamanho relativo dos grupos (%)	Taxa de CS em cada grupo (%)	Contribuição de cada grupo à taxa de CS geral (%)
de resposta a algum dos itens necessários para classificá-los nos grupos de 1 a 10.				
12. Nascimentos não classificados nos grupos de 1 a 10 por terem sido captados em modelo de formulário da DN antiga	0 / 0	0,00%	0,00%	0,00%

Fonte: SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos / DATASUS.
Dados preliminares sujeitos a alterações – janeiro de 2026.

A análise das cesarianas realizadas em Aparecida de Goiânia baseou-se na Classificação de Robson, metodologia recomendada pelo Ministério da Saúde e amplamente adotada nos sistemas de informação em saúde, como o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Essa classificação utiliza critérios obstétricos objetivos, como paridade, idade gestacional, apresentação fetal, tipo de trabalho de parto e número de cesarianas anteriores, para agrupar todas as gestantes em dez categorias mutuamente exclusivas e coletivamente exaustivas (BRASIL, 2016; WHO, 2017).

O modelo proposto por Robson é considerado uma ferramenta essencial para a vigilância obstétrica, permitindo avaliar a prática de cesarianas de forma padronizada e comparável entre diferentes instituições e regiões. Sua utilização permite identificar grupos com taxas excessivamente elevadas de cesárea, o que pode subsidiar a implementação de estratégias voltadas à redução de intervenções desnecessárias. Entre essas estratégias destacam-se ações de educação em saúde, capacitação de profissionais, reestruturação do cuidado pré-natal e o incentivo à autonomia informada da gestante (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022).

De acordo com os dados analisados, observou-se que 61,33% das nulíparas com idade gestacional ≥ 37 semanas e início espontâneo do trabalho de parto foram submetidas a parto cesáreo, um percentual significativamente elevado para esse perfil obstétrico, que normalmente não apresenta indicações clínicas absolutas para a cirurgia. Entre as gestantes com cesarianas prévias, a taxa de cesárea atingiu 92,39%, refletindo uma forte tendência de repetição do procedimento. A taxa geral de cesarianas no município em 2025 foi de 64,44%, superando substancialmente o limite recomendado por organismos internacionais.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015), não há benefícios adicionais em termos de redução da mortalidade materna ou neonatal quando as taxas de cesarianas ultrapassam 10% em populações gerais. Contudo, considerando as especificidades do perfil obstétrico da população brasileira, incluindo alto índice de cesáreas anteriores, idade materna avançada e



comorbidades associadas, o Ministério da Saúde adotou como referência nacional uma taxa ajustada entre 25% e 30% (BRASIL, 2016).

Dessa forma, os dados locais indicam a necessidade de revisão das práticas institucionais, com foco na promoção do parto vaginal seguro, qualificação das equipes de assistência e fortalecimento do modelo de atenção humanizada. Estratégias de sensibilização das gestantes quanto aos riscos e benefícios das vias de parto e a construção de planos de parto individualizados que podem contribuir para a redução das taxas de cesariana eletiva sem indicação clínica, alinhando a prática obstétrica municipal às recomendações nacionais e internacionais.

Por meio da Tabela 03 é possível visualizar e analisar o perfil das gestantes residentes neste município e fazer um comparativo entre os anos de 2024 e 2025. Revelando um perfil gestacional condizente com o panorama nacional, apontando aspectos relevantes para o planejamento em saúde materno-infantil.

Tabela 03. Características maternas e do pré-natal das gestantes, residentes em Aparecida de Goiânia, 2024 e 2025.

CARACTERÍSTICAS MATERNAS	N	%		
		ANO 2024	ANO 2025	
IDADE DAS MULHERES GESTANTES				
Entre 10 e 14 anos	22	0,31	34	0,47
Entre 15 e 20 anos	1048	14,60	1038	14,41
Entre 21 e 30 anos	3709	51,67	3875	53,79
Entre 31 e 40 anos	2223	30,97	2068	28,71
Entre 41 e 50 anos	176	2,45	188	2,61
Acima de 50 anos	0		0	
ESCOLARIDADE DAS GESTANTES				
Não informado	9	0,12	18	0,25
Ensino Infantil	17	0,24	13	0,18
Ensino Fundamental	404	5,63	392	5,44
Ensino Médio	4918	68,51	4883	67,79
Ensino Superior	1825	25,42	1895	26,30
Sem Escolaridade	5	0,07	2	0,03
QUANTIDADE DE CONSULTAS NO PRÉ NATAL				
Nenhuma	101	1,41	93	1,29
De 1 a 3 consultas	407	5,67	416	5,77
De 4 a 6 consultas	1254	17,47	1151	15,97
De 7 a mais consultas	5396	75,17	5539	76,89
Não informado	20	0,27	4	0,05
QUANTIDADE DE FILHOS VIVOS ANTERIORES				
Nenhum	3077	42,86	3110	43,17
De 01 a 02 filhos	3406	47,45	3463	48,07
De 03 a 04 filhos	569	7,92	534	7,41
De 05 a 11 filhos	126	1,75	96	1,33
TOTAL	7.178	100	7.203	100

Fonte: SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos / DATASUS.
Dados preliminares sujeitos a alterações – janeiro de 2026.



Observa-se predominância de gestantes na faixa etária entre 21 e 30 anos, representando 51,67% dos nascimentos em 2024 e 53,79% em 2025. A segunda maior faixa corresponde às mulheres entre 31 e 40 anos (30,97% em 2024 e 28,71% em 2025). Estes dados indicam que a maioria das gestações ocorre em mulheres em idade reprodutiva ideal, o que está de acordo com estudos que relacionam essa faixa etária a melhores desfechos gestacionais (BRASIL, 2021).

O percentual de gestações em adolescentes (10 a 19 anos) correspondeu a 14,91% em 2024 e 14,88% em 2025, demonstrando estabilidade. Apesar da redução nacional da gravidez na adolescência nos últimos anos, esse indicador ainda exige atenção devido às complicações obstétricas associadas (WHO, 2022).

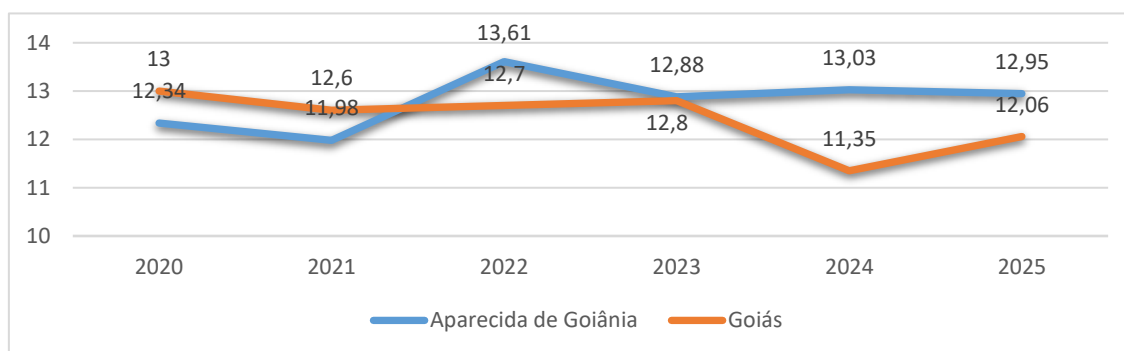
Em relação à escolaridade, destaca-se o Ensino Médio como o nível predominante entre as gestantes (68,51% em 2024 e 67,79% em 2025), seguido do Ensino Superior (25,42% em 2024 e 26,30% em 2025). Essa predominância sugere maior acesso à educação entre as mulheres em idade fértil, o que está associado à maior adesão ao pré-natal e menor risco de complicações (VIANA et al., 2023).

A cobertura de consultas pré-natais é um indicador importante de qualidade da atenção à saúde. Em 2024, 75,17% das gestantes realizaram sete ou mais consultas, percentual que aumentou para 76,89% em 2025. Esse resultado supera a meta mínima recomendada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e demonstra boa adesão ao acompanhamento gestacional no município. A proporção de gestantes que não realizaram nenhuma consulta permaneceu estável e baixa (1,41% em 2024 e 1,29% em 2025), exigindo ações pontuais para alcançar essas mulheres.

Em termos de paridade, a maioria das gestantes possuía de 0 a 2 filhos vivos anteriormente, totalizando 90,31% em 2024 e 91,24% em 2025. Esse perfil pode indicar uma tendência à redução da fecundidade, fenômeno observado em todo o território nacional nas últimas décadas (IBGE, 2023).

De acordo com os dados lançados no SINASC, até o momento observa-se uma Taxa Bruta de Natalidade de 12,95 para cada mil habitantes.

Figura 08. Taxa Bruta de Natalidade de Aparecida de Goiânia e Goiás de 2020 a 2025.



Fonte: SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos / DATASUS.
Dados preliminares sujeitos a alterações – janeiro de 2026.



Conforme a Figura 08, a Taxa Bruta de Natalidade de Aparecida de Goiânia apresentou variação ao longo do período de 2020 a 2025. Observa-se redução entre 2020 (12,34 por mil habitantes) e 2021 (11,98), seguida de elevação expressiva em 2022, quando o município atingiu o maior valor da série histórica (13,61). A partir de 2023, a taxa manteve-se relativamente estável, com pequenas oscilações: 12,88 em 2023, 13,03 em 2024 e 12,95 em 2025, indicando manutenção dos níveis de natalidade no período mais recente.

No estado de Goiás, a taxa iniciou em 13,0 por mil habitantes em 2020, apresentando redução em 2021 (12,6). Em 2022 e 2023, os valores mantiveram-se próximos (12,7 e 12,8, respectivamente). Em 2024, observa-se queda acentuada, alcançando 11,35, seguida de discreta recuperação em 2025 (12,06). Esse comportamento pode refletir a redução da fecundidade, o envelhecimento populacional e o maior acesso a métodos contraceptivos, em consonância com o processo de transição demográfica observado no país (IBGE, 2023).

Na análise comparativa, verifica-se que, em 2020 e 2021, a taxa estadual foi superior à de Aparecida de Goiânia. A partir de 2022, o município passa a apresentar taxas mais elevadas que as do estado, mantendo-se acima da média estadual até 2025. O contraste é mais evidente em 2024, quando Aparecida de Goiânia registrou 13,03 por mil habitantes, enquanto Goiás apresentou 11,35, evidenciando dinâmicas distintas entre o contexto municipal e estadual. Esses resultados reforçam a importância de análises locais para subsidiar o planejamento das ações de saúde reprodutiva, planejamento familiar e organização da atenção perinatal.

A Tabela 04 retrata a Taxa de Fecundidade Total (TFT) e Taxa de Fecundidade Específica (TFE) por faixa etária no município de Aparecida de Goiânia.

Taxa de Fecundidade Específica (TFE): expressa o número de nascidos vivos por 1.000 mulheres em determinada faixa etária. Ela permite identificar quais grupos mais contribuem para a natalidade.

Taxa de Fecundidade Total (TFT): representa o número médio de filhos que uma mulher teria ao longo da vida reprodutiva, se estivesse sujeita às taxas de fecundidade específicas de um determinado ano. É um dos principais indicadores de dinâmica populacional e planejamento de políticas públicas (BRASIL, 2021; WHO, 2023).



Tabela 04-

FAIXA ETÁRIA	NASCIDOS VIVOS	NÚMERO DE MULHERES	TAXA DE FECUNDIDADE ESPECÍFICA	TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL
ANO 2021				
15-19 anos	867	22.824	0,037986	
20-24 anos	1.778	25.836	0,068819	
25-29 anos	1.847	27.771	0,066508	
30-34 anos	1.518	28.106	0,05401	
35-39 anos	928	26.974	0,034403	
40-44 anos	219	24.415	0,00897	
45-49 anos	12	20.670	0,000581	
TOTAL	7.169	176.596	Soma = 0,271277	1,35
ANO 2022				
15-19 anos	696	19.476	0,035736	
20-24 anos	1.728	22.271	0,07759	
25-29 anos	1.803	23.283	0,077438	
30-34 anos	1.436	23.564	0,06094	
35-39 anos	768	23.830	0,032228	
40-44 anos	231	22.603	0,01022	
45-49 anos	19	18.973	0,001001	
TOTAL	6.681	154.000	Soma = 0,295154	1,47
ANO 2023				
15-19 anos	721	19.476	0,037019	
20-24 anos	1.704	22.271	0,076512	
25-29 anos	1.925	23.283	0,082678	
30-34 anos	1.511	23.564	0,064123	
35-39 anos	871	23.830	0,036551	
40-44 anos	260	22.603	0,011503	
45-49 anos	14	18.973	0,000738	
TOTAL	7.006	154.000	Soma = 0,309125	1,54
ANO 2024				
15-19 anos	750	23.300	0,032188	
20-24 anos	1777	25.381	0,070013	
25-29 anos	1890	28.643	0,065984	
30-34 anos	1605	28.950	0,055440	
35-39 anos	894	28.155	0,031752	
40-44 anos	248	26.300	0,009429	
45-49 anos	14	23.223	0,000602	
TOTAL	7178	155.309	Soma = 0,265408	1,33
ANO 2025				
15-19 anos	784	23.572	0,033259	
20-24 anos	1761	25.254	0,069731	
25-29 anos	2011	28.713	0,070037	
30-34 anos	1496	29.234	0,051173	
35-39 anos	896	28.493	0,031446	
40-44 anos	238	26.861	0,008860	
45-49 anos	17	23.989	0,000708	
TOTAL	7203	186.116	Soma = 0,265214	1,33

Fonte: SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos / DATASUS.

Dados preliminares sujeitos a alterações – janeiro de 2026.

Taxa de Fecundidade: calculada em mulheres com 15-49 anos de idade. TTF= soma da TFE x 5 (intervalo da faixa etária) = Número médio de filhos por mulheres.



No período de 2021 a 2025, a Taxa de Fecundidade Total (TFT) em Aparecida de Goiânia apresentou variação moderada, com elevação entre 2021 (1,35) e 2023 (1,54), seguida de redução em 2024 (1,33), mantendo-se nesse mesmo patamar em 2025 (1,33). Esse comportamento é compatível com a tendência observada no Brasil, que apresenta declínio progressivo dos níveis de fecundidade, conforme descrito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2022).

A análise da Taxa de Fecundidade Específica (TFE), calculada a partir dos nascidos vivos registrados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC/DATASUS) e das estimativas populacionais femininas, demonstram que o maior padrão reprodutivo concentra-se nas faixas etárias centrais do período fértil, especialmente entre 25 a 29 anos, que apresentou as maiores taxas em todos os anos analisados. As faixas de 20 a 24 anos e 30 a 34 anos também contribuíram de forma significativa para a fecundidade total do município, configurando o padrão etário clássico da curva de fecundidade, conforme metodologia preconizada pelo Ministério da Saúde (2018).

A fecundidade na faixa etária de 15 a 19 anos, embora inferior às faixas etárias centrais, permanece relevante no conjunto dos nascimentos, conforme evidenciado pelos dados do SINASC/DATASUS, indicando a persistência da gravidez na adolescência como componente importante do perfil reprodutivo local. Esse achado reforça a necessidade de fortalecimento das ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva para esse público, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde.

Observa-se redução progressiva da fecundidade a partir dos 35 anos, com taxas significativamente menores nas faixas etárias de 35–39, 40–44 e 45–49 anos, comportamento compatível com o padrão biológico e demográfico esperado, conforme descrito na literatura demográfica nacional (IBGE, 2022).

Ressalta-se que, durante todo o período analisado, a TFT manteve-se abaixo do nível de reposição populacional, estimado em 2,1 filhos por mulher, parâmetro amplamente adotado em estudos demográficos e utilizado pelo IBGE e pelo Ministério da Saúde para análise da transição demográfica. Esse cenário caracteriza o município em estágio avançado da transição demográfica e pode resultar, a médio e longo prazo, em envelhecimento populacional e redução do crescimento natural da população.

As estimativas populacionais femininas por faixa etária, utilizadas como denominador para o cálculo das taxas, foram obtidas a partir das Projeções Populacionais Municipais do Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (IMB, 2024), para o período de 2020 a 2025.



RECOMENDAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Acolher com atenção os pacientes que procuram a Unidade de Saúde para consultas;
- Escutar de forma qualificada as queixas dos pacientes ou dos responsáveis em caso de menores de idade;
- Orientar os pais/responsáveis para realizar a puericultura dos filhos mensalmente no primeiro ano de vida;
- Examinar os pacientes de forma cautelosa;
- Solicitar urgência em exames e encaminhamentos que julgue ser prioridade aos pacientes com risco de morte;
- Conhecer a Rede de Atenção à Saúde do município;
- Realizar educação em saúde constantemente com os pacientes, independente do ciclo de vida;
- Orientar mulheres sobre adesão ao planejamento familiar;
- Fomentar a participação de gestantes em grupos de saúde;
- Realizar todos os exames necessários para a gestante;
- Fazer busca ativa de gestantes faltosas;
- Preencher adequadamente o Cartão da Gestante e da Criança;
- Orientar as mulheres gestantes para não descartar os exames e cartão da gestante após ter o filho, no período de um ano. As informações descritas podem ser relevantes para investigações posteriores.
- Realizar atividades em escolas sobre planejamento familiar;
- Aumentar a cobertura de visitas domiciliares para puérperas para devidas orientações;
- Fornecer dados necessários para Vigilância do Óbito otimizar as investigações dos óbitos em tempo oportuno;
- Fortalecer o Grupo Técnico de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal com a participação quando solicitado;
- Estabelecer parceria e encaminhamento à Rede de Atenção à Saúde, quanto a identificação de crianças vulneráveis e famílias elegíveis à atenção integral e planejamento familiar;
- Participar de capacitações ofertadas pela Vigilância do Óbito quanto ao preenchimento das Declarações de Óbitos e Nascidos Vivos;
- Estar atento quanto as taxas de mortalidade fetal, infantil e materna, para análise situacional e implementação de medidas preventivas e de controle na área de abrangência;
- Fortalecer o sistema de vigilância em saúde, a fim de melhorar a qualidade e a



oportunidade das informações sobre óbitos e outros indicadores de saúde.

RECOMENDAÇÕES PARA POPULAÇÃO

- Fazer acompanhamento de pré-natal adequadamente, no mínimo 06 consultas durante a gestação;
- Realizar os exames necessários durante a gestação;
- Participar de reuniões com orientações sobre temas importantes para melhor qualidade de vida;
- Guardar o Cartão da Gestante até um ano após o nascimento do filho, para investigações caso haja necessidade;
- Investir em boa alimentação, atividades físicas e abandono de vícios para diminuir riscos à saúde;
- Manter o cartão de vacina atualizado;
- Responsabilizar-se pelo filho menor de um ano de idade nas consultas com os profissionais de saúde para avaliação do crescimento e desenvolvimento;
- Não se automedicar e evitar este hábito com os familiares;
- Procurar os profissionais de saúde em caso de dúvidas sobre cuidados com a saúde



Elaboração:

Jayla Siqueira Pinto Martins

Revisão:

Janaina de Almeida e Silva | Coordenadora de Vigilância
Epidemiológica

Rosikelly Silva de Oliveira Andrade | Diretora da Vigilância
Epidemiológica e Ambiental

Aprovação:

Iron Pereira Souza | Superintendente de Vigilância em Saúde

Alessandro Leonardo Alvares Magalhães | Secretário Municipal de
Saúde



Referências

- BERQUÓ, Elza Salvatori; CAVENAGHI, Suzana Marta. Parturições e fecundidade no Brasil: análise da transição e implicações sociais. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 38, e0192, 2021. DOI: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0192>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao parto e nascimento: guia para profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 32: atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Óbito: manual de instruções para preenchimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de saúde: conceitos, métodos e aplicações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância do Óbito Materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br>. Acesso em: 15 jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Vigilância em Saúde**. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2018. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM): manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br>. Acesso em: 15 jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Indicadores e Dados Básicos de Saúde (IDB)**. Brasília: DATASUS, 2023. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br>. Acesso em: 15 jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos: manual de instruções para o preenchimento da Declaração de Nascimento Vivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Boletins Epidemiológicos: diretrizes e recomendações técnicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2021: uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- COSTA, Andréia J. et al. Análise temporal da mortalidade infantil no Brasil: desigualdades regionais persistentes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, n. 3, p. 721–731, 2021. DOI: 10.1590/1806-93042021000300005.



DATASUS. **Indicadores de Mortalidade – CID-10**. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br>. Acesso em: 15 jan. 2026.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Principais questões sobre Classificação de Robson: grupos, método de cálculo e valor de uso da classificação**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br>. Acesso em: 15 jan. 2026.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas do Registro Civil 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 15 jan. 2026.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas do Registro Civil 2023**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 15 jan. 2026.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sociodemográficos e de fecundidade no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

INSTITUTO MAURO BORGES DE ESTATÍSTICAS E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Projeções Populacionais Municipais – Goiás, 2020–2025**. Goiânia: IMB, 2024.

LEAL, Maria do Carmo et al. COVID-19 e mortalidade materna no Brasil: panorama, desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 22, n. 1, 2022.

MOURA, Eryl Catarina et al. A importância da qualidade dos dados de mortalidade para políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, e129, 2020.

VIANA, Daniela Fernandes et al. Mortalidade materna no Brasil: desafios persistentes e estratégias de enfrentamento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 23, n. 1, p. 89–101, 2023.

VIANA, Luciana A. et al. Escolaridade materna e seus efeitos sobre a saúde perinatal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 141–148, 2023. DOI: 10.1055/s-0042-1757382.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – 10th Revision (ICD-10)**. 2. ed. Geneva: WHO, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Statement on Caesarean Section Rates**. Geneva: WHO, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Robson Classification: implementation manual**. Geneva: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adolescent pregnancy**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 15 jan. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality 2000 to 2020**. Geneva: WHO, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2023**. Geneva: WHO, 2023.