



BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO VIGILÂNCIA DO ÓBITO E NASCIDOS VIVOS

Boletim Semestral – 2025/1

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 2024 e na parcial do 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 Informações 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,



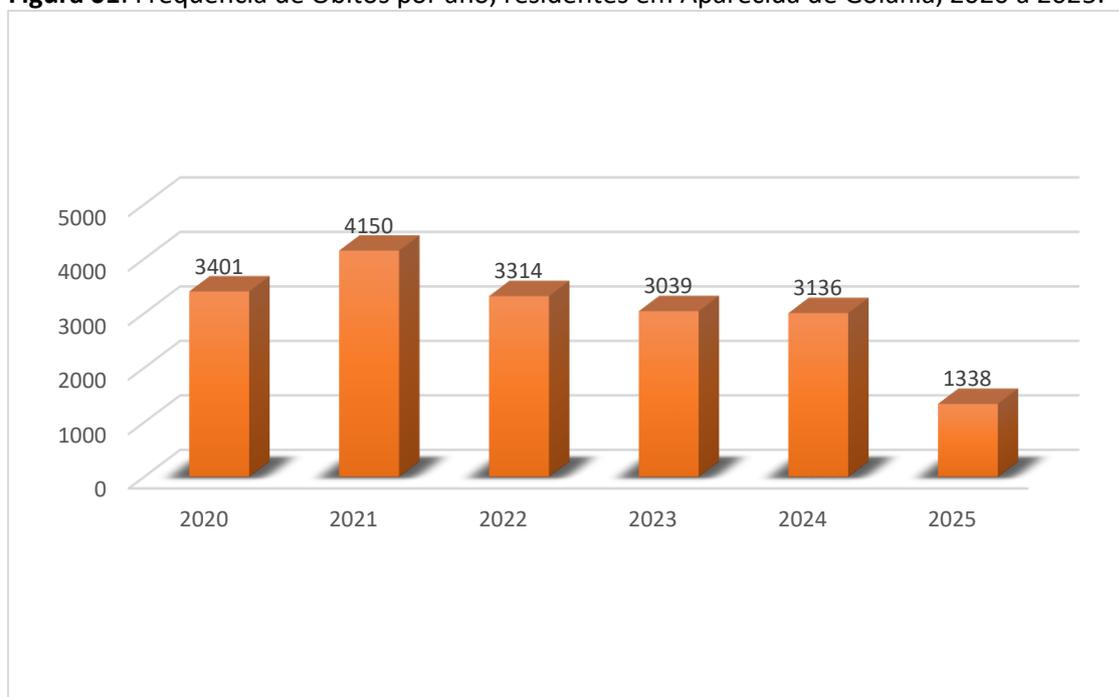
formulação, monitoramento e avaliação de políticas públicas, além de possuir implicações legais e administrativas relevantes (BRASIL, 2022).

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 1.338 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. A TBM para 2025 ainda não é definitiva, pois os dados ainda estão sendo alimentados e representam apenas uma parcial do ano. No entanto, os registros preliminares indicam tendência de manutenção do padrão observado anteriormente.

Ao analisar a série histórica dos últimos cinco anos, observa-se uma média anual de 3.408 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 2023 (com 3.039 óbitos) e 2024 (3.136 óbitos) revela uma média bianual de 3.087,5 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 a formulação de políticas públicas mais eficazes e equitativas (MOURA et al., 2020).

Figura 01. Frequência de Óbitos por ano, residentes em Aparecida de Goiânia, 2020 a 2025.

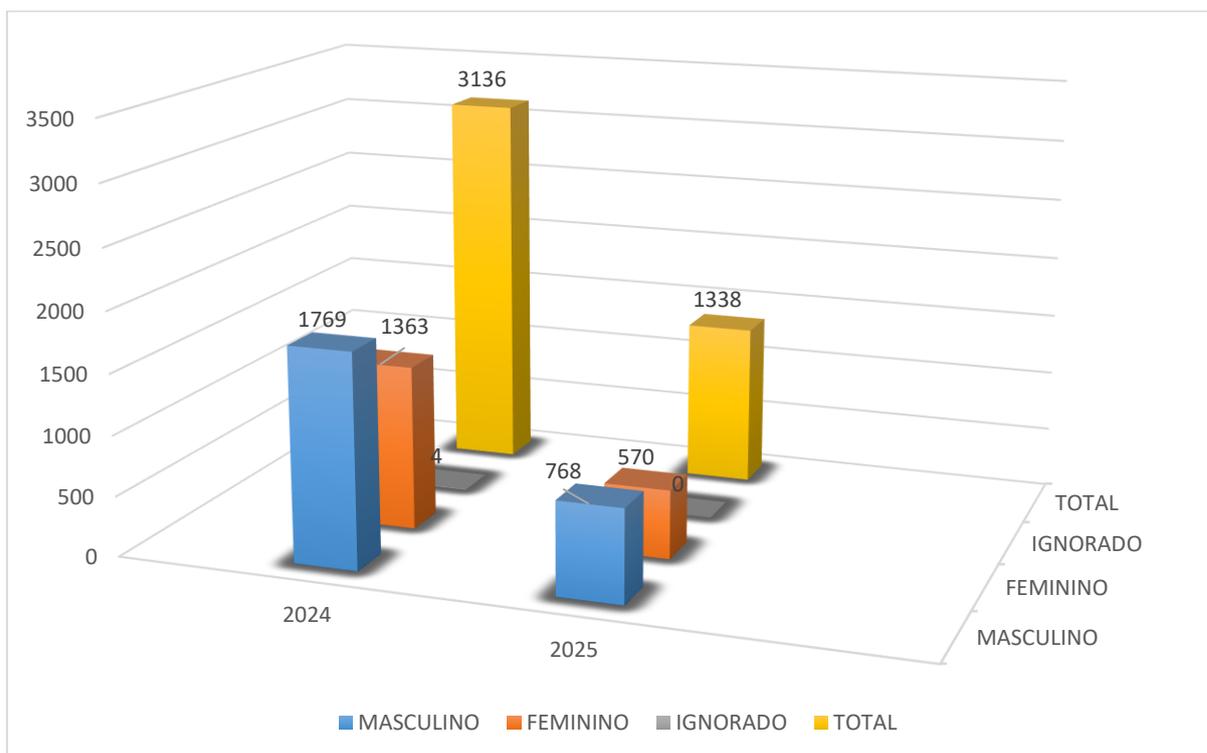


Fonte: SIM – Sistema de Mortalidade/ DATASUS.
Dados preliminares sujeitos a alterações – 1º Semestre de 2025.



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 Informações sobre Mortalidade (SIM).

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



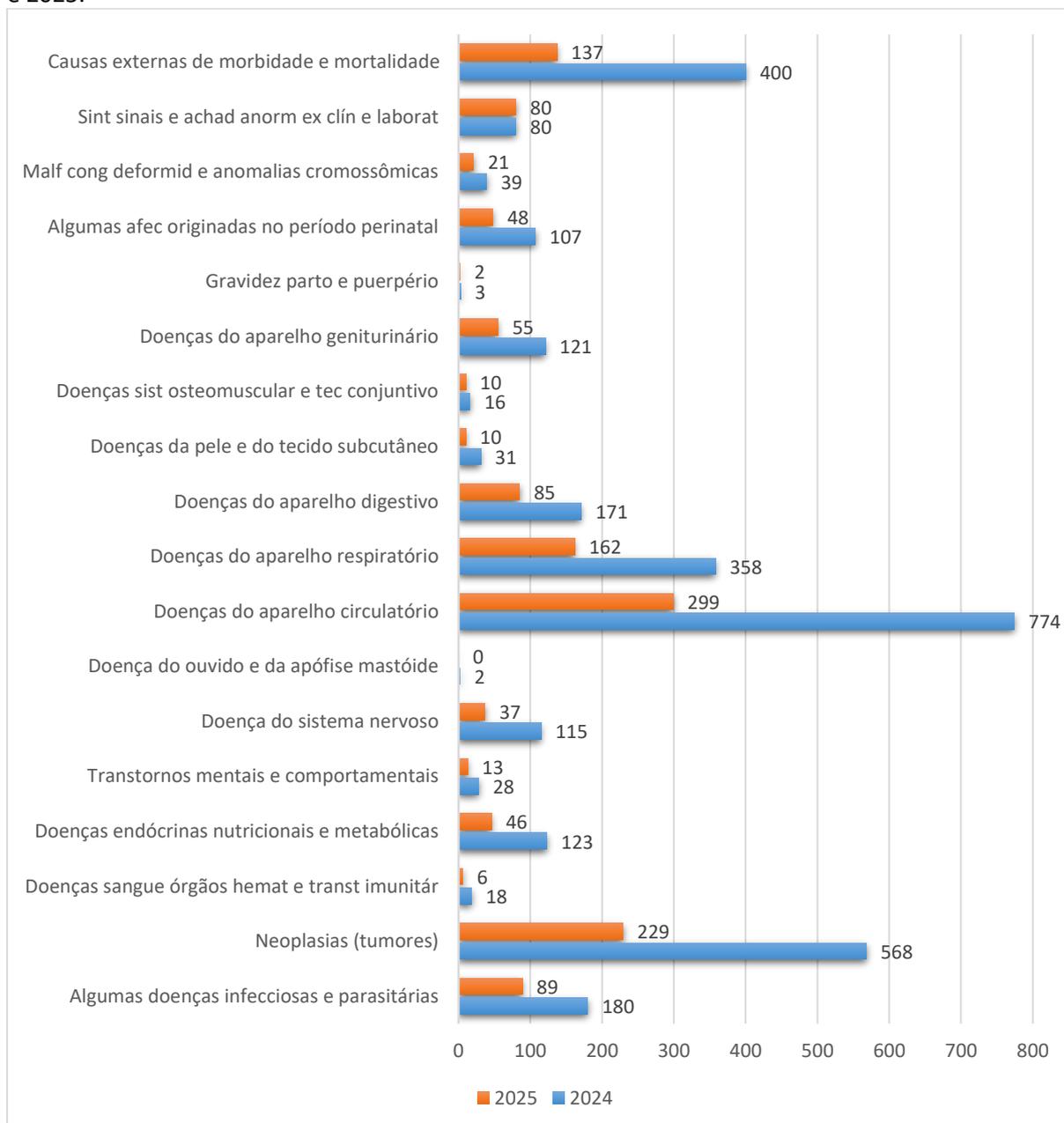
Fonte: SIM – Sistema de Mortalidade/ DATASUS.
Dados preliminares sujeitos a alterações – 1º Semestre de 2025.

Em 2024, foram registrados 3.136 óbitos em Aparecida de Goiânia, dos quais 56,41% foram do sexo masculino (1.769 casos), 43,46% do sexo feminino (1.363 casos) e 0,13% classificados como ignorados (4 casos). Já em 2025, até a data de corte da análise, foram registrados 1.338 óbitos, com 57,39% masculinos (768 casos) e 42,61% femininos (570 casos), não havendo registros ignorados.

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 – 1º Semestre de 2025.

Ao analisar as principais causas de óbito entre os anos de 2024 e 2025 no município de Aparecida de Goiânia, observa-se que Doenças do aparelho circulatório continuam sendo a principal causa de óbitos, representando 24,7% dos óbitos em 2024 (774 casos) e 22,5% em 2025 (299 casos). Apesar da redução numérica, o perfil de destaque permanece.

Neoplasias (cânceres) ocupam o segundo lugar nos dois anos, com 18,1% em 2024 (568 casos) e 17,2% em 2025 (229 casos), mostrando estabilidade no peso epidemiológico.

Embora os dados de 2025 ainda sejam parciais, observa-se que as causas externas já representam 10,2% das mortes registradas, em comparação a 12,7% em 2024. Essa proporção, ainda



que inferior ao consolidado do ano anterior, indica a persistência de um padrão significativo de mortalidade por causas evitáveis, o que reforça a importância da continuidade e fortalecimento de políticas públicas voltadas à segurança, prevenção da violência e redução de acidentes.

Um ponto de atenção é o crescimento proporcional de doenças do aparelho respiratório, passando de 11,4% para 12,2% do total, o que pode estar relacionado a fatores sazonais ou agravamento de doenças crônicas.

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 1,94% (61) do total de óbitos em 2024. 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, tirando deste 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.

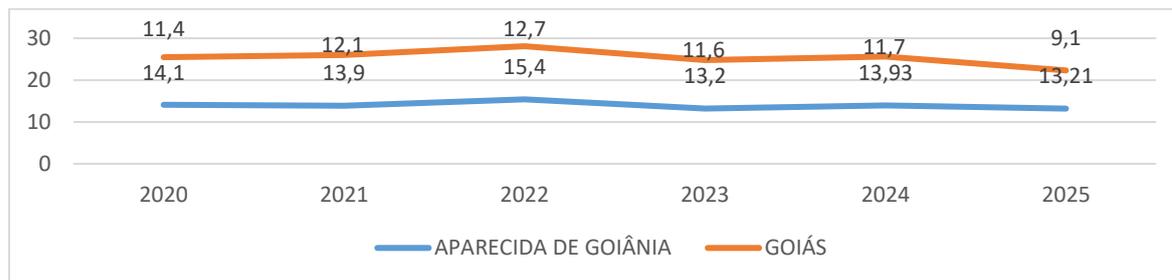
MORTALIDADE FETAL E INFANTIL

Em 2024, observou-se 67 óbitos fetais e 100 óbitos infantis em menores de 1 ano. Evidenciando a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) de 13,93 óbitos a cada 1.000 Nascidos Vivos (NV). Observa-se uma elevação ao comparar com o ano anterior. Em 2025 até o momento já ocorreram 31 óbitos fetais e 45 óbitos infantis, com uma TMI de 13,21.

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.



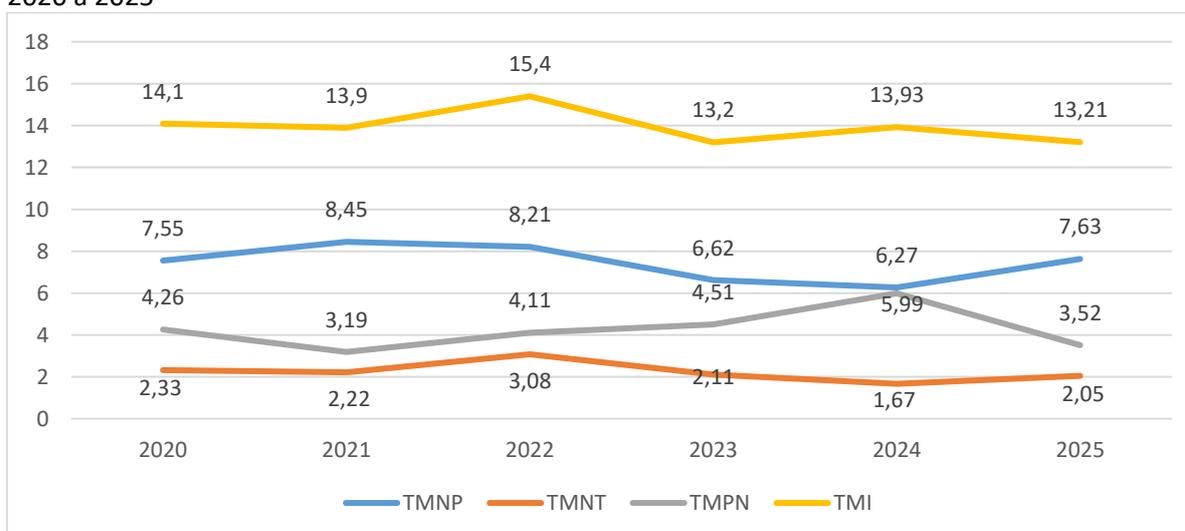
Fonte: SIM – Sistema de Mortalidade/ DATASUS.
Dados preliminares sujeitos a alterações – 1º Semestre de 2025.

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 27 dias; taxa de mortalidade pós-neonatal (TMPN) de 28 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 – 1º Semestre de 2025.

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

TMNT – TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL TARDIA (7 – 27 DIAS)

TMPN – TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL PÓS-NEONATAL (28 DIAS ATÉ 364 DIAS)

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

Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Ambiental

Rua Riachuelo Qd. 06 Lt. 26 e 27 Jardim Nova Olinda – Aparecida de Goiânia / Goiás CEP: 74.988-625



A TMI apresentou flutuações nos últimos seis anos, atingindo seu pico em 2022 (15,4/1000 NV) e a menor taxa em 2023 (13,2). Em 2024, a taxa voltou a subir (13,93) e apresentou leve queda parcial em 2025 (13,21). Esses valores mantêm Aparecida de Goiânia acima da média estadual, como mostrado na análise anterior, o que reforça a necessidade de intensificação das políticas de redução da mortalidade infantil.

A TMNP é a maior entre os componentes em todos os anos analisados, destacando-se como o principal contribuinte para a TMI. Após queda significativa em 2023 (6,62), houve uma elevação em 2025 (7,63), indicando que fatores relacionados ao pré-natal e assistência ao parto ainda requerem atenção.

A TMNT apresentou o maior índice registrado em 2022 (3,08), houve uma queda significativa em 2023 e 2024, alcançando seu menor valor em 2024 (1,67). No entanto, em 2025, nota-se um leve aumento para 2,05, sinalizando possível perda nos avanços obtidos no ano anterior. Esse comportamento pode estar relacionado à melhoria dos cuidados pós-natais imediatos nos anos anteriores, mas também evidencia a necessidade de fortalecimento de protocolos padronizados de cuidado neonatal para garantir a sustentabilidade das reduções na mortalidade.

A TMPN apresentou crescimento entre 2022 (4,11) e 2024 (5,99), chegando a níveis semelhantes a TMNP nesse período — o que pode sinalizar falhas na continuidade do cuidado após o primeiro mês de vida. Em 2025, observa-se uma redução para 3,52, embora seja importante destacar que os dados são parciais, referentes apenas ao primeiro semestre. Esse comportamento reforça a importância do fortalecimento das ações de vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, especialmente 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).

Ao verificar as principais causas de óbito infantil, separadas conforme os capítulos do CID-10, foi possível construir a tabela a seguir:



Tabela 01 - Frequência por faixa etária infantil segundo Causas Determinada – menores de 01 ano.

Causa (CID10 CAP)	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025
	< 1H	01-06D	07-27D	28D-<1	Total					
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	1	0	0	0	0	9	0	9	1
II. Neoplasias (tumores)	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
VI. Doenças do sistema nervoso	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0
X. Doenças do aparelho respiratório	0	0	0	0	0	0	5	2	5	2
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	10	12	24	7	7	4	3	0	44	23
XVII. Malf. Cong. Deformid. e anomalias cromossômicas	4	0	7	6	5	2	10	4	26	12
XVIII. Sint. sinais e achad. Anorm. Ex. clín. e laborat.	0	0	0	0	0	1	4	3	4	4
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0
Total	14	13	31	13	12	7	43	12	100	45

Fonte: SIM – Sistema de Mortalidade/ DATASUS.
Dados preliminares sujeitos a alterações – 1º Semestre de 2025.

A mortalidade infantil é um importante indicador de saúde pública, refletindo tanto as condições socioeconômicas quanto a qualidade da atenção à saúde pré-natal, neonatal e no primeiro ano de vida. Quase metade dos óbitos infantis em 2024, (43%) ocorreu no período pós-neonatal (28 dias a <1 ano), o que pode indicar fragilidades no cuidado após a alta hospitalar, especialmente em relação a infecções, acompanhamento clínico e ambiente familiar. A mortalidade ainda é expressiva no período neonatal precoce (0–6 dias), com 45% dos casos, refletindo a importância da atenção ao parto e nascimento. O perfil Epidemiológico dos Óbitos em 2024, demonstram elevada concentração em causas evitáveis ou parcialmente evitáveis, como afecções perinatais e respiratórias. Também marcado predomínio de causas precoces e estruturais, ligadas a eventos do pré-natal, parto e puerpério imediato. A presença relevante de malformações congênitas indica a importância do planejamento reprodutivo e da investigação genética.

O cenário de 2024 mostra que a mortalidade infantil, embora multifatorial, continua fortemente marcada por causas evitáveis. As maiores fragilidades se concentram no período neonatal precoce e no pós-neonatal, apontando a necessidade de ações coordenadas entre os níveis de atenção à saúde da mulher e da criança.

É necessário aguardar os dados do segundo semestre de 2025 para uma consolidação estatística mais robusta.



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).

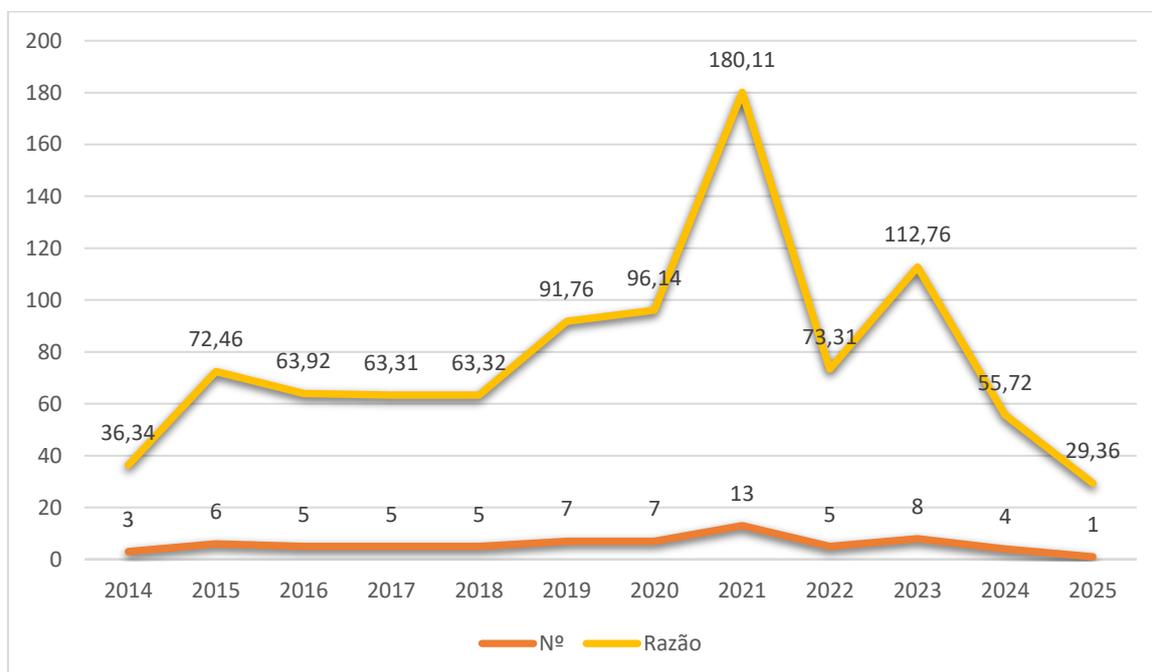
No município de Aparecida de Goiânia, foram registrados, em 2024, quatro (4) óbitos maternos, resultando em uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 55,72 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Este valor está acima da meta estipulada pelo Ministério da Saúde para os municípios brasileiros, que busca manter 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 encerramento do primeiro semestre, já foi confirmado um (1) óbito materno, 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).

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 – 1º Semestre de 2025.

Ao analisar o gráfico anterior visualiza-se que o ano de 2021 apresenta o maior número absoluto de óbitos (13) e a maior RMM (180,11). Isso coincide com o segundo ano da pandemia de COVID-19, que teve impactos severos sobre a assistência pré-natal e obstétrica em todo o país. Estudos mostram que a pandemia contribuiu diretamente para o aumento da mortalidade materna, principalmente por complicações associadas à infecção pelo SARS-CoV-2 e pela redução de acesso a serviços essenciais (LEAL et al., 2022).

De 2021 a 2025 há uma tendência de redução, observa-se uma queda importante nos indicadores após 2021. Em 2024, a RMM é de 55,72, e em 2025 (dados parciais), cai ainda mais para 29,36, o menor valor da série histórica. Essa queda pode ser reflexo da retomada das políticas públicas voltadas à atenção pré-natal, investimentos na rede de atenção materno-infantil e capacitação das equipes de saúde. Só será possível afirmar tais hipóteses após o fechamento dos dados e conclusão de investigações.

A RMM depende diretamente da quantidade de nascidos vivos (NV). Assim, mesmo com números semelhantes de óbitos (como entre 2016 e 2018), a razão pode variar levemente conforme oscila o total de nascimentos. Por isso, embora o número de mortes tenha se mantido estável em alguns anos, a RMM apresentou variações perceptíveis.

Segundo o Ministério da Saúde, a meta nacional é alcançar uma Razão de Mortalidade Materna inferior a 30/100 mil nascidos vivos até 2030, conforme os Objetivos de Desenvolvimento



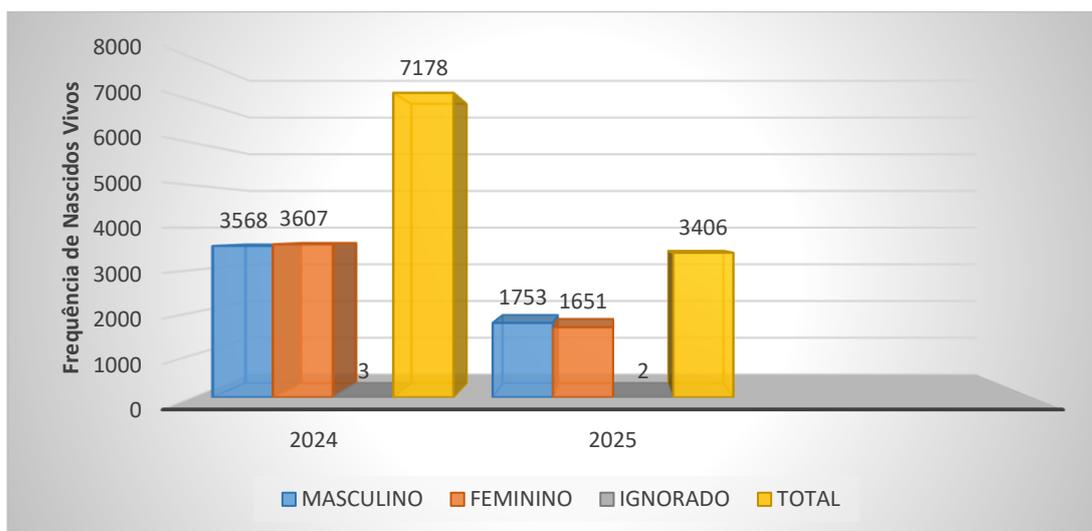
Sustentável da ONU (ODS 3.1). A parcial de 2025 já se aproxima dessa meta, com 29,36, o que é um indicativo positivo — mas exige cautela, pois os dados ainda são parciais.

Recomenda-se: Manutenção da vigilância ativa sobre casos de morte materna; Ampliação da cobertura de pré-natal de qualidade, com pelo menos 6 consultas, conforme recomendações da OMS; Monitoramento de causas evitáveis de morte materna, como hipertensão, hemorragias e infecções; Atenção à saúde mental materna, que pode ser negligenciada, especialmente no pós-parto.

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. No primeiro semestre de 2025 foram 3.406 nascidos vivos, gerando uma média de 567,66. 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 – 1º Semestre de 2025.

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 02. 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	2586	4438	7024		1252	2066	4	3322
Dupla	13	137	150		12	67	0	79
Tripla e+	0	3	3		0	3	0	3
N inf	0	1	1		0	2	0	2
Total	2599	4579	7178		1264	2138	4	3406

Fonte: SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos / DATASUS.
Dados preliminares sujeitos a alterações – 1º Semestre de 2025.

É visível a predominância de gestações Únicas, em ambos os anos. Mais de 97% dos partos ocorreram em gestações únicas, o que está de acordo com a tendência nacional (BRASIL, 2023). Isso reflete uma baixa incidência de gravidez múltipla, geralmente associada a fatores como idade materna avançada e reprodução assistida.

Em 2024, a proporção de partos cesáreos foi de 63,8% do total, enquanto em 2025 manteve-se elevada com 62,7%. Isso supera amplamente a recomendação da Organização Mundial da Saúde (até 15%), apontando possível excesso de cesáreas eletivas ou por conveniência (WHO, 2015). O padrão se mantém em gestações únicas e múltiplas.

Embora as gestações múltiplas (Duplas e Triplas) representem pequena parcela, o número de partos duplos e triplos manteve-se estável entre os anos, com predominância absoluta do parto cesário nesses casos (90% ou mais). Essa conduta médica é justificável pelo maior risco obstétrico associado.

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 Informações 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 48,64% 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 90,09%, refletindo uma forte tendência de repetição do procedimento. A taxa geral de cesarianas no município em 2024 foi de 69,79%, superando substancialmente o limite recomendado por órgãos 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 podem contribuir para a redução das taxas de cesariana eletiva sem indicação clínica, alinhando a prática obstétrica municipal às recomendações nacionais e internacionais.

Tabela 03. Monitoramento de cesáreas - Grupos de Robson. Residentes em Aparecida de Goiânia, 2024.

Taxa geral de cesárea (CS) (%) = 69,79%				
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 (%)
1. Nulípara, gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	501 / 1030	14,35%	48,64%	6,98%
2. Nulípara, gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, com indução ou cesárea anterior ao trabalho de parto	733 / 947	13,19%	77,40%	10,21%
3. Multípara, (excluindo cesárea prévia) gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	127 / 686	9,56%	18,51%	1,77%
4. Multípara, (excluindo cesárea prévia) gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, com indução ou cesárea realizada antes do início do trabalho de parto	171 / 334	4,65%	51,20%	2,38%



Taxa geral de cesárea (CS) (%) = 69,79%

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 (%)
5. Com cesárea anterior, gestação única, cefálica, >= 37 semanas	1446 / 1605	22,36%	90,09%	20,14%
6. Todos partos pélvicos em nulíparas	81 / 90	1,25%	90,00%	1,13%
7. Todos partos pélvicos em múltiparas (incluindo cesárea prévia)	74 / 77	1,07%	96,10%	1,03%
8. Todas gestações múltiplas (incluindo cesárea prévia)	129 / 140	1,95%	92,14%	1,80%
9. Todas as apresentações anormais (incluindo cesárea prévia)	8 / 8	0,11%	100,00%	0,11%
10. Todas gestações únicas, cefálicas, <= 36 semanas (incluindo cesárea prévia)	443 / 682	9,50%	64,96%	6,17%
11. Nascimentos não classificados por falta de resposta a algum dos itens necessários para classificá-los nos grupos de 1 a 10.	27 / 35	0,49%	77,14%	0,38%
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 – 1º Semestre de 2025.

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

Tabela 04. Características maternas e do pré-natal das gestantes, residentes em Aparecida de Goiânia, 2024.

CARACTERÍSTICAS MATERNAS	N	%		
		ANO 2024	ANO 2025 (Parcial)	
IDADE DAS MULHERES GESTANTES				
Entre 10 e 14 anos	22	0,31	17	0,50
Entre 15 e 20 anos	1048	14,60	475	13,94
Entre 21 e 30 anos	3709	51,67	1831	53,76
Entre 31 e 40 anos	2223	30,97	990	29,07
Entre 41 e 50 anos	176	2,45	93	2,73
Acima de 50 anos	0		0	
ESCOLARIDADE DAS GESTANTES				
Não informado	10	0,01	10	0,29
Ensino Infantil	17	0,24	4	0,12
Ensino Fundamental	404	5,63	202	5,93
Ensino Médio	4918	68,51	2296	67,41



Ensino Superior	1824	25,41	892	26,19
Sem Escolaridade	5	0,07	2	0,06

**QUANTIDADE DE CONSULTAS NO PRÉ
NATAL**

Nenhuma	101	1,41	52	1,53
De 1 a 3 consultas	408	5,70	203	5,96
De 4 a 6 consultas	1254	17,47	508	14,91
De 7 a mais consultas	5395	75,16	2640	77,51
Não informado	20	0,27	3	0,09

**QUANTIDADE DE FILHOS VIVOS
ANTERIORES**

Nenhum	3081	42,92	1464	42,98
De 01 a 02 filhos	3405	47,44	1650	48,45
De 03 a 04 filhos	566	7,89	251	7,37
De 05 a 11 filhos	126	1,75	41	1,20
TOTAL	7.178	100	3406	100

Fonte: SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos / DATASUS.
Dados preliminares sujeitos a alterações – 1º Semestre de 2025.

Observa-se predominância de gestantes na faixa etária entre 21 e 30 anos, representando 51,67% dos nascimentos em 2024 e 53,76% em 2025. A segunda maior faixa corresponde às mulheres entre 31 e 40 anos (30,97% em 2024 e 29,07% 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 14,44% 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 67,41% em 2025), seguido do Ensino Superior (25,41% em 2024 e 26,19% 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).

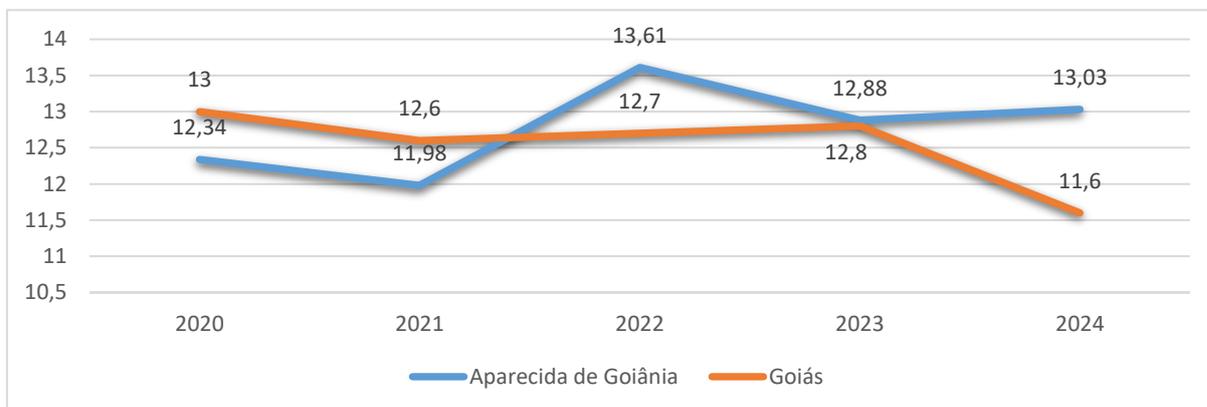
A cobertura de consultas pré-natais é um indicador importante de qualidade da atenção à saúde. Em 2024, 75,16% das gestantes realizaram sete ou mais consultas, percentual que aumentou para 77,51% em 2025. Esse resultado supera a meta mínima recomendada pelo Ministério da Saúde, que é de 70% (BRASIL, 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 1,53% 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 90,36% em 2024 e 91,43% 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 demonstram uma Taxa Bruta de Natalidade de 13,03 para cada mil habitantes.

Figura 08. Taxa Bruta de Natalidade de Aparecida de Goiânia e Goiás de 2020 a 2024.



Fonte: SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos / DATASUS.
Dados preliminares sujeitos a alterações – 1º Semestre de 2025.

Aparecida de Goiânia apresenta uma variação oscilante, com uma importante elevação em 2022. O aumento da natalidade pode estar relacionado à recuperação pós-pandemia de COVID-19, melhor cobertura pré-natal ou aspectos demográficos locais, como maior proporção de população jovem em idade fértil.

O estado de Goiás apresentou uma tendência de estabilidade seguida por declínio acentuado em 2024. Essa queda pode indicar redução da fecundidade, envelhecimento populacional ou maior uso de métodos contraceptivos. Reflete também o padrão nacional de transição demográfica, com redução contínua das taxas de natalidade (BRASIL, 2021; IBGE, 2023).

Em 2020 e 2021, Goiás superou Aparecida de Goiânia, a partir de 2022, Aparecida ultrapassa a taxa estadual, mantendo-se acima até 2024. A distância entre as curvas em 2024 mostra um contraste relevante: enquanto o estado registra queda expressiva, Aparecida mantém estabilidade, o que pode demandar políticas locais diferenciadas de planejamento familiar, saúde reprodutiva e oferta de serviços perinatais.

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 mais 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 05- Taxa de Fecundidade Específica e Total em mulheres com idade fértil (15 - 49anos) residentes em Aparecida de Goiânia entre 2020 à 2024.

FAIXA ETÁRIA	NASCIDOS VIVOS	NÚMERO DE MULHERES	TAXA DE FECUNDIDADE ESPECÍFICA	TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL
ANO 2020				
15-19 anos	827	22.624	0,036554	
20-24 anos	1.879	25.958	0,072386	
25-29 anos	1.922	27.473	0,069959	
30-34 anos	1.542	27.735	0,055598	
35-39 anos	872	26.504	0,032901	
40-44 anos	193	23.670	0,008154	
45-49 anos	13	19.905	0,000653	
TOTAL	7.248	173.869	0,276205	1,38
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	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	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	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	0,265408	1,33

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

Dados preliminares sujeitos a alterações – 1º Semestre de 2025.

Taxa de Fecundidade: calculada em mulheres com 15-49 anos de idade. $TFT = \text{soma da TFE} \times 5$ (intervalo da faixa etária) = Número médio de filhos por mulheres.

Observa-se uma tendência decrescente da Taxa de Fecundidade Total (TFT) ao longo dos últimos anos, refletindo mudanças no comportamento reprodutivo da população. Entre 2022 e 2024, houve uma queda acentuada, embora em 2023 tenha sido registrado um leve aumento, atingindo 1,54 filhos por mulher. Essa tendência acompanha o movimento nacional de redução da fecundidade, refletindo mudanças culturais, maior acesso a métodos contraceptivos, maior escolaridade feminina e inserção no mercado de trabalho.

A maior TFE foi registrada na faixa 25–29 anos com 0,77 (ou 77 nascimentos para cada mil mulheres), seguida da faixa 20–24 anos com 0,75. As faixas 15–19 anos (0,32) e 30–34 anos (0,65) também apresentaram contribuições relevantes. A fecundidade em mulheres acima de 35 anos diminuiu drasticamente, com valores inferiores a 0,2, refletindo o comportamento esperado da curva de fecundidade.

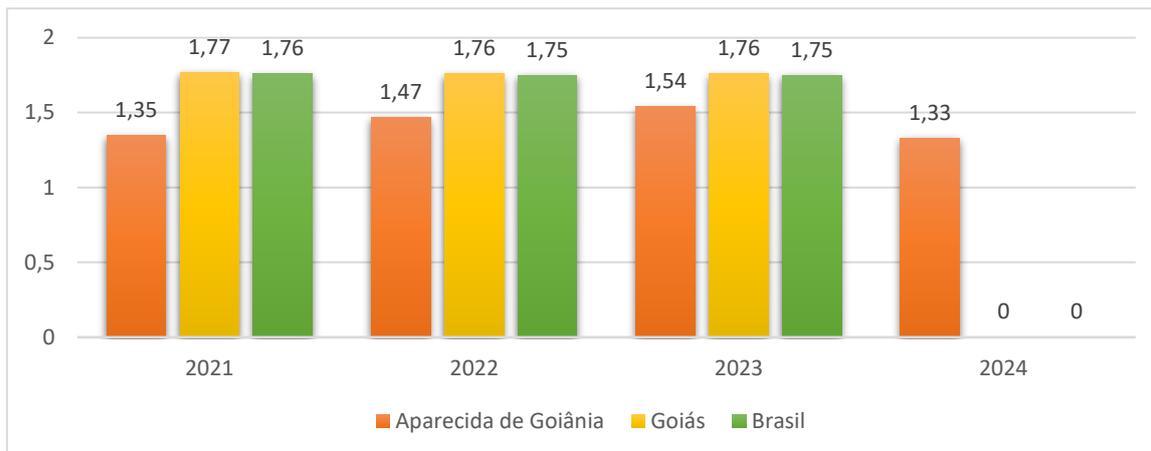
O pico de fecundidade entre 25 e 29 anos mantém-se estável ao longo dos anos, o que está em consonância com o padrão observado nacionalmente (IBGE, 2022). A redução da TFT para 1,33 em 2024 indica que o município está abaixo da taxa de reposição populacional (estimada em 2,1 filhos por mulher), o que, a longo prazo, pode levar ao envelhecimento populacional e à redução do crescimento natural da população. A fecundidade em adolescentes (15–19 anos), apesar de em queda, ainda representa uma proporção relevante e exige atenção quanto às políticas de saúde sexual e reprodutiva para esse público.

Cabe ressaltar que as estimativas populacionais por faixa etária para os anos de 2020 à 2024, foram realizadas de acordo com a projeção populacional fornecidas pelo Instituto Mauro Borges (2024).

Na sequência foi construído um gráfico comparando as taxas de fecundidade de Aparecida de Goiânia, de Goiás e do Brasil, os dados deste município foram calculados conforme está descrito anteriormente, já as taxas do estado e a nacional foram extraídas da publicação estadual Goiás em Dados, embora a publicação mais recente seja de 2025 não apresentou os valores do ano de 2024.



Figura 09. Taxa de Fecundidade – Brasil, Goiás e Aparecida de Goiânia, entre 2021 a 2024*.



Fontes: SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos / DATASUS.
Dados de Goiás e do Brasil extraído do GOIÁS EM DADOS. https://goias.gov.br/imb/wp-content/uploads/sites/29/2025/02/Goias_em_dados_2024.pdf

Aparecida de Goiânia apresenta consistentemente uma TFT inferior à do estado de Goiás e do Brasil em todos os anos analisados. Houve um leve crescimento na TFT de Aparecida de 2021 (1,35) a 2023 (1,54), com queda novamente em 2024 (1,33). Goiás e Brasil mantêm taxas estáveis em torno de 1,75–1,77, acima da taxa observada em Aparecida de Goiânia. Para o ano de 2024, os dados de Goiás e Brasil não estão disponíveis, o que pode indicar ausência de consolidação até o momento.

A Taxa de Fecundidade Total abaixo de 2,1 filhos por mulher (nível de reposição populacional) indica uma tendência de envelhecimento da população e possível redução do crescimento populacional no longo prazo.

A taxa de Aparecida de Goiânia está significativamente abaixo da média estadual e nacional, o que pode refletir maior acesso a métodos contraceptivos, maior escolaridade das mulheres, urbanização acelerada ou mudanças nos padrões socioculturais de fecundidade.

Mesmo com uma pequena elevação entre 2021 e 2023, a queda em 2024 reforça a tendência de redução da fecundidade no município, o que se alinha com padrões observados em centros urbanos mais desenvolvidos do país.

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 o Rede de Atenção à Saúde do município;
- Realizar educação em saúde constantemente com os pacientes, independente do ciclo devida;
- 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 devida;

- 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:

Josiane Rodrigues Borges | 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, E. S.; CAVENAGHI, S. M. Parturições e fecundidade no Brasil: análise da transição e implicações sociais. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, v. 38, e0192, 2021. <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0192>.

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. Secretaria de Vigilância em Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Declaração de Óbito: manual de instruções para preenchimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos de Saúde – IDB. Brasília: DATASUS, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

COSTA, A. J. et al. Análise temporal da mortalidade infantil no Brasil: desigualdades regionais persistentes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 21, n. 3, p. 721–731, 2021. DOI: 10.1590/1806-93042021000300005.

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:

Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Ambiental

Rua Riachuelo Qd. 06 Lt. 26 e 27 Jardim Nova Olinda – Aparecida de Goiânia / Goiás CEP: 74.988-625



<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-classificacao-de-robson-grupos-metodo-de-calculo-e-valor-de-uso/>.

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

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

INSTITUTO MAURO BORGES. Estimativas e projeções populacionais municipais 2024. Goiânia: IMB, 2024.

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

MOURA, E. C. et al. A importância da qualidade dos dados de mortalidade para políticas públicas de saúde no Brasil. Revista de Saúde Pública, v. 54, n. 129, 2020.

VIANA, D. F. et al. Mortalidade materna no Brasil: desafios persistentes e estratégias de enfrentamento. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 23, n. 1, p. 89-101, 2023.

VIANA, L. A. et al. Escolaridade materna e seus efeitos sobre a saúde perinatal. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 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/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Trends in Maternal Mortality 2000 to 2020. Geneva: WHO, 2023.

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