

Boletim Epidemiológico sobre Nascidos Vivos de Porto Alegre, 2014 a 2023

Editorial

Apresentamos a primeira edição do Boletim Epidemiológico (BE) sobre os nascidos vivos em Porto Alegre, que traz a análise do perfil epidemiológico a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), sob gestão da Equipe de Eventos Vitais da Diretoria de Vigilância em Saúde (Evev/DVS).

O Sinasc foi implantado em 1990 com o objetivo de monitorar o perfil dos nascimentos ocorridos no Brasil, abrangendo os setores público, privado e também partos domiciliares. As informações contemplam aspectos demográficos, dados do pré-natal, características da gestação e do parto, fundamentais para subsidiar o planejamento em saúde e orientar ações de vigilância.

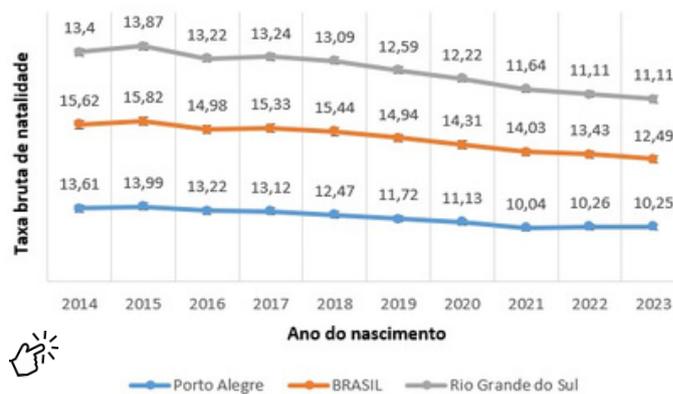
Para a elaboração deste boletim, foram utilizados dados do DataSUS/Tabnet/Sinasc, correspondentes ao período de 2014 a 2023. As informações referentes aos distritos sanitários e hospitais, relativas ao ano de 2023, foram obtidas na base da Secretaria Municipal de Saúde, em razão de seu caráter específico para o município. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/sms/vigilancia-em-saude/eventos-vitais>

Do ponto de vista epidemiológico, o boletim constitui uma importante ferramenta para o monitoramento do perfil de nascimentos, apoiando a formulação de políticas públicas, o planejamento de ações e a definição de recomendações para a saúde materno-infantil em Porto Alegre.

Perfil Epidemiológico

A taxa bruta de natalidade indica quantos nascimentos vivos ocorrem por mil habitantes em um ano. Esse indicador é essencial para analisar o crescimento populacional e as transformações sociais de uma região ao longo do tempo.

Figura 1. Taxa bruta de natalidade por 1000 habitantes, Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, 2014 a 2023.



Fonte: DataSUS/Tabnet/Sinasc, dados extraídos em: 01/08/25. População IBGE Censo 2010¹ e Censo 2022².

A figura 1 apresenta a série histórica da Taxa Bruta de Natalidade de 2014 a 2023, comparando os residentes de Porto Alegre, Rio Grande do Sul e o Brasil. Observa-se uma tendência contínua de queda nas taxas nos três níveis analisados, acompanhando um fenômeno já esperado no contexto de transição demográfica, marcado por menor fecundidade, maior escolaridade feminina, urbanização e maior acesso à saúde reprodutiva².

Porto Alegre mantém, ao longo do período, os menores índices de natalidade, reforçando seu perfil de cidade com população mais envelhecida e menor taxa de fecundidade. A capital gaúcha apresentou uma redução de 13,61 para 10,25 na taxa bruta de natalidade em uma década, o que aponta uma tendência que pode impactar diretamente nas políticas públicas, como planejamento urbano, saúde materno-infantil e educação.

Figura 2. Distribuição dos nascidos vivos, Porto Alegre, 2014 a 2023.

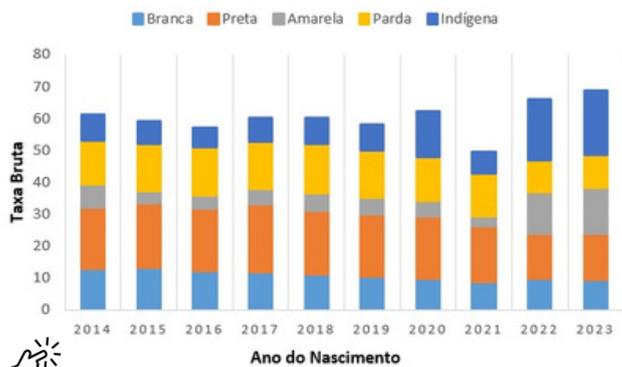


Fonte: DataSUS/Tabnet/Sinasc, dados extraídos em: 29/08/25. População IBGE Censo 2010¹ e Censo 2022².

A figura 2 demonstra uma queda contínua no número de nascidos vivos em Porto Alegre entre 2014 e 2023. Em 2014, foram registrados 19.189 nascimentos, enquanto em 2023 esse número caiu para 13.663, uma redução de aproximadamente 29% ao longo de 10 anos.

Essa tendência pode estar relacionada a vários fatores, como diminuição no número da população total do município, bem como adoção de métodos contraceptivos, redução da taxa de fecundidade e mudanças no estilo de vida e nas estruturas familiares².

Figura 3. Taxa bruta de natalidade por 1000 habitantes, segundo raça/cor da mãe, Porto Alegre, 2014 a 2023.



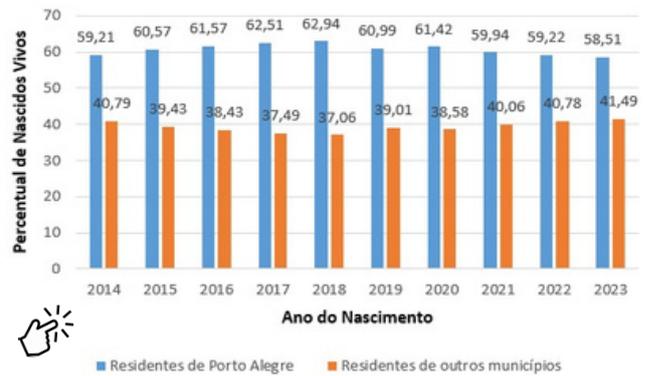
Fonte: DataSUS/Tabnet/Sinasc, dados extraídos em: 10/09/25. População IBGE Censo 2010¹ e Censo 2022².

Nesta figura evidencia-se que a taxa de natalidade na população branca apresenta uma tendência de queda contínua, passando de 12,9 para 9,56. As mulheres da raça/cor preta apresentaram as maiores taxas até 2021, atingindo pico em 2017 (21,38), sofrendo uma redução até estabilizar em 2023 (14,26). Já a taxa de natalidade na população parda seguiu padrão semelhante a branca, com queda em 2022 e leve recuperação em 2023 (10,4).

A raça/cor amarela, que historicamente teve as menores taxas, registrou um aumento inesperado entre 2014 (6,99%) e 2023 (14,57%). Estas mudanças possivelmente estejam relacionadas à redução significativa dessas populações no censo do IBGE¹ e ². (4.432 para 1.373 entre as amarelas e de 4.117 para 1.757 entre indígenas).

Observa-se que essas diferenças podem refletir desigualdades sociais e de acesso a políticas de saúde reprodutiva. Grupos historicamente mais vulneráveis, como povos indígenas e a população negra, tendem a apresentar maior fecundidade, muitas vezes relacionada a menor acesso à educação, métodos contraceptivos e planejamento reprodutivo. Isso reforça a necessidade de políticas públicas focalizadas, respeitando a diversidade cultural, garantindo equidade nos direitos sexuais e reprodutivos³.

Figura 4. Distribuição dos Nascidos Vivos segundo local de residência, Porto Alegre, 2014 a 2023.



Fonte: DataSUS/Tabnet/Sinasc, dados extraídos em: 11/08/25.

Ao longo da série histórica (Figura 4), a maior parte dos nascimentos foram de residentes de Porto Alegre, com valores variando de 59,21% (2014) a 58,51% (2023). No entanto, os residentes de fora de Porto Alegre representaram entre 40,79% (2014) e 41,49% (2023), evidenciando o município como um centro regional importante para atendimentos obstétricos, podendo gerar impactos diretos no planejamento financeiro, logístico e de pessoal, para garantir o acesso e a qualidade do cuidado.

Tabela 1. Distribuição dos nascidos vivos segundo faixa etária da mãe, Porto Alegre, 2014 a 2023.

Faixa-etária Materna /Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
10 a 14 anos	0,62	0,56	0,46	0,37	0,38	0,32	0,29	0,28	0,24	0,17
15 a 19 anos	14,05	12,98	12,22	11,47	9,69	9,54	9,03	7,68	6,64	6,24
20 a 29 anos	40,47	41,2	41,62	41,98	41,94	42,02	43,63	43,5	43,8	44,54
30 a 39 anos	40,9	41,32	41,16	41,42	42,98	42,61	41,54	42,57	42,41	42,17
40 a 49 anos	3,95	3,93	4,52	4,76	4,97	5,48	5,48	5,94	6,89	6,85
50 anos ou mais	0,01	0,01	0,02	0	0,04	0,03	0,03	0,03	0,02	0,03

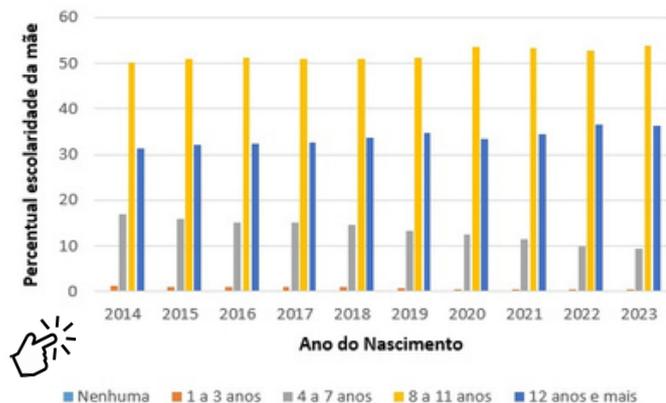
Fonte: DataSUS/Tabnet/Sinasc, dados extraídos em: 08/09/25.

A tabela 1 mostra uma redução constante nas gestações entre mães de 10 a 19 anos, passando de 14,67% (2014) para 6,41% (2023). A faixa etária de 20 a 39 anos segue concentrando a maioria dos nascimentos, representando mais de 81% dos casos.

Destaca-se ainda um aumento sutil de partos em mulheres com 40 anos ou mais de 3,96% (2014) para 6,88% (2023), o que pode indicar mudanças no perfil reprodutivo, como postergamento da maternidade, associado a fatores como carreira, planejamento familiar, maior acesso a métodos contraceptivos e avanços na reprodução assistida⁴.

A escolaridade materna mostra-se um fator de proteção à saúde perinatal. Mães com mais anos de estudo iniciam o pré-natal mais cedo, fazem mais consultas e oferecem ambientes mais seguros e estimulantes para o recém-nascido⁵.

Figura 5. Distribuição dos nascidos vivos segundo escolaridade da mãe, Porto Alegre, 2019 a 2023.



Fonte: DataSUS/Tabnet/Sinasc, dados extraídos em: 08/09/25.

Entre 2014 e 2023, observou-se em Porto Alegre uma melhora no nível educacional das mães. Houve queda na proporção de mães com 4 a 7 anos de estudo (de 16,96% para 9,41%) e aumento das que possuem 12 anos ou mais (de 31,44% para 36,19%).

A faixa de 8 a 11 anos manteve-se predominante, acima de 50% em todos os anos. As categorias com menor escolaridade ("Nenhuma" e "1 a 3 anos") permaneceram baixas e estáveis, abaixo de 1,5%. (Figura 5)

Figura 6. Distribuição dos nascidos vivos segundo raça cor, por tipo de parto, Porto Alegre, 2014 a 2023.



Fonte: SINASC/DATASUS, dados extraídos em: 08/09/25.

Referente ao tipo de parto por raça/cor, no período de 2014 a 2023, observou-se que mulheres indígenas tiveram a maior proporção de partos vaginais (71,95%), seguidas pelas mulheres pardas(62,66%) e pelas mulheres pretas(59,13%) Nas mulheres brancas verifica-se o contrário, predominando os partos cesáreos, com 54,16% (figura 6).

Esses dados sugerem possíveis desigualdades no acesso ou nas indicações de cesárea entre os grupos. No contexto brasileiro, em que o modelo assistencial é majoritariamente intervencionista, a ausência dessas intervenções pode, na verdade, indicar negligência ou desigualdade no acesso ao cuidado adequado⁶.

Isso reforça a necessidade de avaliar a qualidade do atendimento não apenas pela frequência de procedimentos, mas pelo contexto, escolha informada e equidade no cuidado prestado.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza que a taxa ideal de parto cesáreo deve ser aquela que garante o bem-estar de mães e bebês, recomendando que seja entre 10% a 15% do total de nascimentos.⁷

Tabela 2. Distribuição dos nascidos vivos segundo local de ocorrência do parto, Porto Alegre, 2014 a 2023.

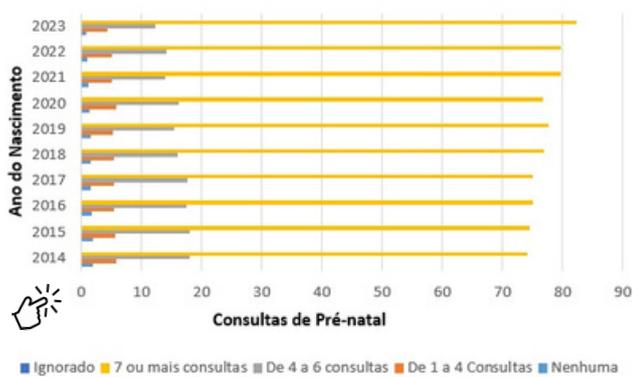
Local ocorrência/Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hospital	99,55	99,5	99,3	99,34	99,31	99,43	99,38	99,13	99,4	99,2
Outro Estabelecimento de Saúde	0,07	0,05	0,08	0,07	0,01	0,02	0,03	0,01	0	0
Domicílio	0,26	0,35	0,49	0,48	0,52	0,4	0,46	0,68	0,4	0,56
Outros	0,12	0,09	0,13	0,11	0,15	0,15	0,13	0,18	0,23	0,21

Fonte: DataSUS/Tabnet/Sinasc, dados extraídos em: 09/09/25.

Na tabela 2, observa-se que a ampla maioria dos nascimentos ocorreu em ambiente hospitalar (99,13% e 99,43%), porém ainda existe a ocorrência de partos domiciliares (0,26% a 0,68%). As demais categorias de local de ocorrência apresentam percentuais inferiores a 0,23%, o que demonstra sua baixa representatividade.

Esse cenário reforça o padrão consolidado de centralização do parto em ambiente hospitalar, conforme a política institucional vigente, sugerindo que os partos fora de hospital são situações isoladas ou decisões pessoais, sem configurar uma mudança no perfil geral do local de nascimento.

Figura 7. Distribuição dos nascidos vivos segundo o número de Consultas de Pré-Natal, Porto Alegre, 2014 a 2023.



Fonte: DataSUS/Tabnet/Sinasc, dados extraídos em: 11/08/25.

O percentual de gestantes com 7 ou mais consultas aumentou ao longo do período, de 74,07% em 2014 a 82,38% em 2023, indicando maior adesão ao pré-natal completo. A proporção de gestantes que não realizaram nenhuma consulta obteve declínio de 2,03% em 2014 a 0,87% em 2023, o que é positivo do ponto de vista da cobertura.

O panorama aponta para uma evolução positiva no acesso e na adesão ao pré-natal ao longo da série histórica, fator determinante para a proteção da saúde materna e perinatal (Figura 7).

Tabela 3. Distribuição dos nascidos vivos segundo duração da gestação, Porto Alegre, 2014 a 2023.

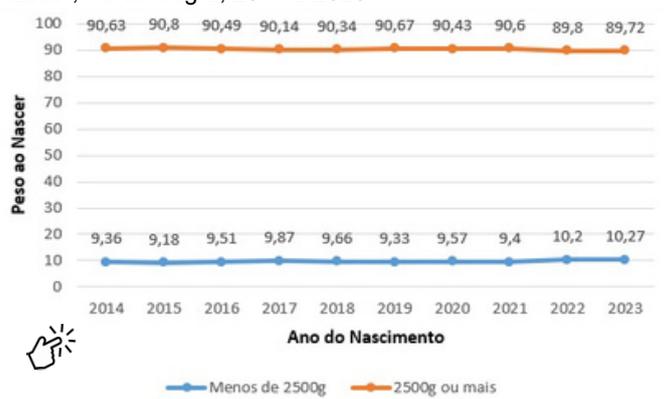
Duração Gestação	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Menos 22 Semanas	0,02	0,01	0,02	0,02	0,02	0,04	0,01	0,04	0,01	0,01
22 a 27 Semanas	0,61	0,65	0,54	0,58	0,57	0,51	0,52	0,67	0,56	0,53
28 a 31 Semanas	1,01	0,78	0,98	1,07	1,23	0,97	1,14	0,88	1,1	1,04
32 a 36 Semanas	8,63	9,52	10,08	10,17	10,43	10,2	9,7	10,13	10,91	11,37
37 a 41 Semanas	89,12	88,28	87,83	87,6	87,06	87,72	88,09	87,83	87,02	86,24
42 ou mais Semanas	0,54	0,68	0,52	0,55	0,67	0,54	0,53	0,42	0,37	0,79

Fonte: DataSUS/Tabnet/Sinasc, dados extraídos em: 08/08/25.

Na tabela 3 podemos observar que a maioria dos partos ocorreu entre 37 e 41 semanas, padrão considerado ideal, mesmo apresentando leve queda (89,12% a 86,24%). Já, os prematuros tardios (32 a 36 semanas) aumentaram gradualmente, de 8,63% (2014) para 11,37% em 2023, enquanto os nascidos com prematuridade extrema (menos de 32 semanas) permaneceram relativamente estável e baixa, girando entre 1,5% e 2%.

Este padrão pode estar associado a induções precoces, cesarianas eletivas ou fatores relacionados à qualidade do pré-natal e saúde materna.

Figura 8. Série Histórica dos Nascidos Vivos segundo Peso ao Nascer, Porto Alegre, 2014 a 2023.



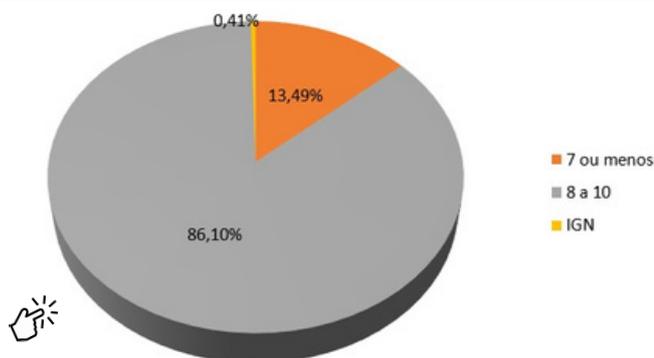
Fonte: DataSUS/Tabnet/Sinasc, dados extraídos em: 08/09/25.

Na figura 8 evidenciou-se que a maioria dos nascidos vivos tiveram peso igual ou superior a 2500g (89,72% a 90,80%). Destacou-se um ligeiro aumento na proporção de bebês com peso inferior a 2500g, passando de 9,36% em 2014 para 10,27% em 2023.

A Organização Mundial da Saúde reconhece o baixo peso ao nascer (menos de 2500g) como indicador essencial de saúde global, sendo uma condição associada a maior risco de mortalidade neonatal, atraso no desenvolvimento cognitivo e maior probabilidade de doenças crônicas na vida adulta, pois reflete problemas como desnutrição materna, assistência pré-natal inadequada e condições de saúde da gestante⁸.

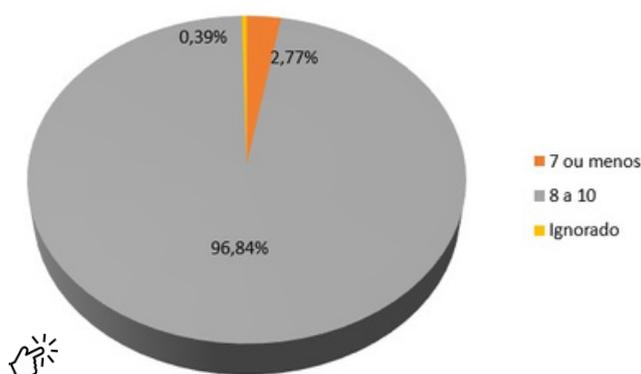
O Teste Apgar é uma escala clínica que mede a condição de um recém-nascido nos primeiros minutos de vida, usando cinco critérios: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, reflexos de irritabilidade e cor da pele, cada um com pontuação de 0 a 2. Realizada no 1º e 5º minuto (e em intervalos de 5 minutos, se necessário), uma pontuação de 7 a 10 é considerada normal, indicando uma boa adaptação do recém-nascido à vida fora do útero.

Figura 9. Distribuição dos Nascidos vivos segundo Apgar 1º minuto, Porto Alegre, 2014 a 2023.



Fonte: DataSUS/Tabnet/Sinasc, dados extraídos em: 08/09/25.

Figura 10. Distribuição dos Nascidos vivos segundo Apgar 5º minuto, Porto Alegre, 2014 a 2023.



Fonte: DataSUS/Tabnet/Sinasc, dados extraídos em: 08/09/25.

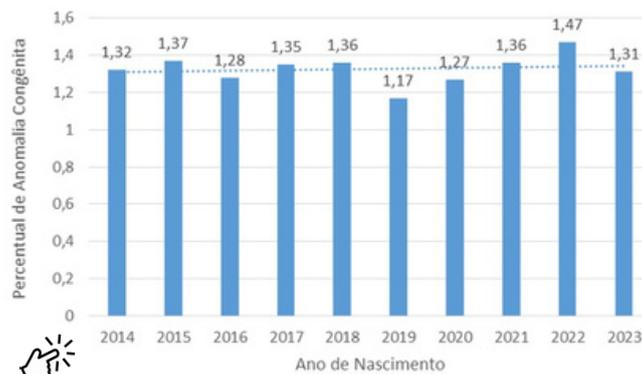
A figura 9 mostra que a maioria dos nascidos vivos apresentou boa condição ao nascer (86,10%). No entanto, 13,49% dos recém-nascidos tiveram Apgar ≤ 7 no 1º minuto. Esses casos indicam a importância do monitoramento, pois podem estar associados a partos de riscos, prematuridade ou assistência ao parto inadequada⁹.

Já na figura 10, 96,84% dos nascidos vivos apresentaram Apgar superior a 7 no 5º minuto e apenas 2,77% tiveram Apgar ≤ 7 , sugerindo que poucos recém-nascidos necessitam de cuidados intensivos imediatos. A maioria dos nascidos vivos teve boa adaptação pós-natal, refletindo positivamente sobre a assistência ao parto e às condições ao nascer no município.

As anomalias congênitas, também conhecidas como defeitos congênitos ou malformações congênitas, representam importante causa de morbimortalidade infantil. Elas podem variar de leves a graves e acometer diferentes sistemas como o nervoso, cardiovascular, musculoesquelético, digestivo e geniturinário.

A detecção precoce, por meio do pré-natal adequado e exames específicos, é essencial para o manejo adequado, possibilitando intervenções oportunas ou suporte especializado. Além disso, medidas preventivas como suplementação com ácido fólico, controle de infecções, vacinação e orientação sobre exposição a substâncias nocivas são fundamentais para a redução dos riscos¹⁰.

Figura 11. Distribuição dos nascidos vivos segundo Anomalias Congênitas, Porto Alegre, 2014 a 2023.



Fonte: DataSUS/Tabnet/Sinasc, dados extraídos em: 03/09/25.

Entre 2014 e 2023, observou-se um leve aumento na proporção de nascidos vivos com anomalias congênitas em Porto Alegre, passando de 1,32% em 2014 para 1,47% em 2022, com discreta queda para 1,31% em 2023 (Figura 11).

Estes dados apontam possível subnotificação, considerando que a Organização Mundial da Saúde estima que cerca de 6% dos nascidos vivos apresentem alguma anomalia congênita¹¹. Esse cenário reforça a necessidade de qualificação do preenchimento da Declaração de Nascidos Vivos e implementação de exames diagnósticos no pré-natal, já que muitas destas anomalias são identificadas somente após o parto.

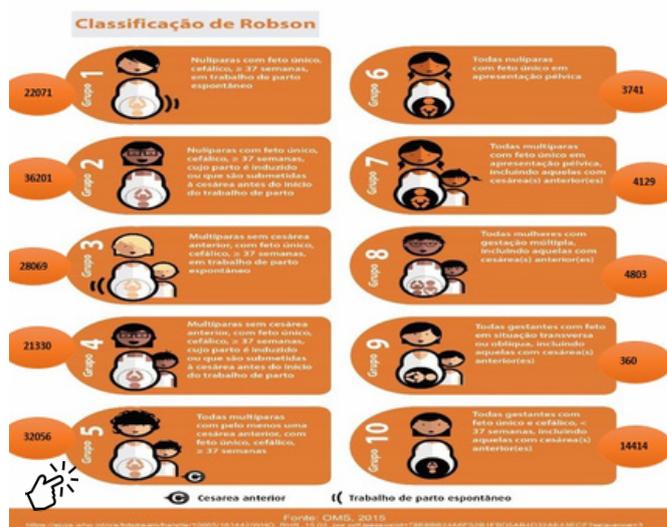
As identificações dessas ocorrências representam um importante desafio para a saúde pública, tanto pela sua complexidade clínica quanto pela necessidade de acompanhamento especializado e, em muitos casos, intervenções cirúrgicas.

A Classificação de Robson é um sistema padronizado utilizado para categorizar gestantes em 10 grupos distintos, com base em características obstétricas como paridade, tipo de gestação, apresentação fetal e início do trabalho de parto.

As parturientes são classificadas em dois grupos, nulíparas, que são aquelas que nunca tiveram filhos vivos, independentemente de ter ou não tido gestações, e múltíparas, que são aquelas mulheres que já tiveram pelo menos um parto, incluindo aquelas com múltiplos filhos.

O principal objetivo da Classificação de Robson é permitir a análise e comparação das taxas de cesariana, identificando quais grupos mais contribuem para o aumento dessas taxas. Com isso, é possível orientar estratégias para reduzir cesáreas desnecessárias, promovendo práticas obstétricas mais seguras e baseadas em evidências.

Figura 13. Distribuição dos nascidos vivos segundo Classificação de Robson, Porto Alegre, 2014 a 2023.



Fonte: DataSUS/Tabnet/Sinasc, dados extraídos em: 03/09/25.

* Nascimentos não classificados por ausência de resposta aos itens necessários (145 nascidos vivos).

A figura 13 evidencia que os grupos 2 (nulíparas com parto induzido ou cesárea eletiva) e 5 (múltiparas com cesárea anterior) concentram o maior número de partos.

Essa tendência pode refletir um modelo assistencial mais medicalizado, especialmente em contextos onde a indução ou a cesariana eletiva são preferidas mesmo sem indicação clínica clara.

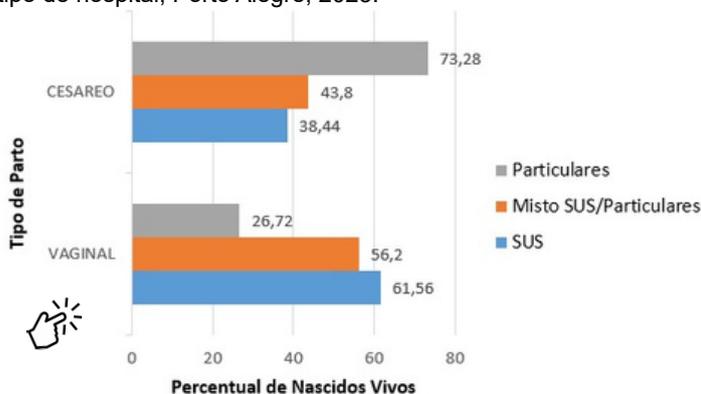
Portanto, embora a classificação seja eficiente para identificar padrões, os dados sugerem necessidade de revisão nas práticas obstétricas, principalmente para nulíparas e mulheres com cesárea anterior, a fim de reduzir intervenções desnecessárias e promover o parto normal seguro sempre que possível⁷.

Hospitais e Distritos Sanitários 2023

As análises referentes aos Distritos Sanitários e aos hospitais, relativas ao ano de 2023, foram extraídas da base de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, devido ao seu caráter específico e detalhado em relação à realidade local.

Essa fonte permite uma análise mais precisa dos indicadores de saúde no município, contribuindo para o planejamento e a implementação de ações direcionadas às necessidades de cada território.

Figura 14. Distribuição dos nascidos vivos segundo tipo de parto e tipo de hospital, Porto Alegre, 2023.



Fonte: Sinasc/DVS/SMS/PMPA, dados extraídos em: 01/08/2025.

A figura 14 evidencia que, em 2023, as cesarianas foram mais frequentes nos hospitais privados (73,28%), enquanto os partos vaginais predominaram na rede pública (61,56%). Ambas as taxas de cesáreas, estão muito acima do limite recomendado pela Organização Mundial da Saúde (15% do total de partos), o que levanta preocupações sobre a medicalização excessiva do parto.

Embora a escolha da via de parto seja um direito da gestante, é essencial que essa decisão seja baseada em informações claras sobre riscos e benefícios, visando sempre a segurança da mãe e do recém-nascido.

Tabela 4. Distribuição dos Nascidos Vivos segundo número de consultas de pré-natal, por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2023.

Distrito Sanitário	Nenhuma	De 1 a 3 cons.	De 4 a 6 cons.	7 ou mais cons.	IGN
Noroeste	0,41	2,57	8,84	88,18	0
Centro	0,59	2,69	9,47	87,25	0
Centro Sul	0,37	3,23	11,41	84,74	0,25
Sul	1,3	2,83	11,91	83,96	0
Leste	0,6	4,23	11,38	83,79	0
Eixo Baltazar	1,28	4,38	12,5	81,84	0
Lomba do Pinheiro	0,86	5,03	12,79	81,32	0
Extremo Sul	0,67	4,67	13,55	81,11	0
Cristal	0,31	6,38	12,46	80,85	0
Humaitá Navegantes	0,21	4,49	14,74	80,56	0
Glória	0,83	3,67	14,97	80,53	0
Restinga	1,36	6,56	11,65	80,32	0,11
Cruzeiro	1,17	6,06	12,82	79,95	0
Partenon	1,19	5,31	13,63	79,78	0,09
Norte	0,85	6,03	13,67	79,45	0
Ilhas	1,41	7,04	12,68	78,87	0
Nordeste	1,03	5,14	17,12	76,71	0

Fonte: Sinasc/DVS/SMS/PMPA, dados extraídos em: 31/08/2025.

A tabela 4 mostra que os distritos Centro e Noroeste apresentaram os melhores índices, com mais de 87% das gestantes realizando 7 ou mais consultas, enquanto os distritos com maior proporção de gestantes sem acompanhamento foram Ilhas (1,41%) e Restinga (1,36%).

Os dados de pré-natal são essenciais para subsidiar estratégias que melhorem o acesso e a qualidade do nos territórios com maior vulnerabilidade.

Conclusão e Recomendações

O perfil dos nascidos vivos de Porto Alegre evidencia uma tendência de queda nos nascimentos ao longo do período (2014 a 2023). Ao analisar a taxa de natalidade segundo raça/cor na série histórica, observa-se que as mulheres negras (pretas e pardas) apresentaram os maiores índices, demonstrando possíveis desigualdades sociais e demográficas.

Outro ponto relevante é o número de partos realizados em residentes de outros municípios, o que pode sobrecarregar a rede de saúde de Porto Alegre e impactar o planejamento logístico, financeiro e de pessoal.

Na análise geral dos dados apresentados, o município de Porto Alegre demonstrou avanços significativos em indicadores como o aumento no número de consultas de pré-natal, a elevação da escolaridade materna e a redução das gestações na adolescência.

Esses progressos refletem melhorias no cuidado e acompanhamento da saúde materno-infantil. No entanto, permanecem desafios importantes, especialmente relacionados à prematuridade, aumento de nascidos vivos com baixo peso, número excessivo de cesarianas e às disparidades nos indicadores entre os distritos sanitários.

O enfrentamento dessas questões exige planejamento intersetorial, fortalecimento das políticas públicas, combate às desigualdades e qualificação contínua da atenção à saúde, com foco na equidade, na humanização e na integralidade do cuidado

REFERÊNCIAS:

1. IBGE. Censo Demográfico. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/porto-alegre/pesquisa/10101/0>

2. IBGE. Censo Demográfico. 2010. Acessado em: 01 de agosto de 2025. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9662-censo-demografico-2010.html>

3. OLIVEIRA, F. Saúde reprodutiva, etnicidade e políticas públicas no Brasil. In: MONTEIRO, S., and SANSONE, L., org. Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004, pp. 307-330. ISBN: 978-85-7541- 615-0. Available from: doi: 10.7476/9788575416150.0015. Also available in ePUB from: <https://books.scielo.org/id/dcc7q>

4. MALAVE M.M. Gravidez tardia: chances e riscos. Fiocruz. 2022. Acessado em: 31 de agosto de 2025. Disponível em: <https://www.iff.fiocruz.br/index.php/pt/?view=article&id=230:gravidez-tardia-2022&catid=8>

5. HAIDAR F.H, OLIVEIRA U.F, NASCIMENTO L.F. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. Cad. Saúde Pública 17 (4) • ago. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jmnSNLP7889XV6Q5tdZ5wPK/?format=html&lang=pt>

6. LEAL M.C, GAMA S.G. N, PEREIRA A. P.E, PACHECO V. E, CARMO C. N, SANTOS. RV et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cad. Saúde Pública 33 (Suppl 1) • 2017. Acessado em: 31 de agosto de 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/?la>

7. OMS. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Robson. 2015. Acessado em 31 de agosto de 2025. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/who_rhr_15.02_por.pdf;jsessionid=78e8bb24a6f52b1fbd5ab4d32ae43ecf?sequence=3

8. OPAS. Organização Panamericana da Saúde. Um em cada sete bebês em todo o mundo nascem com baixo peso. 2019. Acessado em: 31 de agosto de 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-5-2019-um-em-cada-sete-bebes-em-todo-mundo-nascem-com-baixo-peso>

9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à Saúde do Recém-Nascido Guia para os Profissionais de Saúde. Brasília. 2012. Acessado em: 31 de agosto de 2025. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf

10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Guia Prático Diagnóstico de anomalias congênitas no pré-natal e ao nascimento. Brasília. 2022. Acessado em: 31 de agosto de 2025. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/anomalias-congenitas/guia-pratico-anomalias-congenitas.pdf>

11. OMS. Organização Mundial da Saúde. Distúrbios Congênitos. Acessado em: 03 de setembro de 2025. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/congenital-anomalies#tab=tab_1

Boletim Epidemiológico sobre Nascidos Vivos 2014 a 2023 - EVEV/UBE/DVS/SMS/PMPA

Expediente:

- Secretário Municipal de Saúde: Fernando Ritter
- Diretora de Vigilância em Saúde: Aline Vieira Medeiros Diretora-Adjunta: Juliana Dorigatti
- Gerente Unidade de Vigilância Epidemiológica: Patrícia Conzatti Vieira
- Equipe de Vigilância de Eventos Vitais: Ana Carolina Mansur Tlustak Torres, Cristina Maria Almeida dos Santos, Daniela Fernandes de Almeida Coelho, Elinéa Barbosa Cracco, Leandra Girardi, Luciana Isabel Faraco Grossini Brum, Rosemari de Souza Rodrigues, Rui Flores, Ruy Pezzi de Alencastro.
- Elaboração: Maristela Fleck Pacheco e Patrícia Conzatti Vieira
- Revisão: Patrícia Conzatti Vieira e Patrícia Coelho
- Formatação: Maristela Fleck Pacheco, Patrícia Coelho e Taís da Gama Rez

Secretaria Municipal de Saúde/Diretoria de Vigilância em Saúde - Setembro/2025



prefeitura de
PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE