



INFORMATIVO EPIDEMIOLÓGICO

Barriga Verde

AGOSTO DE 2026 | EDIÇÃO ESPECIAL



MORTALIDADE FETAL EM SANTA CATARINA

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

dive.sc.gov.br



SUMÁRIO

Introdução	4
Objetivo	5
<i>Objetivo Geral</i>	5
<i>Objetivos Específicos</i>	5
Metodologia	6
Mortalidade Fetal em Santa Catarina	7
<i>Série Histórica e Cenário de Óbitos Fetais</i>	7
<i>Óbitos Fetais por Região de Saúde</i>	8
<i>Taxa de Mortalidade Fetal por Região de Saúde</i>	10
<i>Óbitos Fetais Segundo Idade Gestacional</i>	11
<i>Óbitos Fetais Segundo Tipo de Parto</i>	12
<i>Óbitos Fetais Segundo Momento do Parto</i>	14
<i>Óbitos Fetais Segundo Tipo de Gravidez</i>	15
<i>Óbitos Fetais Segundo Local de Ocorrência</i>	16
<i>Óbitos Fetais Segundo o Recebimento de Assistência Médica</i>	17
<i>Óbitos Fetais Segundo Causa Básica de Óbito</i>	19
Limitações	22
Recomendações	23
Conclusão	24
Referências Bibliográficas	25

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Número de óbitos fetais e taxa de mortalidade fetal (por 1.000 nascimentos). Santa Catarina, 2016 a 2025.	7
GRÁFICO 2 - Número de óbitos e taxa de mortalidade fetal (por 1.000 nascimentos), por região de saúde. Santa Catarina, 2025.	10
GRÁFICO 3 - Número de óbitos fetais (≥ 22 semanas) em relação ao momento do parto. Santa Catarina, 2025.	14

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Número de óbitos fetais (≥ 22 semanas), por região de saúde. Santa Catarina, 2018 a 2025.	8
TABELA 2 - Número de óbitos fetais segundo idade gestacional, por região de saúde. Santa Catarina, 2025.	11
TABELA 3 - Número de óbitos fetais (≥ 22 semanas) por tipo de parto, por região de saúde. Santa Catarina, 2025.	11
TABELA 4 - Número de óbitos fetais (≥ 22 semanas) por tipo de gravidez, por região de saúde. Santa Catarina, 2025.	12
TABELA 5 - Número de óbitos fetais (≥ 22 semanas) segundo local de ocorrência, por região de saúde. Santa Catarina, 2025.	13
TABELA 6 - Número de óbitos fetais (≥ 22 semanas) segundo o recebimento de assistência médica, por região de saúde. Santa Catarina, 2025.	13
TABELA 7 - Número de óbitos fetais (≥ 22 semanas) segundo causa básica de mortalidade. Santa Catarina, 2025.	13

INTRODUÇÃO

O óbito fetal — definido como sendo a morte do produto da concepção antes da expulsão ou extração completa do organismo materno — constitui um dos desfechos mais graves e, ao mesmo tempo, mais negligenciados da saúde materno-infantil. A mortalidade fetal permanece como um importante problema de saúde pública e constitui um dos indicadores mais sensíveis da qualidade da assistência prestada durante o pré-natal, parto e nascimento (WHO, 2023; Hug *et al.*, 2021).

Estimativas do Grupo Interagencial das Nações Unidas para Estimativas de Mortalidade Infantil apontam que, em 2023, cerca de 1,9 milhão de natimortos com idade gestacional ≥ 28 semanas ocorreram no mundo, resultando em uma taxa global de 14,3 óbitos por 1.000 nascimentos — o equivalente a 1 em cada 70 nascimentos. Chama atenção o fato de que quase metade desses óbitos (46%) ocorreu durante o trabalho de parto (óbitos intraparto), desfechos que, na quase totalidade dos casos, poderiam ter sido evitados com assistência obstétrica qualificada e oportuna (UNICEF *et al.*, 2025).

Estudos mais recentes, cobrindo a série 1996–2021, confirmam uma tendência de redução de longo prazo em nível nacional e na maioria das regiões — com exceção do Centro-Oeste, que se manteve estacionário —, além de identificar uma desaceleração, mas não interrupção, dessa queda durante a pandemia de Covid-19 (Rocha *et al.*, 2025). Persistem, contudo, desigualdades regionais marcantes: as maiores taxas e as menores reduções concentram-se nas regiões Norte e Nordeste, enquanto a região Sul historicamente apresenta os melhores indicadores do país, com taxa de 7,7 óbitos por 1.000 nascimentos documentada em estudo de base populacional conduzido por pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina (Vieira *et al.*, 2016).

No Brasil, a vigilância do óbito fetal representa uma estratégia essencial para identificar fatores associados à ocorrência desses eventos, subsidiar a implementação de medidas preventivas e qualificar a atenção à saúde materno-infantil (Brasil, 2009). Do ponto de vista normativo, a Portaria GM/MS nº 72/2010 tornou obrigatória a investigação de todos os óbitos fetais e infantis ocorridos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo, para fins de vigilância epidemiológica, o óbito fetal como a morte do produto da concepção com peso ao nascer igual ou superior a 500 g ou, idade gestacional igual ou superior a 22 semanas completas (154 dias), critério adotado neste boletim (Brasil, 2010). Cabe destacar que esse critério difere daquele utilizado para a emissão da Declaração de Óbito (DO), a qual deve ser emitida para perdas fetais com idade gestacional igual ou superior a 20 semanas, ou peso fetal igual ou superior a 500 g, ou comprimento corporal igual ou superior a 25 cm, conforme as normas vigentes do Ministério da Saúde. Segundo o Ministério da Saúde, estima-se que cerca de 70% dos óbitos perinatais (soma dos óbitos fetais com os óbitos infantis nos primeiros 7 dias de vida) sejam evitáveis mediante atenção adequada à mulher durante a gestação, o parto e ao recém-nascido, o que reforça o papel da vigilância epidemiológica na identificação de padrões, desigualdades e oportunidades de intervenção (Brasil, 2009).

Diante desse cenário, o presente boletim visa descrever o comportamento da mortalidade fetal em Santa Catarina no período de 2016 a 2025, com discussão fundamentada a partir de achados na literatura científica nacional e internacional sobre epidemiologia, evitabilidade e vigilância do óbito fetal.

OBJETIVO

OBJETIVO GERAL

Descrever o cenário epidemiológico da mortalidade fetal, considerando a idade gestacional de 22 semanas ou mais, em Santa Catarina, no período de 2016 a 2025, com vistas a subsidiar ações de vigilância epidemiológica e qualificação da assistência materno-infantil no estado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a evolução do número de óbitos fetais e da TMF em Santa Catarina entre 2016 e 2025, identificando tendências, variações anuais e o comportamento do indicador ao longo da série histórica.
- Comparar o número de óbitos fetais e a TMF entre as 17 regiões de saúde do estado, com foco no biênio 2024–2025, identificando desigualdades regionais.
- Identificar as principais causas básicas de óbito fetal em Santa Catarina em 2025, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), com atenção às causas evitáveis.
- Discutir os achados à luz da literatura científica nacional e internacional sobre epidemiologia, fatores de risco, evitabilidade e vigilância do óbito fetal, contribuindo para o direcionamento de estratégias de prevenção e de qualificação da atenção à gestação e ao parto no estado.

METODOLOGIA

Para a avaliação do cenário, o presente boletim utilizou como base as informações registradas no SIM e no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), referentes aos óbitos fetais com idade gestacional ≥ 22 semanas, ocorridos em Santa Catarina no período de 2016 a 2025. Com maior profundidade, analisou-se o comportamento dos óbitos nas 17 regiões de saúde do estado no biênio 2024–2025, contemplando distribuição por idade gestacional do óbito, tipo de parto, tipo de gravidez, local de ocorrência, recebimento de assistência médica e causa básica dos óbitos.

Ressalta-se que os dados relativos ao ano de 2025 são preliminares, sujeitos a alteração em razão do prazo regular de consolidação das bases de mortalidade e de nascidos vivos, sendo este o marco temporal mais recente disponível para a presente análise.

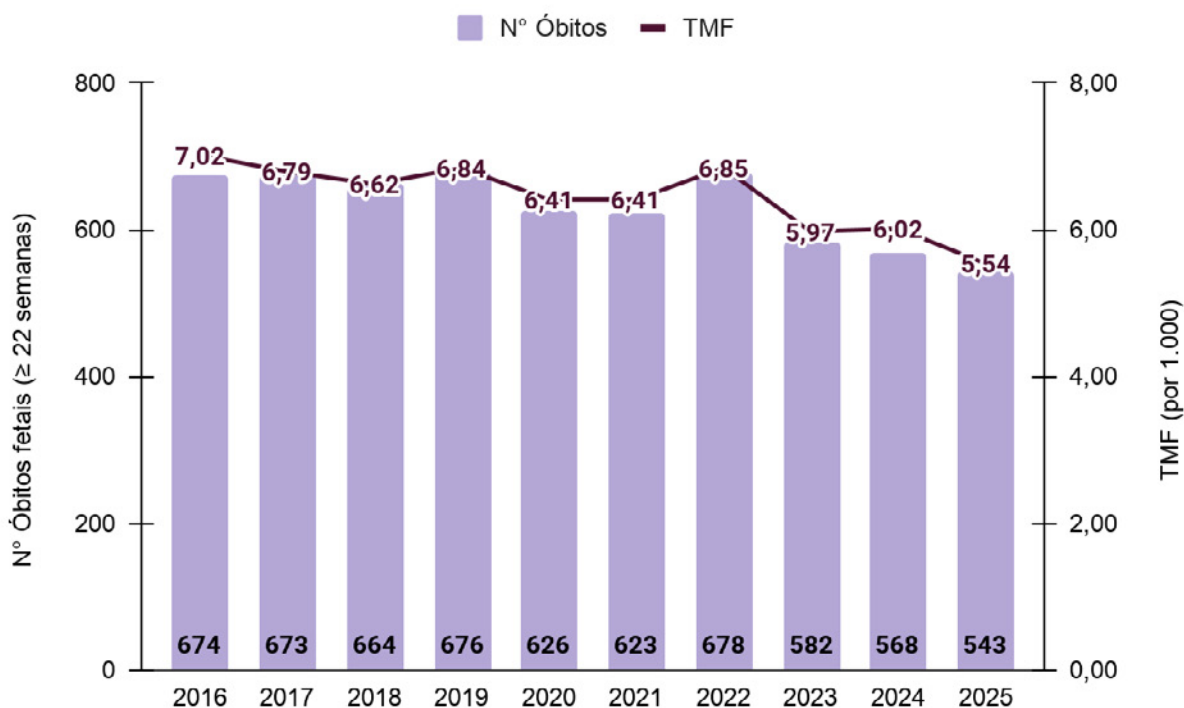
Para o cálculo da TMF foram considerados os óbitos fetais divididos pelo número de nascimentos totais (nascidos vivos e óbitos fetais), multiplicados por 1000.

MORTALIDADE FETAL EM SANTA CATARINA

SÉRIE HISTÓRICA E CENÁRIO DE ÓBITOS FETAIS

No período de 2016 a 2025 foram registrados em Santa Catarina 6.307 óbitos fetais com idade gestacional de ≥ 22 semanas, o que corresponde a uma média de 631 óbitos/ano. O **Gráfico 1** apresenta a frequência de óbitos e a TMF para cada ano da série.

GRÁFICO 1 - Número de óbitos fetais e taxa de mortalidade fetal (por 1.000 nascimentos). Santa Catarina, 2016 a 2025.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).
Consulta em 07/2026. *2025 dados preliminares, sujeitos à alteração.
Excluídos os óbitos com idade gestacional ignorada ou em branco.
Legenda: TMF: Taxa de Mortalidade Fetal.

A série revela uma tendência geral de queda da TMF ao longo da década, ainda que não linear. Entre 2016 e 2025, a taxa caiu de 7,02 para 5,54 óbitos a cada 1.000 nascimentos — uma redução de 21,1% entre os dois anos, com o número absoluto de óbitos recuando 19,4% (de 674 para 543). Esse movimento é consistente com a tendência nacional de queda de longo prazo documentada por Rocha *et al.* (2025) para o período 1996–2021, embora em ritmo mais acelerado do que o observado historicamente para o país como um todo.

O comportamento da série não é, contudo, estritamente monotônico. Observam-se três fases distintas:

- **2016–2019:** patamar relativamente estável, com TMF oscilando entre 6,62 e 7,02%, sem tendência de queda consistente;
- **2020–2022:** embora com queda de 2019–2020, ocorreu manutenção da TMF de 2020–2021 (6,41% nos dois anos, período que coincide com a pandemia), seguido de novo pico em 2022 (678 óbitos, o maior valor absoluto da série, TMF 6,85%);
- **2023–2025:** queda mais acentuada e sustentada no número de óbitos, e com a TMF recuando de 5,97% (2023) para 5,54% (2025) — os três menores valores da década concentraram-se exatamente nesse triênio final.

Chama atenção o fato de que o pico no número absoluto de óbitos (2022) não corresponde ao maior valor de TMF da série (2016), evidenciando a importância de acompanhar o indicador relativizado pelo número de nascimentos totais, e não apenas a contagem bruta de óbitos — o denominador (nascidos vivos + óbitos fetais) também variou de forma não desprezível ao longo da década, com pico em 2018 (100.259) e menor valor em 2016 (95.999).

Situando Santa Catarina no cenário nacional, o valor mais recente da série (5,54% em 2025) permanece inferior do benchmark histórico da própria Região Sul (8,0%) e para o Brasil (10,1%) em 2024, evidenciando uma posição relativamente favorável do estado no contexto nacional. Entretanto, a comparação direta deve ser interpretada com cautela, uma vez que envolve anos distintos e está sujeita a diferenças temporais na ocorrência do evento e na consolidação das bases de dados (MS/SVSA/CGIAE, 2026).

ÓBITOS FETAIS POR REGIÃO DE SAÚDE

A **Tabela 1** apresenta a evolução do número absoluto de óbitos fetais nas 17 Regiões de Saúde de Santa Catarina entre 2018 e 2025, permitindo identificar tanto o peso relativo de cada região no total estadual quanto a trajetória individual de cada localidade ao longo do período.

TABELA 1 - Número de óbitos fetais (≥ 22 semanas), por região de saúde. Santa Catarina, 2018 a 2025.

REGIÃO DE RESIDÊNCIA	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Extremo Oeste	27	24	20	20	21	18	21	20
Oeste	43	37	41	31	31	39	29	25
Xanxerê	21	31	24	29	23	19	18	17
Alto Vale do Itajaí	32	24	37	29	22	26	22	27
Foz do Rio Itajaí	78	70	67	83	96	84	68	82
Médio Vale do Itajaí	81	74	53	66	88	47	51	58
Grande Florianópolis	103	110	121	96	94	85	85	82
Meio Oeste	13	31	15	25	15	22	12	23
Alto Vale Rio do Peixe	24	41	26	24	42	26	38	14

CONTINUA NA PRÓXIMA PÁGINA

REGIÃO DE RESIDÊNCIA	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Alto Uruguai Catarinense	11	17	13	16	19	14	16	17
Nordeste	64	43	43	65	39	48	59	55
Planalto Norte	37	43	33	22	36	22	31	26
Serra Catarinense	38	33	25	29	38	31	27	14
Extremo Sul	17	16	17	10	18	13	10	9
Carbonífera	28	37	28	39	38	36	33	22
Laguna	30	20	41	22	34	34	23	25
Vale do Itapocu	17	25	22	17	24	18	25	27
SANTA CATARINA	664	676	626	623	678	582	568	543

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Consulta em 07/2026. *2025 dados preliminares, sujeitos à alteração.

Excluídos os óbitos com idade gestacional ignorada ou em branco.

Três padrões se destacam nesta série regional. Em primeiro lugar, observa-se uma concentração expressiva do volume absoluto de óbitos: as regiões de Grande Florianópolis e Foz do Rio Itajaí responderam, isoladamente, por cerca de 30,2% de todos os óbitos fetais do estado em 2025 (82 casos em cada, totalizando 164 dos 543 óbitos estaduais). Esse padrão já era esperado, dado o maior volume populacional e de nascimentos dessas regiões, e reforça a necessidade de complementar a leitura por número absoluto com a taxa relativizada (TMF), explorada na seção seguinte.

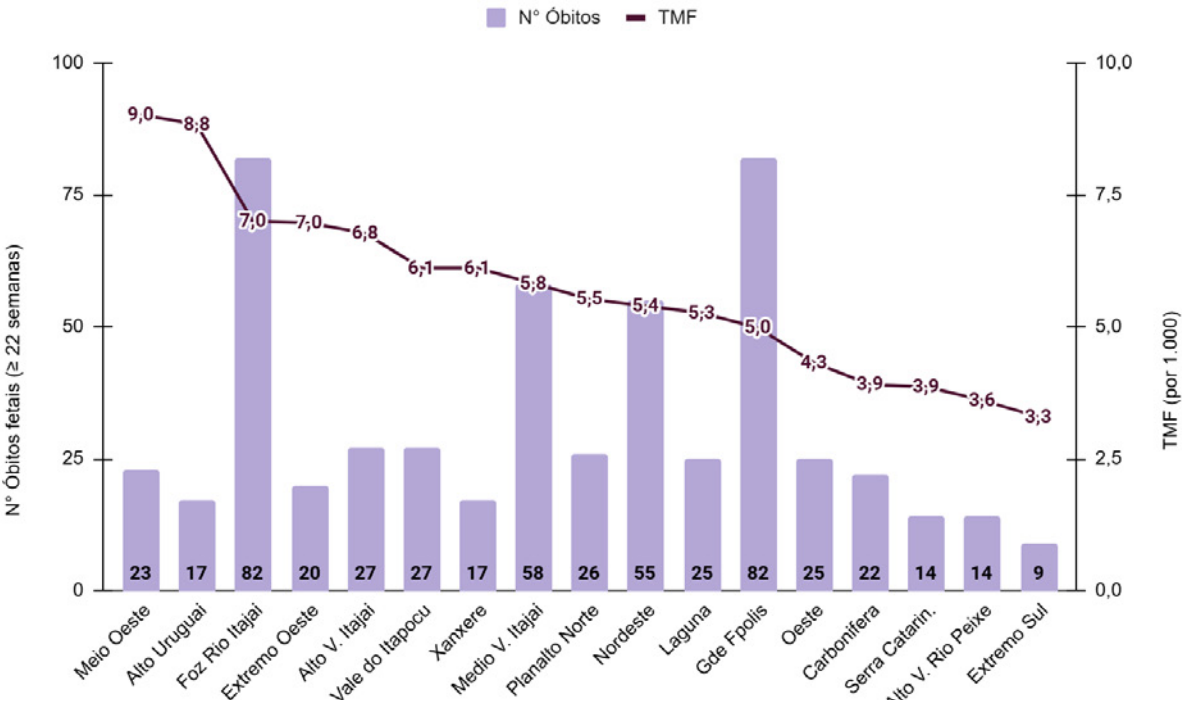
Em segundo lugar, chama atenção a heterogeneidade das trajetórias regionais ao longo do período. Algumas regiões apresentaram redução expressiva no número de óbitos quando comparados os anos de 2018 e 2025, como Serra Catarinense (-63,2%), Extremo Sul (-47,1%), Oeste (-41,9%) e Alto Vale do Rio do Peixe (-41,7%), enquanto outras registraram aumentos igualmente expressivos, como Meio Oeste (+76,9%), Vale do Itapocu (+58,8%) e Alto Uruguai Catarinense (+54,5%).

Por fim, é importante esclarecer que as maiores variações percentuais tendem a ocorrer em áreas com menor número absoluto de óbitos, especialmente devido a instabilidade estatística inerente a pequenos números, na qual variações de poucas unidades podem produzir grandes oscilações percentuais.

TAXA DE MORTALIDADE FETAL POR REGIÃO DE SAÚDE

Enquanto a seção anterior analisou números absolutos, o **Gráfico 2** relativiza os óbitos fetais pelo número de nascimentos totais em cada região de saúde no ano de 2025, permitindo uma comparação mais adequada do risco de óbito fetal entre regiões de diferentes portes populacionais.

GRÁFICO 2 - Número de óbitos e taxa de mortalidade fetal (por 1.000 nascimentos), por região de saúde. Santa Catarina, 2025.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).
Consulta em 07/2026. *2025 dados preliminares, sujeitos à alteração.
Excluídos os óbitos com idade gestacional ignorada ou em branco.
Legenda: TMF: Taxa de Mortalidade Fetal.

Em 2025, as maiores taxas de mortalidade fetal do estado concentraram-se nas regiões Meio Oeste (9,02%), Alto Uruguai Catarinense (8,84%) e Foz do Rio Itajaí (7,00%), enquanto as menores taxas se deram no Extremo Sul (3,29%), Alto Vale do Rio do Peixe (3,61%), Serra Catarinense (3,87%) e Carbonífera (3,91%). Chama atenção o fato de que Grande Florianópolis, uma das regiões com maior volume absoluto de óbitos, apresentou uma TMF de 4,98% em 2025 — abaixo da média estadual —, reforçando que número de casos e taxa são fenômenos distintos e não devem ser confundidos na priorização de ações de vigilância.

A variação da TMF entre 2024 e 2025 também é bastante heterogênea entre as regiões. O caso mais expressivo é o do Meio Oeste, que praticamente dobrou sua taxa no período (+88,6%, de 4,78% para 9,02%), seguido por Alto Vale do Itajaí (+23,9%) e Foz do Rio Itajaí (+14,4%). No sentido oposto, Alto Vale do Rio do Peixe (-62,2%) e Serra Catarinense (-50,7%) registraram as maiores quedas da taxa entre os dois anos.

Recomenda-se, portanto, que essas variações sejam acompanhadas para embasar decisões de alocação de recursos ou de priorização de investigação de óbitos, e que sejam sempre lidas em conjunto com os dados de causas básicas e assistência ao parto apresentados nas seções seguintes.

ÓBITOS FETAIS SEGUNDO IDADE GESTACIONAL

Após a análise da magnitude e da distribuição geográfica da mortalidade fetal em Santa Catarina, é fundamental qualificar esses óbitos segundo a idade gestacional (IG) em que ocorreram. A idade gestacional ao óbito é uma variável central na investigação epidemiológica, pois está diretamente relacionada ao limiar de viabilidade extrauterina e ao perfil etiológico predominante em cada faixa: óbitos ocorridos próximos ao limiar mínimo de viabilidade (22 a 27 semanas) tendem a se associar mais frequentemente a complicações placentárias, malformações graves e afecções maternas, enquanto óbitos a termo (37 semanas ou mais) costumam sinalizar eventos potencialmente evitáveis, relacionados à vigilância do bem-estar fetal no pré-parto e à qualidade da assistência ao trabalho de parto (ACOG, 2020).

A **Tabela 2** apresenta a distribuição dos 543 óbitos fetais ocorridos em Santa Catarina em 2025 segundo a IG no momento do óbito, estratificada por região de saúde, permitindo identificar se o padrão de viabilidade/prematuridade extrema varia territorialmente.

TABELA 2 - Número de óbitos fetais segundo idade gestacional, por região de saúde. Santa Catarina, 2025.

REGIÃO DE RESIDÊNCIA	22 a 27	28 a 31	32 a 36	37 a 41	42 e +
Extremo Oeste	3	6	6	5	0
Oeste	7	2	10	6	0
Xanxerê	3	6	6	2	0
Alto Vale do Itajaí	6	5	8	8	0
Foz do Rio Itajaí	31	16	20	15	0
Médio Vale do Itajaí	18	17	14	9	0
Grande Florianópolis	25	18	26	13	0
Meio Oeste	5	6	7	5	0
Alto Vale Rio do Peixe	4	3	2	5	0
Alto Uruguai Catarinense	2	2	7	5	1
Nordeste	14	10	19	12	0
Planalto Norte	6	4	11	4	1
Serra Catarinense	5	2	1	6	0
Extremo Sul	4	1	3	1	0
Carbonífera	10	4	5	3	0

CONTINUA NA PRÓXIMA PÁGINA [↗](#)

REGIÃO DE RESIDÊNCIA	22 a 27	28 a 31	32 a 36	37 a 41	42 e +
Laguna	8	4	7	6	0
Vale do Itapocu	14	1	6	6	0
SANTA CATARINA	165	107	158	111	2

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Consulta em 07/2026. *2025 dados preliminares, sujeitos à alteração.
Excluídos os óbitos com idade gestacional ignorada ou em branco.

No agregado estadual, a faixa de 22 a 27 semanas concentra a maior proporção dos óbitos fetais (165 casos, 30,4% do total), seguida por 32 a 36 semanas (158 casos, 29,1%), 37 a 41 semanas — a termo (111 casos, 20,4%) — e 28 a 31 semanas (107 casos, 19,7%). Apenas 2 óbitos (0,4%) ocorreram em idade gestacional pós-termo (≥ 42 semanas). Esse padrão indica que quase um terço dos óbitos fetais catarinenses concentra-se no limiar de viabilidade extrema (22–27 semanas), faixa em que a sobrevivência fetal já é fisiologicamente vulnerável e frequentemente associada a complicações placentárias, malformações graves e restrição de crescimento intrauterino grave — achado consistente com a literatura, que aponta a placenta e o cordão umbilical como causas relevantes de óbito precisamente nas idades gestacionais mais precoces (ACOG, 2020). Cabe ressaltar que, 20,4% dos óbitos ocorreram a termo (37–41 semanas) — óbitos potencialmente evitáveis do ponto de vista assistencial, já que não estão associados à imaturidade fetal extrema, e que merecem investigação detalhada quanto à qualidade da vigilância do bem-estar fetal no pré-parto e da assistência ao trabalho de parto.

Entre as regiões com maior volume de óbitos, observam-se perfis distintos: em Foz do Rio Itajaí, a faixa de 22–27 semanas é fortemente predominante (31 dos 82 óbitos, 37,8%), sugerindo maior peso de óbitos precoces/extremos; já na Grande Florianópolis, a distribuição é mais concentrada na faixa de 32–36 semanas (26 dos 82 óbitos, 30,5%). Chama atenção o Vale do Itapocu, onde 14 dos 27 óbitos (51,9%) ocorreram na faixa de 22–27 semanas, padrão que merece investigação qualitativa pelo Comitê Regional quanto a possíveis causas comuns (por exemplo, concentração de determinada etiologia, cobertura de diagnóstico pré-natal precoce, ou mesmo padrão de encaminhamento/registro).

ÓBITOS FETAIS SEGUNDO TIPO DE PARTO

A via de parto em casos de óbito fetal é uma variável de particular interesse para a vigilância epidemiológica, uma vez que a definição da via de nascimento deve considerar prioritariamente as condições clínicas e obstétricas maternas. Na ausência de indicação específica para cesariana, o parto vaginal deve ser considerado, tendo em vista que a cesariana constitui um procedimento cirúrgico associado à maior morbidade materna quando comparada ao parto vaginal, incluindo maior risco de hemorragia, infecção puerperal, complicações anestésicas, tromboembolismo e necessidade de internação hospitalar prolongada, além das possíveis repercussões da cicatriz uterina sobre gestações futuras (ZANDVAKILI *et al.*, 2017). Nesse sentido, o parto vaginal é a via preferencialmente recomendada nos casos de óbito fetal anteparto sem contraindicação obstétrica, de modo que a proporção de cesáreas nesses casos pode funcionar como um indicador indireto da gravidade clínica do quadro materno ou das circunstâncias relacionadas ao momento do óbito (intraparto vs. anteparto), não devendo ser interpretada isoladamente como indicador de qualidade da assistência. A **Tabela 3** apresenta a distribuição da via de parto nos óbitos fetais ocorridos em Santa Catarina em 2025, por região de saúde.

TABELA 3 - Número de óbitos fetais (≥ 22 semanas) por tipo de parto, por região de saúde. Santa Catarina, 2025.

REGIÃO DE RESIDÊNCIA	VAGINAL		CESÁRIO	
	Nº	%	Nº	%
Extremo Oeste	7	36,8	12	63,2
Oeste	9	36,0	16	64,0
Xanxerê	10	58,8	7	41,2
Alto Vale do Itajaí	13	48,1	14	51,9
Foz do Rio Itajaí	50	61,7	31	38,3
Médio Vale do Itajaí	27	46,6	31	53,4
Grande Florianópolis	58	70,7	24	29,3
Meio Oeste	12	52,2	11	47,8
Alto Vale Rio do Peixe	8	57,1	6	42,9
Alto Uruguai Catarinense	9	52,9	8	47,1
Nordeste	38	69,1	17	30,9
Planalto Norte	13	50,0	13	50,0
Serra Catarinense	9	64,3	5	35,7
Extremo Sul	5	55,6	4	44,4
Carbonífera	12	54,5	10	45,5
Laguna	18	72,0	7	28,0
Vale do Itapocu	16	59,3	11	40,7
SANTA CATARINA	314	58,0	227	42,0

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Consulta em 07/2026. *2025 dados preliminares, sujeitos à alteração.

Excluídos os óbitos com idade gestacional ignorada ou em branco.

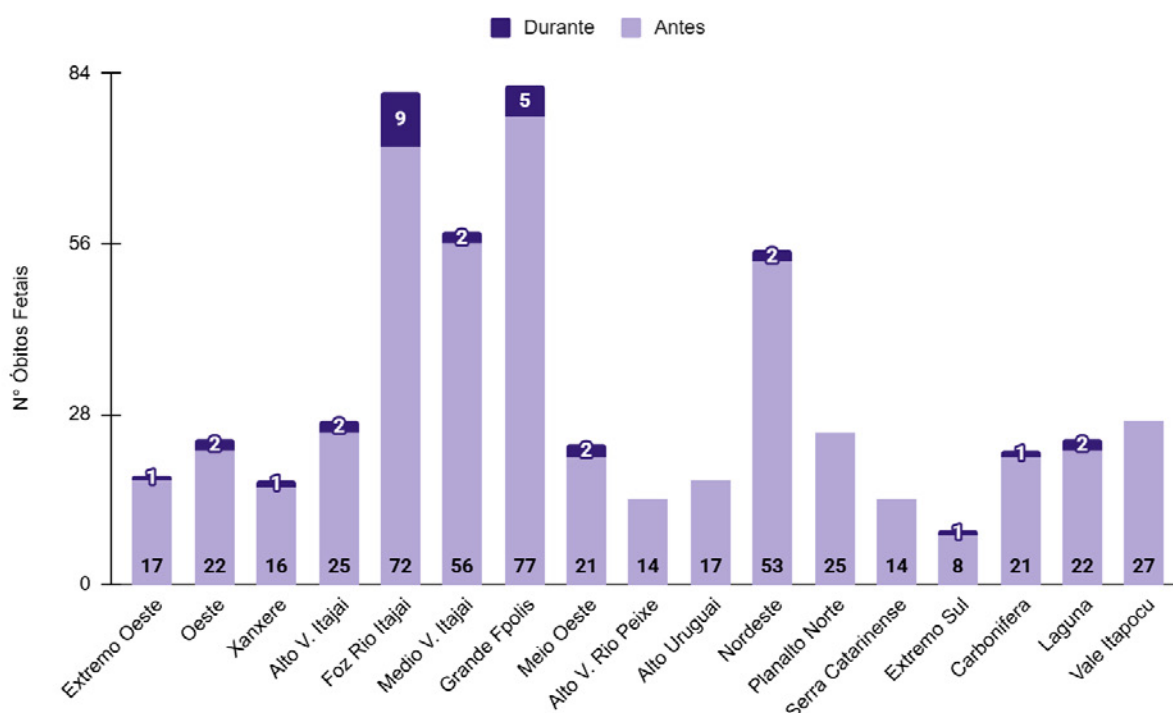
No compilado estadual, em 58% dos casos de óbito fetal, a resolução ocorreu por via vaginal e 42,0% por cesariana — uma proporção de cesáreas bastante superior ao que seria clinicamente esperado para casos de óbito fetal confirmado, especialmente considerando que a literatura aponta a via vaginal como a conduta preferencial na ausência de contraindicações (Cabar; Nomura, 2010). Esse achado sugere que uma parcela relevante dos óbitos catarinenses possa estar associada a fatores que justificam clinicamente ao parto cesáreo — como óbito intraparto, cicatriz uterina prévia, gestação múltipla ou complicações hipertensivas/placentárias — reforçando a importância de cruzar esse indicador com o momento do óbito (anteparto vs. intraparto) e com as causas básicas de morte, exploradas mais adiante neste boletim.

Há, contudo, expressiva heterogeneidade regional: no Extremo Oeste e Oeste, a cesárea foi a via predominante (63,2% e 64,0%, respectivamente), invertendo o padrão observado no restante do estado. Já em Laguna (72,0%), Grande Florianópolis (70,7%) e Nordeste (69,1%), o parto vaginal foi amplamente predominante, aproximando-se do padrão clínico esperado para óbito fetal anteparto sem complicações. Regiões com proporção de cesárea próxima de 50% — como Médio Vale do Itajaí (53,4%), Alto Vale do Itajaí (51,9%) e Planalto Norte (50,0%) — também merecem atenção específica dos respectivos Comitês Regionais, com investigação individualizada dos prontuários para verificar se a indicação de cesárea nesses casos foi clinicamente justificada ou se reflete práticas assistenciais passíveis de qualificação.

ÓBITOS FETAIS SEGUNDO MOMENTO DO PARTO

Considerando que 93,4% dos óbitos fetais em Santa Catarina ocorreram no período anteparto, seria esperado que a maioria dessas gestações evoluísse para parto vaginal, conforme recomendam as diretrizes nacionais e internacionais, uma vez que a cesariana, após a confirmação do óbito fetal, aumenta a morbidade materna. A realização de cesariana nesses casos deve restringir-se às situações em que exista indicação obstétrica materna bem estabelecida, como placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, apresentações fetais incompatíveis com parto vaginal, cesarianas prévias em condições específicas ou outras situações que representem risco para a gestante (ACOG, 2020). Dessa forma, proporções elevadas de cesariana em óbitos fetais anteparto podem sinalizar a necessidade de revisão dos processos assistenciais, da adesão às diretrizes clínicas e da qualificação das equipes obstétricas, constituindo importante indicador para discussão pelos Comitês de Prevenção do Óbito Fetal. No **Gráfico 3** é possível observar a frequência de óbitos fetais em relação ao momento do parto por região de saúde.

GRÁFICO 3 - Número de óbitos fetais (≥ 22 semanas) em relação ao momento do parto. Santa Catarina, 2025.



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

Consulta em 07/2026. *2025 dados preliminares, sujeitos à alteração.

Excluídos os óbitos com idade gestacional ignorada ou em branco.

ÓBITOS FETAIS SEGUNDO TIPO DE GRAVIDEZ

A gestação múltipla é um fator de risco bem estabelecido para o óbito fetal: gestações gemelares apresentam risco de natimortalidade cerca de cinco vezes maior do que gestações únicas, sendo esse risco ainda mais acentuado em gemelaridade monócoriônica, na qual complicações como a síndrome de transfusão feto-fetal e a restrição seletiva de crescimento intrauterino podem elevar o risco a mais de dez vezes o de uma gestação única (Cheong-See et al., 2016).

A **Tabela 4** apresenta a distribuição dos óbitos fetais de Santa Catarina em 2025 segundo o tipo de gravidez, por região de saúde.

TABELA 4 - Número de óbitos fetais (≥ 22 semanas) por tipo de gravidez, por região de saúde. Santa Catarina, 2025.

REGIÃO DE RESIDÊNCIA	Única		Múltipla	
	Nº	%	Nº	%
Extremo Oeste	17	89,5	2	10,5
Oeste	25	100,0	0	0,0
Xanxerê	17	100,0	0	0,0
Alto Vale do Itajaí	26	96,3	1	3,7
Foz do Rio Itajaí	76	96,2	3	3,8
Médio Vale do Itajaí	52	89,7	6	10,3
Grande Florianópolis	75	91,5	7	8,5
Meio Oeste	22	95,7	1	4,3
Alto Vale Rio do Peixe	13	92,9	1	7,1
Alto Uruguai Catarinense	17	100,0	0	0,0
Nordeste	51	92,7	4	7,3
Planalto Norte	25	96,2	1	3,8
Serra Catarinense	14	100,0	0	0,0
Extremo Sul	7	77,8	2	22,2
Carbonífera	18	81,8	4	18,2
Laguna	25	100,0	0	0,0
Vale do Itapocu	23	85,2	4	14,8
SANTA CATARINA	503	93,3	36	6,7

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).
Consulta em 07/2026. *2025 dados preliminares, sujeitos à alteração.
Excluídos os óbitos com idade gestacional ignorada ou em branco.

As gestações múltiplas corresponderam a 6,7% dos óbitos fetais de 2025 (36 dos 539 óbitos com informação válida para o tipo de gravidez) — uma proporção notavelmente elevada quando comparada à prevalência de gestações múltiplas na população geral de nascimentos, que costuma situar-se entre 1,5% e 3% no Brasil. Em Santa Catarina o percentual de nascidos vivos de gestações múltiplas em 2025 foi de 2,4%. Essa sobrerrepresentação é consistente com a literatura, que aponta o risco de óbito fetal em gestações múltiplas como várias vezes superior ao de gestações únicas (Cheong-See *et al.*, 2016), reforçando a gestação múltipla como fator de risco relevante a ser considerado na estratificação de risco pré-natal em todo o estado.

Cabe destacar a heterogeneidade regional: Extremo Sul (22,2%), Carbonífera (18,2%) e Vale do Itapocu (14,8%) apresentaram as maiores proporções de óbito em gestação múltipla, valores expressivamente acima da média estadual. Deve-se, contudo, interpretar esses percentuais com cautela: por se tratarem de regiões com número absoluto pequeno de óbitos (7 a 23 casos em 2025), a presença de apenas 2 a 4 óbitos em gestação múltipla já é suficiente para gerar proporções elevadas — não necessariamente indicando um padrão epidemiológico distinto, mas possivelmente refletindo variação aleatória associada a pequenos números. Já em cinco regiões (Oeste, Xanxerê, Alto Uruguai Catarinense, Serra Catarinense e Laguna), a totalidade dos óbitos ocorreu em gestação única, o que pode refletir tanto a ausência de complicações associadas à gemelaridade nessas regiões em 2025 quanto, simplesmente, a baixa frequência absoluta de gestações múltiplas.

ÓBITOS FETAIS SEGUNDO LOCAL DE OCORRÊNCIA

O local de ocorrência do óbito fetal é um indicador relevante da qualidade e do acesso à assistência obstétrica: a ocorrência majoritária dos óbitos em ambiente hospitalar é o padrão esperado em sistemas de saúde com boa cobertura assistencial, ao passo que óbitos ocorridos em domicílio ou em outros locais fora do ambiente hospitalar podem sinalizar barreiras de acesso, falhas na captação da gestante pela rede de pré-natal, ou eventos de evolução muito rápida sem tempo hábil de deslocamento — situações que demandam investigação individualizada pelos Comitês Regionais de Prevenção.

A **Tabela 5** apresenta a distribuição dos óbitos fetais de Santa Catarina em 2025 segundo o local de ocorrência, por região de saúde.

TABELA 5 - Número de óbitos fetais (≥ 22 semanas) segundo local de ocorrência, por região de saúde. Santa Catarina, 2025.

REGIÃO DE RESIDÊNCIA	Hospital	Out est saude	Domicílio	Outros
Extremo Oeste	20	0	0	0
Oeste	25	0	0	0
Xanxerê	17	0	0	0
Alto Vale do Itajaí	26	0	1	0
Foz do Rio Itajaí	79	1	2	0
Médio Vale do Itajaí	57	1	0	0
Grande Florianópolis	80	0	2	0

CONTINUA NA PRÓXIMA PÁGINA

REGIÃO DE RESIDÊNCIA	Hospital	Out est saude	Domicílio	Outros
Meio Oeste	22	0	1	0
Alto Vale Rio do Peixe	11	0	3	0
Alto Uruguai Catarinense	17	0	0	0
Nordeste	53	0	1	1
Planalto Norte	23	0	1	2
Serra Catarinense	13	1	0	0
Extremo Sul	8	0	1	0
Carbonífera	21	0	0	1
Laguna	22	0	0	3
Vale do Itapocu	27	0	0	0
SANTA CATARINA	521	3	12	7

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).
Consulta em 07/2026. *2025 dados preliminares, sujeitos à alteração.
Excluídos os óbitos com idade gestacional ignorada ou em branco.

ÓBITOS FETAIS SEGUNDO O RECEBIMENTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

Receber assistência médica durante a gestação e/ou o parto constitui um dos principais indicadores relacionados à evitabilidade do óbito fetal, uma vez que a ausência de acompanhamento profissional dificulta a detecção precoce de intercorrências maternas e fetais e pode retardar intervenções potencialmente protetoras. Na Declaração de Óbito (DO), o campo “Recebeu assistência médica durante a doença que ocasionou a morte?” refere-se à assistência médica prestada durante a evolução da condição que levou ao óbito, não se restringindo ao atendimento realizado no momento da morte (Brasil, 2022).

No contexto do óbito fetal, essa informação permite inferir se houve acompanhamento médico durante a gestação e/ou diante das intercorrências que culminaram na morte fetal. Segundo o Ministério da Saúde, estima-se que cerca de 70% dos óbitos perinatais sejam evitáveis mediante atenção adequada à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério (Brasil, 2009), o que reforça a relevância desse indicador para a vigilância epidemiológica e para o planejamento de ações voltadas à qualificação da atenção materno-

infantil. A **Tabela 6** apresenta a distribuição dos óbitos fetais ocorridos em Santa Catarina, em 2025, segundo o recebimento de assistência médica, por região de saúde.

TABELA 6 - Número de óbitos fetais (≥ 22 semanas) segundo o recebimento de assistência médica, por região de saúde. Santa Catarina, 2025.

REGIÃO DE RESIDÊNCIA	Sim	Não	Ign
Extremo Oeste	17	1	2
Oeste	25	0	0
Xanxerê	17	0	0
Alto Vale do Itajaí	26	1	0
Foz do Rio Itajaí	77	3	2
Médio Vale do Itajaí	56	2	0
Grande Florianópolis	56	6	20
Meio Oeste	5	12	6
Alto Vale Rio do Peixe	9	3	2
Alto Uruguai Catarinense	5	12	0
Nordeste	25	22	8
Planalto Norte	20	3	3
Serra Catarinense	7	0	7
Extremo Sul	2	5	2
Carbonífera	19	2	1
Laguna	8	0	17
Vale do Itapocu	25	0	2
SANTA CATARINA	399	72	72

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).
Consulta em 07/2026. *2025 dados preliminares, sujeitos à alteração.
Excluídos os óbitos com idade gestacional ignorada ou em branco.

Os dados desvelam que 13,3% dos óbitos fetais de 2025 (72 dos 543 casos) ocorreram sem recebimento de assistência médica — um indicador de evitabilidade potencialmente elevado, já que a ausência de assistência representa uma das causas mais diretamente modificáveis dentro da Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis (Malta *et al.*, 2010). Além disso, 72 óbitos adicionais (13,3%) tiveram essa informação ignorada/não preenchida, o que compromete a completude do indicador e, por si só, constitui um alerta sobre a qualidade do preenchimento da Declaração de Óbito nessas regiões — problema já documentado na literatura nacional sobre óbito fetal (Barreiro *et al.*, 2015).

A heterogeneidade regional neste indicador é a mais acentuada de todo o boletim até aqui, embora essa informação deva ser avaliada com ressalvas devido a possibilidade de preenchimento inadequado deste campo na Declaração de Óbito, principalmente por falta de preparo dos médicos. Três regiões concentraram proporções bastante elevadas de óbitos sem assistência médica: Alto Uruguai Catarinense (70,6%), Extremo Sul (55,6%) e Meio Oeste (52,2%) — nessas três regiões, mais da metade (ou próximo disso) dos óbitos fetais de 2025 ocorreu sem qualquer assistência médica registrada. A região Nordeste também se destaca negativamente, com 40,0% dos óbitos sem assistência, mas em volume absoluto muito superior (22 casos), o que a torna prioritária em termos de impacto populacional. No extremo oposto, sete regiões não registraram óbitos sem assistência — embora em duas delas (Laguna e Serra Catarinense) essa aparente ausência de problema conviva com proporções elevadas de dados ignorados (68% e 50%, respectivamente), o que exige cautela na leitura: a ausência de “não” não equivale necessariamente a boa cobertura assistencial, podendo refletir subnotificação da variável.

Esses achados demandam atenção prioritária dos Comitês Regionais de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil no Alto Uruguai Catarinense, Extremo Sul, Meio Oeste e Nordeste, tanto para a investigação individualizada dos casos sem assistência quanto para a qualificação do preenchimento da Declaração de Óbito nas regiões com alta proporção de dados ignorados — sem o que a magnitude real do problema permanece subestimada.

ÓBITOS FETAIS SEGUNDO CAUSA BÁSICA DE ÓBITO

A identificação da causa básica do óbito é considerada a etapa mais informativa da investigação epidemiológica do óbito fetal, já que a partir dela é possível classificar os óbitos quanto à evitabilidade e direcionar intervenções específicas de prevenção. A literatura brasileira mostra que a aplicação da Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis adaptada para óbitos fetais (LBE-OF) tende a classificar cerca de 43,6% dos óbitos como reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, sendo as causas mal definidas (código P95) a segunda categoria mais frequente, em torno de 35,4% dos casos em estudos estaduais (Fonseca *et al.*, 2021). A **Tabela 7** apresenta a distribuição dos óbitos fetais de Santa Catarina em 2025 segundo a causa básica de óbito, codificada pela CID-10.

TABELA 7 - Número de óbitos fetais (≥ 22 semanas) segundo causa básica de mortalidade. Santa Catarina, 2025.

CAUSA BÁSICA DE ÓBITO	Nº Óbitos
A50 Sífilis congênita	3
P00 Fet rec-nasc afet afec mat n obr rel grav at	120
P01 Fet rec-nasc afet complic materns gravidez	34
P02 Fet rec-nasc afet compl plac cord umb membr	125
P03 Fet rec-nasc afet out compl trab parto parto	11
P04 Fet rec-nasc infl af noc trans plac leit mat	6
P05 Crescimento fetal retard e desnutrição fetal	8

CONTINUA NA PRÓXIMA PÁGINA ↓

CAUSA BÁSICA DE ÓBITO	Nº Óbitos
P07 Transt rel gest curt dur peso baix nasc NCOP	1
P20 Hipoxia intra-uterina	47
P29 Transt cardiovasc orig periodo perinatal	2
P50 Perda sanguinea fetal	1
P55 Doenc hemolitica do feto e do recém-nascido	1
P56 Hidropsia fetal dev doenc hemolitica	4
P70 Trans transit metab carboid esp fet rec-nasc	21
P83 Outr afecç compr tegum espec feto rec-nasc	6
P95 Morte fetal de causa NE	87
P96 Outr afecções originadas periodo perinatal	2
Q_ Malformações congênitas	64
TOTAL	543

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Consulta em 07/2026. *2025 dados preliminares, sujeitos à alteração.

Excluídos os óbitos com idade gestacional ignorada ou em branco.

As complicações de placenta, cordão umbilical e membranas (P02) constituíram a principal causa básica de óbito fetal em Santa Catarina em 2025, respondendo por 23,0% dos casos (125 óbitos), seguidas de perto pelas afecções maternas não obrigatoriamente relacionadas à gravidez atual (P00), com 22,1% (120 óbitos). Juntas, essas duas categorias — ambas potencialmente moduláveis pela qualidade da assistência pré-natal e pelo manejo de comorbidades maternas — responderam por 45,1% de todos os óbitos fetais do estado, reforçando a centralidade da atenção à saúde materna na prevenção do óbito fetal. Dentre as regiões com maiores percentuais de P00 em 2025 destacaram-se o Extremo Sul (33,3%), o Oeste (32,0%), a Serra Catarinense (28,6%) e a Foz do Rio Itajaí (28,0%).

A morte fetal de causa não especificada (P95) ocupou a terceira posição, com 16,0% dos óbitos (87 casos). Embora essa proporção seja menor do que à média nacional de 21,5%, segundo Fonseca *et al.* (2021), ela ainda representa uma parcela relevante de óbitos cuja causa não foi adequadamente esclarecida, funcionando como um indicador indireto da qualidade do preenchimento da Declaração de Óbito e da investigação epidemiológica. Dentre as regiões, destacaram-se o Alto Vale do Rio do Peixe (35,7%), o Extremo Oeste (30,0%) e o Oeste (28,0%), com os maiores percentuais de causa inespecífica dentre os óbitos fetais registrados. Reduzir essa proporção — por meio da qualificação da investigação clínica, da realização de exames complementares (incluindo estudo anatomopatológico da placenta) e da atuação mais ativa dos Comitês de Prevenção — deve ser considerado um objetivo estratégico da vigilância em saúde, pois óbitos “sem causa definida” limitam a formulação de estratégias de prevenção direcionadas.

As malformações congênitas (códigos Q_) representaram 11,8% dos óbitos (64 casos), proporção superior à mediana internacional de 7,4% relatada por Lawn *et al.* (2016) em países com dados confiáveis — o que pode refletir tanto uma vigilância da causa mais completa, quanto uma real diferença epidemiológica, mas que, em qualquer caso, reforça a importância dos programas de triagem pré-natal e de rastreamento de malformações no estado. A hipóxia intrauterina (P20) foi selecionada como causa básica em 8,7% dos óbitos (47 casos), proporção inferior à observada em estudos nacionais, que apontam cerca de 15% (Fonseca *et al.*, 2021). Essa diferença pode refletir uma melhor qualidade da classificação da causa básica dos óbitos fetais em Santa Catarina, com registro específico da condição que originou a hipóxia, em vez da menção isolada ao evento terminal.

Por fim, a presença de 3 óbitos por sífilis congênita (A50) em 2025, correspondendo a apenas 0,6% do total, mas configurando-se como a causa mais emblematicamente evitável entre todas as identificadas na **Tabela 7**. A sífilis congênita é reconhecida na literatura como a segunda principal causa de natimortalidade evitável no mundo, atrás apenas da malária, sendo um evento-sentinela direto de falhas na cobertura, no início oportuno ou na qualidade do pré-natal — sobretudo na testagem sorológica da gestante e de seu parceiro e no tratamento adequado e oportuno dos casos reagentes (Lawn *et al.*, 2016). Ainda que numericamente pequeno, cada um desses três óbitos deve ser objeto de investigação individualizada e minuciosa pelos Comitês Regionais de Prevenção, dado seu caráter de evitabilidade quase absoluta quando a rede de pré-natal funciona adequadamente. Além disso, cabe lembrar que, casos registrados com causa básica P00 podem incluir afecções relacionadas à sífilis materna, o que não descarta a existência de subnotificação de óbitos por sífilis congênita.

LIMITAÇÕES

Este boletim apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos achados. Primeiro, os dados de 2025 são preliminares, sujeitos ao prazo regular de consolidação do SIM/SINASC, o que pode alterar marginalmente em consultas futuras, os números aqui apresentados. Segundo, a análise é descritiva e ecológica, não permitindo inferências causais individuais sobre os determinantes do óbito fetal em cada caso. Terceiro, a elevada proporção de dados ignorados em algumas variáveis (notadamente assistência médica, com 13,3% de casos ignorados) compromete a completude de alguns indicadores regionais, podendo mascarar a magnitude real do problema em regiões como Laguna e Serra Catarinense.

RECOMENDAÇÕES

Tendo em vista os achados deste boletim, recomenda-se:

- a. Priorização territorial.** As regionais do Alto Uruguai Catarinense, Meio Oeste e Extremo Oeste devem ser objeto de atenção da vigilância epidemiológica, por concentrarem simultaneamente taxa de mortalidade fetal elevada, alta proporção de óbitos sem assistência médica, bem como indicadores adicionais de vulnerabilidade assistencial. Recomenda-se apoio técnico direto dos Comitês Estadual e Regionais de Prevenção de Óbitos.
- b. Qualificação do preenchimento da Declaração de Óbito e da vigilância do óbito.** A proporção de causas mal definidas (P95, 16%) e de dados ignorados na variável assistência médica (13,3%) indica espaço relevante para capacitação continuada dos profissionais responsáveis pelo preenchimento da Declaração de Óbito e pela investigação epidemiológica, especialmente nas regiões com maior proporção de dados ignorados (Laguna e Serra Catarinense).
- c. Investigação individualizada de casos evitáveis-sentinela.** Os três óbitos por sífilis congênita identificados em 2025, embora numericamente reduzidos, devem ser discutidos individualmente pelos respectivos Comitês Regionais, com verificação da cobertura de testagem sorológica no pré-natal, o acompanhamento e o tratamento oportuno da gestante e de seu parceiro, dado o caráter de evitabilidade quase absoluta desse desfecho. Da mesma forma, os casos codificados com P00, especialmente nas regiões Extremo Sul, Oeste, Serra Catarinense e Foz do Rio Itajaí.
- d. Avaliação da via de parto em óbitos fetais.** A proporção estadual de cesáreas em óbitos fetais (42,0%), superior ao esperado clinicamente na ausência de complicações, justifica a avaliação de prontuários nas regiões com maior proporção de cesárea (Oeste, Extremo Oeste, Médio Vale do Itajaí e Alto Vale do Itajaí), verificando se as indicações estiveram tecnicamente justificadas.
- e. Monitoramento contínuo.** Recomenda-se o acompanhamento sistemático, com periodicidade regular, dos indicadores aqui apresentados, com especial atenção às variações percentuais elevadas em regiões de baixo volume absoluto de óbitos — que devem ser interpretadas ao longo de múltiplos anos.

CONCLUSÃO

A análise da mortalidade fetal em Santa Catarina no período de 2016 a 2025 revela um cenário predominantemente favorável no plano agregado — com redução de 21,0% na taxa estadual e posicionamento do estado abaixo do histórico regional e nacional —, mas que esconde desigualdades regionais expressivas e lacunas assistenciais concentradas em territórios específicos. A leitura combinada de volume absoluto, taxa relativizada, perfil clínico-demográfico e causas básicas de óbito permitiu identificar não apenas onde a mortalidade fetal é mais elevada em Santa Catarina, mas também, em boa medida, porque isso ocorre — apontando para um problema estrutural de acesso e qualidade da assistência pré-natal em determinadas regiões, e não para uma distribuição aleatória do risco.

A mortalidade fetal, embora historicamente menos visível do que a mortalidade infantil e materna nas agendas de saúde pública, permanece sendo um evento amplamente evitável quando a rede de atenção à saúde da gestante funciona de forma oportuna, qualificada e equitativa em todo o território catarinense. Os achados deste boletim reforçam o papel central da vigilância epidemiológica na identificação de desigualdades regionais e na orientação de políticas públicas voltadas à redução desse indicador em Santa Catarina, cabendo aos Comitês Regionais de Prevenção de Óbitos Materno, Infantil e Fetal o papel decisivo na tradução desses achados em ações concretas de qualificação assistencial nos territórios de maior vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barros, P. S.; Aquino, E. C.; Souza, M. R. Mortalidade fetal e os desafios para a atenção à saúde da mulher no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 12, 2019. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000714>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/manual-de-vigilancia-do-obito-infantil-e-fetal-e-do-comite-de-prevencao-do-obito-infantil-e-fetal/view>. Acesso em 07 jul 2026.
3. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 72, de 11 de janeiro de 2010**. Torna obrigatória a investigação de óbito infantil e fetal em determinados casos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2010.
4. Hug, L.You D, Blencowe H *et al*. Global, regional, and national estimates and trends in stillbirths from 2000 to 2019: a systematic assessment. **The Lancet**, v. 398, n. 10302, p. 772-785, 2021. Disponível: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01112-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01112-0/fulltext). Acesso em: 07 julho 2026.
5. Rocha, J. B. F. *et al*. Tendência espaço-temporal da mortalidade fetal no Brasil, 1996-2021. **Revista de Saúde Pública**, v. 59, p. e2, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/MPZdS9X4FRxC6cBhxjxpbZF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 jul 2026.
6. UNICEF; WHO; WORLD BANK GROUP; UN IGME. **Standing up for stillbirth: current estimates and key interventions**. Report of the United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation, 2024. Nova York: UNICEF, 2025. Disponível: <https://data.unicef.org/resources/standing-up-for-stillbirth-report/>. Acesso em: 07 jul 2026
7. Vieira, M. S. M.; Vieira, F. M.; Fröde, T. S.; D'Orsi, E. Fetal deaths in Brazil: historical series descriptive analysis 1996-2012. **Maternal and Child Health Journal**, v. 20, n. 8, p. 1634-1650, 2016. DOI 10.1007/s10995-016-1962-8. PMID: 27007985.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine in collaboration with; Metz TD, Berry RS, Fretts RC, Reddy UM, Turrentine MA. **Obstetric Care Consensus #10: Management of Stillbirth**: (Replaces Practice Bulletin Number 102, March 2009). *Am J Obstet Gynecol*. 2020 Mar;222(3):B2-B20. doi: 10.1016/j.ajog.2020.01.017. Epub 2020 Jan 29. PMID: 32004519.
9. Cabar, F. R.; Nomura, R. M. Y. Indicação de cesarianas em óbito fetal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 4, p. 168-172, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032010000400004>
10. Cheong-See F, Schuit E, Arroyo-Manzano D, Khalil A, Barrett J, Joseph KS, Asztalos E, Hack K, Lewi L, Lim A, Liem S, Norman JE, Morrison J, Combs CA, Garite TJ, Maurel K, Serra V, Perales A, Rode L, Worda K, Nassar A, Aboulghar M, Rouse D, Thom E, Breathnach F, Nakayama S, Russo FM, Robinson JN, Dodd JM, Newman RB, Bhattacharya S, Tang S, Mol BW, Zamora J, Thilaganathan B, Thangaratinam S; **Global Obstetrics Network (GONet) Collaboration**. Prospective risk of stillbirth and neonatal complications in twin pregnancies: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2016 Sep 6;354:i4353. doi: 10.1136/bmj.i4353. PMID: 27599496; PMCID: PMC5013231.
11. Malta, D. C. *et al*. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 2, p. 173-176, 2010. Disponível: https://lume-re-demonstracao.ufrgs.br/atlas-da-saude/material/fontes/Nota%20Te%CC%81cnica%20Obitos_Evitaveis_5_a_74_anos.pdf. Acesso em: 07 jul 2026.
12. Barbeiro, F. M. S. *et al*. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 22, 2015. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/LxwHkKxPS9Qzq8fg7zCBSSz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 jul 2026.

13. Fonseca, S. C. *et al.* Evitabilidade de óbitos fetais: reflexões sobre a Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis por intervenção do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 7, p. e00265920, 2021.
14. Lawn, J. E. *et al.* Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. **The Lancet**, v. 387, n. 10018, p. 587-603, 2016.
15. **Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.** Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/nascidos-vivos/>. Acesso em: 16 jul. 2026.
16. **Brasil. Ministério da Saúde.** Declaração de óbito: manual de instruções para preenchimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.
17. **American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).** Management of Stillbirth. Obstetric Care Consensus, n. 10. Washington, DC: ACOG, 2020. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2020/03/management-of-stillbirth>. Acesso em: 17 jul. 2026.
18. Zandvakili F, Rezaie M, Shahoei R, Roshani D. **Maternal Outcomes Associated with Cesarean versus Vaginal Delivery.** J Clin Diagn Res. 2017 Jul;11(7):QC01-QC04. doi: 10.7860/JCDR/2017/24891.10239. Epub 2017 Jul 1. PMID: 28892978; PMCID: PMC5583866.

EXPEDIENTE

O informativo Epidemiológico Barriga Verde é uma publicação técnica da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Rua Esteves Júnior, 390 - Anexo I - 1º andar - Centro - Florianópolis - CEP: 88015-130 | Fone: (48) 3664-7400 | Site: www.dive.sc.gov.br

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

Governo do Estado: Jorginho dos Santos Mello | **Secretário de Estado da Saúde:** Diogo Demarchi Silva | **Superintendente de Vigilância em Saúde:** Fábio Gaudenzi | **Diretor de Vigilância Epidemiológica:** João Augusto Brancher Fuck | **Gerente de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis (GADNT):** Aline Piacessi Arceno | **Elaboração:** Juliana Martins Ferreira e Aline Piacessi Arceno | **Colaboração:** Ana Beatriz Sperb Wanderley, Marta Valéria da Silva, Yuri Munir Igor Alves Guimarães Figueiredo e Vinícius Paim Brasil | **Revisão:** Patrícia Pozzo | **Diagramação:** Alex Martins.

FICHA CATALOGRÁFICA

Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis (GADNT). Boletim Barriga Verde. Informativo Epidemiológico Mortalidade Fetal em Santa Catarina. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde, 2026.

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

