

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL EM POPULAÇÕES PERIFÉRICAS E TRADICIONAIS

**SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH AND THEIR RELATIONSHIP WITH
MATERNAL AND NEONATAL MORTALITY IN PERIPHERAL AND
TRADITIONAL POPULATIONS**

Ciências Biológicas, Ciências Sociais Aplicadas, Ciências da Saúde •

01/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/790715560](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/790715560)

Jhonatan Alves de Oliveira Pinto¹

RESUMO

A mortalidade materna e a mortalidade neonatal permanecem como indicadores sensíveis das desigualdades sociais, territoriais, étnico-raciais e assistenciais que atravessam os sistemas de saúde. Este artigo analisa a relação entre os determinantes sociais da saúde e os óbitos maternos e neonatais em populações periféricas e tradicionais, com ênfase no contexto brasileiro. Realizou-se revisão narrativa de escopo ampliado, fundamentada em documentos da Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde e literatura científica recente sobre iniquidades maternas e neonatais. A análise foi organizada em cinco eixos: condições socioeconômicas; território e infraestrutura; raça, etnia e racismo estrutural; acesso e qualidade da atenção obstétrica e neonatal; e fatores interseccionais relacionados a gênero, escolaridade, mobilidade e proteção social. As evidências indicam que pobreza, baixa escolaridade, insegurança alimentar, saneamento insuficiente, distância dos serviços, barreiras culturais, discriminação e menor continuidade do cuidado se acumulam e elevam o risco de desfechos adversos. Mulheres negras e indígenas e recém-nascidos pertencentes a grupos historicamente vulnerabilizados apresentam desigualdades persistentes, mesmo quando considerados fatores clínicos. Conclui-se que a redução sustentável da mortalidade materna e neonatal exige políticas territoriais, antirracistas e interculturais, fortalecimento da atenção primária, pré-natal oportuno, transporte sanitário, redes de referência, cuidado obstétrico e neonatal qualificado e monitoramento sistemático dos indicadores por raça/cor, território e condição socioeconômica.

Palavras-chave: determinantes sociais da saúde; mortalidade materna; mortalidade neonatal; iniquidades em saúde; populações tradicionais; periferias.

ABSTRACT

Maternal and neonatal mortality remain sensitive indicators of social, territorial, ethnic-racial and health-care inequalities. This article analyzes the relationship between social determinants of health and maternal and neonatal deaths in peripheral and traditional populations, with emphasis on the Brazilian context. A broad-scope narrative review was conducted based on documents from the World Health Organization, the Brazilian Ministry of Health and recent scientific literature on maternal and neonatal inequalities. The analysis was organized into five axes: socioeconomic conditions; territory and infrastructure; race, ethnicity and structural racism; access to and quality of obstetric and neonatal care; and intersectional factors related to gender, education, mobility and social protection. Evidence indicates that poverty, low schooling, food insecurity, inadequate sanitation, geographic distance, cultural barriers, discrimination and discontinuity of care accumulate and increase the risk of adverse outcomes. Black and Indigenous women and newborns from historically marginalized groups show persistent inequalities even after clinical factors are considered. Sustainable reductions in maternal and neonatal mortality therefore require territorial, anti-racist and culturally responsive policies, stronger primary care, timely prenatal care, sanitary transport, referral networks, qualified obstetric and neonatal care, and systematic monitoring of indicators by race/skin color, territory and socioeconomic status.

Keywords: social determinants of health; maternal mortality; neonatal mortality; health inequities; traditional populations; peripheral areas.

1. INTRODUÇÃO

A mortalidade materna e a mortalidade neonatal são eventos sentinela da qualidade de vida e da capacidade de resposta dos sistemas de saúde. Embora tenham determinantes clínicos imediatos — como hemorragias, síndromes hipertensivas, infecções, prematuridade, asfixia e complicações do parto —, esses eventos não podem ser compreendidos de forma adequada sem considerar o ambiente social em que a gestação, o nascimento e os primeiros dias de vida ocorrem. A distribuição dos óbitos acompanha, em grande medida, a distribuição desigual de renda, educação, moradia, alimentação, saneamento, mobilidade, acesso aos serviços e poder social. Por essa razão, a análise da mortalidade materna e neonatal constitui uma via privilegiada para examinar os determinantes sociais da saúde e as iniquidades evitáveis.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, cerca de 260 mil mulheres morreram por causas relacionadas à gestação e ao parto em 2023, e mais de 90% desses óbitos ocorreram em países de baixa e média-baixa renda. A própria OMS reconhece que barreiras ao cuidado materno não decorrem apenas de falhas assistenciais, mas também de determinantes como renda, educação, raça, etnia, desigualdade de gênero, discriminação e fragilidade dos sistemas de saúde (WHO, 2025). A mortalidade materna, portanto, expressa uma cadeia causal que começa muito antes da emergência obstétrica e se prolonga para além do hospital.

No período neonatal, as desigualdades assumem forma semelhante. A sobrevivência nos primeiros 28 dias de vida depende tanto do acesso a tecnologias e equipes qualificadas quanto da condição materna durante a gestação, da oportunidade do pré-natal, do diagnóstico de risco, da organização da rede de parto e nascimento, da capacidade de transporte e referência e das condições sociais do

território. Em populações que vivem em periferias urbanas, áreas rurais remotas, territórios indígenas, comunidades quilombolas, ribeirinhas e outros contextos tradicionais, os riscos biomédicos frequentemente se somam a barreiras territoriais e institucionais.

No Brasil, a dimensão étnico-racial é incontornável. Estudos nacionais recentes mostram desigualdades importantes na mortalidade materna entre mulheres pretas, pardas e brancas e diferenças expressivas em desfechos neonatais entre recém-nascidos segundo a raça/cor materna. Silva et al. (2024), ao analisarem dados nacionais de 2017 a 2022, encontraram razão de mortalidade materna quase duas vezes maior entre mulheres pretas do que entre mulheres brancas. Rebouças et al. (2024), em coorte nacional com mais de 21 milhões de nascidos vivos, estimaram parcela relevante de prematuridade, baixo peso, restrição de crescimento e mortalidade neonatal precoce atribuível às desigualdades étnico-raciais, com impactos especialmente elevados entre mulheres indígenas e pretas.

Esses achados não devem ser interpretados como expressão de diferenças biológicas entre grupos raciais, mas como resultado de processos históricos, econômicos, territoriais e institucionais. Raça/cor, nesse contexto, funciona como marcador social de exposição diferencial a recursos, oportunidades, discriminação, qualidade do cuidado e proteção social. Da mesma forma, pertencer a uma população tradicional ou residir em periferia não constitui, por si, fator etiológico; o risco emerge das condições materiais e políticas associadas à marginalização territorial, à menor oferta de serviços e à reprodução de desigualdades.

A abordagem dos determinantes sociais da saúde permite articular esses níveis. O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) propõe camadas que vão de características individuais a redes sociais, condições de vida e trabalho e contexto socioeconômico mais amplo. O marco da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS e a formulação de Solar e Irwin (2010) reforçam a distinção entre determinantes estruturais — posição socioeconômica, gênero, raça/etnia, poder e políticas — e determinantes intermediários, como condições materiais, fatores psicossociais e funcionamento do sistema de saúde. Essa arquitetura conceitual é especialmente útil para compreender por que eventos obstétricos e neonatais potencialmente evitáveis se concentram em certos grupos e territórios.

O objetivo deste artigo é analisar como os determinantes sociais da saúde se relacionam com a mortalidade materna e neonatal em populações periféricas e tradicionais, integrando evidências sobre desigualdades socioeconômicas, territoriais, étnico-raciais e assistenciais. Busca-se, adicionalmente, discutir implicações para a organização das redes de atenção, vigilância em saúde e políticas públicas orientadas por equidade.

2. REFERENCIAL TEÓRICO: DETERMINANTES SOCIAIS, EQUIDADE E CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

O conceito de determinantes sociais da saúde desloca a explicação dos agravos do plano estritamente individual para a estrutura social que distribui riscos e recursos. Na saúde materna e neonatal, isso significa reconhecer que uma hemorragia, uma infecção, uma eclâmpsia, uma prematuridade ou uma asfixia podem constituir a causa clínica imediata do óbito, enquanto as condições que

permitiram o agravamento podem incluir pré-natal insuficiente, dificuldade de transporte, atraso diagnóstico, peregrinação por maternidades, barreiras linguísticas, discriminação, insegurança alimentar ou baixa capacidade de resposta do território.

A perspectiva de equidade diferencia desigualdades de iniquidades. Nem toda diferença em saúde é necessariamente injusta ou evitável, mas discrepâncias sistemáticas entre grupos sociais que resultam de distribuição desigual de oportunidades, serviços e proteção configuram iniquidades. Quando mulheres de determinados grupos raciais, territoriais ou econômicos apresentam maior risco de morte em circunstâncias clínicas semelhantes, torna-se necessário investigar não apenas a doença, mas também o modo como o sistema organiza acesso, escuta, classificação de risco, referência e continuidade do cuidado.

O modelo de determinação social também ajuda a compreender a interdependência entre saúde materna e neonatal. A morte neonatal raramente é separável das condições da gestação. Prematuridade e baixo peso, por exemplo, podem refletir infecções não tratadas, hipertensão, desnutrição, exposição ambiental, estresse crônico, ausência de acompanhamento pré-natal e barreiras de acesso. Na outra direção, a necessidade de atenção neonatal intensiva depende da presença de maternidades de referência, leitos, transporte e equipes treinadas, recursos que são distribuídos de forma desigual entre regiões e municípios.

Em populações tradicionais, a dimensão cultural deve ser acrescentada ao debate. A oferta de cuidado tecnicamente correto pode permanecer inefetiva se não houver comunicação intercultural, respeito às práticas e vínculos comunitários, mediação

linguística e organização do serviço compatível com a geografia do território. A integralidade, portanto, não se limita à soma de procedimentos; implica capacidade institucional de reconhecer diferentes modos de vida e construir trajetórias de cuidado seguras.

Quadro 1. Matriz analítica dos determinantes sociais relacionados à mortalidade materna e neonatal

Dimensão	Exemplos de determinantes	Mecanismos relacionados ao risco
Estrutural	Renda, raça/cor, gênero, escolaridade, inserção laboral, políticas públicas	Define posição social, exposição cumulativa a vulnerabilidades e capacidade de acessar recursos.
Territorial	Distância, transporte, saneamento, água, conectividade, oferta regional de serviços	Interfere no tempo de chegada ao cuidado, diagnóstico, referência e condições de vida.
Assistencial	Pré-natal, vínculo com maternidade, qualidade obstétrica, UTI neonatal, regulação	Modula detecção de risco, manejo oportuno e prevenção de complicações evitáveis.
Cultural e institucional	Racismo, discriminação, barreiras linguísticas, inadequação intercultural	Afeta confiança, comunicação, acolhimento, adesão e qualidade do cuidado.
Intermediária	Nutrição, estresse, exposição ambiental, doenças crônicas, infecções	Converte desigualdades estruturais em riscos biológicos maternos e fetais.

Fonte: elaboração própria com base em Dahlgren e Whitehead (1991), Solar e Irwin (2010) e WHO (2025).

3. MÉTODO

Trata-se de artigo de revisão narrativa de escopo ampliado, com abordagem crítico-analítica. A opção metodológica decorre do objetivo de integrar diferentes tipos de evidência — marcos conceituais, estudos epidemiológicos, documentos normativos e relatórios institucionais — sem pretensão de estimar efeito combinado ou realizar metanálise.

Foram priorizadas fontes que abordam mortalidade materna, mortalidade neonatal, desigualdades étnico-raciais, populações indígenas e tradicionais, acesso aos serviços, determinantes socioeconômicos e organização da atenção materno-infantil. Na literatura científica, foram considerados estudos nacionais e internacionais de maior pertinência temática, com ênfase em publicações recentes e bases populacionais brasileiras. Também foram incorporados documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde que descrevem o problema, os determinantes e a estrutura contemporânea da Rede Alyne.

A análise temática foi organizada em cinco eixos: a) pobreza, renda, escolaridade e proteção social; b) território, saneamento, mobilidade e infraestrutura; c) raça, etnia, racismo estrutural e populações tradicionais; d) acesso, continuidade e qualidade da atenção obstétrica e neonatal; e) interseccionalidade e resposta das políticas públicas. A síntese privilegia relações plausíveis e convergentes entre determinantes e desfechos, evitando inferências causais quando os estudos citados são observacionais.

Por se tratar de revisão baseada em literatura e documentos de acesso público, sem uso de dados individualizados ou identificação

de participantes, não houve necessidade de submissão a comitê de ética em pesquisa. Como limitação, a natureza narrativa não assegura exaustividade bibliográfica; em contrapartida, permite integrar evidências epidemiológicas, sociais e normativas relevantes para a interpretação das iniquidades.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Pobreza, Renda, Escolaridade e Proteção Social

A posição socioeconômica influencia a saúde materna e neonatal por múltiplas vias. Renda insuficiente limita alimentação adequada, moradia segura, transporte, aquisição de medicamentos e possibilidade de deslocamento para consultas e exames. Baixa escolaridade pode se associar a menor acesso à informação em saúde e a trajetórias laborais mais precárias, embora não deva ser tratada como atributo individual isolado: ela é também produto de desigualdades territoriais, raciais e geracionais.

Mulheres em situação de vulnerabilidade econômica enfrentam maior probabilidade de iniciar o pré-natal tardiamente, faltar a consultas por custo de deslocamento ou incompatibilidade de horários, depender de redes de transporte instáveis e postergar procura por urgência. Esses atrasos tornam-se particularmente críticos em condições obstétricas tempo-dependentes, como hemorragia, hipertensão grave e sepse.

No período neonatal, as condições socioeconômicas maternas repercutem antes e depois do parto. Insegurança alimentar, estresse crônico, exposição ocupacional e dificuldade de manejo de doenças prévias podem afetar crescimento fetal e prematuridade. Após o nascimento, a vulnerabilidade pode comprometer aleitamento,

acompanhamento na atenção primária, vacinação, acesso a exames e retorno rápido em caso de sinais de gravidade.

A proteção social funciona como determinante intermediário capaz de reduzir parte desses riscos. Programas de transferência de renda, atenção básica territorializada, políticas de segurança alimentar, creches, transporte sanitário e saneamento não são medidas externas à saúde materno-infantil; constituem parte do ambiente causal que condiciona sobrevivência materna e neonatal.

4.2. Território, Periferias e Barreiras Geográficas

O território opera como mediador entre vulnerabilidade social e acesso ao cuidado. Em periferias urbanas, a proximidade física de grandes centros nem sempre se traduz em acesso oportuno. Longos deslocamentos, transporte público irregular, violência urbana, superlotação de serviços e fragmentação da rede podem produzir atrasos semelhantes aos observados em áreas remotas.

Em comunidades rurais, ribeirinhas e indígenas, a barreira espacial pode ser ainda mais pronunciada. Distâncias fluviais, sazonalidade climática, ausência de transporte sanitário disponível e dificuldade de comunicação com centrais de regulação podem prolongar o tempo entre identificação do risco e assistência especializada. A mortalidade, nesses cenários, é influenciada por uma cadeia logística que conecta domicílio, atenção primária, transporte, maternidade de referência e unidade neonatal.

O saneamento básico e as condições ambientais também importam. Água insegura, esgotamento inadequado, moradia precária e exposição a enchentes, fumaça ou calor extremo elevam o risco de infecções, agravam insegurança alimentar e aumentam a

carga fisiológica durante a gestação. Em recém-nascidos, essas condições amplificam vulnerabilidades após a alta, particularmente quando há prematuridade ou baixo peso.

A OMS reconhece que mulheres pobres e residentes em áreas remotas são as menos propensas a receber cuidados adequados e que crises climáticas e humanitárias podem fragilizar ainda mais os sistemas de saúde (WHO, 2025). Essa observação é especialmente relevante para territórios amazônicos e outras regiões em que eventos climáticos alteram rios, estradas, abastecimento e disponibilidade de equipes.

4.3. Raça, Etnia, Racismo Estrutural e Desigualdades Maternas

A literatura brasileira demonstra que a mortalidade materna não se distribui de forma homogênea segundo raça/cor. Em estudo nacional de 2017 a 2022, Silva et al. (2024) encontraram razão de mortalidade materna de 125,81 por 100 mil nascidos vivos entre mulheres pretas e 64,15 entre mulheres brancas, com disparidade presente em todas as regiões analisadas. Esses resultados atualizam um padrão já descrito há décadas e reforçam que a desigualdade racial não pode ser reduzida à renda.

Dados apresentados pelo Ministério da Saúde no contexto da Rede Alyne também destacam a iniquidade racial, registrando valores de mortalidade materna substancialmente maiores entre mulheres pretas e indicadores acima da média entre mulheres indígenas. A resposta institucional recente reconhece explicitamente a necessidade de reduzir a morbimortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal e atenção às populações negra, indígena e quilombola.

O racismo estrutural atua pela distribuição histórica desigual de renda, escolaridade, moradia e acesso a serviços. O racismo institucional, por sua vez, pode se manifestar na comunicação clínica, na subvalorização da dor, em atrasos no diagnóstico, na menor escuta e em experiências de desrespeito. É metodologicamente importante distinguir esses mecanismos e evitar explicações biologizantes. As categorias de raça/cor são marcadores sociais e políticos que captam trajetórias diferenciais de exposição.

Estudos anteriores, como o de Martins (2006), já identificavam maior risco de mortalidade materna entre mulheres negras e chamavam atenção para a necessidade de qualificar a informação de raça/cor nos sistemas de saúde. Passadas duas décadas, a persistência das disparidades mostra que a simples expansão da cobertura assistencial não garante equidade se a qualidade, a oportunidade e a segurança do cuidado permanecerem desiguais.

4.4. Povos Indígenas, Populações Tradicionais e Interculturalidade

Os povos indígenas enfrentam um conjunto específico de determinantes: distância geográfica, dificuldades de transporte, perda territorial, insegurança alimentar, barreiras linguísticas, menor disponibilidade de serviços resolutivos e experiências de discriminação. A Organização Mundial da Saúde reconhece que populações indígenas apresentam piores indicadores de saúde em diferentes regiões do mundo e que desigualdades estruturais, exclusão e inadequação cultural dos serviços contribuem para maior mortalidade materna e infantil.

No Brasil, a mortalidade infantil entre crianças indígenas permanece muito superior à observada na população geral em vários territórios. Iniciativas recentes apoiadas pelo UNICEF e pelo Ministério da Saúde têm ressaltado que crianças indígenas apresentam risco de morrer antes de completar um ano aproximadamente duas vezes maior que o das demais crianças brasileiras em determinados conjuntos de dados. A interpretação desses números exige cautela pela heterogeneidade entre povos e territórios, mas a direção da desigualdade é consistente com a literatura histórica.

Nas populações ribeirinhas, quilombolas e demais comunidades tradicionais, as categorias administrativas disponíveis nos sistemas de informação nem sempre captam adequadamente identidade, pertencimento e território. Essa invisibilidade estatística é, por si, uma barreira de gestão: sem dados desagregados e territorializados, torna-se difícil identificar onde estão os maiores riscos, quais trajetórias de cuidado falham e quais recursos devem ser priorizados.

A interculturalidade deve ser tratada como componente de segurança assistencial. Serviços que não consideram idioma, práticas de parto, presença de acompanhantes, redes familiares, deslocamentos e modos de vida podem produzir baixa confiança e reduzir a adesão. O objetivo não é substituir práticas comunitárias por protocolos biomédicos, mas construir cuidado tecnicamente seguro e culturalmente respeitoso, capaz de negociar condutas e reconhecer saberes locais sem negligenciar sinais de risco.

4.5. Desigualdades Étnico-Raciais nos Desfechos Neonatais

A relação entre raça/cor materna e desfechos neonatais foi examinada em grande coorte nacional por Rebouças et al. (2024), envolvendo mais de 21 milhões de nascidos vivos no Brasil entre 2012 e 2019. O estudo estimou que parte relevante de prematuridade, baixo peso ao nascer, pequeno para a idade gestacional e mortalidade neonatal precoce poderia ser evitada se grupos historicamente racializados experimentassem condições semelhantes às das mulheres brancas.

As frações atribuíveis foram particularmente elevadas entre mulheres indígenas e pretas. Para mortalidade neonatal precoce, os autores estimaram valores de aproximadamente 19,6% entre indígenas e 20,1% entre mulheres pretas no cenário contrafactual utilizado. Os resultados permaneceram relacionados a escolaridade e a outros fatores sociais, evidenciando interação entre raça/cor e posição socioeconômica.

Essas evidências são relevantes porque demonstram que o componente neonatal da mortalidade infantil não é apenas reflexo da disponibilidade de terapia intensiva. Ele incorpora exposições que se acumulam durante a gestação e o parto. Uma rede neonatal forte precisa, portanto, estar conectada a políticas de pré-natal, atenção primária, regulação obstétrica, transporte, segurança alimentar e enfrentamento das desigualdades raciais.

A persistência de diferenças após ajustes estatísticos reforça que as variáveis disponíveis em bancos administrativos não captam integralmente mecanismos como discriminação, qualidade diferencial do cuidado, violência obstétrica, estresse racial e barreiras culturais. Assim, o monitoramento quantitativo deve ser combinado

a auditorias de óbito, investigação de itinerários assistenciais e métodos qualitativos.

4.6. Acesso, Continuidade e Qualidade da Atenção Obstétrica

Acesso não equivale apenas à existência formal de um serviço. Acesso efetivo envolve tempo de deslocamento, acolhimento, disponibilidade profissional, continuidade do pré-natal, realização de exames, reconhecimento de sinais de risco, vinculação prévia à maternidade e capacidade de transferência. Uma gestante pode estar cadastrada em unidade básica e, ainda assim, chegar ao parto sem diagnóstico oportuno de hipertensão, anemia, infecção ou restrição de crescimento fetal.

A qualidade do cuidado também precisa ser considerada. A OMS destaca falhas sistêmicas como assistência de baixa qualidade, escassez de profissionais, indisponibilidade de insumos essenciais e baixa responsabilização institucional como barreiras centrais à redução da mortalidade materna. Em populações periféricas e tradicionais, essas falhas frequentemente se somam a obstáculos sociais preexistentes.

O conceito dos 'três atrasos' permanece útil: atraso em decidir buscar cuidado, atraso em chegar ao serviço e atraso em receber atendimento apropriado após a chegada. Os determinantes sociais atravessam os três. Baixa autonomia econômica pode dificultar a decisão e o deslocamento; distância ou transporte precário aumenta o segundo atraso; racismo, superlotação, regulação ineficiente e falhas de protocolo podem ampliar o terceiro.

A mortalidade materna é especialmente sensível à capacidade de resposta a emergências obstétricas. Hemorragia pós-parto,

hipertensão grave, sepse e tromboembolismo exigem reconhecimento rápido e protocolos bem executados. Reduzir iniquidades significa garantir que a mesma urgência clínica receba a mesma qualidade de resposta, independentemente do CEP, raça/cor, idioma, renda ou local de residência.

4.7. Pré-Natal e Produção de Desigualdades Acumulativas

O pré-natal representa oportunidade estratégica para interromper trajetórias de risco. Quando iniciado precocemente e articulado com a rede, permite identificar hipertensão, diabetes, infecções, anemia, sofrimento psicossocial, insegurança alimentar e outras condições. Também deve assegurar vacinação, orientação, planejamento do parto, vinculação à maternidade e definição de referência para gestações de alto risco.

Entretanto, a quantidade de consultas é apenas um indicador parcial. Pré-natal de qualidade envolve conteúdo assistencial, continuidade, exames no tempo correto, comunicação compreensível e capacidade de resposta aos achados. Em populações vulnerabilizadas, comparecer a várias consultas sem obter exames, medicamentos ou referência oportuna pode produzir falsa sensação de cobertura.

Barreiras sociais podem se acumular ao longo da gestação: a mulher falta a uma consulta por falta de transporte, perde o prazo de um exame, recebe resultado tardiamente, não consegue consulta especializada e chega ao parto sem plano terapêutico definido. Esses pequenos atrasos, quando sobrepostos, aumentam a probabilidade de eventos graves. A abordagem de determinantes

sociais exige que os serviços monitorem não apenas adesão individual, mas também obstáculos institucionais e territoriais.

4.8. Rede Alyne e Resposta Institucional Às Iniquidades

A atualização da antiga Rede Cegonha para a Rede Alyne, formalizada em 2024, reposicionou a equidade como componente central da organização da atenção materna e infantil. Documentos do Ministério da Saúde definem como objetivos a atenção humanizada e de qualidade, a redução da morbimortalidade materna e infantil, a ampliação do acesso à saúde reprodutiva e o fortalecimento das redes obstétrica e neonatal.

A normativa consolidada passou a explicitar a redução da morbimortalidade com ênfase no componente neonatal e atenção prioritária às populações negra, indígena e quilombola. Esse direcionamento é coerente com as evidências epidemiológicas e oferece base para que estados e municípios incorporem metas de equidade aos planos regionais.

A efetividade da Rede Alyne dependerá, contudo, da capacidade de converter diretrizes em infraestrutura, equipes, regulação e monitoramento. Nos territórios periféricos e tradicionais, isso envolve transporte sanitário adequado, casas de gestante quando pertinentes, teleassistência, suporte a equipes remotas, disponibilidade de sangue e hemoderivados, acesso a maternidades de risco habitual e alto risco e rede neonatal com critérios de referência claros.

A agenda antirracista do Ministério da Saúde acrescenta a necessidade de qualificar indicadores desagregados por raça/cor, articular movimentos sociais e produzir evidências específicas sobre

mortalidade materna, infantil e fetal. Esse enfoque é fundamental para impedir que médias nacionais ocultem grupos com risco muito superior.

Quadro 2. Síntese de evidências selecionadas sobre desigualdades maternas e neonatais

Fonte	População/e scopo	Achado relevante	Implicação
WHO (2025)	Mortalidade materna global	Determinantes sociais, renda, educação, raça/etnia e falhas do sistema limitam acesso a cuidado de qualidade.	Redução de óbitos exige atuação clínica e social.
Silva et al. (2024)	Brasil, 2017–2022	RMM entre mulheres pretas aproximadamente duas vezes a de mulheres brancas.	Monitorar e enfrentar desigualdade racial no cuidado obstétrico.
Rebouças et al. (2024)	Brasil, 21,2 milhões de nascidos vivos	Desigualdades étnico-raciais contribuíram para prematuridade, baixo peso e mortalidade neonatal precoce.	Políticas neonatais devem atuar também sobre determinantes maternos e sociais.
Ministério da Saúde (2024–2026)	Rede Alyne	Equidade étnico-racial e redução da mortalidade materna e neonatal são objetivos explícitos da rede.	Planejamento regional deve incorporar metas desagregadas.
WHO (2025), saúde	Povos indígenas	Desfechos piores associados a	Cuidado intercultural e

indígena		exclusão, barreiras de acesso e inadequação cultural.	territorialmente adaptado é componente de segurança.
----------	--	---	--

Fonte: elaboração própria a partir das fontes indicadas.

4.9. Interseccionalidade: Quando Vulnerabilidades Se Sobrepõem

A interseccionalidade permite compreender por que categorias isoladas podem subestimar o risco. Uma mulher pode ser simultaneamente negra, adolescente, moradora de periferia, trabalhadora informal e responsável por outros filhos; ou indígena, residente em área remota e falante de língua não portuguesa. Cada marcador não atua de forma independente, mas reorganiza a forma como os demais são vividos.

Na prática, políticas universalistas podem melhorar médias e ainda manter grandes disparidades. A oferta de seis ou mais consultas de pré-natal, por exemplo, não resolve a desigualdade se certos grupos realizam exames mais tarde, percorrem distâncias maiores, recebem menos informação ou enfrentam maior dificuldade de referência. Por isso, a avaliação de equidade precisa considerar processo e resultado.

A interseccionalidade também evita simplificações. Nem todas as mulheres negras, indígenas ou periféricas experimentam o mesmo nível de risco, e nenhum grupo é homogêneo. A análise deve combinar raça/cor, idade, escolaridade, renda, território, paridade, tipo de serviço e outros fatores, preservando a diversidade interna e evitando estigmatização.

4.10. Informação, Vigilância e Investigação de Óbitos

A vigilância de óbitos maternos, fetais e infantis é instrumento central para transformar eventos individuais em aprendizagem sistêmica. A investigação deve reconstruir o itinerário assistencial, identificar atrasos e estimar evitabilidade, sem reduzir a análise a falhas individuais de profissionais ou usuárias.

A qualidade das variáveis de raça/cor, escolaridade, endereço, ocupação e local de residência é decisiva. Campos ignorados impedem mensuração de desigualdades e podem gerar falsa impressão de homogeneidade. Os sistemas SIM e SINASC possuem grande valor para monitoramento, mas sua utilização para equidade requer completude, padronização e integração com informações territoriais.

Além dos indicadores clássicos, gestores deveriam acompanhar proporção de pré-natal iniciado no primeiro trimestre, adequação de exames, vinculação à maternidade, tempo de transferência, peregrinação, disponibilidade de transporte, internação neonatal e óbitos potencialmente evitáveis, sempre que possível desagregados por raça/cor e território.

Comitês de mortalidade podem incorporar lentes antirracista e intercultural, incluindo participação social e análise das condições de vida. Isso permite deslocar a pergunta de 'por que esta mulher ou este recém-nascido morreu?' para 'quais condições do sistema e do território tornaram este óbito mais provável ou menos evitável?'.

5. IMPLICAÇÕES PARA POLÍTICAS PÚBLICAS E ORGANIZAÇÃO DA REDE

A redução da mortalidade materna e neonatal em populações periféricas e tradicionais exige combinar universalidade com

estratégias proporcionais à vulnerabilidade. Isso significa garantir a todos o mesmo direito, mas destinar maior intensidade de recursos e apoio aos territórios que concentram maiores barreiras.

Na atenção primária, recomenda-se busca ativa de gestantes, início precoce do pré-natal, avaliação sistemática de vulnerabilidade social, acompanhamento de faltas, articulação com assistência social e garantia de exames e medicamentos. Em áreas remotas, equipes precisam de logística de transporte, conectividade e retaguarda especializada.

Na atenção obstétrica, a vinculação prévia da gestante à maternidade, o acolhimento com classificação de risco, o funcionamento da regulação e protocolos para emergências são componentes essenciais. Deve-se reduzir peregrinação e assegurar que a transferência de alto risco ocorra antes da descompensação clínica.

Na atenção neonatal, a regionalização deve garantir estabilização inicial, transporte neonatal seguro, acesso a leitos adequados e comunicação entre maternidade e atenção primária após a alta. Prematuros e recém-nascidos de baixo peso requerem seguimento diferenciado, particularmente quando retornam a domicílios com insegurança alimentar ou saneamento precário.

Políticas antirracistas devem incluir treinamento baseado em evidências, qualificação de registros, auditoria de desigualdades, canais de escuta, revisão de protocolos e responsabilização institucional. Capacitação isolada, sem mudanças de processo e monitoramento, tende a produzir efeito limitado.

Para populações indígenas e tradicionais, o planejamento precisa ser participativo. Lideranças, agentes comunitários, equipes de saúde indígena e organizações locais devem contribuir para desenho de fluxos, transporte, comunicação e práticas de cuidado. Intervenções padronizadas que ignoram sazonalidade, idioma, deslocamentos e organização comunitária têm menor probabilidade de sucesso.

Quadro 3. Ações prioritárias segundo nível de determinação

Nível	Ações prioritárias	Indicadores possíveis
Estrutural	Proteção social, segurança alimentar, saneamento, combate ao racismo e desigualdade territorial.	RMM e mortalidade neonatal por raça/cor, renda e território.
Atenção primária	Pré-natal precoce, busca ativa, exames oportunos, estratificação de risco e articulação social.	Início do pré-natal, adequação de exames, faltas e encaminhamentos.
Rede obstétrica	Vinculação, transporte, regulação, protocolos de urgência, sangue e maternidade de referência.	Tempo de transferência, peregrinação, near miss, óbitos evitáveis.
Rede neonatal	Sala de parto qualificada, estabilização, transporte neonatal, leitos e seguimento pós-alta.	Mortalidade neonatal precoce/tardia, prematuridade, transferências.
Equidade/interculturalidade	Mediação linguística, participação social, protocolos antirracistas e adequação cultural.	Satisfação, denúncias, qualidade de registro de raça/cor, disparidades de processo.

Fonte: elaboração própria.

6. DESAFIOS PARA PESQUISA E AVALIAÇÃO

Apesar do avanço das bases nacionais, ainda existem lacunas importantes. A primeira é a necessidade de melhorar identificação de populações tradicionais nos sistemas de informação. Categorias amplas de raça/cor e município de residência não captam, isoladamente, pertencimento quilombola, ribeirinho, extrativista ou outras formas de organização territorial.

A segunda lacuna é metodológica. Estudos quantitativos são fundamentais para dimensionar desigualdades, mas mecanismos de discriminação e barreiras culturais exigem métodos qualitativos e participativos. Entrevistas, análise de trajetórias e estudos de caso podem explicar por que duas gestantes com risco clínico semelhante recebem cuidados diferentes.

A terceira lacuna envolve avaliação de políticas. A expansão da Rede Alyne oferece oportunidade para estudos quase-experimentais e séries temporais que examinem se a implementação reduz disparidades, e não apenas médias nacionais. Indicadores de equidade devem ser definidos previamente e acompanhados por região, raça/cor e vulnerabilidade.

Também é necessária maior integração entre saúde e dados socioambientais. Vincular SIM, SINASC, Cadastro Único, saneamento, cobertura de atenção primária e informação geográfica, com salvaguardas éticas, pode ampliar a compreensão dos mecanismos territoriais e orientar alocação de recursos.

Por fim, pesquisas futuras devem evitar interpretar raça, pobreza ou pertencimento tradicional como 'fatores de risco' intrínsecos. O foco analítico deve recair sobre processos sociais, exposição diferencial,

acesso desigual e qualidade do cuidado, de modo a produzir conhecimento que combata, em vez de reproduzir, estigmas.

7. LIMITAÇÕES

Este artigo utiliza revisão narrativa e, portanto, não constitui revisão sistemática nem pretende esgotar toda a produção científica sobre mortalidade materna e neonatal. A seleção de evidências foi orientada pela pertinência ao problema e pela capacidade de integrar dimensões epidemiológicas, sociais e normativas.

Outra limitação decorre da heterogeneidade das categorias 'populações periféricas' e 'populações tradicionais'. As condições de uma periferia metropolitana, comunidade quilombola, aldeia indígena ou território ribeirinho não são equivalentes. A análise trabalha com mecanismos comuns de vulnerabilização sem pressupor homogeneidade entre contextos.

Parte das evidências utiliza raça/cor materna como marcador de desigualdade, enquanto outras abordam territorialidade ou pobreza. Como essas dimensões se sobrepõem, não é possível atribuir cada disparidade a um único mecanismo. A interpretação deve, portanto, ser relacional e interseccional.

8. CONCLUSÃO

A mortalidade materna e neonatal em populações periféricas e tradicionais é produzida pela interação entre riscos clínicos e desigualdades sociais que se acumulam antes, durante e depois da gestação. Pobreza, baixa escolaridade, insegurança alimentar, saneamento inadequado, distância, fragilidade do transporte, racismo, barreiras culturais e qualidade desigual da atenção

constituem mecanismos interdependentes que ajudam a explicar por que óbitos evitáveis se concentram em determinados grupos.

As evidências brasileiras recentes reforçam a persistência de disparidades étnico-raciais tanto na mortalidade materna quanto nos desfechos neonatais. Mulheres pretas e indígenas e seus recém-nascidos enfrentam riscos mais elevados que não podem ser explicados por diferenças biológicas, mas por condições sociais, territoriais e institucionais historicamente desiguais.

Reduzir essas mortes exige superar respostas exclusivamente biomédicas. A atenção obstétrica e neonatal de qualidade é indispensável, porém precisa estar integrada a atenção primária forte, transporte e regulação, proteção social, saneamento, segurança alimentar, políticas antirracistas, vigilância qualificada e estratégias interculturais construídas com os territórios.

A Rede Alyne oferece uma oportunidade de institucionalizar essa abordagem ao incorporar explicitamente equidade e redução da mortalidade materna e neonatal entre populações historicamente vulnerabilizadas. Seu sucesso deverá ser medido não apenas pela queda dos indicadores médios, mas pela redução efetiva das diferenças entre grupos e territórios.

9. ROTEIRO DE INDICADORES PARA MONITORAMENTO DA EQUIDADE MATERNA E NEONATAL

Este apêndice apresenta um conjunto de indicadores que pode ser adaptado por municípios, regiões de saúde e serviços de referência para monitorar desigualdades. A proposta não substitui indicadores oficiais, mas organiza dimensões que permitem acompanhar diferenças de acesso, processo e resultado.

Dimensão	Indicador	Estratificação recomendada
Resultado	Razão de mortalidade materna	Raça/cor; município; região de saúde; idade; escolaridade
Resultado	Mortalidade neonatal precoce e tardia	Raça/cor materna; território; peso ao nascer; idade gestacional
Acesso	Pré-natal iniciado no 1º trimestre	Raça/cor; área urbana/rural; território tradicional
Processo	Gestantes com exames essenciais realizados no tempo adequado	Raça/cor; escolaridade; unidade de saúde
Rede	Gestantes vinculadas previamente à maternidade	Território; risco gestacional; região de saúde
Logística	Tempo entre solicitação e efetivação de transferência	Origem; destino; tipo de transporte; risco
Qualidade	Near miss materno e causas evitáveis	Raça/cor; serviço; território
Equidade	Completeness do campo raça/cor no SIM e SINASC	Município; estabelecimento
Experiência	Relatos de discriminação/desrespeito no cuidado	Raça/cor; serviço; momento do cuidado
Neonatal	Transferência neonatal e tempo até leito de referência	Território; idade gestacional; peso

10. MATRIZ PARA ANÁLISE DE ÓBITOS SOB A ÓTICA DOS DETERMINANTES SOCIAIS

Em auditorias e comitês de mortalidade, a análise pode ser ampliada por meio de perguntas orientadoras. No nível individual e

clínico, devem ser examinados diagnóstico, comorbidades, oportunidade do manejo e causa básica. No nível assistencial, avaliam-se acesso, continuidade, comunicação entre serviços, protocolos e transporte. No nível territorial, analisam-se distância, condições ambientais, vulnerabilidade e recursos disponíveis. No nível estrutural, investigam-se raça/cor, escolaridade, renda, discriminação e cobertura de políticas sociais.

Uma análise orientada por determinantes sociais evita culpabilização da mulher, família ou profissional isolado. O objetivo é identificar pontos do sistema em que intervenções possam reduzir a probabilidade de repetição do evento. O produto final da investigação deve, idealmente, vincular cada achado a uma ação, um responsável e um prazo de acompanhamento.

Pergunta orientadora	Exemplos de evidência a buscar
Houve barreira para iniciar ou manter o pré-natal?	Distância, transporte, horários, faltas, busca ativa, disponibilidade de exames.
A gestante estava vinculada a uma maternidade?	Registro de referência, orientação recebida, peregrinação.
Houve atraso na decisão, deslocamento ou atendimento?	Linha do tempo do evento e tempos críticos.
Havia barreira linguística ou cultural?	Idioma, mediação, participação familiar, adequação intercultural.
Há indício de tratamento diferencial ou discriminação?	Relatos, prontuários, demora, comunicação, condutas divergentes.
O território dispunha de transporte e regulação adequados?	Veículo, tempo de espera, contato com central, vaga.

O recém-nascido teve suporte adequado na sala de parto e transferência?	Equipe, equipamentos, estabilização, transporte neonatal.
Quais determinantes sociais contribuíram para o risco?	Renda, escolaridade, moradia, alimentação, saneamento, trabalho, raça/cor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia antirracista para a saúde: plano de ação 2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Alyne: atualização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão Integrado 2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 4021-4032, 2021.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2008.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.

LETT, E.; ASABOR, E.; BELTRÁN, S.; CANNON, A. M.; ARAH, O. A. Conceptualizing, contextualizing, and operationalizing race in quantitative health sciences research. *Annals of Family Medicine*, v. 20, n. 2, p. 157-163, 2022. DOI: 10.1370/afm.2792.

MARMOT, M. et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, v. 372, n. 9650, p. 1661-1669, 2008.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, 2006. DOI: 10.1590/S0102-311X2006001100022.

REBOUÇAS, P. et al. Ethno-racial inequalities on adverse birth and neonatal outcomes: a nationwide, retrospective cohort study of 21 million Brazilian newborns. *The Lancet Regional Health – Americas*, v. 37, 100833, 2024. DOI: 10.1016/j.lana.2024.100833.

REBOUÇAS, P. et al. Ethnoracial inequalities and child mortality in Brazil: a nationwide longitudinal study of 19 million newborn babies. *The Lancet Global Health*, v. 10, n. 10, p. e1453-e1462, 2022.

SILVA, A. D. et al. Racial disparities and maternal mortality in Brazil: findings from a national database. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 58, 25, 2024. DOI: 10.11606/s1518-8787.2024058005862.

SOLAR, O.; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2010.

UNICEF. Mais de 50 mil crianças indígenas têm acesso ampliado à saúde e nutrição em territórios prioritários. Brasília, DF: UNICEF Brasil, 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNICEF; UNFPA; WORLD BANK GROUP; UNDESA/POPULATION DIVISION. Trends in maternal mortality 2000 to 2023. Geneva: World Health Organization, 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global plan of action for health of Indigenous Peoples. Geneva: WHO, 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Maternal mortality. Geneva: WHO, 7 Apr. 2025.

¹ Gestão da Saúde Pública (UNINTER), pós-graduado em atenção primária à saúde com ênfase em saúde da família pela faculdade alcance(FAAL). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9929124743303774>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)