



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
Faculdade de Medicina

LAÍS FREIRE DOS SANTOS

**Condições Clínicas e Determinantes Sociais Relacionados à Mortalidade
Materna no Brasil: Uma Revisão Estruturada**

GOIÂNIA
2026



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio do Repositório Institucional (RI/UFG), regulamentado pela Resolução CEPEC no 1240/2014, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei no 9.610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo dos Trabalhos de Conclusão dos Cursos de Graduação disponibilizado no RI/UFG é de responsabilidade exclusiva dos autores. Ao encaminhar(em) o produto final, o(s) autor(a)(es)(as) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação (TCCG)

Nome(s) completo(s) do(a)(s) autor(a)(es)(as): Laís Freire dos Santos.

Título do trabalho: Condições Clínicas e Determinantes Sociais Relacionados à Mortalidade Materna no Brasil: Uma Revisão Estruturada.

2. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador) Concorda com a liberação total do documento [x] SIM [] NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante: a) consulta ao(a)(s) autor(a)(es)(as) e ao(a) orientador(a); b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo do TCCG. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro.

Obs.: Este termo deve ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Passos Cupertino De Barros, Professor do Magistério Superior**, em 12/06/2026, às 08:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Laís Freire Dos Santos, Discente**, em 15/06/2026, às 10:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **6211506** e o código CRC **2244C206**.

Referência: Processo nº 23070.025479/2026-14

SEI nº 6211506



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
Faculdade de Medicina

**Condições Clínicas e Determinantes Sociais Relacionados à Mortalidade
Materna no Brasil: Uma Revisão Estruturada**

LAÍS FREIRE DOS SANTOS

Pesquisa da disciplina Trabalho de Curso,
sob orientação do professor Dr. Fernando
Passos Cupertino de Barros da Faculdade
de Medicina da Universidade Federal de
Goiás.

GOIÂNIA
2026

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Santos, Laís Freire dos

Condições Clínicas e Determinantes Sociais Relacionados à Mortalidade Materna no Brasil: Uma Revisão Estruturada [Manuscrito] / Laís Freire dos Santos. - 2026.

XXIX, 29 f.: 2026

Orientador: Prof. Dr. Fernando Passos Cupertino de Barros

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina (FM), Medicina, Goiânia, 2026.

Bibliografia.

1. Mortalidade Materna. 2. Determinantes Sociais da Saúde. 3. Desigualdades em Saúde.

I. Barros, Fernando Passos Cupertino de, orient. II. Título.

CDU 61



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ao décimo segundo dia do mês de junho do ano de dois mil e vinte e seis iniciou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “Condições Clínicas e Determinantes Sociais Relacionados à Mortalidade Materna no Brasil: Uma Revisão Estruturada”, de autoria de Laís Freire dos Santos, do curso de Medicina, da Faculdade de Medicina da UFG. Os trabalhos foram instalados pelo Prof. Fernando Passos Cupertino de Barros (FM/UFG) com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Prof. Sandro Rogerio Rodrigues Batista (FM/UFG) e Prof. Elias Rassi Neto (IPTSP/UFG). Após a apresentação, a banca examinadora realizou a arguição da estudante. Posteriormente, de forma reservada, a Banca Examinadora atribuiu a nota final de 10,0, tendo sido o TCC considerado APROVADO.

Proclamados os resultados, os trabalhos foram encerrados e, para constar, lavrou-se a presente ata que segue assinada pelos Membros da Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Passos Cupertino De Barros, Professor do Magistério Superior**, em 12/06/2026, às 08:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sandro Rogerio Rodrigues Batista, Professor do Magistério Superior**, em 17/06/2026, às 23:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Elias Rassi Neto, Usuário Externo**, em 23/06/2026, às 12:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **6211502** e o código CRC **940717F5**.

RESUMO

Introdução: a mortalidade materna é um grave problema de saúde pública, sendo evitável a maioria dos óbitos. Esta revisão integrativa busca sintetizar as evidências sobre as causas clínicas e os determinantes sociais associados à mortalidade materna no Brasil. **Objetivo:** sintetizar evidências sobre condições clínicas e determinantes sociais associados à mortalidade materna no Brasil para orientar políticas públicas. **Metodologia:** revisão integrativa da literatura (2014-2024) nas bases PubMed/MEDLINE e Cochrane. Os achados foram organizados em três eixos: causas diretas, indiretas e determinantes sociais/organizacionais. **Resultados e discussão:** causas diretas e indiretas persistem devido a falhas crônicas no manejo e rastreio. Tais falhas são potencializadas pelo racismo estrutural e vulnerabilidade socioeconômica, que se manifestam nas barreiras de acesso e qualidade do cuidado, resumidas no Modelo dos Três Atrasos (demora em decidir buscar cuidado, chegar ao serviço e receber assistência). **Considerações finais:** o óbito é um indicador de iniquidade e falência estrutural. A intervenção eficaz exige combate ao racismo institucional, fortalecimento da APS para rastreio e gestão de risco, e garantia de rede resolutiva, reconhecendo o óbito evitável como violação de Direitos Humanos.

Palavras-chave: Mortalidade Materna; Determinantes Sociais da Saúde; Desigualdades em saúde.

ABSTRACT

Introduction: maternal mortality is a serious public health problem, and most deaths are preventable. This integrative review synthesizes evidence on the clinical causes and social determinants associated with maternal mortality in Brazil. **Objective:** to synthesize evidence on clinical conditions and social determinants associated with maternal mortality in Brazil to inform public policy. **Methods:** integrative literature review (2014–2024) in PubMed/MEDLINE and Cochrane. Findings were organized into three axes: direct causes, indirect causes, and social/organizational determinants. **Results and discussion:** direct and indirect causes persist due to chronic failures in clinical management and risk screening. These failures are amplified by structural racism and socioeconomic vulnerability, which manifest as barriers to access and quality of care, summarized by the Three Delays Model (delays in deciding to seek care, reaching a facility, and receiving adequate treatment). **Final considerations:** maternal death is an indicator of inequity and structural failure. Effective intervention requires confronting institutional racism, strengthening Primary Health Care for risk screening and management, and ensuring a responsive care network - recognizing preventable maternal death as a violation of human rights.

Keywords: Maternal Mortality; Social Determinants of Health; Health Inequities.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVOS	8
2.1. Objetivo geral	8
2.2. Objetivos específicos	8
3. METODOLOGIA	9
3.1. Desenho do Estudo	9
3.2. Seleção dos Estudos	9
3.2.1. Critérios de Inclusão	10
3.2.2. Critérios de Exclusão	10
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	11
4.1. Condições Clínicas Gestacionais e Relacionadas ao Parto Diretamente Associadas ao Óbito Materno	15
4.2. Condições Clínicas Indiretas e Crônicas Associadas ao Óbito Materno	18
4.3. Determinantes Sociais e Organizacionais Associados ao Óbito Materno	20
4.4. Articulação entre Condições Clínicas, Determinantes Sociais e Evitabilidade do Óbito Materno	25
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
6. REFERÊNCIAS	28

1. INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como sendo o óbito de uma mulher durante a gestação, durante o parto ou até 42 dias após o término da gravidez, seja por causas relacionadas ou agravadas pela gestação (OMS, 2025). Esse acontecimento representa um importante problema de saúde pública no Brasil e em diversos outros países do mundo (Oliveira *et al.*, 2024). Estima-se que a maior parte desses óbitos seja evitável, especialmente nos contextos em que há falhas estruturais no acesso a serviços de saúde adequados durante o ciclo gravídico-puerperal (Say *et al.*, 2014).

Almejar a redução da mortalidade materna começa por reconhecer seu perfil causal. Em escala global, predominam causas obstétricas diretas, como hemorragias, transtornos hipertensivos e infecções, ao lado de causas indiretas, nas quais condições clínicas pré-existentes se agravam durante a gestação e o puerpério. Esse panorama evidencia a necessidade de qualificação do pré-natal, vigilância ativa de riscos, assistência ao parto por equipe capacitada e acesso rápido a serviços de urgência e cuidados intensivos, quando necessários (Say *et al.*, 2014).

No Brasil, a mortalidade materna não se distribui de forma homogênea no território, o que reflete desigualdades no acesso oportuno e na qualidade do cuidado. Evidenciam-se percursos assistenciais fragmentados, barreiras geográficas e socioeconômicas, além de sobrecarga de serviços em determinados contextos. O período da pandemia de COVID-19 também trouxe um agravamento do cenário, com óbitos associados à infecção viral e com a intensificação de fragilidades já existentes na rede de atenção. Esses achados reforçam a necessidade de respostas organizadas em rede, com regulação efetiva de leitos, transporte adequado e protocolos ágeis entre atenção primária, serviços de urgência e maternidades de referência (Oliveira *et al.*, 2024).

Ao lado dos aspectos clínicos, a mortalidade materna também é influenciada por condições sociais, como trabalho, moradia, escolaridade, discriminação e características do território, que incidem sobre o risco, a proteção e os desfechos gestacionais. Uma abordagem que considere também os fatores sociais evita uma visão fragmentada e orienta ações intersetoriais e organizacionais

capazes de fortalecer o cuidado e de reduzir iniquidades (Dagher; Linares, 2022; Souza *et al.*, 2024).

Diante disso, torna-se relevante reunir e analisar criticamente as evidências disponíveis sobre as condições clínicas e os determinantes sociais relacionados à mortalidade materna no Brasil, a fim de identificar padrões, lacunas e pontos de convergência na literatura. Ao sistematizar esse conhecimento, esta revisão integrativa busca oferecer uma visão de conjunto que contribua para a qualificação das linhas de cuidado, da vigilância do óbito materno e das políticas públicas voltadas à redução de iniquidades e à prevenção de mortes evitáveis.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Sintetizar evidências sobre as condições clínicas e os determinantes sociais associados à mortalidade materna no Brasil.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar e descrever as principais condições clínicas relacionadas à mortalidade materna;
- Mapear e analisar os determinantes sociais implicados no risco de morte materna;
- Propor recomendações para a vigilância, a organização das linhas de cuidado e políticas intersetoriais voltadas à redução da mortalidade materna.

3. METODOLOGIA

3.1. Desenho do Estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. O estudo é orientado pela seguinte pergunta norteadora: “Quais condições clínicas e determinantes sociais estão associados à mortalidade materna no Brasil, e de que forma esses fatores se articulam na produção de óbitos maternos evitáveis?”. A partir dessa questão, a revisão é desenvolvida em etapas sucessivas, que compreendem a identificação do problema, a busca da literatura, a avaliação dos estudos selecionados, a apresentação dos resultados e a análise e síntese das informações. Esse desenho permite integrar evidências empíricas e teóricas, oriundas de diferentes delineamentos, a fim de oferecer um panorama abrangente das condições clínicas e dos determinantes sociais associados à mortalidade materna no Brasil. A pesquisa não exigiu submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, visto que utilizou exclusivamente dados de domínio público e secundários, sem intervenção direta em seres humanos.

3.2. Seleção dos Estudos

Os estudos incluídos nesta revisão integrativa foram identificados por meio da busca ativa nas bases PubMed/MEDLINE e Cochrane Library, com consulta complementar ao documento institucional da Organização Mundial da Saúde (OMS), intitulado “Trends in Maternal Mortality Estimates 2000–2023” (2025). Empregaram-se descritores DeCS/MeSH e palavras-chave combinadas por operadores booleanos, incluindo as combinações: “maternal mortality” AND “Brazil”; “maternal mortality” AND “social determinants of health”; “maternal mortality” AND “Brazil” AND “social determinants of health”; “mortalidade materna” AND “Brasil”; “mortalidade materna” AND “determinantes sociais da saúde”; “mortalidade materna” AND “Brasil” AND “determinantes sociais da saúde”. Durante a busca, aplicou-se filtro temporal para o período de 2014 a 2024, bem como filtros de seleção por tipo de publicação, restringindo-se a estudos descritivos e analíticos e estudos de revisão. Ao final do processo de busca e seleção conforme os critérios de inclusão, 14 estudos permaneceram para análise.

3.2.1. Critérios de Inclusão

- Estudos que abordem condições clínicas e/ou determinantes sociais relacionados à mortalidade materna no Brasil ou com aplicabilidade ao contexto brasileiro;
- Estudos publicados entre 2014 e 2024;
- Estudos publicados em periódicos classificados como Qualis A1, A2, A3, A4 ou B1;
- Periódicos indexados na Plataforma Sucupira/CAPES.

3.2.2. Critérios de Exclusão

- Duplicatas;
- Estudos sem texto completo disponível ou sem acesso gratuito ao texto integral;
- Estudos com recorte exclusivamente regional, estadual ou municipal, sem abordagem da mortalidade materna no Brasil em perspectiva nacional;
- Estudos internacionais centrados em realidades locais ou nacionais muito específicas, sem contribuição analítica ou aplicabilidade ao contexto brasileiro;
- Documentos classificados como editoriais, cartas ao editor, comentários, notas prévias, teses, dissertações e livros;
- Documentos institucionais e publicações que não apresentem método e fonte de dados claramente descritos para análise.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados estudos conduzidos em diferentes regiões do Brasil e análises internacionais com implicação direta para o contexto nacional. Predominaram desenhos observacionais e revisões, com foco em causas clínicas relacionadas à gestação e ao parto, bem como em condições sociais que modulam o acesso aos serviços de saúde e a qualidade do cuidado assistencial. Os estudos incluídos compreendem diferentes perfis populacionais, recortes territoriais e níveis de atenção, o que permite gerar um panorama abrangente da realidade por trás da mortalidade materna mundial e nacional. Os resultados foram organizados de modo a responder à pergunta norteadora da revisão e se distribuíram em três eixos analíticos: (4.1) condições clínicas gestacionais e do parto diretamente associadas ao óbito materno; (4.2) condições clínicas indiretas e crônicas; e (4.3) determinantes sociais e organizacionais do cuidado. É fundamental ressaltar que os dois primeiros eixos (4.1 e 4.2), embora de natureza clínica, estão intrinsecamente ligados e são potencializados pelas disparidades abordadas no terceiro eixo (4.3), evidenciando que a mortalidade materna é, em grande parte, um reflexo da desigualdade social e da falha estrutural do cuidado.

Tabela 1 - Artigos incluídos na revisão

Nome do artigo	Autores	Ano de publicação	Periódico	Conclusões principais
<i>A critical review on the complex interplay between social determinants of health and maternal and infant mortality</i>	Rada K. Dagher; Deborah E. Linares	2022	<i>Children</i>	Desigualdades raciais e socioeconômicas sustentam maior mortalidade materna e infantil. São necessárias políticas de base social e cuidado centrado na díade mãe-bebê. Eventos como pandemia e impactos climáticos ampliam as iniquidades.

Aplicabilidade do <i>Three Delays Model</i> no contexto da mortalidade materna: revisão integrativa	Paula Suene Pereira dos Santos; Jameson Moreira Belém; Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz; Cinthia Gondim Pereira Calou; Dayanne Rakelly de Oliveira	2022	Saúde em Debate	O atraso para chegar ao serviço é o mais frequente, seguido do atraso em decidir buscar cuidado e do atraso relacionado à qualidade do atendimento. As intervenções devem combinar educação em saúde, organização do transporte e protocolos assistenciais.
<i>Maternal mortality: near-miss events in middle-income countries, a systematic review</i>	Anke Heitkamp; Anne Meulenbroek; Jos van Roosmalen; Stefan Gebhardt; Linda Vollmer; Johanna I de Vrie; Gerhard Theron; Thomas van den Akker	2021	<i>Bulletin of the World Health Organization</i>	Há grande variação entre países na ocorrência de near-miss e de mortalidade materna. Hemorragia e transtornos hipertensivos são causas centrais. Adaptações do instrumento da OMS ajudam auditorias locais, mas dificultam comparações entre países.
Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde	Júlia Arêas Garbois; Francis Sodrê; Maristela Dalbello-Araujo	2017	Saúde em Debate	Crítica à fragmentação do social em listas de fatores e proposta de uma abordagem histórico-estrutural e processual para orientar políticas que enfrentem as raízes das iniquidades.
Mortalidade materna no Brasil: análise de tendências temporais e agrupamentos espaciais	Ianne Vitória Gomes Oliveira; Thatiana Araújo Maranhão; Maria Madalena Cardoso da Frota; Thalis Kennedy Azevedo de Araujo; Samir da Rocha Fernandes Torres; Maria Izabel Félix Rocha; Maria Eduarda da Silva Xavier; George Jó Bezerra Sousa	2024	Ciência & Saúde Coletiva	A mortalidade materna manteve-se estável de 2010 a 2019 e aumentou em 2020. Há concentração de áreas com risco elevado no Norte e no Nordeste. Observam-se associações com menor índice de desenvolvimento humano, menor renda e menor acesso oportuno à cesariana.
<i>Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis</i>	Lale Say; Doris Chou; Alison Gemmill; Özge Tunçalp; Ann-Beth Moller; Jane Daniels; A. Metin Gülmezoglu;	2014	<i>The Lancet Global Health</i>	A maioria das mortes têm causas diretas, com destaque para hemorragia, transtornos hipertensivos e sepse. As causas indiretas também têm peso

	Marleen Temmerman; Leontine Alkema			relevante, com a infecção pelo vírus HIV entre as principais. Aponta a necessidade de melhorar a qualidade do cuidado e os sistemas de informação.
<i>Maternal mortality: a cross-sectional study in global health</i>	Sima Sajedinejad; Reza Majdzadeh; AbouAli Vedadhir; Mahmoud Ghazi Tabatabaei; Kazem Mohammad	2015	<i>Globalization and Health</i>	Educação, governança e logística associam-se à redução da mortalidade materna. O gasto em saúde explica uma parcela menor das diferenças entre países. Defende políticas intersetoriais além do setor saúde.
<i>Maternal mortality due to cardiac disease in low- and middle-income countries</i>	Steffie Heemelaar; Annelieke Petrus; Marian Knight; Thomas van den Akker	2020	<i>Tropical Medicine and International Health</i>	A doença cardíaca é uma causa indireta importante e subestimada em países de baixa e média renda. Com a redução das causas obstétricas diretas, seu peso relativo aumenta. Recomenda-se linha de cuidado multidisciplinar e vigilância mais qualificada.
<i>Maternal mortality in the COVID-19 pandemic: findings from a rapid systematic review</i>	Clara Calvert; Jeeva John; Farirai P. Nzvere; Jenny A. Cresswell; Sue Fawcus; Edward Fottrell; Lale Say; Wendy J. Graham	2021	<i>Global Health Action</i>	A mortalidade materna aumentou durante a pandemia por efeitos diretos da infecção e por piora no acesso e na qualidade dos serviços. Destaca a importância de padronizar definições e manter serviços obstétricos essenciais.
<i>Incentives for increasing prenatal care use by women in order to improve maternal and neonatal outcomes</i>	Sara R. Till; David Everetts; David M. Haas	2015	<i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>	Incentivos podem elevar a frequência e a adequação do pré-natal, mas faltam evidências sólidas sobre desfechos maternos e neonatais. O efeito sobre o retorno no puerpério varia conforme o tipo de incentivo.
Análise da mortalidade materna	Priscila Meira Mascarenhas; Geslaney Reis da Silva; Tatiane Tavares	2017	Revista de Enfermagem UFPE <i>online</i>	Predominam causas obstétricas diretas e óbitos no puerpério até quarenta e dois dias. Há maior

	Reis; Cezar Augusto Casotti; Adriana Alves Nery			ocorrência entre mulheres com baixa escolaridade e negras ou pardas. Reforça o seguimento no pós-parto e a qualificação da assistência.
Mortalidade materna: protocolo de um estudo integrado à pesquisa Nacer no Brasil II	Silvana Granado Nogueira da Gama; Sonia Azevedo Bittencourt; Mariza Miranda Theme Filha; Maira Libertad Soligo Takemoto; Sônia Lansky; Paulo Germano de Frias; Barbara Vasques da Silva Ayres; Rosa Maria Soares Madeira Domingues; Marcos Augusto Bastos Dias; Ana Paula Esteves-Pereira; Marcos Nakamura-Pereira; Maria do Carmo Leal	2024	Cadernos de Saúde Pública	Descrição do protocolo de investigação hospitalar dos óbitos maternos ocorridos em 2020 e 2021 nas maternidades da pesquisa Nacer no Brasil II. Destaca problemas de sub-registro, limitações na classificação das causas de morte e a necessidade de maior capacidade de resposta do sistema de saúde diante da persistência da razão de mortalidade materna elevada no Brasil.
Mortalidade materna no Brasil: propostas e estratégias para sua redução	Rodolfo Carvalho Pacagnella; Marcos Nakamura-Pereira; Flavia Gomes-Sponholz; Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar; Gláucia Virginia de Queiroz Lins Guerra; Carmen Simone Grilo Diniz; Brenno Belazi Nery de Souza Campos; Eliana Martorano Amaral; Olímpio Barbosa de Moraes Filho	2018	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	Propõe estratégias para a redução da mortalidade materna no Brasil, com ênfase na organização sistêmica da rede de atenção, na qualificação da assistência obstétrica, na redução dos três atrasos, na ampliação do acesso ao planejamento reprodutivo e no fortalecimento de ações intersetoriais e de vigilância.
<i>A global analysis of the determinants of maternal health and transitions in</i>	João Paulo Souza; Louise Tina Day; Ana Clara Rezende-Gomes; Jun Zhang; Rintaro Mori; Adama Baguiya; Kapila Jayaratne;	2024	<i>The Lancet Global Health</i>	Evidencia que a saúde materna é produto de processo multifatorial, influenciado por determinantes sociais, características individuais e fatores relacionados ao

maternal mortality	Alfred Osoti; Joshua P. Vogel; Oona Campbell; Kidza Y. Mugerwa; Pisake Lumbiganon; Özge Tunçalp; Jenny Cresswell; Lale Say; Allisyn Carol Moran; Olufemi T. Oladapo			sistema de saúde. O artigo sustenta que a redução da mortalidade materna exige ações amplas, que ultrapassem as causas biomédicas imediatas e incluam desenvolvimento social, equidade de gênero, ampliação do acesso a serviços reprodutivos de qualidade e fortalecimento dos sistemas de saúde.
-------------------------------	---	--	--	--

Fonte: Elaboração da autora

4.1. Condições Clínicas Gestacionais e Relacionadas ao Parto Diretamente Associadas ao Óbito Materno

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2025), integram essa categoria os agravos obstétricos decorrentes da gestação, do parto ou do puerpério, inclusive aqueles resultantes de intervenções, omissões, manejo inadequado ou do encadeamento de eventos ligados a essas situações. Nesse contexto, os estudos sintetizados descrevem, de forma convergente, que as principais causas clínicas obstétricas diretas de óbito são as hemorragias, os transtornos hipertensivos da gestação (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), as infecções e os eventos tromboembólicos (OMS, 2025; Oliveira *et al.*, 2024; Dagher; Linares, 2022; Calvert *et al.*, 2021; Heemelaar *et al.*, 2020; Mascarenhas *et al.*, 2017; Pacagnella *et al.*, 2018).

A persistência das causas obstétricas diretas entre os principais determinantes do óbito materno reforça o caráter evitável de grande parte dessas mortes. Além disso, a revisão sistemática de Heitkamp *et al.* (2021), sobre morbidade materna grave ou *near miss* materno, evidencia que hemorragias e transtornos hipertensivos não apenas figuram entre as principais causas de morte, mas também entre os eventos graves em que a sobrevivência depende de intervenções tardias e de alta complexidade. Esse cenário sugere que a permanência das causas diretas não decorre apenas de sua gravidade intrínseca, mas também de limitações persistentes na capacidade do sistema de saúde de

prevenir, reconhecer e tratar oportunamente essas complicações (Say *et al.*, 2014; Heitkamp *et al.*, 2021).

As hemorragias ocupam lugar de destaque entre as causas diretas de mortalidade materna e se caracterizam pela rápida capacidade de deterioração clínica, sobretudo no terceiro período do parto e nas primeiras horas do puerpério. Sua gravidade decorre não apenas do volume de perda sanguínea, mas também da velocidade com que a paciente pode evoluir para choque e insuficiência orgânica quando não há reconhecimento imediato e resposta coordenada da equipe. A literatura analisada destaca que a evitabilidade desses óbitos depende de vigilância clínica contínua, manejo ativo do período de dequitação, disponibilidade de sangue e hemoderivados, além de acesso oportuno a procedimentos resolutivos, o que torna a hemorragia um marcador sensível da qualidade da assistência obstétrica (Say *et al.*, 2014; Heitkamp *et al.*, 2021; OMS, 2025).

Os transtornos hipertensivos da gestação, especialmente a pré-eclâmpsia e eclâmpsia, também permanecem entre as principais causas diretas de óbito materno, em razão do potencial de evolução rápida para crises convulsivas, acidente vascular cerebral, insuficiência hepática e outras complicações sistêmicas graves. Seu impacto sobre a mortalidade materna revela a importância do rastreio adequado no pré-natal e do reconhecimento precoce de sinais de alarme nos serviços de urgência e maternidades. A permanência desses agravos entre as principais causas de morte e de *near miss* aponta para falhas no monitoramento da pressão arterial, na estratificação de risco e no início oportuno do tratamento, apesar da existência de condutas bem estabelecidas para seu manejo (Say *et al.*, 2014; Heitkamp *et al.*, 2021; OMS, 2025).

As infecções relacionadas à gestação, ao parto e ao puerpério, especialmente quando evoluem para sepse, configuram outro grupo expressivo de causas diretas de morte materna. Sua relevância clínica reside no fato de que, muitas vezes, o agravamento resulta de atraso no reconhecimento dos sinais iniciais, na antibioticoterapia e na adoção de medidas de suporte. Em contextos de assistência fragmentada, a sepse obstétrica tende a refletir não apenas a presença do agravo infeccioso em si, mas também falhas na vigilância clínica, na continuidade do cuidado e na resposta tempestiva às intercorrências do puerpério. Por isso, sua

persistência na atualidade como causa direta de óbito reforça a necessidade de protocolos claros, fluxos ágeis e equipes preparadas para identificar e tratar precocemente essas complicações (Say *et al.*, 2014; OMS, 2025).

Os eventos tromboembólicos, embora menos enfatizados na literatura em comparação com hemorragias, hipertensão e infecções, também integram o conjunto das causas diretas de mortalidade materna e merecem atenção pela gravidade e pelo potencial de evolução súbita. O risco tromboembólico se relaciona às alterações fisiológicas da gestação e do puerpério, podendo resultar em quadros agudos com rápida instabilização hemodinâmica e elevada letalidade quando não há suspeição clínica e intervenção imediata. A presença desses eventos entre as causas diretas de óbito evidencia a necessidade de vigilância clínica qualificada, particularmente em gestantes e puérperas com fatores adicionais de risco, e reforça que a redução da mortalidade materna também depende da capacidade dos serviços em reconhecer complicações menos frequentes, mas potencialmente fatais (Say *et al.*, 2014; OMS, 2025).

Essas causas diretas, embora clinicamente distintas, compartilham um mesmo padrão de evitabilidade: a transição de um agravo potencialmente manejável para o óbito costuma ser mediada por falhas no processo assistencial. A literatura analisada indica que tais falhas se relacionam à desorganização da linha de cuidado, à insuficiência de insumos e serviços de suporte, à fragilidade da resposta institucional diante das emergências obstétricas e à baixa capacidade de reconhecimento precoce do agravamento clínico. Nesse cenário, o “Modelo dos Três Atrasos”, abordado por Santos *et al.* (2018), permite compreender como a demora em buscar ajuda, a dificuldade de chegar ao serviço de referência e, sobretudo, a demora em receber o tratamento necessário no momento adequado transformam condições tratáveis em desfechos letais. No Brasil, esses óbitos se associam especialmente aos atrasos no acesso a unidades de maior complexidade e à oferta tardia de cuidado qualificado, o que evidencia a necessidade de redes obstétricas mais estruturadas, com fluxos assistenciais definidos, transporte oportuno, equipes capacitadas e disponibilidade de recursos críticos para resposta imediata às complicações (Santos *et al.*, 2022; Pacagnella *et al.*, 2018).

Em última análise, a identificação de hemorragias, transtornos hipertensivos, infecções e eventos tromboembólicos como as principais causas de óbito materno reforça a urgência de uma reestruturação do cuidado. Como tais condições estão fortemente associadas à evitabilidade quando há resposta assistencial oportuna, a mortalidade por causas diretas deve ser compreendida não como um acidente, mas como expressão de falhas sistêmicas na prevenção, no reconhecimento e no manejo das emergências obstétricas. Assim, a mitigação dos “três atrasos”, o fortalecimento da vigilância clínica, a qualificação das equipes, a adoção de protocolos assistenciais simples e exequíveis e a garantia de acesso oportuno a serviços resolutivos constituem passos fundamentais para a redução efetiva da mortalidade materna por causas diretas no Brasil (Say *et al.*, 2014; Santos *et al.*, 2022; Pacagnella *et al.*, 2018; OMS, 2025).

4.2. Condições Clínicas Indiretas e Crônicas Associadas ao Óbito Materno

O segundo eixo de análise concentra-se nas causas indiretas de óbito materno, que, segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (2025), são aquelas decorrentes de doença prévia existente ou de doença que se desenvolveu durante a gravidez e que, embora não se enquadre entre as causas obstétricas diretas, é agravada pelos efeitos fisiológicos do ciclo gravídico-puerperal. Os estudos revisados indicam que doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiopatias, e doenças infecciosas, como a COVID-19, contribuem significativamente para esse perfil de mortalidade. Esse achado evidencia que a redução da mortalidade materna não depende apenas do manejo das emergências obstétricas clássicas, mas também da capacidade do sistema de saúde de identificar precocemente comorbidades, acompanhar gestantes de maior risco e integrar diferentes níveis de atenção ao longo de todo o percurso assistencial (OMS, 2025; Say *et al.*, 2014; Heemelaar *et al.*, 2020; Calvert *et al.*, 2021).

Entre as doenças crônicas não transmissíveis, as cardiopatias assumem especial relevância na mortalidade materna indireta, pois a gestação impõe modificações hemodinâmicas importantes, como aumento do volume sanguíneo, da frequência cardíaca e do débito cardíaco, que podem precipitar descompensações em mulheres com doença cardiovascular prévia ou subdiagnosticada. A revisão de Heemelaar *et al.* (2020) mostra que as doenças cardíacas figuram entre as causas

indiretas mais importantes de morte materna em países de baixa e média renda, o que sugere não apenas maior vulnerabilidade clínica dessas gestantes, mas também insuficiências persistentes na detecção precoce, no seguimento especializado e no manejo compartilhado entre obstetrícia e cardiologia. Nesse contexto, a mortalidade por cardiopatias não se explica apenas pela gravidade intrínseca da condição, mas também por falhas no planejamento reprodutivo, na avaliação pré-concepcional e no encaminhamento oportuno para o pré-natal de alto risco (Heemelaar *et al.*, 2020; OMS, 2025).

Além das cardiopatias, outras condições crônicas, como o diabetes mellitus, reforçam a complexidade das causas indiretas de óbito materno. Embora nem sempre apareçam com o mesmo destaque das doenças cardiovasculares, essas comorbidades ampliam o risco gestacional ao favorecer descompensações metabólicas, maior suscetibilidade a infecções, pior evolução clínica e necessidade de monitoramento mais intensivo. Por essa razão, a literatura aponta que a mortalidade materna por causas indiretas deve ser compreendida também como expressão da insuficiente articulação entre a saúde da mulher e o cuidado longitudinal das doenças crônicas, especialmente na Atenção Primária à Saúde (Heemelaar *et al.*, 2020; Say *et al.*, 2014).

No campo das doenças infecciosas, a pandemia de COVID-19 evidenciou de forma particularmente grave a vulnerabilidade das gestantes às causas indiretas de morte materna. A revisão sistemática de Calvert *et al.* (2021) demonstrou que a COVID-19 se consolidou como importante causa indireta de óbito, tanto por seus efeitos diretos sobre o organismo materno quanto por seu impacto sobre a organização dos serviços de saúde. As alterações fisiológicas e imunológicas próprias da gestação aumentam a suscetibilidade a formas graves de infecção respiratória, enquanto a coexistência de comorbidades prévias pode agravar ainda mais o prognóstico. Assim, a elevada letalidade observada entre gestantes e puérperas expôs limites importantes na capacidade dos sistemas de saúde de assegurar acesso rápido ao diagnóstico, à internação, ao suporte intensivo e à continuidade do cuidado em situações de crise sanitária (Calvert *et al.*, 2021).

A relevância da COVID-19 no perfil das causas indiretas também evidencia que a mortalidade materna não pode ser analisada exclusivamente a partir

de agravos obstétricos tradicionais. Em situações de emergência sanitária, as gestantes tornam-se particularmente sensíveis às descontinuidades do cuidado, à redução da oferta de serviços, à sobrecarga hospitalar e às dificuldades de acesso à assistência especializada. Dessa forma, a pandemia não apenas introduziu uma nova causa indireta importante, mas também aprofundou fragilidades já existentes na rede de atenção, ampliando o risco de morte entre mulheres com maior vulnerabilidade clínica e social. Esse cenário reforça a importância de sistemas de saúde resilientes, capazes de manter a assistência obstétrica e o seguimento de gestantes de risco mesmo diante de contextos críticos. Assim, para além da COVID-19, o cuidado qualificado às gestantes acometidas por agravos infecciosos, com ênfase no diagnóstico precoce, no seguimento clínico e no tratamento oportuno é de extrema importância (Calvert *et al.*, 2021; Oliveira *et al.*, 2024; Gama *et al.*, 2024).

A partir dessas evidências, a mortalidade por causas indiretas e crônicas revela um desafio de saúde pública relacionado à qualidade do acompanhamento longitudinal e à integração entre os diferentes pontos da rede de atenção. A morte por essas causas indica, predominantemente, falhas no rastreio, na estratificação de risco e na coordenação do cuidado durante o pré-natal e o puerpério, especialmente entre mulheres com comorbidades prévias ou com maior vulnerabilidade clínica. Desse modo, o risco elevado imposto tanto pelas doenças crônicas, como cardiopatias e diabetes, quanto pelas infecções graves, como a COVID-19, exige maior vigilância clínica, fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e garantia de acesso rápido e qualificado aos serviços de maior complexidade quando necessário. (Heemelaar *et al.*, 2020; Calvert *et al.*, 2021; Say *et al.*, 2014).

4.3. Determinantes Sociais e Organizacionais Associados ao Óbito Materno

A análise dos Determinantes Sociais e Organizacionais Associados ao Óbito Materno é fundamental e atua como o eixo articulador dos achados clínicos (4.1 e 4.2), visto que a mortalidade materna é, essencialmente, um problema de iniquidade e de falha de acesso resolutivo (Dagher; Linares, 2022). A literatura revisada identifica que o óbito é modulado por fatores que transcendem a esfera biológica, sendo reflexo da maneira como a sociedade e o sistema de saúde estão organizados. Assim, os principais determinantes sociais implicados no risco de morte

materna identificados nesta revisão incluem racismo estrutural, baixa escolaridade, vulnerabilidade socioeconômica, barreiras geográficas e de transporte, além de falhas na organização da rede de atenção, que atuam de forma interdependente na produção de iniquidades e atrasos assistenciais (Souza *et al.*, 2024). Nesse contexto, adota-se o conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DSS), definidos pela Organização Mundial da Saúde (2011) como as "circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas implementados para lidar com a doença", que são moldadas por "forças de ordem política, social e econômica" (OMS, 2011).

No entanto, o campo da Saúde Coletiva no Brasil avança ao utilizar a noção de Determinação Social da Saúde, que enxerga a saúde-doença não como resultado de fatores fragmentados (DSS), mas como um processo coletivo resultante da reprodução social, onde a desigualdade na distribuição de renda, trabalho e poder se manifesta diretamente nos perfis de adoecimento e morte (Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo, 2017). Os determinantes mais evidentes do óbito materno, somados às falhas de organização do cuidado, como descrito no Modelo dos Três Atrasos, refletem a determinação social (Santos *et al.*, 2022). Dessa forma, a análise desses determinantes é crucial porque, no nível global, foi demonstrado que focar apenas no indivíduo não é uma estratégia eficaz para a redução da mortalidade materna, sendo necessário identificar e intervir nos fatores macroestruturais que afetam a saúde populacional (Sajedinejad *et al.*, 2015).

A iniquidade racial constitui um importante determinante social da mortalidade materna, pois modula tanto o risco quanto o acesso ao cuidado. Dagher e Linares (2022) destacam que disparidades raciais e étnicas se associam a piores desfechos maternos e infantis, uma vez que o racismo e a discriminação institucional limitam o acesso a recursos essenciais. No contexto brasileiro, o risco de óbito se concentra entre mulheres de raça/cor preta ou parda e em grupos socialmente mais vulneráveis, o que também é observado na análise da tendência temporal da mortalidade materna no país (Oliveira *et al.*, 2024). Essa desigualdade expressa a persistência do racismo estrutural, que se manifesta nas barreiras ao pré-natal, na menor qualidade da assistência obstétrica e na distribuição desigual dos recursos de saúde entre regiões. Além disso, o racismo se articula com outros determinantes, como escolaridade, renda, território e acesso aos serviços, aprofundando

desigualdades históricas e ampliando a vulnerabilidade de mulheres negras e pardas. Dessa forma, o racismo estrutural não atua de maneira isolada, mas como um eixo transversal que intensifica os efeitos dos demais determinantes e, por conseguinte, ocupa um importante lugar na compreensão da mortalidade materna no Brasil (Dagher; Linares, 2022; Souza *et al.*, 2024).

A baixa escolaridade constitui um determinante social relevante da mortalidade materna, na medida em que interfere no acesso à informação em saúde, no reconhecimento precoce de sinais de gravidade e na capacidade de navegar pelos serviços de atenção à gestante. Mulheres com menor nível de instrução tendem a apresentar maior dificuldade para compreender orientações clínicas, aderir adequadamente ao pré-natal e buscar assistência em tempo oportuno, o que pode retardar o diagnóstico e o tratamento de agravos potencialmente reversíveis. Na realidade nacional, essa condição se associa com maior frequência de óbitos maternos e se soma a outras vulnerabilidades sociais, ampliando a exposição a percursos assistenciais mais precários e a maior risco de desfechos evitáveis (Mascarenhas *et al.*, 2017; Oliveira *et al.*, 2024; Till; Everetts; Haas, 2015).

Ainda, a vulnerabilidade socioeconômica restringe o acesso da mulher a um cuidado de qualidade, limita suas opções de planejamento reprodutivo e a expõe a um risco constante de desfechos letais. Essa condição se expressa em dificuldades concretas para iniciar precocemente o pré-natal, manter a regularidade das consultas, seguir as orientações em saúde de forma adequada e alcançar, em tempo oportuno, serviços capazes de responder às intercorrências gestacionais. Além disso, contextos de menor renda frequentemente se associam a piores condições de moradia, alimentação, transporte e proteção social, o que amplia a exposição a agravos e reduz a capacidade de enfrentamento diante de complicações obstétricas. Nesse cenário, a necessidade de superar essas barreiras é tão crítica que parte das intervenções propostas na literatura se volta ao aumento da adesão ao pré-natal por mulheres em situação de vulnerabilidade, inclusive por meio de estratégias de incentivo, com vistas à melhoria dos desfechos maternos e neonatais (Till; Everetts; Haas, 2015; Oliveira *et al.*, 2024; Dagher; Linares, 2022; Souza *et al.*, 2024).

As barreiras geográficas e de transporte também ocupam lugar importante entre os determinantes sociais implicados no risco de morte materna, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade territorial. A distância entre o domicílio e os serviços de referência, a precariedade da infraestrutura viária, a insuficiência de transporte sanitário e a desarticulação entre os pontos da rede dificultam o acesso oportuno ao cuidado, sobretudo em situações de urgência obstétrica. Esses obstáculos incidem diretamente sobre o segundo atraso do Modelo dos Três Atrasos, isto é, a demora para chegar ao serviço de saúde, e contribuem para que agravos clínicos inicialmente manejáveis evoluam para desfechos mais graves. Nesse sentido, a distribuição desigual da oferta assistencial no território reforça as iniquidades e compromete a integralidade da atenção materna (Santos *et al.*, 2022; Oliveira *et al.*, 2024).

Em vista disso, as falhas na organização do cuidado traduzem os determinantes sociais em desfechos negativos. As evidências sobre acesso e percurso assistencial indicam que a mortalidade é frequentemente associada ao Modelo dos Três Atrasos (Three Delays Model) (Santos *et al.*, 2022), uma ferramenta útil para orientar intervenções na rede de atenção:

1. Primeiro atraso (decisão): atraso para decidir buscar atendimento, influenciado por fatores socioculturais (baixa percepção de risco), econômicos e pela percepção de que o serviço não será resolutivo;
2. Segundo atraso (transporte): atraso para chegar ao serviço de saúde, refletindo barreiras geográficas e de transporte, particularmente em áreas rurais ou periféricas;
3. Terceiro atraso (assistência): atraso para receber o cuidado adequado e resolutivo após a chegada, manifestado na falha institucional por falta de profissionais qualificados, ausência de leitos de UTI, falta de insumos ou inadequação na conduta clínica.

No contexto brasileiro, Pacagnella *et al.* (2018) ressaltam que os atrasos relacionados ao transporte e à oferta tardia de tratamento adequado em serviços de maior complexidade ocupam lugar de destaque, o que evidencia a persistência de fragilidades estruturais e assistenciais na rede obstétrica. Assim, a mortalidade materna não decorre apenas da gravidade dos agravos, mas também da

incapacidade do sistema em assegurar fluxos ágeis, serviços preparados e resposta imediata às complicações (Santos *et al.*, 2022; Pacagnella *et al.*, 2018).

A superação desses três componentes exige, portanto, a integração de ações de saúde pública com políticas sociais que abordem os determinantes estruturais e, ao mesmo tempo, fortaleçam a capacidade de resposta do sistema de saúde. O combate ao primeiro item (decisão) passa pelo fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e do pré-natal de qualidade, com ênfase na educação em saúde e no acolhimento livre de discriminação, essenciais para que mulheres vulneráveis, como as de baixa escolaridade ou as negras, confiem no serviço e busquem ajuda precocemente (Till; Everetts; Haas, 2015). A mitigação do segundo componente (chegada) requer investimento em logística e na organização de fluxos de referência e de contrarreferência, garantindo o transporte rápido e seguro, especialmente em regiões de vulnerabilidade geográfica, de modo que mulheres com complicações cheguem rapidamente a serviços de maior complexidade. Já o enfrentamento do terceiro item (assistência) exige o combate direto ao racismo institucional e a garantia de infraestrutura adequada, com profissionais qualificados, leitos de terapia intensiva e insumos essenciais (como banco de sangue) e recursos necessários para o manejo das emergências obstétricas, assegurando que a iniquidade social não se materialize em negligência clínica na hora da urgência (Santos *et al.*, 2022; Dagher; Linares, 2022; Pacagnella *et al.*, 2018).

Sob essa perspectiva, a persistência do óbito materno evitável no Brasil constitui um indicador da falência da equidade social e da capacidade de resposta do sistema de saúde. As causas biológicas, como as cardiopatias, uma causa indireta proeminente em países de renda média e baixa, ou as complicações agravadas por infecções como a COVID-19, tornam-se fatais quando os determinantes sociais e organizacionais impedem o acesso oportuno a uma rede de atenção contínua, qualificada e livre de discriminação (Heemelaar *et al.*, 2020; Calvert *et al.*, 2021; Gama *et al.*, 2024). Nesse sentido, ao considerar que a maioria das mortes maternas é evitável, torna-se necessário articular o enfrentamento do racismo institucional e das desigualdades sociais ao investimento em pré-natal qualificado, planejamento reprodutivo, regulação eficiente, transporte sanitário e serviços obstétricos capazes de responder prontamente às complicações graves (Say *et al.*, 2014; Pacagnella *et al.*, 2018).

4.4. Articulação entre Condições Clínicas, Determinantes Sociais e Evitabilidade do Óbito Materno

A síntese dos estudos permitiu observar que as condições clínicas e os determinantes sociais não atuam de forma isolada na produção da mortalidade materna, mas de modo articulado. As causas diretas e indiretas representam o evento biológico imediato, enquanto fatores como racismo estrutural, baixa escolaridade, vulnerabilidade socioeconômica e falhas na organização da rede condicionam o acesso, a oportunidade e a qualidade da resposta assistencial. Dessa forma, a ocorrência do óbito materno evitável resulta da interação entre agravos clínicos potencialmente manejáveis e contextos sociais e organizacionais que dificultam seu reconhecimento, tratamento e reversão em tempo oportuno. Nesse âmbito, a redução da mortalidade materna exige ação sistêmica em toda a linha de cuidado, desde o planejamento reprodutivo até o puerpério, com especial atenção à organização da assistência obstétrica diante das complicações agudas (Dagher; Linares, 2022; Santos *et al.*, 2022; Gama *et al.*, 2024; Pacagnella *et al.*, 2018).

A partir dessa análise, a evitabilidade da morte materna não depende apenas da disponibilidade de condutas clínicas adequadas, mas também da capacidade do sistema de saúde de garantir cuidado oportuno, resolutivo e equânime. A literatura analisada aponta que a persistência dos óbitos maternos no Brasil expressa a sobreposição entre fatores biológicos e desigualdades estruturais, o que reforça a necessidade de abordagens integradas, capazes de articular vigilância, qualificação da assistência e enfrentamento dos determinantes sociais da saúde. Isso inclui não apenas a melhoria do pré-natal e da atenção hospitalar, mas também a implementação de redes obstétricas organizadas, com protocolos claros, equipes qualificadas e acesso oportuno a recursos críticos, de modo a reduzir falhas evitáveis no cuidado às mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério (Say *et al.*, 2014; Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo, 2017; Sajedinejad *et al.*, 2015; Pacagnella *et al.*, 2018).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, a redução da mortalidade materna evitável no Brasil é indissociável do enfrentamento das desigualdades estruturais, uma vez que o óbito é o indicador mais contundente da falência da equidade social e da saúde pública. A morte por causas clínicas, sejam elas diretas ou indiretas, materializa, em última instância, a determinação social do processo saúde-doença (Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo, 2017). O cerne dessa tragédia reside na falha dos serviços em prover acesso e qualidade com equidade, visto que o racismo estrutural e a vulnerabilidade socioeconômica atuam como determinantes primários que modulam o risco e a desassistência, afetando desproporcionalmente mulheres negras e de baixa escolaridade (Dagher; Linares, 2022). Com efeito, a iniquidade se expressa, na prática, por meio das barreiras descritas no Modelo dos Três Atrasos, nas quais a demora em buscar ajuda, em chegar ao serviço e, principalmente, em receber o cuidado adequado transforma condições clínicas tratáveis em desfechos letais (Santos *et al.*, 2022; Pacagnella *et al.*, 2018).

Por conseguinte, a intervenção eficaz exige que as ações ultrapassem o foco clínico individual e se voltem para a organização sistêmica da rede de atenção, enfrentando diretamente os fatores macroestruturais que sustentam a persistência da mortalidade materna. Isso implica não apenas fortalecer a Atenção Primária à Saúde para o rastreamento e manejo longitudinal de comorbidades e para a ampliação da adesão ao pré-natal, mas também qualificar os serviços de urgência e emergência obstétrica, com equipes treinadas, protocolos assistenciais claros, disponibilidade de medicamentos e insumos essenciais, acesso oportuno à hemoterapia, leitos de terapia intensiva e fluxos resolutivos de referência e contrarreferência. Além disso, os estudos analisados reforçam a importância do planejamento reprodutivo, da atenção pré-concepcional e da articulação entre os diferentes pontos da linha de cuidado, de modo que a gestante tenha acesso contínuo e oportuno a serviços compatíveis com seu nível de risco (Till; Everetts; Haas, 2015; Say *et al.*, 2014; Pacagnella *et al.*, 2018).

Em conclusão, gestores e profissionais de saúde devem reconhecer o óbito materno evitável como uma violação de direitos humanos e transformar o conhecimento sobre os determinantes sociais e assistenciais em ações políticas e

organizacionais concretas. Reduzir a mortalidade materna no Brasil requer, simultaneamente, combater o racismo institucional, enfrentar as desigualdades sociais, fortalecer a vigilância e reorganizar a rede obstétrica com base na equidade, na integralidade e na capacidade de resposta às complicações graves. Somente mediante essa articulação entre justiça social, planejamento reprodutivo, cuidado qualificado e assistência obstétrica resolutiva será possível avançar de forma consistente na prevenção de mortes maternas evitáveis (Pacagnella *et al.*, 2018; Souza *et al.*, 2024).

6. REFERÊNCIAS

CALVERT, C. *et al.* Maternal mortality in the COVID-19 pandemic: findings from a rapid systematic review. *Global Health Action*, 2021.

DAGHER, R. K.; LINARES, D. E. A critical review on the complex interplay between social determinants of health and maternal and infant mortality. *Children*, 1 mar. 2022.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da *et al.* Mortalidade materna: protocolo de um estudo integrado à pesquisa Nascer no Brasil II. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 40, n. 4, e00107723, 2024.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*, v. 41, n. 112, p. 63–76, mar. 2017.

HEEMELAAR, S. *et al.* Maternal mortality due to cardiac disease in low- and middle-income countries. *Tropical Medicine and International Health*, v. 25, n. 6, p. 673–686, 1 jun. 2020.

HEITKAMP, A. *et al.* Maternal mortality: near-miss events in middle-income countries, a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 99, n. 10, p. 693–707F, 1 out. 2021.

MEIRA MASCARENHAS, P. *et al.* Análise da mortalidade materna. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, p. 4653, 2017.

OLIVEIRA, I. V. G. *et al.* Mortalidade materna no Brasil: análise de tendências temporais e agrupamentos espaciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 10, 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Rio de Janeiro, Brasil, 19-21 de outubro de 2011. Disponível em: [Diminuindo diferenças: A prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde – Fórum EJA Brasil](#). Acesso em: 16 out. 2025.

PACAGNELLA, Rodolfo Carvalho et al. Mortalidade materna no Brasil: propostas e estratégias para sua redução. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 40, n. 9, p. 501-506, 2018.

SAJEDINEJAD, S. et al. Maternal mortality: a cross-sectional study in global health. *Globalization and Health*, v. 11, n. 1, 12 fev. 2015.

SANTOS, P. S. P. dos et al. Aplicabilidade do Three Delays Model no contexto da mortalidade materna: revisão integrativa. *Saúde em Debate*, v. 46, n. 135, p. 1187–1201, dez. 2022.

SAY, L. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*, v. 2, n. 6, 2014.

SOUZA, João Paulo et al. A global analysis of the determinants of maternal health and transitions in maternal mortality. *The Lancet Global Health*, v. 12, n. 2, p. e306–e316, fev. 2024.

TILL, S. R.; EVERETTS, D.; HAAS, D. M. Incentives for increasing prenatal care use by women in order to improve maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15 dez. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Trends in maternal mortality estimates 2000 to 2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*. Geneva: World Health Organization, 2025.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, dez. 2005.