

Boletim Çarê-IEPS n. 7/2025

Saúde da População Negra

Mortalidade Materna

O *Boletim Saúde da População Negra* é uma iniciativa da Cátedra Çarê-IEPS. Esse é um projeto do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e do Instituto Çarê criado com o objetivo de produzir pesquisas e informações sobre a saúde da população negra. [Saiba mais aqui](#).

1 Introdução

A morte materna é muitas vezes uma tragédia evitável, já que a maioria dos casos é de condições preveníveis ou tratáveis (WHO, 2014; Brasil, 2009; OECD e Eurostat, 2022). Em 2023, 260 mil mulheres morreram durante ou após a gravidez e o parto em todo o mundo, quase todas (94%) em países de baixa e média renda (WHO, 2025). Isso faz da mortalidade materna um dos principais indicadores de desigualdade em saúde. No Brasil, a razão de mortalidade materna (RMM) em 2023 foi de 52 óbitos por 100 mil nascidos vivos, valor superior à meta estipulada pelo governo brasileiro para redução para 30 óbitos até 2030. Em particular, as desigualdades no acesso à saúde e nos determinantes sociais se refletem de forma evidente na saúde materna de mulheres negras (Coelho et al., 2022; Coelho e Campos, 2022). No entanto, as tendências no período pós-pandemia ainda são pouco conhecidas.

Neste boletim, apresentamos as tendências recentes da saúde materna por raça/cor, evidenciando as diferenças na mortalidade materna, no acesso a consultas de pré-natal e nas hospitalizações pelas principais causas de óbito materno. Um desafio metodológico importante são as diferentes taxas de fecundidade e a distribuição etária das gestantes por raça (Blanc, Winfrey e Ross, 2013; Ross e Blanc, 2012). Como a RMM é calculada pela razão entre óbitos maternos e 100 mil nascidos vivos, esses fatores podem introduzir viés na comparação entre grupos raciais se não forem devidamente considerados.

Grupos com maior taxa de fecundidade podem apresentar um número absoluto maior de mortes maternas por contarem com mais mulheres expostas ao risco da gestação e do parto. Da mesma forma, diferenças na distribuição etária das mães entre os grupos raciais, como maior concentração de partos em faixas etárias de maior risco, também influenciam a RMM (Blanc, Winfrey e Ross, 2013). Para comparações mais precisas, é fundamental considerar a padronização por idade. Os cálculos dessa padronização, com base na idade materna e nos nascimentos por raça/cor, estão detalhados no Apêndice metodológico.

Considerando esses fatores, a mortalidade materna entre mães pretas é consistentemente maior do que entre mães brancas e pardas no Brasil. Entre 2012 e 2023, a mortalidade de mães pretas foi duas vezes superior à de mães brancas. Embora se observe uma tendência de aumento no acesso ao pré-natal para todos os grupos raciais, mulheres negras ainda apresentam menor cobertura em comparação às mulheres brancas.

2 Resultados e Discussão

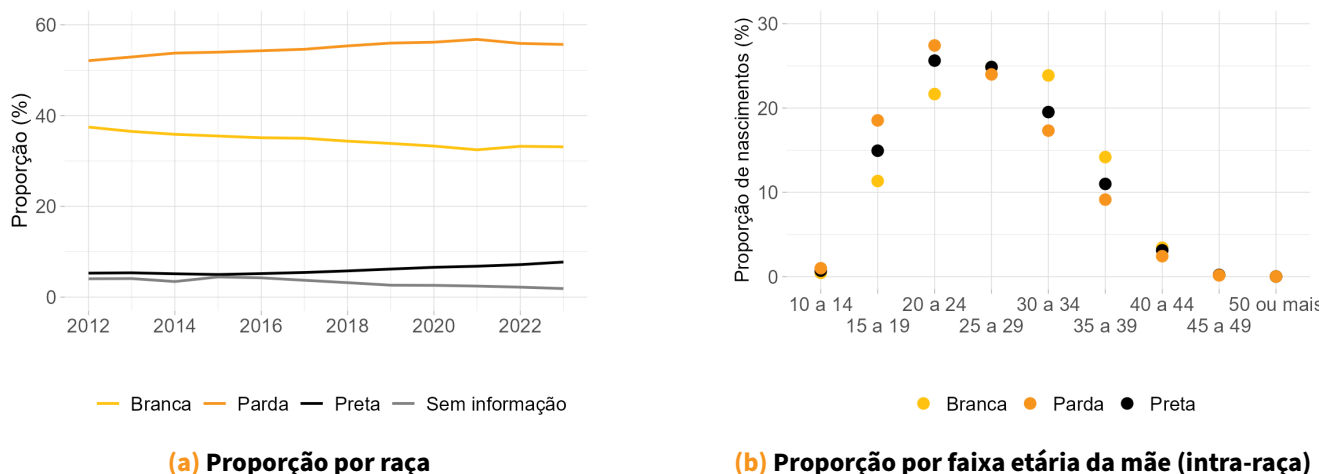
2.1 Proporção de nascimentos e idade das mães por raça

Antes de apresentar os resultados sobre a mortalidade materna, é necessário compreender os fatores demográficos que influenciam a RMM. Na Figura 1b, expomos a proporção de nascidos vivos por raça/cor da mãe e a proporção de nascimentos pela faixa etária da mãe para cada raça. Entre 2012 e 2023, a maior proporção de nascimentos foi entre mães pardas, com valores variando de 52,1% em 2012 para 55,7% em 2023. Em seguida, vêm as mães brancas, cuja proporção caiu de 37,5% para 33,1% no mesmo período. As mães pretas apresentaram a menor proporção, mas com tendência de crescimento: de 5,3% em 2012 para 7,7% em 2023. Observa-se também uma queda expressiva nos registros sem informação sobre raça/cor da mãe, que passaram de 4,0% em 2012 para 1,9% em 2023. Esses dados sugerem uma persistente diferença de nível entre os grupos raciais e um avanço na qualidade dos registros.

A distribuição etária dos nascimentos entre 2012 e 2023 revela que mães brancas têm filhos em idades mais avançadas que mães pretas e pardas. Entre as mães brancas, 62,3% dos nascimentos ocorrem a partir dos 25 anos, sendo 23,9% na faixa de 30 a 34 anos e 14,2% entre 35 e 39 anos. Já entre as mães pretas, 54,4% dos nascimentos ocorrem após os 25 anos, com menor participação nas faixas mais altas de idade. Para as mães pardas, esse percentual é ainda menor, 52,9%, com destaque para a concentração de nascimentos entre 20 e 24 anos (27,4%) e 15 a 19 anos (18,5%). Esses dados indicam que mães brancas concentram seus partos em idades mais avançadas, enquanto mães pretas e pardas tendem a ter filhos mais jovens.

Essas diferenças na idade materna por raça/cor podem impactar diretamente a RMM. No caso das mães pretas e pardas, a maior proporção de nascimentos em idades mais jovens pode elevar a exposição a riscos sociais e estruturais (Blanc, Winfrey e Ross, 2013). Já entre as mães brancas, a maior idade ao engravidar representa maior risco clínico (Blanc, Winfrey e Ross, 2013).

Figura 1. Proporção de nascimentos por raça/cor de 2010 a 2023



Nota: (a) Número de nascimentos por raça dividido pelo total de nascimentos (b) Número de nascimentos por raça e faixa etária da mãe dividido pelo nascidos da raça. Fonte: Elaboração própria com base em dados do SINASC/SIM.

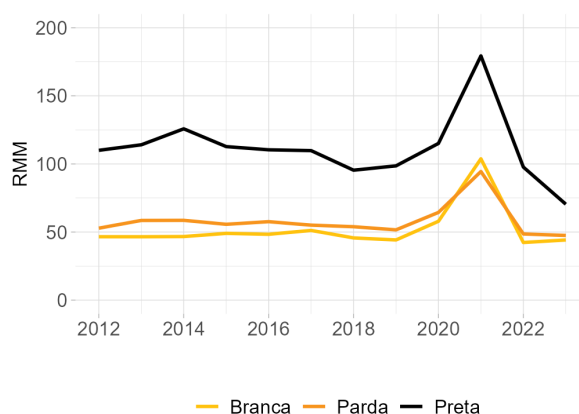
2.2 Mortalidade materna

Para lidar com as diferenças na estrutura etária entre os grupos raciais e evitar viés nas comparações da RMM, realizamos duas alterações em relação ao RMM usual: padronizamos pela idade da mãe e consideramos nascidos vivos da dada raça no numerador. Mais detalhes podem ser encontrados no Apêndice metodológico. Essa padronização considerou a distribuição dos nascimentos por faixa etária da mãe. No cálculo do denominador, os nascidos vivos foram distribuídos por raça/cor da mãe, e os registros sem informação de raça/cor

foram redistribuídos proporcionalmente entre os demais grupos. Esse procedimento permite comparações mais precisas entre raças, isolando o efeito da idade e corrigindo por distorções atribuíveis a diferentes taxas de fertilidade entre diferentes raças.

A Figura 2 mostra a RMM ajustada entre 2012 e 2023. A mortalidade materna ajustada por idade foi sistematicamente mais alta entre mães pretas, com média de 108,6 por 100.000 nascidos vivos, valor 2,3 vezes superior à média entre mães brancas (46,9) e 1,9 vez maior do que entre mães pardas (56,6). Mães pardas apresentaram uma RMM intermediária, mas de forma consistente mais alta que a das brancas ao longo de todo o período. Observa-se um aumento marcante da RMM em 2020 e, especialmente, em 2021, ano mais crítico da pandemia de COVID-19, com saltos em todos os grupos: a RMM de mães pretas chegou a 179,4, a de pardas a 94,4 e a de brancas a 103,8, indicando forte impacto da pandemia na mortalidade materna. A partir de 2022, os níveis voltaram a cair, mas a diferença entre os grupos persiste. Em 2023, a RMM de mães pretas (70,4) segue bem acima da taxa de mães brancas (44,2) e de pardas (47,5), sugerindo que, apesar da redução geral, a desigualdade racial na mortalidade materna permanece elevada. Considerando os valores de 2023, a mortalidade materna de gestantes pretas é a única que se manteve superior ao objetivo da OMS de 70 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Já para os objetivos nacionais de 30 óbitos por 100 mil nascidos vivos, a RMM de mães pretas é 2,3 vezes maior que a meta.

Figura 2. Razão de Mortalidade Materna por raça de 2012 a 2023



Fonte: Óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos por raça e ajustado pela idade da mãe. Elaboração própria com base em dados do SINASC/SIM.

Esses números reforçam não apenas a urgência de ações para a redução da mortalidade materna no país como um todo, mas também a necessidade de enfrentar as profundas desigualdades raciais que marcam o acesso e a qualidade da atenção à saúde materna.

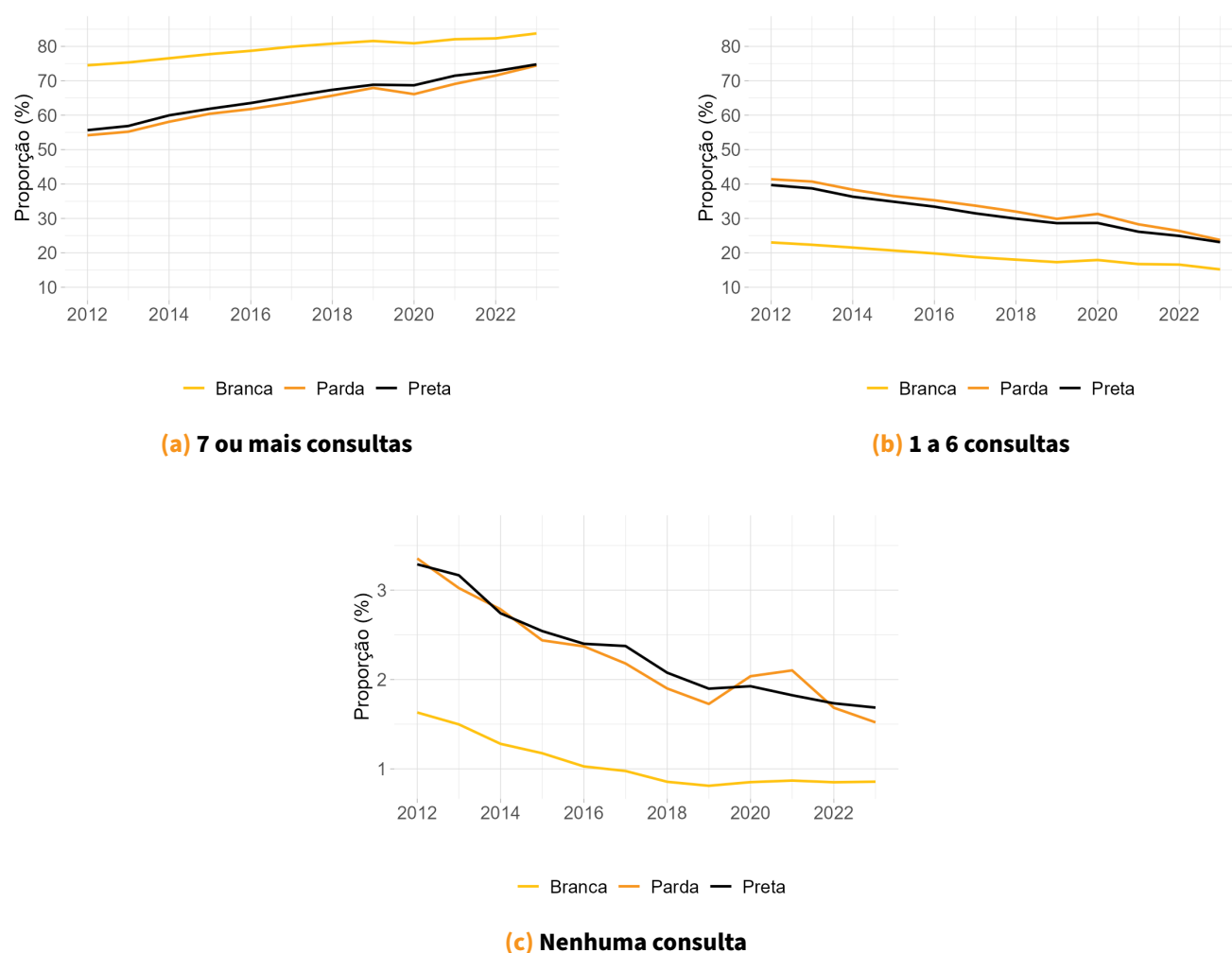
2.3 Acesso a pré-natal

O acesso ao cuidado pré-natal é fundamental para a redução da mortalidade materna. Consultas regulares durante a gestação permitem a detecção precoce e o manejo de complicações, reduzindo assim o risco de óbito materno (Ghulmiyyah e Sibai, 2012; Moyo et al., 2018). Na Figura 3c, mostramos a proporção de mães por faixa de número de consultas de pré-natal realizadas. A proporção de mães que não fizeram nenhuma consulta entre 2010 e 2023 evidencia um padrão persistente de desigualdade racial: enquanto a média entre mães brancas foi de 1,1%, entre mães pretas e pardas foi de 2,4%. Embora representem uma minoria, essas mulheres estão entre as mais vulneráveis à mortalidade materna, dada a ausência de acompanhamento gestacional.

Também há avanço no acesso ao pré-natal ao longo do período. A proporção de mães com sete ou mais consultas aumentou em todos os grupos raciais, com destaque para as mães brancas, que passaram de 75,2% em 2010 para 83,8% em 2023. Entre mães pretas e pardas, o crescimento também foi expressivo, mas ainda aquém dos níveis alcançados pelas mães brancas: em 2023, 74,8% das mães pretas e 74,4% das pardas realizaram

sete ou mais consultas. Como reflexo, houve redução nas faixas de menor cobertura (de 1 a 6 consultas), que ainda abrangem mais de 20% das mães pretas e pardas. Esses dados apontam para uma tendência positiva na ampliação do acesso ao pré-natal, embora evidenciem que as desigualdades raciais persistem e demandam políticas específicas para sua superação.

Figura 3. Proporção de gestantes por faixa de consultas pré-natais realizadas, segundo raça/cor (2010-2023)



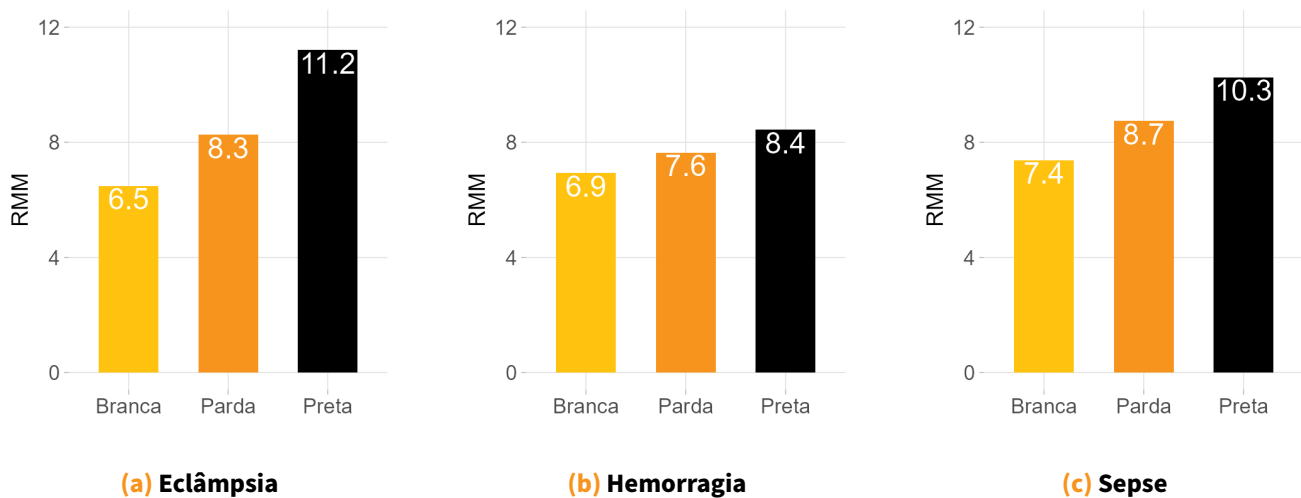
Fonte: Elaboração própria com base em dados do SIH.

2.4 Intercorrências obstétricas

Calculamos a razão de mortalidade materna, ajustada por idade por 100 mil partos, para três condições obstétricas graves, porém tratáveis: eclâmpsia (e pré-eclâmpsia), hemorragia e sepse. Estas condições são as principais causas de mortalidade materna em países em desenvolvimento (Lawrence, Klein e Beyuo, 2022), sendo responsáveis por 80% dos óbitos em todo o mundo (WHO, 2014). A descrição metodológica detalhada encontra-se no apêndice.

A Figura 4 apresenta a razão de mortalidade materna ajustada por idade para essas três condições em 2023, ano em que a completude da variável raça/cor atinge seu melhor nível. Gestantes pretas registraram as maiores taxas de mortalidade para todas as causas analisadas: 11,2 por 100 mil partos por eclâmpsia, 8,4 por hemorragia e 10,3 por sepse. Esses valores superam os observados entre gestantes brancas e pardas.

Figura 4. RMM por intercorrências obstétricas, desagregado por raça/cor (2023)



Fonte: Elaboração própria com base em dados do SIM.

Esses resultados sugerem que mulheres pretas enfrentam barreiras no acesso oportuno e adequado aos serviços especializados. A maior mortalidade entre esse grupo pode indicar falhas na resposta do sistema de saúde às intercorrências obstétricas, refletindo desigualdades estruturais que impactam diretamente os desfechos maternos. No entanto, a ausência de informações sobre a prevalência dessas condições por raça/cor limita a interpretação dos achados. Análises mais detalhadas são necessárias para aprofundar a compreensão desses mecanismos.

3 Considerações finais

Neste boletim mostramos que a mortalidade materna no Brasil, especialmente entre mulheres negras, permanece elevada, apesar de ser amplamente evitável. Gestantes pretas e pardas enfrentam não apenas maiores taxas de mortalidade, mas também piores indicadores de acesso e qualidade do cuidado, como menor cobertura de pré-natal e maior frequência de desfechos fatais mesmo em condições tratáveis.

Ainda que a literatura não seja unânime quanto à associação direta entre raça/cor e a ocorrência de intercorrências obstétricas (Martins, 2016; Fernandes, Sousa e Cecatti, 2017; Pacheco et al., 2018), há um consenso mais sólido de que a mortalidade materna é mais prevalente entre mulheres negras (Martins, 2006; Morse et al., 2011; Brasil, 2021; Coelho et al., 2022; Brasil, 2025).

Tornar efetivas políticas e práticas voltadas à equidade racial na atenção obstétrica é imprescindível. Os dados aqui apresentados reforçam a necessidade de enfrentar as desigualdades raciais para que o Brasil possa cumprir a meta de reduzir a razão de mortalidade materna para menos de 30 mortes por 100 mil nascidos vivos até 2030.

Autores

Lucas Falcão

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)

Manuel Mahoche

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)

Agradecimentos

Agradecemos a Rudi Rocha e à equipe de pesquisadores do IEPS pelas sugestões e comentários, bem como a Helena Ciorra pelo apoio na edição e revisão deste documento.

Referências

- Blanc, Ann K., William Winfrey e John Ross. 2013. “New Findings for Maternal Mortality Age Patterns: Aggregated Results for 38 Countries”. Publisher: Public Library of Science, *PLoS ONE* 8 (4): e59864. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0059864>.
- Brasil. 2009. *Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf.
- . 2021. *Boletim Epidemiológico: Mortalidade materna no Brasil, 2009–2019*. Boletim Epidemiológico Volume 52, Nº 29. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, agosto. https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/agosto/6/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf.
- . 2025. *Nota Técnica Conjunta nº 227/2025-SVSA/SAPS/SAES/SESAI/MS: Mortalidade Materna no Brasil e Ações do Ministério da Saúde*. Nota Técnica 227. Documento SEI nº 0048068191, Processo nº 25000.083486/2025-09. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA); Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS); Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES); Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), Maio. https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&codigo_verificador=0048068191.
- Coelho, Rony e Gisele Campos. 2022. *Boletim Çarê-IEPS n. 1: Saúde Materna da Mulher Negra*. Boletim Técnico 1. São Paulo, Brasil: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), outubro. <https://ieps.org.br/publicacoes/boletim-care-saude-materna-da-mulher-negra-n1/>.
- Coelho, Rony, Matías Mrejen, Jéssica Remédios e Gisele Campos. 2022. *Desigualdades raciais na saúde: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014–2020*. Nota Técnica 27. São Paulo, Brasil: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), agosto. <https://ieps.org.br/publicacoes/desigualdades-raciais-na-saude-cuidados-pre-natais-e-mortalidade-materna-no-brasil-2014-2020/>.
- Fernandes, Karayna Gil, Maria Helena Sousa e José Guilherme Cecatti. 2017. “Skin Color and Maternal Near Miss: Exploring a Demographic and Health Survey in Brazil” [em English]. Publisher: Thieme Revinter Publicações Ltda, *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 39, n. 5 (maio): 209–216. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1603498>.
- Ghulmiyyah, Labib e Baha Sibai. 2012. “Maternal Mortality From Preeclampsia/Eclampsia”. *Seminars in Perinatology* 36 (1): 56–59. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0146000511001571>.
- Lawrence, Emma R., Thomas J. Klein e Titus K. Beyuo. 2022. “Maternal Mortality in Low and Middle Income Countries”. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 49 (4): 713–733. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889854522000559>.
- Martins, Alaerte Leandro. 2006. “Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil” [em pt-BR]. Publisher: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, *Cadernos de Saúde Pública* 22, n. 11 (novembro): 2473–2478. <https://www.scielo.br/j/csp/a/sW5LM59346pcKJ9XqZXLL6R/>.
- . 2016. “Near miss e mulheres negras”. Publisher: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública. *Saúde e Sociedade* 25, n. 3 (julho): 573–588. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162621>.
- Morse, Marcia Lait, Sandra Costa Fonseca, Mariane Doelinger Barbosa, Manuele Bonatto Calil e Fernanda Pinella Carvalhal Eyer. 2011. “Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?” [Em pt-BR]. Publisher: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, *Cadernos de Saúde Pública* 27 (4): 623–638. <https://www.scielo.br/j/csp/a/sW5LM59346pcKJ9XqZXLL6R/>.

- Moyo, Nkumbula, Mpundu Makasa, Mumbi Chola e Patrick Musonda. 2018. "Access factors linked to maternal deaths in Lundazi district, Eastern Province of Zambia: a case control study analysing maternal death reviews". Publisher: Springer Nature, *BMC Pregnancy and Childbirth* 18 (1): 101. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1717-1>.
- OECD e Eurostat. 2022. *Avoidable Mortality: OECD/Eurostat Lists of Preventable and Treatable Causes of Death (January 2022 Version)*. Technical Report. OECD e Eurostat. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/7870049/13475011/KS-FT-21-005-EN-N.pdf>.
- Pacheco, Vanessa Cardoso, Jean Carl Silva, Ana Paula Mariussi, Monica Roeder Lima e Thiago Ribeiro e Silva. 2018. "As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis". Publisher: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, *Saúde em Debate* 42, n. 116 (janeiro): 125–137. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811610>.
- Ross, John A. e Ann K. Blanc. 2012. "Why Aren't There More Maternal Deaths? A Decomposition Analysis". Publisher: Springer, *Maternal and Child Health Journal* 16 (2): 456–463. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-011-0777-x>.
- WHO, World Health Organization. 2014. *Maternal Mortality: Fact Sheet*. Technical Report WHO/RHR/14.06. Geneva, Switzerland: World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112318/WHO_RHR_14.06_eng.pdf.
- . 2025. *Trends in Maternal Mortality: Estimates 2000 to 2023*. Technical Report WHO/RHR/24.XX. Geneva, Switzerland: World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/373388>.

www.ieps.org.br
www.institutocare.org.br

4 Apêndice metodológico

4.A Definição de óbito materno

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), morte materna é definida como: morte durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação devida a qualquer causa relacionada com a gravidez.

- **A34** – Tétano obstétrico
- **B20–B24** – Doença causada pelo HIV, quando a mulher estava grávida no momento da morte ou até 42 dias antes
- **E23.0** – Necrose pós-parto da hipófise
- **F53** – Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério
- **M83.0** – Osteomalácia puerperal
- **O96** – Morte materna tardia: ocorre após 42 dias e antes de 1 ano do parto, por causa obstétrica.
- **O97** – Morte materna por sequela de causa obstétrica direta: ocorre 1 ano ou mais após o parto.

Já os CIDs das principais intercorrências obstétricas são:

- Pré-eclâmpsia: O140; O141; O142; O149.
- Eclâmpsia: O15; O150; O151; O152; O159; O16.
- Hemorragia grave: D62; O031; O036; O041; O046; O051; O056; O061; O066; O071; O076; O081; O441; O450; O458; O459; O46; O460; O468; O469; O670; O678; O679; O694; O72; O720; O721; O722.
- Sepses grave: A021; A227; A267; A327; A400; A401; A402; A403; A408; A409; A41; A410; A411; A412; A413; A414; A415; A418; A419; A427; A548; B377; K350; K359; K650; K658; K659; M869; N700; N709; N710; N733; N735; O030; O035; O040; O045; O050; O055; O060; O065; O070; O075; O080; O082; O083; O411; O753; O85; O86; O860; O868; O883; T802.

4.B Fonte de dados

Os dados utilizados provêm de bases públicas do Ministério da Saúde do Brasil e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), acessadas por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e da plataforma do IBGE.

- **SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos)**: disponibiliza informações sobre os nascimentos ocorridos, incluindo características maternas (como raça/cor e faixa etária). Esses dados foram utilizados para compor os denominadores das taxas, com recorte por raça/cor e faixa etária da mãe.
- **SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade)**: sistema que reúne os registros de óbitos declarados em território nacional, com causa básica classificada segundo a CID-10. Utilizou-se essa base para identificar óbitos maternos, assim como a idade da mãe.
- **PNAD Contínua (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua)**: conduzida pelo IBGE, essa pesquisa amostral foi utilizada para estimativas populacionais, por raça/cor e faixa etária, em análises complementares. Além disso, serviu para o cálculo dos pesos relativos das faixas etárias no processo de padronização direta por idade. Os dados foram obtidos por meio do repositório público do IBGE (SIDRA ou microdados da PNAD Contínua).

4.C Cálculo das taxas

Razão de Mortalidade Materna (RMM) ajustada por idade

A RMM ajustada por idade foi calculada por raça e por ano como:

$$RMM_{r,a}^{adj} = \left(\frac{\text{Óbitos}_{r,a}}{\text{Nascimentos}_{r,a}} \right) \times 100.000$$

Onde:

- r : raça/cor da mãe;
- a : ano de referência da razão de mortalidade materna;
- i : faixa etária quinquenal da mãe (de 10–14 anos até 50 anos ou mais);
- $\text{Óbitos}_{r,a,i}$: número de óbitos maternos para a raça r , no ano a , na faixa etária i ;
- $\text{Nascimentos}_{r,a,i}$: número de nascidos vivos para a raça r , no ano a , na faixa etária i ;
- w_i : peso da faixa etária i , dado pela proporção de nascidos vivos em 2010 nessa faixa etária em relação ao total de nascimentos de 2010 (isto é, a estrutura etária padrão);
- n : número total de faixas etárias consideradas;
- O fator multiplicador 100.000 nascidos vivos.

4.C.1 Proporção de Consultas Pré-natais

A cobertura de consultas pré-natais foi analisada segundo três categorias:

- 0 consultas;
- 1 a 6 consultas;
- 7 ou mais consultas.

A proporção foi calculada como:

$$P_{r,a,k} = \frac{\text{Gestantes}_{r,a,k}}{\text{Nascimentos}_{r,a}} \times 100$$

Onde:

- k representa a categoria de frequência de consultas;
- $\text{Gestantes}_{r,a,k}$ é o número de gestantes da raça r no ano a que realizaram k consultas;
- $\text{Nascimentos}_{r,a}$ é o total de nascidos vivos para a raça r no ano a .