

Reflexão**Reflexões sobre a qualidade da assistência perinatal no Brasil: perspectivas à luz da Estratégia Qualineo***Reflections on the quality of perinatal care in Brazil: perspectives in light of the Qualineo Strategy**Reflexiones sobre la calidad de la asistencia perinatal en Brasil: perspectivas a la luz de la Estrategia Qualineo*

Camila Evangelista de Sousa Campelo¹

ORCID: 0000-0002-1720-7011

Nathaly Marques Santos Machado¹

ORCID: 0000-0001-8737-423X

Márcia Teles de Oliveira Gouveia¹

ORCID: 0000-0002-2401-4947

Maria Carolina da Silva Costa¹

ORCID: 0000-0002-8435-939X

Resumo

Objetivo: refletir sobre a qualidade da assistência perinatal para redução da mortalidade neonatal e seus fatores determinantes.

Métodos: trata-se de um estudo reflexivo, que utilizou como marco conceitual a Estratégia Qualineo. O artigo ampara-se na construção discursiva sobre os fatores que apresentam relação de causalidade com a mortalidade neonatal e na reflexão sobre as estratégias criadas para redução desses óbitos. **Resultados:** a mortalidade neonatal está intrinsecamente relacionada às condições clínicas maternas e fetais, refletindo a qualidade da assistência prestada ao longo do ciclo gravídico-puerperal. A Estratégia Qualineo se destaca por integrar e analisar indicadores que abrangem desde o pré-natal até a internação neonatal, permitindo identificar fragilidades do cuidado e orientar intervenções preventivas mais assertivas. Essa abordagem favorece a compreensão da mortalidade neonatal como um fenômeno multidimensional, determinado não apenas por fatores biológicos, mas também por condições sociais, estruturais e organizacionais dos serviços de saúde, ampliando o potencial da estratégia como instrumento de gestão e qualificação da assistência. **Conclusão:** os índices de mortalidade neonatal refletem a qualidade da assistência materna e infantil de um país. A identificação dos fatores associados ao óbito neonatal contribui para a criação e o fortalecimento de estratégias mais assertivas e direcionadas para o objetivo proposto.

Descriptores: Mortalidade Perinatal; Recém-nascido; Assistência Perinatal; Serviços de Saúde Materno-Infantil; Cuidado Pré-Natal.

O que se sabe?

A Estratégia Qualineo analisa, de forma documentada, as causas de mortalidade neonatal e o contexto inserido, evidenciando uma transformação positiva no cenário desigual que marca os desfechos neonatais no país.

O que o estudo adiciona?

O artigo faz uma reflexão com dados atuais do impacto que a Estratégia Qualineo tem sobre a assistência perinatal, ao identificar fatores determinantes, além da formulação de estratégias de enfrentamento.

¹Universidade Federal do Piauí.
Teresina, Piauí, Brasil.

Autor correspondente:
Camila Evangelista de Sousa
E-mail:
enfcamilaevangelista@outlook.com



Como citar este artigo: Campelo CES, Machado NMS, Gouveia MTO, Costa MCS. Reflexões sobre a qualidade da assistência perinatal no Brasil: perspectivas à luz da Estratégia Qualineo. Rev. enferm. UFPI. [internet] 2025 [citado em: dia mês abreviado ano];14:e5009. DOI: 10.26694/reufpi.v14i1.5009

Abstract

Objective: to reflect on the quality of perinatal care aimed at reducing neonatal mortality and its determining factors. **Methods:** this is a reflective study that adopted the Qualineo Strategy as its conceptual framework. The article is based on a discursive construction regarding factors that have a causal relationship with neonatal mortality and on a reflection about the strategies developed to reduce these deaths. **Results:** neonatal mortality is intrinsically related to maternal and fetal clinical conditions, reflecting the quality of care provided throughout the pregnancy-puerperal cycle. The Qualineo Strategy stands out for integrating and analyzing indicators that encompass prenatal care through neonatal hospitalization, enabling the identification of care gaps and guiding more assertive preventive interventions. This approach promotes an understanding of neonatal mortality as a multidimensional phenomenon, determined not only by biological factors but also by social, structural, and organizational conditions within health services, expanding the potential of the strategy as a tool for managing and improving the quality of care. **Conclusion:** neonatal mortality rates reflect the quality of maternal and child care in a country. Identifying factors associated with neonatal death contributes to the creation and strengthening of more assertive and targeted strategies toward the proposed goal.

Descriptors: Perinatal Mortality; Infant Newborn; Perinatal Care; Maternal-Child Health Services; Prenatal Care.

Resumén

Objetivo: reflexionar sobre la calidad de la atención perinatal para reducir la mortalidad neonatal y sus factores determinantes. **Métodos:** se trata de un estudio reflexivo, que utilizó como marco conceptual la Estrategia Qualineo. El artículo se basa en la construcción discursiva sobre los factores que presentan una relación causal con la mortalidad neonatal y en la reflexión sobre las estrategias creadas para reducir estas muertes. **Resultados:** la mortalidad neonatal está intrínsecamente relacionada con las condiciones clínicas maternas y fetales, lo que refleja la calidad de la atención prestada a lo largo del ciclo gestacional y puerperal. La Estrategia Qualineo se destaca por integrar y analizar indicadores que abarcan desde la atención prenatal hasta la hospitalización neonatal, lo que permite identificar las deficiencias en la atención y orientar intervenciones preventivas más assertivas. Este enfoque favorece la comprensión de la mortalidad neonatal como un fenómeno multidimensional, determinado no solo por factores biológicos, por las condiciones sociales, estructurales y organizativas de los servicios de salud, ampliando el potencial de la estrategia como instrumento de gestión y cualificación de la atención. **Conclusión:** las tasas de mortalidad neonatal reflejan la calidad de la atención materno infantil de un país. La identificación de los factores asociados a la mortalidad neonatal contribuye a la creación y el fortalecimiento de estrategias más assertivas y orientadas al objetivo propuesto.

Descriptores: Mortalidad Perinatal; Recién-nacido; Atención Perinatal; Servicios de Salud Materno-Infantil; Atención Prenatal.

INTRODUÇÃO

A mortalidade neonatal, compreendida como o óbito ocorrido entre o nascimento e o 27º dia de vida, representa o principal componente da mortalidade infantil e constitui um sensível indicador da qualidade da atenção à saúde materno-infantil. Por refletir as condições socioeconômicas, o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, seus índices são amplamente utilizados para subsidiar políticas públicas voltadas ao bem-estar da mãe e do recém-nascido. A literatura aponta que a assistência qualificada durante a gestação, o parto e o pós-parto, bem como as condições clínicas maternas, são fatores determinantes para a ocorrência de óbitos neonatais⁽¹⁾.

No Brasil, a mortalidade neonatal tem apresentado tendência de redução nas últimas décadas, sobretudo em decorrência da ampliação das políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil desde a década de 1970, com a criação do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil e, posteriormente, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), em 1984⁽²⁾. Tais políticas representaram um marco ao introduzirem uma abordagem integral e preventiva, substituindo o modelo centrado apenas em ações curativas. Apesar desses avanços, o país ainda apresenta índices de mortalidade neonatal superiores aos de nações desenvolvidas, como os Estados Unidos, evidenciando desigualdades persistentes no acesso e na qualidade da atenção perinatal⁽³⁾.

Entre os fatores mais recorrentes associados ao óbito neonatal estão a prematuridade, o baixo peso ao nascer, as infecções perinatais, as anomalias congênitas e as intercorrências maternas, como a hipertensão gestacional e o descolamento prematuro de placenta⁽⁴⁾. Esses fatores, embora amplamente descritos na literatura, ainda exigem análise crítica quanto às condições assistenciais que os perpetuam – especialmente no que diz respeito à organização e qualificação do cuidado perinatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse contexto, a Estratégia Qualineo, criada em 2017 pelo Ministério da Saúde, surge como uma iniciativa inovadora ao propor o monitoramento e a qualificação das práticas assistenciais nas maternidades, articulando gestão, capacitação profissional e avaliação de resultados⁽⁵⁾. Entretanto, apesar de sua relevância e implementação crescente, ainda há escassez de estudos reflexivos que explorem criticamente o potencial da Qualineo como instrumento para a qualificação da assistência perinatal e, consequentemente, para a redução da mortalidade neonatal. Essa lacuna justifica a necessidade de análises

mais aprofundadas, que integrem os aspectos técnicos, organizacionais e humanos envolvidos no cuidado ao recém-nascido.

Dessa forma, este estudo busca compreender de que maneira diretrizes e práticas podem contribuir para a redução da mortalidade neonatal e para o fortalecimento da corresponsabilidade entre profissionais de saúde, gestores e famílias. Ao discutir criticamente essa estratégia, pretende-se ampliar a compreensão sobre os desafios contemporâneos da atenção neonatal e apontar caminhos para o aprimoramento das políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil no Brasil.

Sendo assim, o objetivo deste estudo é refletir sobre a qualidade da assistência perinatal para redução da mortalidade neonatal e seus fatores determinantes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo reflexivo, de abordagem qualitativa e natureza descritivo-analítica, desenvolvido a partir de uma análise crítica e interpretativa da literatura e de documentos oficiais voltados à atenção perinatal no Brasil, tendo como marco conceitual central a Estratégia Qualineo, instituída em 2017 pelo Ministério da Saúde.

O estudo seguiu os princípios de transparência científica recomendados pela rede EQUATOR Network, com base no guia SANRA (Scale for the Assessment of Narrative Review Articles), apropriado para estudos de natureza narrativa e reflexiva. Assim, buscou-se garantir clareza quanto ao percurso metodológico, à relevância das fontes e à coerência entre os objetivos e o processo reflexivo adotado⁽⁶⁻⁷⁾.

A construção reflexiva ocorreu em três etapas principais:

Busca e seleção da literatura: realizou-se uma busca narrativa nas bases de dados SciELO, LILACS e PubMed, além de documentos oficiais disponíveis nos portais do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Foram incluídos artigos, manuais, diretrizes e relatórios técnicos publicados em português, inglês ou espanhol, que abordassem mortalidade neonatal, assistência perinatal, políticas públicas e a Estratégia Qualineo. Excluíram-se textos sem relação direta com a temática ou de caráter puramente estatístico, sem discussão qualitativa.

Análise crítica e sistematização das informações: as fontes selecionadas foram lidas integralmente e analisadas segundo uma abordagem crítico-reflexiva, orientada por eixos temáticos previamente definidos: determinantes da mortalidade neonatal; políticas públicas voltadas à atenção materno-infantil; e contribuições da Estratégia Qualineo para a qualificação da assistência perinatal. Essa organização permitiu a identificação de convergências, lacunas e desafios nas ações voltadas à redução da mortalidade neonatal.

Construção discursiva e fundamentação teórica: a etapa final consistiu na elaboração da reflexão propriamente dita, articulando os achados da literatura com pressupostos teóricos da promoção da saúde, da integralidade do cuidado e da humanização da assistência. A análise foi guiada pela compreensão de que o cuidado perinatal é um fenômeno multifatorial, demandando integração entre práticas clínicas, gestão e políticas públicas.

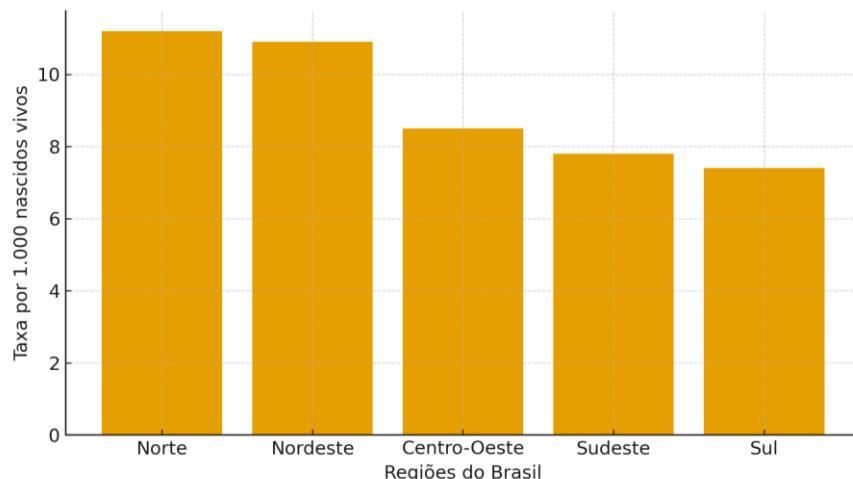
Por se tratar de um estudo teórico-reflexivo, não houve coleta de dados primários nem envolvimento de participantes humanos, dispensando submissão ao comitê de ética. A validade da reflexão está ancorada na consistência teórica, na coerência argumentativa e na transparência do percurso metodológico adotado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fatores determinantes para mortalidade neonatal sob a ótica da Estratégia Qualineo

A mortalidade infantil compreende os óbitos de crianças menores de um ano de idade e subdivide-se em neonatal (óbito entre zero e 27 dias de vida) e pós-neonatal (28 a 364 dias). A mortalidade neonatal ainda se divide em precoce (zero a seis dias) e tardia (sete a 27 dias). Esse componente representa a maior parcela da mortalidade infantil no Brasil, correspondendo a cerca de dois terços dos óbitos registrados⁽⁸⁾.

Em 2015, o país atingiu a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, reduzindo em dois terços a mortalidade infantil em relação a 1990. Contudo, os índices brasileiros ainda se mantêm superiores aos de países desenvolvidos⁽²⁾. As desigualdades regionais permanecem evidentes: Norte e Nordeste apresentam taxas de mortalidade neonatal superiores ao Sul e Sudeste. Entre 2007 e 2017, as taxas médias foram de 11,02 e 10,97 por mil nascidos vivos (nv) no Norte e Nordeste, respectivamente, enquanto o Sul apresentou 7,81 por mil nv⁽¹⁾, conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1. Taxa de Mortalidade Neonatal média das regiões do Brasil entre os anos de 2007 e 2017.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Essa heterogeneidade regional reflete desigualdades sociais, econômicas e de acesso aos serviços de saúde. A partir dessa constatação, emerge a necessidade de compreender se os fatores determinantes da mortalidade neonatal são uniformes entre as regiões ou se refletem contextos particulares. Essa reflexão fundamenta a relevância da Estratégia Qualineo, implementada pelo Ministério da Saúde (MS) para qualificar o cuidado neonatal e reduzir óbitos, especialmente nas regiões com maiores taxas.

A Qualineo baseia-se em indicadores que avaliam todo o percurso assistencial, do pré-natal ao desfecho neonatal, abordando dimensões como condições maternas, assistência ao parto e qualidade do cuidado neonatal⁽³⁾.

Os resultados obtidos pela análise dos indicadores demonstram que os determinantes maternos são essenciais para compreensão dos óbitos neonatais. O pré-natal inadequado, a ausência de estratificação de risco e a não realização de condutas preventivas – como uso de sulfato ferroso e ácido fólico, e profilaxia da pré-eclâmpsia – estão entre os principais fatores que ampliam a vulnerabilidade materno-infantil⁽⁵⁾.

Entretanto, a quantidade de consultas pré-natais não garante a qualidade do cuidado, sendo essencial avaliar se os protocolos foram efetivamente aplicados. A Qualineo permite identificar essas lacunas e propor intervenções focalizadas, respeitando as particularidades regionais e estruturais de cada território⁽⁹⁾.

Estudos nacionais e internacionais apontam resultados convergentes quanto à associação entre mortalidade neonatal e condições maternas, especialmente pré-natal inadequado, parto prematuro e baixo peso ao nascer⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Em contrapartida, há divergências sobre o impacto das políticas públicas. Enquanto pesquisas brasileiras relatam avanços na qualidade da atenção, estudos realizados em países de alta renda demonstram que reduções expressivas da mortalidade dependem também de infraestrutura hospitalar e vigilância ativa dos óbitos neonatais⁽¹²⁻¹³⁾.

Uma revisão sistemática realizada na Índia e na África Subsaariana, por exemplo, reforçou que o acesso desigual à assistência obstétrica qualificada é o principal determinante da mortalidade neonatal⁽¹⁴⁾. Já no Brasil, a literatura destaca que o pacto interfederativo e a capilaridade da atenção primária são elementos diferenciais para avanços sustentáveis⁽¹⁵⁾.

Ainda nesse sentido, embora o número de consultas pré-natais seja amplamente utilizado como indicador de cobertura assistencial, ele não reflete necessariamente a qualidade efetiva do cuidado prestado. Em muitos casos, observa-se que a realização quantitativa das consultas não se traduz em práticas resolutivas, preventivas ou centradas nas necessidades reais da gestante. A prevenção de agravos e intercorrências obstétricas depende não apenas da frequência dos atendimentos, mas sobretudo da adoção de protocolos clínicos baseados em evidências, como a estratificação do risco gestacional, a identificação precoce de complicações e o encaminhamento oportuno aos serviços de alto risco.

Dessa forma, a reflexão sobre a mortalidade neonatal sob a ótica da Estratégia Qualineo evidencia que a redução dos óbitos depende da interação entre fatores estruturais, culturais e assistenciais. A análise

dos dados permite compreender que as desigualdades regionais não decorrem apenas da escassez de recursos, mas também da gestão ineficiente e da falta de continuidade das políticas públicas.

A Qualineo surge como instrumento potente de monitoramento e qualificação, mas sua efetividade depende da adesão institucional e da formação crítica dos profissionais. É essencial investir em educação permanente, revisão de protocolos assistenciais e valorização das equipes de saúde.

Ademais, destaca-se o papel central da enfermagem, que atua na linha de frente do pré-natal, parto e assistência neonatal. O fortalecimento da prática clínica baseada em evidências e o empoderamento dos profissionais para análise de indicadores são caminhos para transformar a prática em resultados mensuráveis.

Evolução histórica das políticas públicas e a criação da Estratégia Qualineo

A trajetória das políticas públicas voltadas à saúde neonatal no Brasil evidencia avanços graduais desde a década de 1970, iniciando-se com o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil. Posteriormente, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMIC) (1980) e o PAISC (1984) ampliaram a abordagem preventiva e o cuidado integral⁽¹⁶⁾. Contudo, os índices de mortalidade neonatal ainda refletiam a insuficiência dessas ações, com taxa de 24,33 por mil vivos em 1990⁽⁴⁾.

Com a criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), em 2000, e da Rede Cegonha, em 2011, a atenção perinatal passou a priorizar a integralidade e a humanização do cuidado⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Em 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) consolidou essa perspectiva, culminando, em 2017, na Estratégia Qualineo, que integra ações anteriores e fortalece a vigilância e a análise de indicadores neonatais⁽³⁾ (Quadro 1).

Quadro 1. Linha do tempo das principais políticas públicas relacionadas à saúde neonatal.

Ano	Política / Programa	Objetivo principal
1970	Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil	Redução da mortalidade materno-infantil
1980	PAISMIC	Integralidade do cuidado à mulher e à criança
1984	PAISC	Ampliação da cobertura e prevenção de doenças infantis
2000	PHPN / Método Canguru	Humanização do parto e cuidado ao RN de baixo peso
2011	Rede Cegonha	Garantir acesso ao pré-natal, parto e puerpério
2017	Estratégia Qualineo	Qualificar o cuidado neonatal e reduzir óbitos

Fonte: Elaborado pelos autores.

A análise desses marcos históricos demonstra um amadurecimento gradual da assistência, migrando de uma abordagem curativa para uma visão integrada e centrada na família. No entanto, persistem desafios estruturais, como a desigualdade na distribuição de recursos e a necessidade de maior integração entre atenção básica e especializada.

No Brasil, a evolução histórica da assistência à criança, bem como sua participação na sociedade, apresentaram avanços com a implantação de programas e políticas específicas. O reflexo disso foi a redução da mortalidade infantil e a mudança na organização da rede de atenção à saúde perinatal, tendo em vista o abandono de ações apenas curativas para adoção de uma visão holística no cuidado ao binômio materno-infantil.⁽²⁾ Entretanto, o componente neonatal ainda apresenta-se como um desafio que provoca questionamentos acerca do que ainda pode ser feito e onde atuar para reduzir os óbitos neonatais no território brasileiro.

A implantação do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI), na década de 1970, representou um marco inicial nas políticas voltadas à redução da mortalidade materna e infantil no Brasil. Entretanto, apesar de seu caráter inovador à época, as ações implementadas apresentaram um enfoque predominantemente preventivo e uniformizado, sem contemplar as profundas heterogeneidades regionais e socioeconômicas do país⁽¹⁶⁾. Essa ausência de contextualização territorial comprometeu a efetividade das estratégias, pois modelos generalistas de atenção tendem a invisibilizar as necessidades locais e os diferentes determinantes que moldam a saúde materno-neonatal. Assim, políticas concebidas de forma centralizada, sem uma leitura crítica das realidades regionais, acabam por reproduzir desigualdades históricas, em vez de superá-las.

Nesse cenário, os determinantes sociais e econômicos da saúde configuram-se como elementos estruturantes da vulnerabilidade materna e neonatal. A precariedade das condições de vida, associada ao

baixo nível educacional e à desigual distribuição de recursos, repercutem diretamente no acesso desigual aos serviços de saúde e na qualidade da atenção pré-natal. Essas disparidades se traduzem em diferentes probabilidades de intercorrências obstétricas e de desfechos adversos no período neonatal. Assim, a compreensão do fenômeno da mortalidade neonatal exige uma perspectiva integral, que além do aspecto biológico, inclua questões socioeconômicas e culturais como elementos fundamentais.

Desse modo, cabe aos gestores e profissionais de saúde desenvolverem uma prática crítica e contextualizada, pautada na equidade e na análise situacional dos territórios, de modo a transformar as políticas públicas em instrumentos efetivos de redução das iniquidades em saúde.

A partir de 1984, com a criação do PAISC, houve a dissociação entre as políticas voltadas à saúde da mulher e à da criança. Essa reformulação teve como propósito ampliar a promoção da saúde infantil e garantir atenção integral, especialmente para crianças em situação de vulnerabilidade social, buscando qualificar a assistência e expandir a cobertura dos serviços⁽²⁾. O PAISC incorporou diretrizes como o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento, o fortalecimento do aleitamento materno e a redução de doenças infecciosas e diarreicas, consolidando avanços significativos na atenção primária.

Contudo, uma análise crítica revela que essas políticas, embora pioneiras, mantiveram uma lacuna estrutural: o período neonatal continuou subdimensionado dentro das estratégias de saúde pública. O foco predominante na mortalidade infantil como indicador global invisibilizou as particularidades clínicas e sociais que determinam o risco no recém-nascido. Essa omissão se refletiu diretamente nos indicadores nacionais – a Taxa de Mortalidade Neonatal (TMN), que em 1990 alcançava 24,33 óbitos por mil nascidos vivos, evidenciava que o progresso obtido nas faixas etárias pós-neonatais não se estendia ao cuidado do neonato⁽⁴⁾.

Esse panorama demonstra que o modelo de atenção vigente, ainda fragmentado e biologicista, limitou a construção de políticas verdadeiramente integrais e equitativas, retardando a consolidação de uma rede perinatal articulada e sensível às demandas específicas do nascimento e do início da vida.

Em 2000, o Ministério da Saúde implementou o PHPN, instituído pela Portaria nº 569 com o propósito de assegurar atenção integral à saúde da gestante e do recém-nascido nos períodos de pré-natal, parto, puerpério e neonatal, abrangendo tanto gestações de baixo quanto de alto risco⁽¹⁷⁾. O PHPN representou um marco na consolidação de uma abordagem mais humanizada e integral do cuidado perinatal, ao reconhecer que a prevenção dos óbitos neonatais exige não apenas cobertura assistencial, mas sobretudo qualidade, continuidade e vínculo entre usuárias e equipes de saúde.

Contudo, a efetividade do PHPN revelou-se desigual em diferentes contextos regionais, uma vez que a implementação fragmentada das ações e a escassez de monitoramento sistemático da qualidade da assistência comprometeram seu alcance. Apesar do avanço conceitual em torno da humanização, ainda persistem lacunas entre o discurso normativo e a prática cotidiana dos serviços, evidenciadas por modelos de atenção medicalizados, protocolos inconsistentes e barreiras de acesso que dificultam a integralidade do cuidado materno-infantil.

Durante o período gestacional, o pré-natal emerge como espaço estratégico para a identificação precoce de riscos e a promoção da saúde materna e neonatal. Entretanto, a simples ampliação do número de consultas não assegura a efetividade do cuidado, se este não for orientado por práticas baseadas em evidências e princípios de equidade e humanização. Nesse sentido, o PHPN estimulou a adoção de condutas clínicas mais qualificadas, reforçando a importância do acompanhamento multiprofissional, da escuta ativa e da individualização do cuidado.

Embora o PHPN tenha representado um avanço normativo e conceitual, sua efetividade prática ainda depende da consolidação de uma cultura de cuidado humanizado, sustentada por formação profissional contínua, monitoramento de indicadores e fortalecimento das redes perinatais. Somente a partir dessa articulação entre política, prática e gestão será possível transformar o discurso da humanização em uma realidade que efetivamente impacte a mortalidade neonatal no país.

Com o grande número de nascimentos de RN prematuros e de baixo peso, foi criado pela Portaria Ministerial nº 693, de cinco de julho do ano 2000, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru. Essa proposta incentivou o contato pele a pele do bebê com sua mãe, proporcionando à família participação mais ativa nos cuidados com o RN e melhorando os resultados da terapêutica⁽¹⁷⁾.

Em 2015, por meio da Portaria nº 1.130, o Ministério da Saúde instituiu a PNAISC, com o propósito de promover e proteger a saúde infantil e fortalecer o aleitamento materno por meio de ações integrais que se estendem da gestação aos nove anos de idade. A política confere especial ênfase à primeira infância e

aos grupos em maior vulnerabilidade social, buscando a redução da morbimortalidade e a garantia de um ambiente digno e saudável para o desenvolvimento infantil⁽²⁾.

Apesar dos avanços representados pela PNAISC e de sua articulação com outras políticas estruturantes, observa-se que o componente neonatal permanece como o principal desafio para a saúde infantil no Brasil. Essa persistência revela fragilidades estruturais na qualidade da atenção pré-natal e ao nascimento, indicando que a expansão de políticas e programas nem sempre se traduz em transformações concretas nos processos de cuidado. O descompasso entre formulação e implementação sugere que a efetividade das políticas públicas depende não apenas da existência de diretrizes normativas, mas também da capacidade institucional e técnica dos serviços de saúde em operacionalizá-las de forma equânime e resolutiva.

Essa limitação torna-se ainda mais evidente quando analisadas as desigualdades regionais: as Regiões Norte e Nordeste, marcadas por contextos de maior vulnerabilidade socioeconômica, desigualdade de renda e fragilidade na rede de atenção perinatal, concentram as maiores taxas de mortalidade neonatal. Essas diferenças evidenciam uma ineficácia na territorialização das políticas, que frequentemente são aplicadas de modo homogêneo em um país profundamente heterogêneo.

Portanto, mais do que criar novas estratégias, é necessário revisitar criticamente a capacidade de execução e o alcance real das políticas já instituídas, reconhecendo que a redução sustentável da mortalidade neonatal exige uma abordagem que integre aspectos clínicos, sociais e estruturais da atenção à saúde da criança.

Diante disso, em 2017 foi criada a Estratégia Qualineo, com o objetivo de qualificar o cuidado ao neonato e possibilitar a criação de ações para diminuir eventos que podem aumentar a mortalidade neonatal. A estratégia possui os seguintes pilares estruturais para seu desenvolvimento: práticas fundamentadas em evidências científicas; integração entre gestores profissionais e usuários envolvidos na atenção a gestante, parturiente e neonato; além de intervenções educativas como instrumento para melhoria da assistência e indicadores de saúde⁽³⁾.

A Estratégia Qualineo constitui um marco importante na reconfiguração da assistência neonatal no Brasil, ao propor uma abordagem integrada que atravessa diferentes dimensões do cuidado – da gestação ao desfecho neonatal. Mais do que um instrumento de monitoramento, a Qualineo representa uma tentativa de institucionalizar a cultura da qualidade e da vigilância contínua dentro dos serviços de saúde, estimulando a análise sistemática de indicadores que refletem as condições maternas, perinatais e neonatais associadas ao óbito.

Ao permitir o acompanhamento detalhado do percurso materno-fetal – desde o pré-natal até a alta, transferência ou óbito neonatal –, a Qualineo transforma dados clínicos e administrativos em ferramentas de gestão do cuidado, favorecendo o desenvolvimento de intervenções baseadas em evidências. Entretanto, sua efetividade depende da capacidade técnica e operacional dos serviços de saúde em coletar, interpretar e utilizar essas informações de forma crítica e resolutiva. Sem esse comprometimento institucional, o potencial da estratégia se limita a uma prática burocrática de registro, sem repercussão real sobre a qualidade da assistência.

Embora concebida para o contexto hospitalar, a Qualineo também oferece subsídios valiosos para avaliar a efetividade do cuidado pré-natal, ao incluir indicadores que permitem rastrear condições gestacionais potencialmente modificáveis, como hipertensão arterial, infecções e intercorrências obstétricas. A leitura desses dados sob uma perspectiva reflexiva evidencia que muitos óbitos neonatais poderiam ser evitados por meio de ações simples, de baixo custo e alta resolutividade, como o manejo adequado da pré-eclâmpsia, o monitoramento rigoroso da pressão arterial e a educação em saúde direcionada às gestantes.

Contudo, a principal contribuição da Qualineo reside em induzir uma mudança de paradigma, deslocando o foco da simples contagem de óbitos para a compreensão das causas e contextos que os produzem. Essa mudança exige uma atuação interdisciplinar e corresponsável, na qual gestores, profissionais de saúde e famílias sejam reconhecidos como agentes essenciais na construção de práticas assistenciais mais humanas, seguras e efetivas.

A amplitude e a complexidade que permeiam o tema da mortalidade neonatal tornam inviável esgotar todas as suas dimensões em um único estudo. Entretanto, o presente artigo propõe-se a estimular uma reflexão crítica sobre a assistência perinatal no contexto brasileiro, especialmente no que se refere à identificação dos fatores determinantes e à formulação de estratégias efetivas de enfrentamento, tendo como marco conceitual a Estratégia Qualineo. Ao invés de apenas reiterar dados epidemiológicos já

conhecidos, busca-se problematizar as práticas vigentes, analisando em que medida as políticas públicas e os modelos de atenção adotados têm sido capazes, ou não, de transformar o cenário persistente de desigualdades que marcam os desfechos neonatais no país.

Por tratar-se de um artigo reflexivo, este estudo não apresenta coleta de dados empíricos. As reflexões foram construídas a partir da literatura e documentos oficiais disponíveis, o que pode limitar a generalização dos resultados. Contudo, a principal contribuição consiste em sistematizar criticamente o papel da Estratégia Qualineo como eixo estruturante da assistência neonatal no Brasil, destacando sua aplicabilidade nacional e o potencial de redução das desigualdades regionais.

Essa reflexão permite um olhar ampliado e crítico sobre os processos de cuidado, destacando a importância de reconhecer a mortalidade neonatal não como um fenômeno isolado, mas como expressão de falhas estruturais e organizacionais do sistema de saúde. Assim, gestores e profissionais, em especial os da enfermagem, assumem papel estratégico na promoção de práticas assistenciais mais qualificadas, capazes de intervir precocemente sobre os determinantes de risco e evitar desfechos adversos.

Além de oferecer subsídios teóricos, este estudo propõe-se a fortalecer a integração entre as políticas públicas – como a Estratégia Saúde da Família e a Qualineo –, de modo que a atenção ao pré-natal e ao parto seja mais equânime, resolutiva e centrada na mulher e no recém-nascido. Nesse sentido, a reflexão crítica não se limita à análise das ações existentes, visando provocar o debate sobre a efetividade real das políticas de humanização e qualidade da assistência perinatal, apontando caminhos possíveis para a consolidação de uma prática mais justa, eficiente e humanizada no contexto do SUS.

CONCLUSÃO

Os índices de mortalidade neonatal constituem um indicador sensível da qualidade da atenção materno-infantil e da efetividade das políticas públicas de saúde. Sua persistência em patamares elevados revela fragilidades estruturais, assistenciais e formativas que transcendem o campo biológico, refletindo desigualdades sociais, econômicas e regionais ainda enraizadas no cenário brasileiro. Assim, a análise crítica da qualidade da assistência perinatal torna-se essencial para compreender as múltiplas dimensões que permeiam o óbito neonatal e para delinear estratégias mais equitativas e eficazes.

A identificação dos fatores associados à mortalidade neonatal em diferentes contextos – seja territorial, institucional ou populacional – deve ser vista não apenas como um exercício diagnóstico, mas como ponto de partida para o redesenho das práticas e políticas de saúde. A natureza multidimensional desse fenômeno exige uma abordagem intersetorial, que integre vigilância em saúde, qualificação profissional e fortalecimento da atenção básica, sobretudo no pré-natal. O acompanhamento gestacional é um espaço privilegiado para a detecção precoce de riscos e para o manejo adequado de intercorrências, sendo, portanto, fundamental para evitar desfechos adversos.

Todavia, a mera ampliação do acesso às consultas de pré-natal ou à assistência hospitalar não garante a efetividade do cuidado. É imprescindível investir na formação crítica e contínua dos profissionais, com base em evidências científicas e em práticas humanizadas que reduzam intervenções desnecessárias e assegurem a centralidade da mulher e do recém-nascido no processo de cuidado. A qualificação do parto e do nascimento deve estar aliada à consolidação de redes de atenção articuladas, que assegurem integralidade e continuidade assistencial.

Refletir sobre as políticas e estratégias vigentes, como a Estratégia Qualineo, permite compreender não apenas os avanços alcançados, mas também as lacunas que persistem. A redução da mortalidade neonatal demanda mais do que a existência de programas; exige compromisso político, investimento sustentável e uma mudança de paradigma na formação e na prática dos profissionais de saúde, orientada por uma visão holística e humanizada do cuidado.

Por fim, novas pesquisas reflexivas e empíricas são necessárias para aprofundar o entendimento dos determinantes da mortalidade neonatal, explorando, por exemplo, a efetividade das estratégias de vigilância ativa e o impacto das desigualdades regionais sobre os desfechos neonatais. Tais investigações podem subsidiar a formulação de políticas públicas mais sensíveis às realidades locais, fortalecendo a construção de um sistema de saúde mais equitativo, resolutivo e comprometido com a vida desde o seu início.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concepção ou desenho do estudo: Campelo CES, Machado NMS, Gouveia MTO, Costa MCS. Coleta de dados: Campelo CES, Machado NMS, Gouveia MTO, Costa MCS. Análise e interpretação dos

dados: Campelo CES, Machado NMS, Gouveia MTO, Costa MCS. Redação do artigo ou revisão crítica: Campelo CES, Machado NMS, Gouveia MTO, Costa MCS. Aprovação final da versão a ser publicada: Campelo CES, Machado NMS, Gouveia MTO, Costa MCS.

REFERÊNCIAS

1. Bernardino FBS, Gonçalves TM, Pereira TID, Xavier JS, Freitas BHBMD. Tendência da mortalidade neonatal no Brasil de 2007 a 2017. *Cien Saude Colet.* 2022;27:567–78. doi:10.1590/1413-81232022272.41192020
2. Leal MDC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cien Saude Colet.* 2018;23:1915–28. doi:10.1590/1413-81232018236.03942018
3. Ministério da Saúde (BR). Estratégia QualiNeo [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2023 Jan 20]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2017/julho/ministerio-da-saude-lanca-estrategia-para-reduzir-mortalidade-neonatal>
4. World Health Organization (WHO). Neonatal mortality rate [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [citado 2023 Jan 10]. Disponível em: https://childmortality.org/?r=site/graph&ID=BRA_Brazil
5. Mohamed HA, Shiferaw Z, Roble AK, Kure MA. Neonatal mortality and associated factors among neonates admitted to neonatal intensive care unit at public hospitals of Somali Regional State, Eastern Ethiopia: a multicenter retrospective analysis. *PLoS One.* 2022;17(5):e0268648. doi:10.1371/journal.pone.0268648
6. EQUATOR Network. Enhancing the quality and transparency of health research. Oxford: EQUATOR; 2024.
7. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA – a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev.* 2019;4:5.
8. Boerma T, Campbell OM, Amouzou A, Blumenberg C, Blencowe H. Maternal mortality, stillbirths, and neonatal mortality: a transition model based on analyses of 151 countries. *Lancet Glob Health.* 2023;11(7):e1024–31. doi:10.1016/S2214-109X(23)00195-X
9. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Estratégia QualiNeo [Internet]. Brasília (DF): CONASS; 2017 [citado 2023 Jan 15]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/maternidades-do-estado-aprimoram-procedimentos-no-atendimento-ao-recem-nascido/>
10. Victora CG, Barros FC. Global epidemiology of neonatal mortality: progress and challenges. *Lancet.* 2021;398(10305):607–18.
11. Costa MCN, Barreto FR. Tendências temporais da mortalidade neonatal no Brasil, 2000–2020. *Rev Panam Salud Publica.* 2022;46:e134.
12. Lawn JE, Bhutta ZA, Ezeaka C, Saugstad OD. Ending preventable neonatal deaths: multicountry evidence to inform accelerated progress to the Sustainable Development Goal by 2030. *Neonatology.* 2023;120(4):491–9. doi:10.1159/000531707
13. World Health Organization (WHO). Strategies toward ending preventable newborn deaths (ENAP). Geneva: WHO; 2023.

14. Murray S, Waters D, Murray SR, Magowan B, Whyte S, Crampin M, et al. Interventions to reduce preterm birth and stillbirth, and improve outcomes for babies born preterm in low- and middle-income countries: a systematic review. *J Glob Health.* 2021;11:04050. doi:10.7189/jogh.11.04050
15. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
16. Ministério da Saúde (BR). Gestão e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 [citado 2023 Jan 8]. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/70ahsaudecrianca.pdf>
17. Luz SCL, Backes MTS, Rosa RD, Schmit EL, Santos EKAD. Método Canguru: potencialidades, barreiras e dificuldades nos cuidados humanizados ao recém-nascido na UTI Neonatal. *Rev Bras Enferm.* 2021;75(2):e20201121. doi:10.1590/0034-7167-2020-1121

Conflitos de interesse: Não
Submissão: 2023/11/07
Revisão: 2025/11/12
Aceite: 2025/12/02
Publicação: 2025/12/31

Editor Chefe ou Científico: Jose Wictor Pereira Borges
Editor Associado: Dayze Djanira Furtado de Galiza

Autores mantêm os direitos autorais e concedem à Revista de Enfermagem da UFPI o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution BY 4.0 que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.