

28

IMPACTO DA REDE ALYNE NA ATENÇÃO À SAÚDE MATERNA E NEONATAL NO BRASIL

▶ **Andreza Santos dos Reis**

Enfermeira pela Universidade da Amazônia (UNAMA)

▶ **Rafaela Medeiros Barbosa da Silva**

Enfermeira pela Unama

▶ **Manoella Paranhos Duarte**

Psicóloga pela Universidade Católica de Pelotas

▶ **Maria Eduarda Cichowski Weiler Rieger**

Médica pela Universidade Federal de Pelotas

▶ **Luan Oliveira Marques**

Graduando em Enfermagem pelo Centro Universitário Facid Wyden

▶ **Lívia Nápoles Drumond de Souza Gontijo**

Médica e Esp. em Saúde Da Família e Comunidade na modalidade de Residência pela Unimontes

▶ **Yasmim de Oliveira Vasconcelos**

Farmacêutica pela UniFavip Wyden, Pós-graduada em farmácia oncológica e hospitalar pela INCAF

▶ **Valéria Silva de Moraes**

Graduanda em enfermagem pela Universidade Nilton Lins

▶ **Thiago de Freitas França**

Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery UFRJ

▶ **Leandro José Michelin**

Enfermeiro Doutorando em desenvolvimento comunitário no PPGDC/UNICENTRO

RESUMO

INTRODUÇÃO: A mortalidade materna e neonatal no Brasil reflete desigualdades históricas agravadas por omissões estruturais no sistema de saúde pública. A criação da Rede Alyne, em 2024, surge como resposta política ao caso emblemático de Alyne da Silva Pimentel e visa reorganizar o cuidado obstétrico com foco em equidade racial, acesso integral e humanização da assistência.

OBJETIVO: Analisar os impactos iniciais da Rede Alyne na atenção à saúde materna e neonatal no Brasil, com ênfase na equidade, regulação logística e combate à violência obstétrica.

METODOLOGIA: Estudo qualitativo de natureza documental e interpretativa, baseado na análise de portarias, relatórios oficiais, dados do SIM e SINASC e literatura científica indexada entre 2021 e 2025. Utilizou-se análise temática segundo Bardin (2016), com categorização em quatro eixos centrais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Verificaram-se avanços estruturais, como ampliação de exames e criação de casas de apoio, além do reconhecimento formal do racismo institucional. No entanto, persistem desigualdades regionais, práticas obstétricas autoritárias, ausência de pactuação federativa eficaz e fragilidade na responsabilização por condutas discriminatórias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A Rede Alyne representa um avanço político e normativo relevante, mas sua consolidação depende da articulação entre investimentos estruturais, transformação cultural e protagonismo das mulheres na construção de políticas reprodutivas. O êxito da iniciativa está condicionado à superação de lógicas seletivas e à promoção de práticas emancipadoras no campo da saúde pública..

PALAVRAS-CHAVES: Equidade em Saúde; Mortalidade Materna; Racismo Institucional; Saúde da Mulher; Serviços de Saúde Materna.

28

IMPACT OF THE ALYNE NETWORK ON MATERNAL AND NEONATAL HEALTH CARE IN BRAZIL

ABSTRACT

INTRODUCTION: Maternal and neonatal mortality in Brazil reflects longstanding inequalities, worsened by structural omissions in the public health system. The creation of the Alyne Network in 2024 emerged as a political response to the emblematic case of Alyne da Silva Pimentel and seeks to reorganize obstetric care with a focus on racial equity, comprehensive access, and humanized assistance. **OBJECTIVE:** To analyze the initial impacts of the Alyne Network on maternal and neonatal health care in Brazil, with emphasis on equity, logistical regulation, and obstetric violence. **METHODOLOGY:** Qualitative study of documentary and interpretative nature, based on the analysis of government policies, official reports, SIM and SINASC databases, and indexed scientific literature from 2021 to 2025. Thematic analysis was performed according to Bardin (2016), categorizing into four main axes. **RESULTS AND DISCUSSION:** Structural advances were observed, such as expanded prenatal testing and the creation of maternal support facilities, in addition to the formal recognition of institutional racism. However, regional inequalities, authoritarian obstetric practices, lack of effective federative agreements, and fragile accountability mechanisms still persist. **FINAL CONSIDERATIONS:** The Alyne Network constitutes a relevant political and normative advancement, but its consolidation depends on the articulation between structural investments, cultural transformation, and the protagonism of women in reproductive policy-making. Its success is conditioned on overcoming selective logics and promoting emancipatory practices in public health.

KEYWORDS: Health Equity; Institutional Racism; Maternal Health Services; Maternal Mortality; Women's Health.

INTRODUÇÃO

A Tendo em vista a persistência das desigualdades sociais, territoriais e raciais que atravessam os indicadores de saúde materna e neonatal no Brasil, torna-se imperativo analisar com acuidade as estratégias de reorganização da assistência obstétrica e perinatal implementadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora a institucionalização da atenção obstétrica tenha avançado nas últimas décadas, persistem lacunas críticas no que se refere à integralidade do cuidado, à escuta qualificada das demandas das gestantes e à articulação dos serviços de saúde em redes regionais efetivamente resolutivas – sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, onde os indicadores de mortalidade materna e neonatal revelam quadros alarmantes de vulnerabilidade e negligência assistencial (Tomasi *et al.*, 2022).

A morte de Alyne da Silva Pimentel, em 2002, após sucessivas recusas e atrasos no atendimento obstétrico em hospitais públicos do Rio de Janeiro, não apenas escancarou o descaso institucional com a saúde da mulher negra e periférica, mas também provocou o Estado brasileiro a reconhecer formalmente, pela primeira vez, sua responsabilidade internacional por violação de direitos reprodutivos, conforme decisão histórica do Comitê da ONU sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher (CEDAW) (Brasil, 2024).

Com base no exposto, a formulação e a implementação da chamada Rede Alyne – política pública lançada em setembro de 2024 – representam uma tentativa do Estado brasileiro de reconfigurar os parâmetros do cuidado materno-infantil por meio da articulação entre a Atenção Primária, os serviços especializados e os dispositivos de acolhimento humanizado, com ênfase no enfrentamento do racismo institucional, na ampliação da cobertura pré-natal e na qualificação das equipes multiprofissionais. O programa, que surge como expansão e reformulação da Rede Cegonha, propõe não apenas um novo arranjo logístico de acesso às maternidades, como também um conjunto ampliado de garantias sanitárias, clínicas e sociais para as mulheres gestantes, puérperas e seus recém-nascidos (Gama *et al.*, 2021).

Dentre os avanços mais evidentes, destacam-se a triplicação dos recursos destinados ao financiamento dos exames laboratoriais de pré-natal, a introdução de novos testes rápidos de rastreio infeccioso (como HTLV e hepatites), a ampliação de leitos obstétricos e neonatais em regiões historicamente desassistidas e a criação de uma regulação especializada para gestantes em situação de risco, com logística própria de transporte e hospedagem (Ministério da Saúde, 2024).

Outrossim, cabe considerar que a eficácia de políticas de reorganização da atenção obstétrica não pode ser mensurada unicamente por indicadores quantitativos, como mortalidade ou taxa de parto normal, mas também pelo grau de humanização, de respeito à autonomia das mulheres e de enfrentamento das violências obstétricas institucionalizadas – dimensões que continuam profundamente negligenciadas na maioria dos serviços públicos (Williamson, 2021; Leite *et al.*, 2021).

Ainda que a cobertura pré-natal tenha evoluído em termos absolutos, permanecem significativas as desigualdades regionais e étnico-raciais quanto ao acesso ao diagnóstico, à escuta clínica qualificada e ao acompanhamento contínuo, revelando o quanto o racismo estrutural e a lógica de medicalização do parto ainda condicionam práticas excludentes e violadoras (Valente *et al.*, 2021). A literatura recente tem mostrado que a ausência de protocolos efetivos contra maus-tratos durante o parto, combinada à sobrecarga de equipes e à precarização da infraestrutura hospitalar, continua impactando negativamente a saúde mental das mulheres e contribuindo para o agravamento das condições clínicas neonatais – sobretudo em cenários de vulnerabilidade social acentuada (Ferreira *et al.*, 2023; Barreto *et al.*, 2024).

Considerando o acima exposto, a presente investigação tem como objetivo analisar os impactos iniciais da Rede Alyne na qualificação da atenção à saúde materna e neonatal no Brasil, problematizando os avanços estruturais e normativos, as estratégias de enfrentamento do racismo institucional e as tensões entre discurso normativo e práticas cotidianas nos serviços de saúde. A pesquisa se justifica pela urgência em se produzir conhecimento crítico, técnico e comprometido com a transformação social sobre as múltiplas dimensões da morte evitável de mulheres gestantes no Brasil – fenômeno que, longe de ser isolado ou acidental, expressa a persistência de uma lógica de negligência seletiva que atravessa as políticas públicas de forma estrutural. Destarte, pretende-se contribuir com o debate acadêmico e político acerca da efetividade da Rede Alyne e de seu potencial transformador no campo da saúde coletiva, da justiça reprodutiva e dos direitos humanos.

METODOLOGIA

Tendo como base a necessidade de uma análise crítica e fundamentada sobre os desdobramentos iniciais da Rede Alyne no contexto da atenção à saúde materna e neonatal no Brasil, este estudo foi delineado como uma pesquisa qualitativa de natureza descritiva, com

abordagem documental e caráter analítico-interpretativo. A escolha por essa tipologia se justifica pela intenção de compreender os sentidos atribuídos às políticas públicas por meio de seus documentos normativos, relatórios institucionais, dados secundários e produções científicas recentes, permitindo captar não apenas as diretrizes formais da política, mas também as contradições e os desafios implicados em sua implementação.

A pesquisa foi conduzida entre os meses de março e junho de 2025, tendo como locus analítico o cenário nacional da saúde pública brasileira, com foco nos documentos produzidos pelo Ministério da Saúde, particularmente pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde e pela Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres, além de relatórios técnicos, dados epidemiológicos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e publicações científicas indexadas nas bases SciELO, LILACS e PubMed. A seleção da amostra documental se deu a partir de critérios de inclusão que contemplaram: (i) documentos oficiais publicados entre 2021 e 2025 que abordem diretamente a formulação, execução ou avaliação da Rede Aalyne; (ii) artigos científicos revisados por pares que analisem aspectos da assistência obstétrica no SUS com enfoque em equidade, mortalidade materna ou neonatal; e (iii) relatórios institucionais ou pareceres técnicos emitidos por órgãos de controle, como o TCU e o MPF. Foram excluídos os documentos repetidos, as produções que não apresentavam vínculo com a realidade brasileira e os textos opinativos desprovidos de referencial técnico ou científico.

Para a coleta dos dados, empregou-se um protocolo de fichamento estruturado, elaborado a partir de eixos previamente definidos com base nas diretrizes da Rede Aalyne, tais como: estruturação da atenção pré-natal; logística de regulação de leitos; mecanismos de combate ao racismo institucional; participação social; qualificação dos profissionais; indicadores de saúde materna e neonatal; e estratégias de humanização do parto. As variáveis extraídas dos documentos foram categorizadas segundo sua natureza (normativa, descritiva, avaliativa ou crítica) e submetidas a uma análise de conteúdo de orientação temática, conforme o método de Bardin (2011), articulando-se os achados com o referencial teórico da saúde coletiva e da justiça reprodutiva. A análise foi desenvolvida em três etapas: (i) pré-análise e seleção dos materiais; (ii) leitura flutuante e codificação dos dados em categorias emergentes; e (iii) interpretação crítica com base na triangulação das fontes.

Como a investigação se restringiu ao exame de documentos públicos e dados secundários disponíveis em domínio aberto, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme preconiza a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. No entanto, foram rigorosamente observados os princípios éticos de integridade científica,

fidedignidade das fontes, e respeito à veracidade dos dados analisados, assegurando-se a transparência metodológica e a reprodutibilidade do estudo. Destarte, espera-se que os procedimentos aqui descritos proporcionem uma compreensão aprofundada sobre as promessas, os limites e os efeitos potenciais da Rede Alyne no enfrentamento das iniquidades históricas que acometem a saúde de mulheres gestantes e recém-nascidos no Brasil. Abaixo sintetizamos os documentos analisados na pesquisa.

Tabela 1 – Documentos analisados na pesquisa

Nº	Documento	Natureza	Ano	Fonte
1	Portaria Rede Alyne	Portaria normativa	2024	Ministério da Saúde (https://www.gov.br/saude)
2	Diretrizes Rede Alyne – Secretaria de APS	Relatório técnico	2024	Ministério da Saúde
3	Indicadores de Pré-natal – SINASC/DATASUS	Base de dados	2025	http://tabnet.datasus.gov.br
4	Relatório TCU sobre atenção obstétrica	Relatório técnico	2023	Tribunal de Contas da União
5	“Nascer no Brasil” – Leite et al.	Artigo científico	2021	Women and Birth (Elsevier)
6	“Obstetric racism” – Williamson	Artigo científico	2021	Anthropology & Medicine (Taylor & Francis)
7	“Parto, cor e classe” – Silva et al.	Artigo científico	2023	Saúde e Sociedade (USP)
8	“Rede Cegonha e desafios” – Gama et al.	Artigo científico	2021	Ciência & Saúde Coletiva (SciELO)
9	“Estrutura APS Roraima” – Gondim et al.	Artigo científico	2024	Ciência & Saúde Coletiva (SciELO)
10	Relatório MPF sobre violência obstétrica	Relatório técnico	2022	Ministério Público Federal

Fonte: Os autores (2025)

Embora o presente estudo ofereça uma análise aprofundada dos marcos normativos e dos dados secundários disponíveis sobre a Rede Alyne, reconhece-se que sua natureza documental e descritiva impõe certas limitações analíticas. Em primeiro lugar, a ausência de dados primários — como entrevistas com usuárias da rede, profissionais de saúde ou gestores públicos — restringe a compreensão das dinâmicas subjetivas e institucionais implicadas na implementação da política. Ademais, o recorte temporal restrito aos primeiros meses da política inviabiliza uma análise longitudinal capaz de avaliar a sustentabilidade das mudanças estruturais identificadas. Por fim, a ausência de triangulação com métodos etnográficos ou observacionais limita o alcance interpretativo no que se refere às práticas cotidianas nos serviços de saúde. Reconhecer tais limitações é fundamental para garantir a transparência metodológica, orientar pesquisas futuras e delimitar com precisão o escopo das inferências possíveis a partir deste trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo como base os documentos normativos e técnicos analisados, bem como os artigos científicos revisados por pares e os dados epidemiológicos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), a análise permitiu identificar quatro eixos temáticos centrais para compreensão do impacto inicial da Rede Alyne: (i) reestruturação da atenção pré-natal; (ii) enfrentamento do racismo institucional na saúde; (iii) melhoria das condições de regulação obstétrica e logística assistencial; e (iv) desafios persistentes na humanização do parto e na garantia da integralidade do cuidado. A seguir, os resultados serão apresentados e discutidos à luz desses eixos, articulando dados objetivos com interpretações críticas e referenciais teóricos pertinentes à saúde coletiva.

3.1 Reestruturação da atenção pré-natal no âmbito da Rede Alyne

A análise documental evidenciou avanços significativos no financiamento, na cobertura e na estrutura da rede de atenção à gestação no Brasil desde a implementação da Rede Alyne, oficializada pelo Ministério da Saúde em setembro de 2024. Conforme relatório técnico da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2024), o valor do incentivo financeiro federal destinado à realização de exames laboratoriais de pré-natal foi elevado de R\$ 55 para R\$ 144 por gestante, o que viabilizou a incorporação de testes diagnósticos para infecções de alta transmissibilidade, como HTLV, hepatite B e C, além da ampliação da cobertura para HIV e sífilis. Ademais, observou-se um incremento na proporção de mulheres com pré-natal iniciado no primeiro trimestre, alcançando 80,9% em 2024, conforme dados do SINASC consolidados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS, 2025).

Na perspectiva de Barreto *et al.* (2024), a realização de seis ou mais consultas pré-natais, associada à continuidade do cuidado e ao acesso a exames complementares, configura-se como fator de proteção contra prematuridade e desfechos perinatais adversos. Essa tendência é corroborada por Santos *et al.* (2023), cujo estudo longitudinal demonstrou correlação significativa entre acompanhamento pré-natal sistemático e melhores indicadores de desenvolvimento infantil aos três anos de idade. Dessarte, é possível inferir que os investimentos promovidos pela Rede Alyne contribuem para qualificar a atenção à gestação,

sobretudo quando articulados com estratégias de busca ativa e educação permanente das equipes da Estratégia Saúde da Família.

Outrossim, convém destacar que, apesar da ampliação dos recursos e da cobertura geral do pré-natal, subsistem desigualdades regionais persistentes. Enquanto estados do Sul e Sudeste, como Paraná e São Paulo, alcançaram cobertura superior a 90% de gestantes com pelo menos seis consultas, regiões como o Norte e o Nordeste ainda apresentam percentuais inferiores a 75% – refletindo não apenas fragilidades estruturais na oferta de serviços, mas também barreiras geográficas, socioculturais e institucionais ao acesso, conforme aponta Valente *et al.* (2021). Gondim *et al.* (2024) na região Norte revelaram que a escassez de profissionais, a rotatividade de equipes e a descontinuidade no fornecimento de insumos comprometem a efetividade da atenção pré-natal, sobretudo em municípios de pequeno porte.

Na análise de Ferreira *et al.* (2023), observou-se que mulheres residentes em áreas periurbanas ou ribeirinhas enfrentam maiores dificuldades para iniciar o pré-natal no primeiro trimestre, sendo frequente o relato de necessidade de deslocamento para centros urbanos com infraestrutura médica mínima. Tal quadro evidencia que os resultados positivos observados em nível nacional ocultam iniquidades intrarregionais profundas, cuja superação depende da integração entre investimento federal, planejamento territorial e participação social ativa. Como corolário, torna-se necessário que as políticas de fortalecimento da Rede Alyne considerem a dinâmica desigual do território nacional, sob risco de reproduzirem os mesmos padrões seletivos que caracterizaram as iniciativas anteriores.

3.2 Enfrentamento do racismo institucional e mortalidade materna evitável

A Rede Alyne foi estruturada sob a premissa de enfrentamento explícito ao racismo institucional nos serviços de saúde, estabelecendo como uma de suas metas centrais a redução em 50% da mortalidade materna entre mulheres negras até 2027 (Ministério da Saúde, 2024). Trata-se de um marco normativo que reconhece, de forma inédita, a dimensão racial como determinante social da saúde no Brasil, propondo ações afirmativas voltadas à superação das desigualdades historicamente produzidas no cuidado obstétrico. A inflexão institucional proposta pela política visa incorporar o combate ao racismo nas práticas clínicas, nos fluxos assistenciais e na formação das equipes de saúde, rompendo com a lógica da neutralidade supostamente universal das condutas biomédicas.

Segundo aponta Williamson (2021), a iatrogenia obstétrica no Brasil afeta de maneira sistemática mulheres negras, especialmente quando associada a condições de pobreza, baixa

escolaridade e dificuldade de mobilidade urbana. A autora enfatiza que a violência obstétrica não se limita à omissão ou negligência durante o parto, mas se estende ao modo como os corpos negros são historicamente deslegitimados como sujeitos de direitos reprodutivos. Na mesma direção, o estudo de Silva *et al.* (2023) demonstrou que mulheres negras têm maior probabilidade de relatar falta de acolhimento, ausência de analgesia e interrupção arbitrária do trabalho de parto, mesmo em hospitais de referência. Tais evidências reforçam o argumento de que o racismo institucional opera como um dispositivo estruturante da exclusão no campo da saúde reprodutiva.

Apesar dos avanços discursivos e normativos representados pela Rede Alyne, os dados colhidos indicam que as estruturas institucionais ainda não foram efetivamente transformadas. Como corolário, as taxas de mortalidade materna permanecem desproporcionalmente elevadas entre mulheres negras – 1,9 vezes maiores em comparação às mulheres brancas, conforme dados do Ministério da Saúde (2023). Tal discrepância revela que o reconhecimento formal do racismo, embora necessário, revela-se insuficiente sem mudanças concretas nos protocolos clínicos, na responsabilização por práticas discriminatórias e na redistribuição de recursos para territórios racializados pela desigualdade.

Segundo Leite *et al.* (2021), experiências de maus-tratos durante o parto estão diretamente associadas à redução do uso dos serviços de saúde pós-natais, à piora dos indicadores de saúde infantil e à intensificação de quadros de sofrimento psíquico materno. Além disso, estudos de base populacional, como o de Guimarães *et al.* (2022), evidenciam que a confiança das mulheres negras nas instituições de saúde é sistematicamente abalada por experiências reiteradas de violência simbólica e exclusão. Destarte, para que a Rede Alyne produza efeitos estruturantes, torna-se imprescindível que o enfrentamento ao racismo institucional seja operacionalizado não apenas como princípio norteador, mas como eixo transversal de monitoramento, avaliação e financiamento das ações em todos os níveis da atenção à saúde.

3.3 Regulação especializada e logística assistencial materna

No que se refere à logística assistencial, a Rede Alyne propôs a criação de uma regulação obstétrica específica, com linhas dedicadas para gestantes de risco, ambulâncias exclusivas e implantação das chamadas "Casas da Gestante, Bebê e Puérpera" em regiões estratégicas (Brasil, 2024). Essas casas oferecem acolhimento temporário para gestantes em situação de vulnerabilidade social ou com necessidade de proximidade das maternidades de

referência, assegurando suporte multiprofissional em ambiente protetivo e menos medicalizado. A análise dos relatórios técnicos indica que, em menos de um ano de implementação, 13 dessas unidades foram ativadas, com prioridade para capitais do Norte e Nordeste, territórios que concentram os maiores índices de mortalidade materna e peregrinação por leitos obstétricos.

Segundo Gama *et al.* (2021), a ausência de uma regulação integrada e equânime foi historicamente um dos fatores mais agravantes para os desfechos negativos na saúde materna no Brasil. Muitas mulheres, especialmente as residentes em zonas rurais ou periferias urbanas, enfrentam grandes distâncias, instabilidade nos meios de transporte e descontinuidade nos fluxos assistenciais, o que resulta em atraso na admissão hospitalar e exposição a riscos evitáveis. A institucionalização de uma rede logística especializada, portanto, representa um avanço potencial para a estruturação de um cuidado pré-parto mais previsível, humanizado e responsivo às especificidades territoriais.

Entretanto, cumpre destacar que muitos dos fluxos regulatórios ainda não se encontram plenamente digitalizados, tampouco sincronizados com os sistemas locais de regulação (Sisreg), o que compromete a agilidade e a efetividade da proposta. Miranda *et al.* (2021) revelam que grande parte das maternidades brasileiras ainda não está integrada em redes regionais organizadas por níveis de complexidade, e que há déficit acentuado de leitos intermediários e intensivos, sobretudo nas regiões Norte e Centro-Oeste. Em decorrência disso, observa-se a continuidade da peregrinação de gestantes entre unidades de saúde em busca de atendimento adequado, fenômeno que a Rede Alyne se propôs a erradicar.

Outrossim, é importante ressaltar que o sucesso da regulação obstétrica depende não apenas de infraestrutura física e tecnológica, mas também de pactuações efetivas entre os entes federados, com divisão clara de responsabilidades e financiamento compatível com a complexidade dos serviços. Segundo aponta Damaceno Gondim *et al.* (2024), a ausência de diálogo entre os municípios e a fragmentação das políticas de atenção obstétrica comprometem a continuidade do cuidado e sobrecarregam unidades de maior porte, sobretudo nas capitais. Destarte, ainda que a Rede Alyne represente uma inflexão institucional importante, sua consolidação dependerá da capacidade de articulação entre os diferentes níveis de gestão do SUS, bem como da escuta ativa das mulheres usuárias do sistema.

3.4 Persistência da violência obstétrica e dos desafios na humanização do cuidado

A despeito das diretrizes estabelecidas pela Rede Alyne quanto à necessidade de um cuidado obstétrico humanizado, centrado na dignidade da mulher e na garantia de sua

autonomia durante o processo de gestação, parto e puerpério, a realidade vivenciada nos serviços de saúde ainda evidencia a manutenção de práticas desumanizantes e de condutas que configuram formas sistemáticas de violência institucional. Conforme apontado por Valente et al. (2021), intervenções obstétricas desnecessárias, como episiotomias sem consentimento, uso rotineiro de ocitocina e restrição à presença de acompanhantes, continuam sendo amplamente relatadas por usuárias do Sistema Único de Saúde, contrariando as normativas do Ministério da Saúde e os princípios da humanização.

O estudo de Leite *et al.* (2021), baseado na pesquisa "Nascer no Brasil", identificou que mulheres atendidas em maternidades públicas apresentam maior probabilidade de relatar situações de negligência, omissão de analgesia, humilhações verbais e toques excessivos e dolorosos, sobretudo em contextos de sobrecarga de trabalho, falta de supervisão e hierarquização rígida entre os profissionais. Tais práticas, longe de constituírem episódios isolados, revelam a permanência de uma cultura biomédica autoritária, na qual a gestante é frequentemente silenciada ou deslegitimada em suas escolhas, mesmo diante de diretrizes que asseguram sua centralidade no processo de parto.

Adicionalmente, observou-se um aumento expressivo das cesarianas no período pandêmico, com manutenção dos altos índices mesmo no cenário pós-COVID-19, especialmente na rede suplementar, onde o modelo hegemônico de assistência privilegia o parto cirúrgico agendado em detrimento do parto fisiológico (Ferreira *et al.*, 2023). Segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares, em 2023, a taxa de cesáreas na rede privada alcançou 87%, contrastando com os 45% na rede pública – revelando não apenas um padrão assistencial intervencionista, mas também desigualdades nas formas de nascer (Brasil, 2024).

Outro fator crítico refere-se ao despreparo das equipes para acolher planos de parto e respeitar decisões informadas, o que frequentemente resulta em conflitos, sentimentos de impotência e experiências traumáticas relatadas por puérperas. Conforme discutido por Diniz *et al.* (2020), a banalização da violência obstétrica no Brasil decorre da ausência de mecanismos de responsabilização institucional, da naturalização da dor feminina e da precarização dos vínculos entre usuárias e profissionais. Por conseguinte, a mudança dos indicadores de qualidade na assistência obstétrica dependerá não apenas da ampliação de recursos materiais ou tecnológicos, mas de um processo de transformação cultural que redefina as relações de poder nos espaços de parto, assegurando efetivamente os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Destarte, para que a Rede Alyne se consolide como uma política de ruptura com os modelos excludentes e violadores de assistência à maternidade, torna-se imprescindível

articular estratégias de educação permanente, escuta ativa das usuárias, fortalecimento das ouvidorias, institucionalização de práticas baseadas em evidências científicas e valorização de modelos alternativos, como os centros de parto normal e as casas de parto autônomas. Conforme reforçado por Valente *et al.* (2021), somente com o reposicionamento ético, técnico e político das práticas obstétricas será possível avançar na direção de uma assistência verdadeiramente emancipadora, onde o cuidado à gestante não se restrinja ao controle do corpo, mas promova sua potência de decisão, sua subjetividade e sua integridade física e emocional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das análises desenvolvidas, constata-se que a Rede Alyne emerge como uma tentativa concreta de reposicionar o cuidado materno-infantil no Brasil a partir de uma perspectiva mais abrangente, equitativa e orientada pelos princípios da justiça reprodutiva. Seus eixos estruturantes – ampliação do acesso ao pré-natal qualificado, enfrentamento do racismo institucional, criação de dispositivos logísticos especializados e promoção de um modelo de atenção humanizado – traduzem uma resposta política às denúncias históricas de negligência, violência e exclusão que marcam o itinerário reprodutivo de milhares de mulheres no território nacional.

Embora os avanços normativos, financeiros e estruturais implementados desde sua criação sejam expressivos, sobretudo no que tange à ampliação de exames, cobertura pré-natal e ativação de Casas da Gestante, os resultados também evidenciam que ainda persistem barreiras de ordem cultural, institucional e territorial que comprometem a efetividade da política. As desigualdades regionais na distribuição de recursos, a permanência de práticas obstétricas autoritárias, a baixa articulação entre os entes federados e a insuficiência de mecanismos de responsabilização institucional configuram obstáculos relevantes à consolidação de uma rede de cuidado verdadeiramente integral e acolhedora.

Adicionalmente, torna-se evidente que o reconhecimento do racismo institucional na saúde, ainda que incorporado ao discurso oficial, carece de estratégias operacionais robustas, indicadores específicos de monitoramento e compromisso político intersetorial. Nesse sentido, políticas de saúde que pretendam romper com a lógica da seletividade histórica do cuidado materno devem incorporar dispositivos de controle social, formação antirracista das equipes e participação ativa das mulheres nos espaços deliberativos.

Portanto, à guisa de conclusão, reafirma-se que o êxito da Rede Alyne dependerá de sua capacidade de articular mudanças estruturais e simbólicas nos modos de produzir o cuidado em

saúde. Para tanto, será necessário fortalecer a presença da atenção primária, consolidar práticas clínicas baseadas em evidências, superar a fragmentação das redes regionais, democratizar o acesso à informação e, sobretudo, garantir que a voz das mulheres – em sua diversidade de experiências, corpos e territórios – ocupe centralidade na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas de saúde.

Como recomendações práticas, sugere-se que a gestão pública priorize: (i) a consolidação de pactuações federativas efetivas, com repasses financeiros proporcionais às desigualdades regionais; (ii) a formação permanente das equipes em práticas antirracistas e humanizadas; (iii) a ampliação das Casas da Gestante com monitoramento contínuo dos indicadores de qualidade e acolhimento; e (iv) a criação de instâncias intersetoriais de avaliação da Rede Alyne, com participação de usuárias, conselhos de saúde e instituições de controle. A operacionalização de tais estratégias será essencial para que a Rede Alyne se consolide como uma política pública de ruptura, e não de reprodução das desigualdades históricas no cuidado materno-infantil no Brasil.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRETO, Maria Goretti Policarpo *et al.* Frequency and risk factors associated with prematurity: a cohort study in a neonatal intensive care unit. **Journal of Clinical Medicine, Basel**, v. 13, n. 4, p. 445–457, 2024. Disponível em: <https://www.mdpi.com/journal/jcm>. Acesso em: 10 jun. 2025.

DAMACENO GONDIM, Daniele Alves *et al.* Evaluation of the structure of primary maternal and infant healthcare in the state of Roraima, the North region of Brazil, and Brazil, 2012–2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 447–458, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc>. Acesso em: 10 jun. 2025.

DINIZ, Simone Grilo *et al.* Violência obstétrica como questão de direitos humanos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 123, p. 1–12, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp>. Acesso em: 10 jun. 2025.

FERREIRA, Dilson Palhares *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on births, vaginal deliveries, cesarian sections, and maternal mortality in a Brazilian metropolitan area: a time-series cohort study. **International Journal of Women's Health**, London, v. 15, p. 89–100, 2023. Disponível em: <https://www.dovepress.com>. Acesso em: 10 jun. 2025.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da et al. Advances and challenges in healthcare for delivery and childbirth in the Unified Health System (SUS): the role of Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 901–912, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc>. Acesso em: 10 jun. 2025.

GUIMARÃES, Vanessa Andrade et al. Racismo institucional e desconfiança na saúde pública: experiências de mulheres negras durante a gestação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. e320113, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis>. Acesso em: 10 jun. 2025.

LEITE, Tatiana Henriques et al. The association between mistreatment of women during childbirth and postnatal maternal and child health care: findings from "Birth in Brazil". **Women and Birth, Melbourne**, v. 34, n. 5, p. e526–e533, 2021. Disponível em: <https://www.journals.elsevier.com/women-and-birth>. Acesso em: 10 jun. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**. Rede Alyne: diretrizes e parâmetros para a atenção à gestante, puérpera e recém-nascido. Brasília: MS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 10 jun. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Secretaria de Políticas de Saúde**. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência à saúde da mulher: bases para uma política de atenção integral. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/basico_saude_mulher.pdf. Acesso em: 10 jun. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) – Indicadores de pré-natal. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 jun. 2025.

MIRANDA, Eliane et al. Neonatal bed status in Brazilian maternity hospitals: an exploratory analysis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1377–1386, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc>. Acesso em: 10 jun. 2025.

SILVA, Adriana Lisboa da *et al.* Parto, cor e classe: desigualdades no tratamento de gestantes em hospitais públicos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. e230048, 2023. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc>. Acesso em: 10 jun. 2025.

VALENTE, Emanuelle Pessa *et al.* Quality of maternal and newborn hospital care in Brazil: a quality improvement cycle using the WHO assessment and quality tool. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 33, n. 1, p. mzab001, 2021. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc>. Acesso em: 10 jun. 2025.

WILLIAMSON, Kimberly. The iatrogenesis of obstetric racism in Brazil: beyond the body, beyond the clinic. **Anthropology & Medicine**, Londres, v. 28, n. 3, p. 307–322, 2021. Disponível em: <https://www.tandfonline.com>. Acesso em: 10 jun. 2025.