



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
ARTE,
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)
ANTROPOLOGIA – DIVERSIDADE
CULTURAL LATINO-AMERICANA**

**INTERSECCIONALIDADE NA GESTÃO DA SAÚDE DA MULHER:
ANÁLISE DA REDE ALYNE EM SÃO PAULO.**

Ayelen Agúndez

Foz do Iguaçu

2025



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE,
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)**

**ANTROPOLOGIA – DIVERSIDADE CULTURAL
LATINO-AMERICANA**

**INTERSECCIONALIDADE NA GESTÃO DA SAÚDE DA MULHER:
ANÁLISE DA REDE ALYNE EM SÃO PAULO.**

Ayelen Agúndez

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Instituto Latino-Americano de Arte, Cultura e História da
Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA),
como requisito parcial para a obtenção do título de especialista
em Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof. Me Neyandra Santos Sanches

Foz do Iguaçu
2025

AYELEN AGUNDEZ

**INTERSECCIONALIDADE NA GESTÃO DA SAÚDE DA MULHER:
ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE ALYNE EM SÃO PAULO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Arte, Cultura e História da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Antropologia –Diversidade Cultural Latino-Americana.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof Me. Neyandra Santos Sanches

UNILA

Prof. Doutora Cleusa Gomes Da Silva

UNILA

Prof. Doutora Monica Augusta Mombelli

USP

Foz do Iguaçu, 8 de novembro de 2025.

RESUMO

O presente trabalho investiga a gestão pública da Saúde da Mulher no âmbito da atenção materno-infantil, com foco na Estratégia Nacional Rede Alyne. Analisa como os marcadores sociais de gênero, raça, classe e território são incorporados na formulação e na implementação das políticas públicas, adotando a interseccionalidade como ferramenta analítica para compreender os desafios à equidade no acesso aos serviços. A pesquisa utiliza abordagem qualitativa, fundamentada em revisão bibliográfica e análise documental de ações governamentais voltadas à Saúde da Mulher. Os resultados demonstram que, embora a Rede Alyne tenha ampliado o cuidado integral, persistem desigualdades que comprometem sua efetividade, sobretudo no atendimento a mulheres negras e periféricas. Foram identificadas lacunas na formação profissional e na coordenação entre níveis de atenção, o que evidencia a necessidade de políticas mais equitativas e mecanismos de monitoramento que garantam coerência entre diretrizes e práticas locais.

Palavras-chave: saúde da mulher; políticas públicas; interseccionalidade; equidade; gestão pública.

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo investigar la gestión pública de la salud de la mujer en el ámbito de la atención materno-infantil, con énfasis en la Estrategia Nacional Rede Alyne. Se utiliza la interseccionalidad como herramienta analítica para interpretar de qué manera los marcadores sociales de género, raza, clase y territorio son considerados en la formulación e implementación de estas políticas, con el fin de comprender los desafíos para la equidad en el acceso a los servicios. La investigación adopta un enfoque cualitativo, fundamentado en el análisis documental de acciones gubernamentales de género y en la revisión bibliográfica. Se reafirma la relevancia de reconocer que, a pesar de las innovaciones promovidas por el programa, aún persisten dificultades en la efectividad de una atención integral, especialmente para mujeres negras y residentes en áreas periféricas. Se observan vacíos en la implementación de estas políticas, lo que evidencia la necesidad de investigaciones futuras que exploren maneras de fortalecer la formación profesional y mejorar la ejecución de políticas públicas más equitativas y eficaces.

Palabras clave: interseccionalidad; gestión pública; salud de las mujeres; Rede Alyne; políticas públicas.

ABSTRACT

This study investigates the public management of women's health within maternal and childcare, focusing on the National Strategy Rede Alyne. I analyze how the social markers of gender, race, class, and territory are incorporated into the formulation and implementation of public policies, using intersectionality as an analytical tool to understand the challenges to equity in access to health services. The research adopts a qualitative approach, based on bibliographic review and documentary analysis of governmental actions related to women's health. The results show that although Rede Alyne has expanded comprehensive care, persistent inequalities still undermine its effectiveness, particularly in serving Black and peripheral women. I identify gaps in professional training and coordination among levels of care, which highlights the need for more equitable policies and monitoring mechanisms capable of ensuring coherence between national guidelines and local practices.

Keywords: women's health; public policies; intersectionality; equity; public management.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT: Associação Brasileira de Normas Técnicas

BVSMS: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

PNAISM: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNS: Pesquisa Nacional de Saúde

RASEAM: Rede de Atenção à Saúde da Mulher

SUS: Sistema Único de Saúde

WHO: World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
OBJETIVOS GERAL E ESPECIFICOS.....	10
1.1. Objetivo geral	10
1.1.2Objetivos específicos	11
2 METODOLOGIA	12
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
3.1 MARCOS LEGAIS E POLÍTICAS ESTRUTURANTES PARA A SAÚDE DAS MULHERES NO BRASIL	14
3.2 MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL E EM SÃO PAULO.....	16
3.3 SAÚDE PÚBLICA E GÊNERO COMO DETERMINANTE SOCIAL DA SAÚDE	17
3.4 DESIGUALDADES TERRITORIAIS E SOCIAIS NA SAÚDE DA MULHER: DESAFIOS PARA A GESTÃO PÚBLICA EM SÃO PAULO	18
3.5 Desafios da gestão pública e modelos institucionais para a saúde das mulheres: uma análise do sistema de saúde em São Paulo	19
4 Rede Alyne: Estratégia e Efetividade	
4.1 Rede Alyne: estratégia para o cuidado da mulher	21
4.1 Propostas para uma gestão pública inclusiva e equitativa na Rede Alyne em São Paulo	24
5. O Papel dos Gestores e Profissionais de Saúde	
5.1 O papel dos gestores públicos e profissionais de saúde na efetivação da interseccionalidade na Rede Alyne	25
5. Linhas de Ação e Agenda de Pesquisa	
5.1 Linhas de ação e agenda de pesquisa para uma Rede Alyne sensível à interseccionalidade	26
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	

1 INTRODUÇÃO

A saúde materna constitui um dos principais indicadores da qualidade das políticas públicas de saúde e do grau de equidade social de um país. No Brasil, apesar dos avanços desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as taxas de mortalidade materna permanecem elevadas e marcadas por profundas desigualdades. Em 2021, o país registrou uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 107,53 óbitos por 100 mil nascidos vivos, valor muito acima dos parâmetros aceitáveis e agravado pelas desigualdades sociais e raciais. Embora dados preliminares indiquem redução para 50,65 óbitos/100 mil NV em 2022 e 49,08 em 2023, a mortalidade materna continua afetando de forma desproporcional mulheres negras, periféricas e de baixa renda, refletindo a persistência do racismo institucional e das barreiras de acesso ao cuidado qualificado. Esses indicadores evidenciam que a universalidade do SUS ainda é atravessada por desigualdades estruturais que comprometem o direito à vida, à saúde e à dignidade de milhares de mulheres brasileiras.

Nesse cenário, a interseccionalidade constitui uma ferramenta analítica indispensável para compreender as desigualdades que estruturam a saúde materna no Brasil. Inspirada nos estudos de Kimberlé Crenshaw (1989) e amplamente debatida no contexto brasileiro por autoras como Djamila Ribeiro (2017), a interseccionalidade evidencia que opressões como racismo, sexismo e desigualdades de classe não atuam isoladamente, mas se articulam de forma simultânea na produção de vulnerabilidades. Como destaca Ribeiro, compreender a experiência das mulheres negras exige reconhecer que as opressões são atravessadas e combinadas, revelando como determinados grupos vivenciam riscos agravados em relação ao cuidado em saúde. Incorporar esse enfoque permite analisar de maneira mais precisa como políticas públicas, como a Rede Alyne, respondem ou deixam de responder às necessidades de mulheres situadas em contextos sociais distintos.

À luz desses desafios estruturais evidenciados pela perspectiva interseccional, políticas como a Rede Cegonha, instituída em 2011, buscaram reorganizar a atenção à saúde materna e infantil com base em uma lógica de cuidado integral, humanizado e articulado entre os diferentes níveis de atenção. Em 2024, essa política foi reformulada e passou a denominar-se Rede Alyne, em homenagem a Alyne Pimentel, jovem mulher negra que faleceu em decorrência de negligência obstétrica no Rio de Janeiro, em 2002,

um caso que se tornou símbolo emblemático das desigualdades raciais e de gênero na assistência à saúde. A mudança de nomenclatura não constitui apenas uma atualização administrativa, mas reafirma um compromisso ético e político do Estado brasileiro com o enfrentamento do racismo institucional e da violência obstétrica (Brasil, 2024; Diniz & Salgado, 2016; Werneck, 2016). Não obstante o avanço normativo representado pela reformulação da Rede Cegonha em Rede Alyne, observa-se que a atualização da política ainda enfrenta desafios para sua consolidação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As diretrizes revisadas reafirmam o compromisso com a equidade e o enfrentamento do racismo institucional; contudo, a incorporação da perspectiva interseccional permanece restrita. Essa limitação se expressa na dificuldade de integrar, de forma sistemática, as dimensões de gênero, raça, classe e território ao planejamento e à avaliação das ações de saúde. A implementação da política varia amplamente entre estados e municípios, e as práticas de gestão e cuidado nem sempre contemplam as especificidades e vulnerabilidades de diferentes grupos de mulheres.

Diante do contexto apresentado, o presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como foco a análise da estratégia de cuidado à saúde materna denominada Rede Alyne. A utilização da perspectiva da interseccionalidade revela-se fundamental como ferramenta analítica para compreender as múltiplas desigualdades que permeiam a efetividade dessa política pública, orientando a investigação sobre os impactos e desafios enfrentados no estado de São Paulo.

A escolha do tema decorre de uma motivação profissional e ética. Como psicóloga atuante na área da saúde e pesquisadora interessada nas políticas públicas de equidade de gênero, observo cotidianamente os efeitos das desigualdades estruturais na experiência das mulheres com os serviços públicos, bem como o sofrimento psíquico que decorre dessas condições. A pesquisa surge, assim, do desejo de compreender em que medida a gestão pública é capaz ou não de traduzir os princípios de justiça social e integralidade em práticas concretas de cuidado, especialmente no campo da saúde das mulheres em contextos de vulnerabilidade.

No âmbito científico, o estudo busca contribuir para o campo das políticas públicas de saúde ao identificar lacunas na incorporação da interseccionalidade, apontando caminhos para aprimorar estratégias de gestão. Na dimensão social, valoriza as diversas experiências das mulheres a partir de marcadores de diferença como raça,

classe e território, reconhecendo as limitações atuais das políticas públicas em responder a essas realidades. Referente a dimensão política, propõe analisar o papel dos gestores públicos e dos profissionais de saúde na efetivação da perspectiva interseccional nas práticas institucionais.

Dessa forma, este trabalho tem como finalidade analisar a Rede Alyne como política pública voltada à saúde materna no estado de São Paulo, destacando como a perspectiva interseccional é incorporada em suas diretrizes e práticas de gestão e cuidado.

1.2 Objetivos geral e específicos

Objetivo geral:

Investigar como a gestão pública em saúde incorpora ou negligência as múltiplas dimensões de desigualdade que impactam o acesso e a qualidade das ações voltadas às mulheres na implementação da Rede Alyne em São Paulo.

Objetivos específicos:

1. Descrever como a Rede Alyne vem sendo aplicada na rede de atenção materna em São Paulo, considerando suas diretrizes e práticas institucionais.
2. Compreender a atuação dos gestores públicos e profissionais de saúde na implementação da Estratégia, considerando multidimensionalidade dos marcadores sociais da diferença na perpetuação das iniquidades em saúde.
3. Analisar limites e potencialidades da Rede Alyne na promoção da equidade em saúde materna e na redução das desigualdades entre os distritos de São Paulo.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória, fundamentada no referencial teórico das políticas públicas de saúde voltadas à atenção materna. A escolha por esse delineamento justifica-se pela necessidade de compreender os significados, contradições e efeitos sociais das políticas destinadas à saúde da mulher, privilegiando uma leitura interpretativa e crítica das fontes documentais e bibliográficas, alinhada aos estudos de políticas públicas, gênero e interseccionalidade.

O estudo articula revisão integrativa da literatura e análise documental, tendo como recorte empírico o estado de São Paulo. Tal escolha se apoia na relevância do território paulista na implementação de políticas maternas e na existência de experiências recentes, como a Rede Alyne, que reconfiguram o cuidado à gestante e possibilitam avaliar continuidades e rupturas em relação à Rede Cegonha.

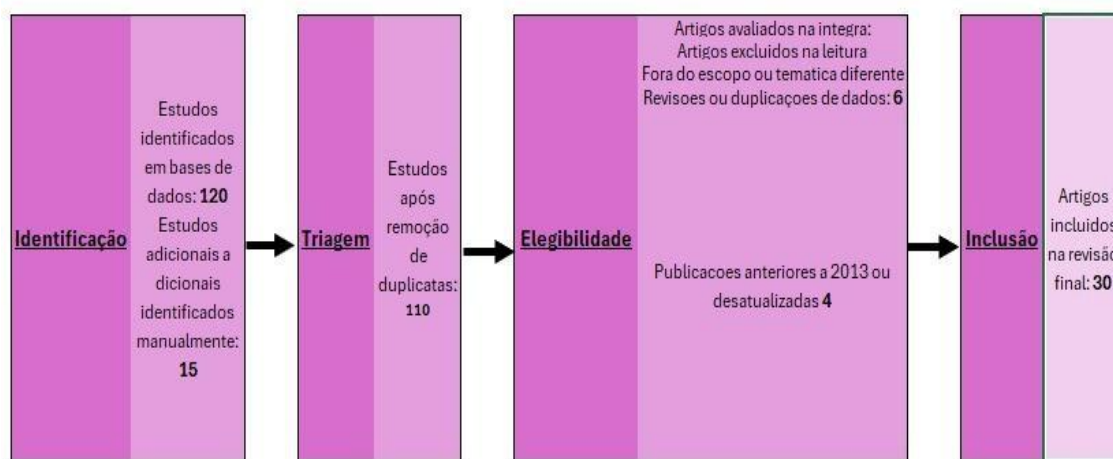
A revisão integrativa da literatura abrangerá artigos científicos sobre políticas de saúde da mulher e atenção materna no SUS, priorizando publicações recentes (a partir de 2011) que contribuam para compreender a evolução do campo e as tensões entre equidade de gênero, saúde reprodutiva e gestão pública. As buscas foram realizadas nas bases SciELO, LILACS e Google Scholar, utilizando descritores como “políticas públicas de saúde da mulher”, “atenção materna”, “equidade de gênero”, “Rede Cegonha” e “Rede Alyne”. Essa estratégia visa garantir abrangência e atualidade, permitindo o diálogo entre literatura nacional e internacional.

Serão incluídos artigos publicados em português, disponíveis na íntegra e de acesso gratuito, que abordam políticas públicas de saúde da mulher no contexto brasileiro, com atenção especial à atenção materna e à equidade de gênero. Serão excluídos trabalhos duplicados, estudos sem relação direta com o tema, relatórios institucionais sem base metodológica clara e publicações anteriores a 2013. Esses critérios asseguram rigor, relevância temática e contemporaneidade na seleção do material.

A análise documental incluirá normas, diretrizes e instrumentos estratégicos do SUS aplicáveis ao estado de São Paulo, como o Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), planos estaduais e municipais de saúde, relatórios de gestão e dados do IBGE e da Secretaria Estadual de Saúde. A inclusão desses documentos permite observar como os princípios normativos da política se traduzem ou entram em

tensão na prática institucional, especialmente no que se refere à promoção da equidade de gênero e aos direitos de saúde das mulheres.

Para organizar o processo de busca e seleção das fontes, foi utilizado o fluxograma PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), que orienta as etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão. A adoção desse protocolo garante transparência e rastreabilidade na revisão, permitindo explicitar o percurso de escolha dos materiais e reforçando a confiabilidade dos resultados.



A análise dos dados será orientada pela perspectiva da interseccionalidade, possibilitando compreender como desigualdades estruturais de gênero, raça, classe e sexualidade se entrelaçam na formulação e execução das políticas públicas de saúde. Essa abordagem permite problematizar os modos pelos quais diferentes grupos de mulheres são afetados pelas ações da Rede Alyne, evidenciando as tensões entre o

discurso da integralidade e as práticas concretas de cuidado. Busca-se identificar convergências, divergências e lacunas entre os marcos normativos e a realidade institucional, contribuindo para uma reflexão crítica sobre a efetividade das políticas voltadas à saúde materna.

Por não envolver coleta direta com sujeitos, o estudo não requer aprovação ética. Entretanto, seus resultados poderão subsidiar futuras pesquisas empíricas junto a gestores e profissionais de saúde de municípios paulistas, ampliando o debate sobre a implementação das políticas e seus impactos na vida das mulheres.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 MARCOS LEGAIS E POLÍTICAS ESTRUTURANTES PARA A SAÚDE DAS MULHERES NO BRASIL

A análise da efetividade da Rede Alyne deve ser compreendida dentro de um arcabouço normativo e institucional robusto que regula a saúde pública no Brasil, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) o principal marco, instituído pela Constituição Federal de 1988. O SUS garante o direito universal, integral e gratuito ao acesso aos serviços de saúde, constituindo a base para a formulação e implementação de políticas públicas que busquem reduzir desigualdades e promover o bem-estar coletivo (Brasil, 1988). No âmbito da atenção à saúde das mulheres, a Rede Alyne destaca-se como política estrutural, que traduz na prática os princípios constitucionais, especialmente a integralidade e equidade do cuidado, fundamentais para a garantia de direitos em um país marcado por profundas desigualdades sociais (Baptista; Souza, 2020).

Nesse contexto, os marcos legais que orientam a política brasileira de saúde das mulheres, a exemplo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM, 2004) e da Lei Maria da Penha (2006), configuram avanços normativos relevantes ao incorporarem a perspectiva da proteção integral. Entretanto, tais instrumentos ainda revelam limites quanto à sua capacidade de responder às demandas de grupos historicamente marginalizados, como mulheres negras, indígenas, quilombolas e migrantes (Brasil, 2004; Brasil, 2006; Cruz, 2018). A PNAISM representou um marco no campo da saúde pública ao romper com a concepção restrita da atenção à mulher vinculada quase exclusivamente ao ciclo reprodutivo. Sua formulação ampliou o escopo da política, incorporando os direitos sexuais e reprodutivos, a atenção integral em todas as fases da vida e a prevenção das violências de gênero como dimensões centrais (Brasil, 2004). Entretanto, pesquisas evidenciam que sua implementação ainda apresenta lacunas, sobretudo pela insuficiente consideração do contexto interseccional das mulheres. Essa limitação repercute em práticas de atenção que muitas vezes não contemplam as especificidades culturais, socioeconômicas e territoriais de grupos vulnerabilizados, restringindo, assim, o alcance de seus objetivos (Paim, 2018; Santos; Lima, 2021).

A partir de 2011, a criação da Rede Cegonha pelo Ministério da Saúde buscou fortalecer a atenção materno-infantil, estruturando linhas de cuidado voltadas à gestação,

parto, puerpério e à primeira infância, com ênfase na humanização do parto e na redução da mortalidade materna e infantil (Brasil, 2011). Apesar dos avanços, a Rede Cegonha mostrou limitações na incorporação de uma abordagem interseccional e na integração efetiva entre os diferentes níveis de atenção, o que levou a críticas sobre sua capacidade de enfrentar as desigualdades raciais e territoriais que marcam a experiência das mulheres no SUS (Silva; Oliveira, 2022). Em resposta a essas limitações e em consonância com as recomendações internacionais de direitos humanos e equidade de gênero, o Ministério da Saúde instituiu, em 2023, a Rede de Atenção Materna e Infantil “Rede Alyne”, substituindo a Rede Cegonha.

A Rede Alyne propõe uma reestruturação baseada em uma perspectiva de justiça reprodutiva, racial e social, reconhecendo a morte materna como uma questão de desigualdade e não apenas de falha assistencial (Brasil, 2023; Fiocruz, 2024). Essa transição reflete o esforço institucional de incorporar o legado da PNAISM a uma nova agenda de políticas públicas voltada ao enfrentamento das iniquidades estruturais e à promoção de cuidados mais inclusivos e culturalmente sensíveis. Neste contexto de reformulação política, a gestão pública, orientada pelo Pacto pela Saúde e demais normativas, destaca-se por priorizar a descentralização e a regionalização como estratégias essenciais para adaptar as ações à realidade local. Contudo, essa abordagem implica desafios para garantir a uniformidade e a qualidade do atendimento, sobretudo em municípios com capacidades gerenciais e recursos limitados (Silva; Moraes, 2020). Esses desafios evidenciam a necessidade de políticas que reconheçam a diversidade das populações atendidas e promovam maior equidade nos serviços de saúde.

A incorporação da perspectiva interseccional na gestão pública é apontada como condição essencial para que os marcos normativos da saúde das mulheres alcancem maior efetividade na redução das desigualdades estruturais, refletindo a necessidade de políticas que reconheçam a diversidade das populações atendidas. Nessa direção, o Conselho Nacional de Saúde (2024) enfatiza que a PNAISM precisa ser revisada para contemplar explicitamente as demandas de mulheres trans, quilombolas, ribeirinhas e com deficiência, evidenciando a necessidade de indicadores sensíveis à diversidade. Estudos da Escola Nacional de Administração Pública indicam que, embora as políticas de saúde da mulher negra tenham avançado em termos de intersetorialidade, ainda apresentam limitações na incorporação da interseccionalidade, mantendo o racismo como barreira

estrutural ao acesso equitativo aos serviços de saúde (Enap, 2022). Complementarmente, a Fiocruz (2025) destaca que a adoção dessa perspectiva é fundamental para a construção de políticas públicas mais inclusivas e eficazes, capazes de reconhecer a pluralidade da condição feminina.

Essa abordagem revela-se crucial para compreender as múltiplas e simultâneas formas de opressão que impactam a vida das mulheres, especialmente em contextos complexos como o estado de São Paulo. Assim, a análise da interseccionalidade torna-se essencial como ferramenta de análise para identificar os desafios concretos enfrentados pelas políticas públicas.

3.2 MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL E EM SÃO PAULO

A análise da mortalidade materna no Brasil e em São Paulo exige a adoção de uma perspectiva interseccional, conceito originado dos estudos feministas negros e desenvolvido por Kimberlé Crenshaw (1989), que permite compreender como múltiplas categorias sociais gênero, raça, classe, etnia, idade e território se entrelaçam e produzem desigualdades complexas e diferenciadas na saúde das mulheres. No contexto brasileiro, marcado por profundas desigualdades estruturais, essa abordagem é indispensável para captar a heterogeneidade das experiências femininas.

O conceito de gênero, conforme a Organização Mundial da Saúde, refere-se às características sociais, comportamentais e psicológicas atribuídas a homens e mulheres, influenciando o acesso, a utilização e a qualidade dos serviços de saúde. No Brasil, o gênero atua como determinante social da saúde, pois as mulheres enfrentam barreiras específicas, como a violência obstétrica, a sub-representação em decisões sobre seu próprio corpo e a precarização do trabalho de cuidado, que impactam diretamente seus indicadores de saúde materna.

Referente ao conceito de raça, no contexto brasileiro, é entendido como uma construção social que reflete hierarquias históricas e estruturais, expressas na desigualdade de oportunidades, acesso a direitos e qualidade dos serviços de saúde. A raça, portanto, não é apenas uma categoria biológica, mas um marcador de exclusão e vulnerabilidade, que se traduz em indicadores alarmantes de mortalidade materna, morbidade e violência contra mulheres negras, indígenas e quilombolas. A interseccionalidade permite

evidenciar como essas categorias se sobrepõem, agravando as desigualdades e tornando as políticas públicas mais eficazes quando consideram essas especificidades.

No panorama nacional, as múltiplas vulnerabilidades manifestam-se em disparidades significativas, que impactam a saúde das mulheres. Apesar dos avanços institucionais, a saúde das mulheres continua a ser impactada por disparidades significativas que se manifestam em indicadores alarmantes, como as altas taxas de mortalidade materna e de violência obstétrica, que recaem desproporcionalmente sobre mulheres negras, indígenas e residentes em áreas periféricas e rurais (Brasil, 2022; Paim, 2018). Dados recentes do Ministério da Saúde (2024) revelam que a mortalidade materna entre mulheres negras no Brasil é quase duas vezes maior do que entre mulheres brancas, evidenciando a persistência do racismo institucional e a insuficiência das políticas públicas em adaptar os serviços de saúde às especificidades étnico-raciais. Segundo o Painel de Monitoramento da Morte Materna do SUS, em 2024, foram registradas 65.549 mortes maternas no país, das quais 38.062 ocorreram entre mulheres negras (pretas e pardas), representando 58% do total, enquanto as mulheres brancas responderam por 25.963 óbitos (39,6%). Em termos de taxa, a mortalidade materna entre mulheres negras foi de 116,5 óbitos por 100 mil nascidos vivos, enquanto entre mulheres brancas foi de 62,15 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Essa disparidade é resultado de múltiplos fatores, incluindo barreiras de acesso aos serviços de saúde, tratamentos diferenciados, sub-representação de profissionais negros e a ausência de indicadores de saúde adequados segundo raça/cor/etnia nos sistemas de informação. O racismo institucional se manifesta na inadequação dos serviços especializados, na precarização do atendimento e na falta de capacitação dos profissionais para lidar com as necessidades específicas da população negra.

Diante desse cenário, políticas públicas como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNISPN) têm sido implementadas para enfrentar essas desigualdades, promovendo ações de cuidado, atenção, promoção e prevenção de doenças, além de gestão participativa e controle social. No entanto, ainda é necessário avançar na integração dessas políticas com a perspectiva de gênero e na formação continuada dos profissionais de saúde, a fim de garantir a equidade e a qualidade da atenção prestada às mulheres negras.

No estado de São Paulo, as desigualdades internas entre regiões centrais e periféricas, aliadas às questões históricas de exclusão racial e social, configuram um cenário no qual a saúde materno-infantil exige abordagens integradas e sensíveis à diversidade. Portanto, a interseccionalidade não apenas permite uma leitura mais abrangente das desigualdades em saúde, mas também impõe a necessidade de transformar os modelos assistenciais e de gestão pública, promovendo a equidade por meio de políticas que reconheçam as diferenças e atuem diretamente sobre as múltiplas formas de exclusão. Para São Paulo, esse desafio exige o fortalecimento das capacidades institucionais para integrar dados desagregados, capacitar profissionais e gestores para uma prática antirracista e interseccional, e ampliar a participação social das mulheres mais vulnerabilizadas na formulação e controle das políticas de saúde (Oliveira et al., 2023; Santos; Lima, 2023).

Entretanto, compreender como esses desafios se manifestam concretamente na implementação de políticas estruturantes, como a Rede Alyne, e quais são seus impactos específicos sobre a saúde materno-infantil em contextos interseccionais, é uma etapa necessária para avançar na construção de um sistema de saúde mais justo e efetivo. Essas desigualdades e desafios enfrentados no âmbito da mortalidade materna evidenciam a necessidade de se compreender a saúde pública pela lente dos determinantes sociais, em especial o gênero, que constitui uma categoria analítica fundamental para explicar as disparidades em saúde e orientar políticas mais equitativas.

3.3 SAÚDE PÚBLICA E GÊNERO COMO DETERMINANTE SOCIAL DA SAÚDE

A saúde pública, enquanto campo interdisciplinar e intersetorial, constitui-se como espaço de formulação, implementação e avaliação de políticas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de agravos, fundamentando-se em princípios de equidade e justiça social. A partir da perspectiva dos determinantes sociais da saúde, o gênero constitui uma categoria analítica central, uma vez que estrutura relações de poder e hierarquias sociais que impactam de forma sistemática os padrões de adoecimento, as necessidades de cuidado e o acesso aos serviços de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2021).

Este conceito refere-se à construção social de papéis, comportamentos e expectativas atribuídos a homens e mulheres. No caso das mulheres, fatores como o machismo institucional, a divisão sexual do trabalho e a sobrecarga desproporcional com as responsabilidades de cuidado, no ambiente doméstico e comunitário, comprometem

diretamente o acesso, a permanência e a qualidade do atendimento em saúde. As desigualdades de gênero na saúde são evidenciadas por dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019), que apontam maior prevalência de diagnóstico de depressão entre mulheres (14,7%) em comparação a homens (5,1%), além de barreiras ampliadas para a realização de exames preventivos, especialmente entre grupos de menor renda e escolaridade (Ibge, 2020).

No cenário nacional, políticas como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e o Programa Nacional de Equidade de Gênero e Raça no SUS representam avanços relevantes ao reconhecer que as desigualdades de gênero influenciam de forma direta e indireta os determinantes sociais da saúde. Ao direcionar ações específicas para necessidades de saúde reprodutiva, prevenção de violências, acesso a exames e acompanhamento especializado, tais políticas buscam romper com a lógica universalista abstrata. Nesse sentido, busca-se reconhecer as diferenças concretas e estruturais que atravessam os corpos e as experiências de saúde das mulheres, incorporando a perspectiva de gênero como eixo central para a promoção da equidade. Entretanto, tal abordagem está em consonância com a necessidade de desconstruir padrões normativos que, historicamente, invisibilizam as demandas específicas das mulheres e de outros grupos em situação de vulnerabilidade de gênero. Quando se reconhece o gênero como determinante social da saúde, torna-se imprescindível considerar também as desigualdades territoriais e sociais que ampliam as vulnerabilidades das mulheres, configurando desafios específicos para a gestão pública, especialmente no contexto plural e complexo do estado de São Paulo

3.4 DESIGUALDADES TERRITORIAIS E SOCIAIS NA SAÚDE DA MULHER: DESAFIOS PARA A GESTÃO PÚBLICA EM SÃO PAULO

No estado de São Paulo, persistem profundas desigualdades territoriais e socioeconômicas que se refletem em expressivas disparidades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população feminina. Tais desigualdades configuram desafios substantivos para a gestão pública, que se vê na necessidade de articular modelos e estruturas capazes de assegurar, de forma equânime, não apenas o acesso aos serviços, mas também a integralidade e a efetividade das ações de cuidado, especialmente em territórios marcados por vulnerabilidades sociais e exclusão.

As mulheres residentes em áreas periféricas e socialmente vulneráveis enfrentam obstáculos significativos, entre os quais se destacam as dificuldades de deslocamento, a insuficiência de serviços especializados e a maior exposição à violência de gênero. Ademais, a sobrecarga dos serviços públicos em regiões menos desenvolvidas agrava essas desigualdades, comprometendo a continuidade e a integralidade do cuidado, sobretudo nas áreas materno-infantil e de saúde mental. Os indicadores de morbidade e mortalidade materna e infantil apresentam variações sensíveis no âmbito estadual, evidenciando o impacto complexo da interseccionalidade entre gênero, raça, classe social e território.

Frente a essa diversidade e disparidade, revela-se imprescindível que a gestão pública paulista incorpore a perspectiva de gênero enquanto determinante social da saúde. Essa abordagem representa elemento basilar para a formulação de políticas públicas capazes de responder às demandas múltiplas e específicas das mulheres em seus distintos contextos, promovendo a equidade e aprimorando a qualidade da atenção prestada (Souza; Almeida; Costa, 2023; Brasil, 2024).

Outrossim, diante da heterogeneidade administrativa e territorial que caracteriza o Estado, impõe-se à gestão pública a implementação de mecanismos de integração intermunicipal e regional que articulem os distintos níveis de atenção à saúde. Tal coordenação configura requisito indispensável para a garantia da continuidade do cuidado materno-infantil, sobretudo frente à coexistência entre centros urbanos desenvolvidos e periferias vulneráveis, cujas disparidades se refletem em indicadores alarmantes de mortalidade e no acesso desigual a serviços especializados (Oliveira; Silva; Lima, 2022; Brasil, 2023).

3.5 DESAFIOS DA GESTÃO PÚBLICA E MODELOS INSTITUCIONAIS PARA A SAÚDE DAS MULHERES: UMA ANÁLISE DO SISTEMA DE SAÚDE EM SÃO PAULO

O estado de São Paulo apresenta uma heterogeneidade territorial e socioeconômica significativa, a qual reflete diretamente nas condições de saúde da população feminina. Enquanto áreas centrais da capital e determinados municípios do interior ostentam elevado desenvolvimento socioeconômico e ampla oferta de serviços de saúde, vastas populações se encontram em territórios periféricos, rurais ou de baixa densidade populacional, caracterizados por infraestrutura precária e acesso limitado a serviços especializados (Brasil, 2020). Essa diversidade espacial potencializa as disparidades enfrentadas pelas mulheres para acessar cuidados em saúde, influenciadas

ainda pela composição populacional heterogênea do estado, que inclui mulheres negras, indígenas, migrantes internas e imigrantes internacionais, cujas especificidades são, frequentemente, insuficientemente contempladas pelas práticas da gestão pública (Paim, 2018).

Ademais, a complexidade administrativa, dada a existência de 645 municípios com capacidades gerenciais distintas, dificulta a articulação e coordenação eficazes das políticas públicas em âmbito regional e intermunicipal (Silva; Moraes, 2020). Somam-se a esta realidade determinantes sociais como escolaridade, renda, condições habitacionais e acesso ao transporte, que se distribuem de forma desigual no território paulista, impactando diretamente a qualidade e o acesso à atenção em saúde para as mulheres (Ibge, 2020). Dessa forma, a diversidade territorial configura-se não apenas como um aspecto geográfico, mas como elemento estrutural que potencializa desigualdades históricas e impõe desafios significativos à gestão pública na promoção da saúde feminina.

Neste cenário, a gestão pública da saúde enfrenta desafios decorrentes da interseção das desigualdades de gênero, raça, classe e território. No âmbito da saúde sexual e reprodutiva, observa-se que mulheres negras e residentes em áreas periféricas apresentam maiores dificuldades para acessar exames preventivos, acompanhamento pré-natal e partos adequadamente assistidos, evidenciando que a desigualdade na distribuição de recursos e infraestrutura configura um entrave substancial (Brasil, 2020). A perspectiva interseccional revela que tais barreiras não são distribuídas homoganeamente, uma vez que mulheres negras, indígenas e imigrantes, especialmente as de baixa renda, apresentam elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, associadas a fatores como racismo institucional, discriminação no atendimento e distâncias geográficas que dificultam o acesso (Leal et al., 2017).

O sistema de saúde paulista é estruturado com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1988), visando articular níveis de atenção básica, especializada e hospitalar. Destaca-se, nesse contexto, a Rede Alyne, instituída pela Portaria nº 1.459/2011 do Ministério da Saúde, como política estratégica para a saúde materno-infantil, que busca assegurar atenção integral desde o planejamento reprodutivo até os dois primeiros anos de vida da criança (Brasil, 2011). Contudo, em São Paulo, apenas 36% dos municípios de pequeno porte dispõem de maternidades próprias (Datusus,

2024), o que demanda esforços para a ampliação da cobertura, aprimoramento do transporte sanitário e qualificação dos serviços, visando garantir acesso universal, oportuno e seguro ao parto. Frente a esses desafios estruturais que afetam a garantia do acesso universal e seguro ao parto em São Paulo, destaca-se a Rede Alyne como uma estratégia central no enfrentamento das desigualdades na atenção materno-infantil, especialmente quando analisada sob a perspectiva interseccional.

3.6 REDE ALYNE: ESTRATÉGIA E EFETIVIDADE

3.6.1 Rede Alyne: Estratégia e Efetividade na Atenção Materno-Infantil em São Paulo

A escolha da Rede Alyne como objeto central desta pesquisa justifica-se por sua relevância estratégica dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo potencial de análise crítica da gestão pública a partir da perspectiva interseccional. A interseccionalidade na gestão pública permite compreender como diferentes marcadores sociais se cruzam, influenciando o acesso, a qualidade e a equidade dos serviços de saúde voltados às mulheres.

Instituída pela Portaria nº 1.459/2011, a Rede Alyne configura-se como uma política pública estruturante, voltada para a organização e qualificação da atenção integral à saúde materno-infantil, abrangendo o ciclo gravídico-puerperal e os primeiros anos de vida da criança, em consonância com os princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 1988; Brasil, 2011). Ao considerar as trajetórias das mulheres em seus diferentes contextos sociais e territoriais, a Rede oferece um campo fértil para investigar como a abordagem interseccional pode ser incorporada à gestão pública, permitindo identificar desafios e potencialidades na implementação de políticas sensíveis às múltiplas vulnerabilidades presentes em São Paulo.

Apesar dos avanços, a implementação enfrenta limitações, como insuficiência de infraestrutura, fragmentação dos serviços, escassez de profissionais capacitados e limitada incorporação da perspectiva interseccional na formulação e execução das ações, o que compromete a efetividade da política no enfrentamento das desigualdades estruturais que atravessam a saúde das mulheres (Silva; Moraes, 2020; Paim, 2018). A escassez de estudos sobre a gestão da Rede Alyne sob a perspectiva interseccional reforça

a necessidade de aprofundar a análise teórica e prática dessa temática, especialmente no contexto paulista.

Dessa forma, a compreensão da efetividade da Rede Alyne exige uma análise detalhada sobre a aplicação de suas diretrizes no contexto paulista, bem como a avaliação da incorporação efetiva da perspectiva interseccional na gestão e nas práticas de cuidado. Tal análise possibilita identificar as fragilidades institucionais e sociais que condicionam a qualidade e a equidade da atenção materno-infantil no estado de São Paulo. Nesse sentido, a escolha da Rede Alyne como objeto central desta pesquisa justifica-se por sua relevância estratégica dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo potencial de promover uma análise crítica da gestão pública pautada na abordagem interseccional. Esta perspectiva permite compreender como distintos marcadores sociais se articulam, influenciando o acesso, a qualidade e a equidade dos serviços de saúde destinados às mulheres.

Nos últimos anos, o estado de São Paulo registrou um aumento preocupante na mortalidade materna, especialmente em áreas periféricas, evidenciando fragilidades na rede de atenção e desafios na implementação de políticas voltadas à saúde da mulher. Entre essas políticas, destacam-se a Rede Alyne, voltada para o cuidado integral à gestante; a Oferta de Cuidados Integrados (OCI), que busca ampliar o acesso e a qualidade da atenção; e os Comitês Estaduais e Municipais de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, responsáveis por analisar óbitos e propor ações preventivas (Governo do Estado de São Paulo, 2024; Raseam, 2025). Apesar dos avanços, a efetividade da Rede Alyne enfrenta limitações importantes. A incorporação das múltiplas dimensões da interseccionalidade ainda é insuficiente, o que se manifesta na ausência de protocolos adaptados às diferentes realidades culturais e socioeconômicas, na dificuldade de acesso a serviços especializados para mulheres residentes em áreas periféricas ou rurais e na escassez de profissionais capacitados para atender grupos historicamente vulnerabilizados (Brasil, 2022; Oliveira et al., 2023; Oms, 2023; Silva; Moraes, 2020).

As barreiras institucionais e sociais incluem racismo institucional, discriminação de gênero, exclusão socioeconômica, limitação na capacitação continuada dos profissionais e subutilização de dados desagregados por gênero, raça, classe e território. Esses fatores comprometem a formulação de estratégias efetivas, resultando em ações pontuais e pouco articuladas, que perpetuam desigualdades estruturais (Penha, 2015;

Lopes et al., 2022; Brasil, 2022; Bvsm, 2023). O crescimento de 73% da mortalidade materna em São Paulo entre 2014 e 2021 reforça a gravidade das desigualdades e evidencia a urgência de políticas que abordem múltiplas dimensões da vulnerabilidade feminina (Brasil, 2022; Oms, 2023). Desde sua criação e posterior atualização, a Rede Alyne visa organizar a atenção materno-infantil de forma integral, com ênfase especial em mulheres negras e residentes em periferias urbanas, objetivando a redução das desigualdades históricas no acesso e na qualidade do cuidado. O Ministério da Saúde incorporou formalmente a perspectiva interseccional como diretriz prioritária, reconhecendo a urgência de respostas especializadas às múltiplas vulnerabilidades que permeiam essas mulheres (Brasil, 2023; Bvsm, 2023). No contexto paulista, destacam-se esforços para o fortalecimento da Rede Alyne mediante a capacitação das equipes de Saúde da Família e o desenvolvimento de planos integrados, voltados a atender as demandas das mulheres em situação de maior vulnerabilidade. Ainda assim, a insuficiência de recursos humanos e materiais compromete a garantia da equidade efetiva na atenção materno-infantil (Bvsm, 2023; Ibge, 2023)

Em síntese, a efetividade da Rede Alyne no estado de São Paulo é permeada por desafios institucionais e sociais que obstaculizam a plena implementação de uma atenção integral, equitativa e sensível às vulnerabilidades múltiplas das mulheres. Barreiras como a fragmentação dos serviços, práticas medicalizadas, discriminação implícita, ausência de protocolos que incorporem a interseccionalidade e subutilização de dados comprometem a qualidade do cuidado, explicando, em parte, o preocupante aumento da mortalidade materna. Assim, a análise crítica da Rede Alyne sob o prisma interseccional configura-se como elemento indispensável para a compreensão dos desafios gerenciais, da atuação dos profissionais e da participação social na promoção de políticas públicas mais equitativas e eficazes.

3.6.2 Propostas para uma Gestão Pública Inclusiva e Equitativa na Rede Alyne em São Paulo

Primeiramente, é imprescindível ampliar e consolidar a capacitação continuada dos profissionais de saúde, com ênfase na abordagem da interseccionalidade, racismo institucional, gênero, direitos sexuais e reprodutivos, bem como no atendimento humanizado. Essa capacitação deve contemplar a conscientização acerca da violência obstétrica em suas manifestações explícitas e sutis, além dos mecanismos eficazes para sua prevenção e enfrentamento. Ademais, é fundamental enfatizar a importância da

adequada documentação e do monitoramento rigoroso dos casos, a fim de evitar a subnotificação, que dificulta a formulação de políticas públicas eficazes. Evidências indicam que programas de formação com enfoque antidiscriminatório e humanista contribuem para o aumento da adesão ao pré-natal e a redução de eventos adversos, promovendo um atendimento qualificado e respeitoso (Oliveira et al., 2023).

Em segundo lugar, recomenda-se fortalecer a integração entre os distintos níveis de atenção e gestão por meio da implementação de protocolos claros e fluxos assistenciais articulados que assegurem a continuidade do cuidado, reduzindo a peregrinação de gestantes entre unidades, fator reconhecidamente associado ao aumento do risco de mortalidade (Fiorati; Arcênio; Carreira, 2021). Essa integração deve garantir, ainda, a comunicação efetiva e o trabalho colaborativo entre as equipes da atenção básica, especializada e os serviços sociais, possibilitando um atendimento integral e contextualizado às demandas das mulheres em situação de vulnerabilidade.

O fortalecimento do uso de plataformas como e-SUS AB e SISPRENATAL é essencial para a identificação de padrões de exclusão e discriminação, possibilitando o desenvolvimento de políticas públicas mais direcionadas e eficazes (Brasil, 2023). Ademais, o monitoramento rigoroso desses sistemas é fundamental para a detecção e o enfrentamento da violência obstétrica, assegurando que os relatos das mulheres sejam acolhidos e utilizados para aprimoramento concreto dos serviços. Nesse contexto, a participação social configura-se como componente indispensável para a construção de uma gestão pública sensível à perspectiva interseccional. Assim, os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde devem ampliar seus espaços de escuta ativa, especialmente às mulheres negras, jovens, indígenas e residentes em periferias, cujas vozes são cruciais para a identificação de barreiras, denúncia de práticas discriminatórias e proposição de soluções adequadas. A participação social efetiva associa-se a maior efetividade das políticas públicas e à humanização do cuidado (Paim, 2018; Ventura, 2022). Por fim, a gestão deve priorizar investimentos estratégicos voltados à infraestrutura e aos recursos humanos, com foco nas regiões periféricas e rurais historicamente desassistidas.

Em síntese, a construção de uma gestão pública inclusiva e equitativa na Rede Alyne em São Paulo revela-se fundamental para enfrentar as desigualdades estruturais que impactam a saúde materno-infantil no estado, promovendo a transformação da realidade

das mulheres em seus múltiplos contextos. Todavia, para que tais propostas possam efetivamente ser implementadas, é imprescindível reconhecer o papel decisivo desempenhado por gestores públicos e profissionais de saúde na operacionalização cotidiana dessas políticas.

3.7. O PAPEL DOS GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

3.7.1 O Papel dos Gestores Públicos e Profissionais de Saúde na Efetivação da Interseccionalidade na Rede Alyne

A efetivação da interseccionalidade na Rede Alyne depende, primordialmente, da ação coordenada entre gestores públicos e profissionais de saúde, cujas responsabilidades se entrelaçam na formulação, implementação e monitoramento das políticas públicas (Baptista; Souza, 2020; Paim, 2018). Os gestores possuem papel crucial na garantia da presença efetiva dos princípios da equidade e da integralidade nos protocolos, metas e instrumentos avaliativos da rede, assegurando a sensibilidade destas políticas às múltiplas vulnerabilidades presentes na população atendida (Fiorati; Arcênio; Carreira, 2021; Silva; Moraes, 2020). Por sua vez, a construção de uma gestão pública inclusiva e equitativa na Rede Alyne em São Paulo revela-se imprescindível para enfrentar as desigualdades estruturais que impactam a saúde materno-infantil no estado e promover a transformação da realidade das mulheres em seus múltiplos contextos (Leal et al., 2017; Fiocruz, 2024). Entretanto, para que essas propostas sejam efetivamente implementadas, é fundamental compreender o papel decisivo dos gestores públicos e dos profissionais de saúde na operacionalização diária dessas políticas, assegurando sua efetividade e sensibilidade às diversidades e vulnerabilidades presentes na população atendida (Oliveira et al., 2023; Lopes; Santos; Lima, 2022). Assim, apenas por meio de um compromisso articulado entre gestores públicos e profissionais de saúde a perspectiva interseccional poderá transcender seu caráter conceitual, tornando-se um princípio operativo capaz de orientar a organização da Rede Alyne, de modo a assegurar atenção integral, equitativa e efetivamente inclusiva às mulheres em diferentes contextos socioeconômicos e territoriais do estado de São Paulo (Brasil, 2023; Paim, 2018).

Por sua importância, a efetividade das ações no âmbito da gestão pública depende, necessariamente, de uma abordagem integrada e sensível às múltiplas vulnerabilidades (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Ferreira, 2024). Nesse sentido, as linhas de ação e a agenda de pesquisa voltadas para uma Rede Alyne que reconheça e operacionalize a interseccionalidade constituem instrumentos essenciais para a promoção da equidade em saúde (Lopes; Santos; Lima, 2022; Iasz; Silva; Freitas, 2023).

Assim, frente aos desafios persistentes na implementação da Rede que incluem a incorporação ainda incipiente da perspectiva interseccional, a fragmentação dos processos de cuidado, a subnotificação de complicações maternas e a permanência das desigualdades raciais e territoriais torna-se imprescindível estabelecer diretrizes que orientem estratégias de formulação de políticas públicas e produção de conhecimento comprometidos com a justiça reprodutiva e o enfrentamento das desigualdades (Silva; Moraes, 2020; Brasil, 2023; Datasus, 2024).

3.8. LINHAS DE AÇÃO E AGENDA DE PESQUISA

Os desafios observados na implementação da Rede Alyne em São Paulo, incluindo a incorporação ainda incipiente da perspectiva interseccional, a fragmentação dos processos de cuidado e a persistência de desigualdades raciais e territoriais, reforçam a necessidade de recomendações integradas que articulem políticas públicas e produção de conhecimento científico orientadas pela equidade em saúde (Fiorati; Arcênio; Carreira, 2021; Silva; Moraes, 2020). A literatura demonstra que desigualdades estruturais no acesso e na qualidade do cuidado materno-infantil atingem de forma desproporcional mulheres negras, indígenas, migrantes e residentes de territórios periféricos (Leal et al., 2017; Lopes; Santos; Lima, 2022), o que torna indispensável a adoção de abordagens interseccionais na formulação e execução das políticas públicas.

No âmbito das políticas públicas, destaca-se a necessidade de aprimoramento dos sistemas de informação em saúde, garantindo a produção de dados desagregados segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e territoriais, como raça/cor, escolaridade, faixa etária, local de residência e condição socioeconômica (Datasus, 2024; Ibge, 2020). Esse tipo de monitoramento permite identificar e dimensionar desigualdades, bem como orientar intervenções focalizadas em áreas com maior vulnerabilidade social e maiores taxas de mortalidade materna (Brasil, 2023a; Brasil, 2023b). Dados recentes mostram que 59,1% das mortes maternas registradas em 2021 poderiam ser evitadas com acesso

oportuno e qualificado ao pré-natal e ao parto seguro (Brasil, 2023b), evidenciando a urgência de ações territorializadas e sensíveis às barreiras socioeconômicas vivenciadas pelas populações mais vulnerabilizadas.

Nesse sentido, torna-se fundamental fortalecer estratégias intersetoriais que articulem saúde, assistência social, educação, transporte e habitação, reconhecendo que os determinantes sociais influenciam diretamente a saúde materna (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Paim, 2018). Experiências públicas brasileiras já apontam avanços na estruturação de redes materno-infantis, mas persistem lacunas que afetam, sobretudo, mulheres negras e periféricas (Brasil, 2011; Fiocruz, 2024).

No campo da pesquisa, destaca-se a importância de estudos qualitativos e quantitativos que analisem a experiência das usuárias da Rede Alyne com foco na interseccionalidade. Temas como violência obstétrica, discriminação institucional e continuidade do cuidado devem receber atenção especial, considerando evidências de práticas discriminatórias no SUS contra mulheres negras (Iasz; Silva; Freitas, 2023). Desafios na operacionalização de protocolos sensíveis à diversidade também merecem investigação (Oliveira et al., 2023; Do Nascimento Alexandre et al., 2025). Pesquisas longitudinais se mostram adequadas para avaliar resultados de políticas e intervenções, permitindo relacionar dados epidemiológicos a dinâmicas socioculturais e territoriais (Ferreira, 2024; Baptista; Souza, 2020).

A incorporação transversal da perspectiva interseccional no planejamento, implementação e avaliação das ações configura-se como condição indispensável para o fortalecimento da Rede Alyne enquanto política pública. Tal abordagem reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde, universalidade, integralidade e equidade contribuindo para garantir que todas as mulheres, independentemente de raça, território ou condição social, tenham acesso a um cuidado digno e qualificado (Paim, 2018; Brasil, 2017).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar a implementação da Rede Alyne no estado de São Paulo, buscando compreender como diferentes marcadores sociais influenciam a efetividade da política na promoção da saúde materno-infantil. A interseccionalidade foi adotada como ferramenta analítica, permitindo identificar como múltiplas desigualdades se articulam e impactam o acesso e a qualidade do cuidado. A

pesquisa revelou que, embora a Rede Alyne represente um avanço significativo na estruturação da atenção materno-infantil e na incorporação do enfoque interseccional nas políticas públicas, sua implementação enfrenta tensões entre as diretrizes normativas e as práticas cotidianas. Essa distância entre formulação e execução se manifesta principalmente na limitada capacidade de transformar princípios de equidade em ações concretas nos territórios. Por fim, foi possível destacar o potencial da Rede Alyne como política pública estratégica, capaz de organizar a atenção materno-infantil de forma integral e de evidenciar como as desigualdades estruturais afetam distintos grupos de mulheres.

Entretanto, a pesquisa também evidenciou lacunas significativas na implementação da política. Destacou-se que, embora a interseccionalidade seja reconhecida como princípio orientador, sua aplicação prática permanece limitada nos fluxos e protocolos assistenciais, o que compromete a promoção efetiva da equidade. Outros desafios identificados incluem a insuficiência de capacitação continuada dos profissionais de saúde em temas como racismo institucional, direitos sexuais e reprodutivos e atendimento humanizado; a fragmentação e descontinuidade do cuidado, especialmente em áreas periféricas; a coleta e utilização inadequadas de dados desagregados por gênero, raça, território e condição socioeconômica; e a participação social insuficiente das mulheres em contextos vulneráveis nos processos de avaliação e controle das políticas.

Como toda pesquisa qualitativa de caráter exploratório, este estudo apresenta algumas limitações. A principal delas está relacionada à disponibilidade e à qualidade dos dados secundários, especialmente no que tange à ausência de informações desagregadas por raça, território e classe social nos sistemas oficiais de monitoramento da Rede Alyne, limitando a abrangência da análise interseccional. Além disso, a pesquisa não incluiu entrevistas com usuárias e profissionais de saúde, cuja inclusão teria possibilitado uma compreensão mais profunda das experiências concretas de cuidado, bem como dos mecanismos que reproduzem ou enfrentam as desigualdades no cotidiano dos serviços. Tais limitações indicam a necessidade de futuras investigações que ampliem o escopo metodológico e aprofundem o conhecimento acerca das dinâmicas da atenção materno-infantil em contextos marcados por múltiplas vulnerabilidades.

Ademais, outra limitação relevante relaciona-se ao recorte temporal e geográfico do estudo, que se concentrou no estado de São Paulo durante o período inicial de

implementação da Rede Alyne, dificultando, assim, a generalização dos resultados para outros contextos regionais. Por fim, destaca-se que a análise documental privilegiou, em certa medida, o discurso institucional e normativo, evidenciando a necessidade de futuras pesquisas que ampliem o diálogo com perspectivas empíricas e comunitárias, promovendo uma compreensão mais aprofundada das dinâmicas locais e das experiências concretas das usuárias e profissionais.

Diante dessas evidências, torna-se evidente a necessidade de novos estudos que aprofundem a análise da Rede Alyne sob o enfoque interseccional. Recomenda-se a realização de pesquisas qualitativas e quantitativas que considerem a experiência das usuárias; estudos longitudinais que avaliem os impactos das intervenções em distintos contextos sociais e territoriais; bem como análises intersetoriais que articulem saúde, assistência social, educação e transporte. Além disso, investigações centradas em estratégias de capacitação profissional e na adaptação de protocolos às diversidades culturais e socioeconômicas das populações atendidas poderão fornecer subsídios concretos para o desenvolvimento de ações mais eficazes.

Em síntese, a consolidação de um modelo de atenção materno-infantil verdadeiramente equitativo, depende da articulação efetiva entre gestores e profissionais de saúde capazes de transformar o conhecimento produzido pela análise interseccional em práticas concretas. A interseccionalidade orientou a implementação da Rede Alyne no estado de São Paulo ao identificar como marcadores sociais como gênero, raça, classe, idade, território e etnia se entrecruzam para impactar a saúde materno-infantil, direcionando a formulação de ações que buscam combater desigualdades estruturais e promover justiça social e direitos reprodutivos. O avanço nessa direção requer não apenas ajustes técnicos e administrativos, mas também um compromisso ético e contínuo com a promoção da equidade, da integralidade e da humanização do cuidado, elementos imprescindíveis para a efetividade das políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil.

REFERENCIAS

- ALMEIDA, José; PEREIRA, Larissa. *Representatividade e participação feminina nos conselhos de saúde*. Revista de Políticas Públicas em Saúde, v. 15, n. 2, p. 45–61, 2019.
- BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; SOUZA, Maria Fátima. *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 4, p. 18–33, 2020.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. *Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 ago. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico da Mortalidade Materna no Brasil: 2010–2021*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 10 ago. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS*. Brasília, DF: Editora MS, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 10 ago. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede Alyne: reestruturação da atenção materno-infantil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. *A saúde e seus determinantes sociais*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.
- DATASUS. Departamento de Informática do SUS. *Indicadores de mortalidade materna em São Paulo*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br>. Acesso em: 8 ago. 2025.
- DO NASCIMENTO ALEXANDRE, Valéria et al. *Assistência de enfermeiros obstetras em partos de risco habitual no Brasil: potencialidades e desafios*. REVISA, v. 14, n. 1, p. 1235–1249, 2025.
- FERREIRA, Maria Eduarda. *Participação social e equidade na saúde materno-infantil*. Revista Brasileira de Saúde Pública, v. 58, p. 1–15, 2024.
- FIORATI, Regina Corrêa; ARCÊNIO, Raquel Aparecida; CARREIRA, Lígia. *A rede de atenção à saúde da mulher no Brasil: desafios e avanços*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 1, p. 45–56, 2021.

FIOCRUZ. *Rede Alyne: desafios para uma política interseccional na atenção materno-infantil*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde 2019*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

IASZ, A. V.; SILVA, A. C. B. A.; FREITAS, G. L. de. *Discriminação interseccional e violência obstétrica no Sistema Único de Saúde contra mulheres negras*. 2023. Disponível em: <https://dspace.mackenzie.br/bitstreams/8aed3d10-6cee-490d-9e61-45fe9d925610/download>. Acesso em: 1 nov. 2025.

LEAL, Maria do Carmo et al. *Desigualdades raciais, sociais e regionais na mortalidade materna no Brasil, 2006–2017*. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 1–16, 2017.

LOPES, Fernanda; SANTOS, Bruna; LIMA, Cláudio. *Interseccionalidade e saúde materna no Brasil: desafios e perspectivas*. Revista Gênero e Direito, v. 11, n. 3, p. 102–120, 2022.

MS. Ministério da Saúde. *Dados sobre mortalidade materna*. Brasília, DF, 2024.

OLIVEIRA, M. et al. *Capacitação profissional e protocolos sensíveis à diversidade na atenção materno-infantil*. Saúde em Debate, v. 46, n. 134, p. 57–69, 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. *Saúde e interseccionalidade: desafios para políticas públicas no Brasil*. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 543–555, 2018.

SILVA, A.; MORAES, B. *Desafios na implementação da Rede Alyne em São Paulo: análise sob a perspectiva da interseccionalidade*. Revista Brasileira de Saúde Pública, v. 54, n. 2, p. 123–135, 2020.