



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
EM SAÚDE

Rede Cegonha, Rede de Atenção Materna e Infantil e Rede Alyne: uma análise comparativa da abordagem das políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil no Brasil

Marina Fernanda Costa Silvério

Foz do Iguaçu
2025



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO
LATINO-AMERICANA**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
EM SAÚDE**

Rede Cegonha, Rede de Atenção Materna e Infantil e Rede Alyne: uma análise comparativa da abordagem das políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil no Brasil

Marina Fernanda Costa Silvério

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Pós Graduação da Universidade Federal da Integração Latino Americana como requisito para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Lizzia Moura Ferreira dos Santos

Foz do Iguaçu/PR
2025

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Pós Graduação da Universidade Federal da Integração Latino Americana como requisito para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Profª Drª Maria Lizzia Moura Ferreira dos Santos

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profª Drª Maria Lizzia Moura Ferreira dos Santos

Profª Drª Priscila Kiselar Mortelaro Franceschini

Profª Mª Vívian Mitiko Queiroz Lima

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____.

RESUMO

A Rede Cegonha(RC) foi criada em 2011 com a Portaria 1.459 no âmbito do Sistema Único de Saúde pelo governo federal, trata-se de uma estratégia voltada à redução da morbimortalidade materna e à promoção de uma assistência qualificada e humanizada para mulheres e crianças até os dois anos de idade. A iniciativa se organiza e se justifica nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) com o fim de atingir a ampliação, a continuidade, o fortalecimento e o oferecimento de uma oferta de serviços. A Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI) surgiu em abril de 2022 com a Portaria nº 715, em substituição à Rede Cegonha, mas logo foi revogada devido à sua complexa operacionalização. Em setembro de 2024 foi lançada pela portaria nº 5.350 a Rede Alyne, com o objetivo de reestruturar a antiga Rede Cegonha, corrigir as arestas de operacionalização da RAMI e reduzir a mortalidade materna no Brasil em 25% até 2027. O objetivo deste estudo foi analisar as portarias mencionadas por meio de uma abordagem discursiva, a fim de analisar os locais, agentes e sujeitos da assistência nas portarias de domínio público com o intuito de compreender como os modelos propostos interagem e se diferenciam. Conclui-se que todas as portarias estão alinhadas ao propósito de reduzir a morbimortalidade materna. Ao longo dessas três redes, observa-se que os sujeitos, as ações e os locais de atuação se expandem. Com a transição da Rede Cegonha para a RAMI, as relações de poder passam a se orientar por um modelo mais centralizado e rígido. Já a Rede Alyne representa um resgate e uma atualização dos preceitos da Rede Cegonha, pois retoma a proposta de uma gestão mais integrada, inclusiva e estratégica, alinhada a objetivos nacionais de equidade e desenvolvimento sustentável.

Palavras-chave: serviços de saúde materno infantil; mortalidade materna.

RESUMEN

La Rede Cegonha (RC) fue creada en 2011 mediante la Ordenanza nº 1.459, en el ámbito del Sistema Único de Saúde (SUS) por el gobierno federal. Se trata de una estrategia orientada a la reducción de la morbilidad materna y a la promoción de una atención calificada y humanizada para mujeres y niños de hasta dos años de edad. La iniciativa se organiza y se justifica en el marco de las Redes de Atenção à Saúde (RAS), con el fin de ampliar, fortalecer y garantizar la continuidad y la oferta de servicios.

La Rede de Atenção Materno e Infantil (RAMI) surgió en abril de 2022 a través de la Ordenanza nº 715, en sustitución de la Rede Cegonha, pero fue revocada poco tiempo después debido a su compleja operacionalización. En septiembre de 2024, se lanzó la Rede Alyne mediante la Ordenanza nº 5.350, con el objetivo de reestructurar la antigua Rede Cegonha, corregir los problemas de implementación de la RAMI y reducir la mortalidad materna en Brasil en un 25% para el año 2027.

El objetivo de este estudio fue analizar las portarias mencionadas por medio de un enfoque discursivo, con el fin de examinar los lugares, los agentes y los sujetos de la atención presentes en las portarias de dominio público, buscando comprender cómo los modelos propuestos interactúan y se diferencian. Se concluye que todas las portarias están alineadas con el propósito de reducir la morbilidad materna. A lo largo de estas tres redes, se observa que los sujetos, las acciones y los lugares de actuación se amplían. Con la transición de la Rede Cegonha a la RAMI, las relaciones de poder pasan a orientarse hacia un modelo más centralizado y rígido. Por su parte, la Rede Alyne representa una recuperación y una actualización de los preceptos de la Rede Cegonha, ya que retoma la propuesta de una gestión más integrada, inclusiva y estratégica, alineada con los objetivos nacionales de equidad y desarrollo sostenible.

.Palabras clave: servicios de salud materno infantil;; mortalidad materna

ABSTRACT

The Rede Cegonha (RC) was established in 2011 through Ordinance No. 1,459 within the framework of the Sistema Único de Saúde (SUS) by the federal government. It constitutes a strategy aimed at reducing maternal morbidity and mortality and promoting qualified and humanized care for women and children up to two years of age. The initiative is organized and justified within the Redes de Atenção à Saúde (RAS) to achieve the expansion, continuity, strengthening, and provision of services.

The Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI) emerged in April 2022 through Ordinance No. 715 as a replacement for the Rede Cegonha but was soon revoked due to its complex operationalization. In September 2024, the Rede Alyne was launched via Ordinance No. 5,350 with the objective of restructuring the former Rede Cegonha, addressing operational challenges identified in RAMI, and reducing maternal mortality in Brazil by 25% by 2027.

The objective of this study was to analyze the aforementioned ordinances through a discursive approach, in order to examine the locations, agents, and subjects of care in publicly available ordinances and to understand how the proposed models interact and differ. It can be concluded that all ordinances are aligned with the goal of reducing maternal morbidity and mortality. Throughout these three networks, it is observed that the subjects, actions, and sites of operation expand. With the transition from Rede Cegonha to RAMI, power relations shifted toward a more centralized and rigid model. The Rede Alyne, on the other hand, represents a recovery and an update of the principles of Rede Cegonha, as it reinstates the

proposal of a more integrated, inclusive, and strategic management aligned with national objectives of equity and sustainable development.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RAMI	Rede de Atenção Materna e Infantil
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. JUSTIFICATIVA.....	13
3. OBJETIVO.....	14
4. METODOLOGIA DA PESQUISA.....	15
5.DISSCUSSÃO E RESULTADOS.....	16
6. REFERÊNCIAS.....	26

1. INTRODUÇÃO

A gestação constitui um período marcado por intensas transformações fisiológicas, físicas e sociais, que demandam níveis diferenciados de complexidade na atenção à saúde. No entanto, os serviços de saúde, muitas vezes, apresentam limitações para garantir às gestantes o que está preconizado nas portarias oficiais.

As portarias têm a função de regulamentar e organizar programas e serviços de saúde, assegurando os princípios do Sistema Único de Saúde — universalidade, equidade e integralidade — e orientando a prática assistencial em consonância com os direitos humanos.

Grande parte das mulheres brasileiras realiza o pré-natal pelo SUS, e uma parcela significativa dos nascimentos ocorre em hospitais públicos. Segundo dados do Ministério da Saúde (2015), considerando uma população de aproximadamente 194 milhões de habitantes, cerca de 2% correspondem a gestantes.

Com o objetivo de garantir atenção integral e humanizada à gestante, ao parto, puerpério e aos primeiros dois anos de vida da criança, e reduzir a mortalidade materna e infantil, foi instituída, em 24 de junho de 2011, a Portaria nº 1.459, criando a Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha estruturou os serviços de saúde materno-infantil em quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à criança, além de um sistema logístico que inclui transporte sanitário e regulação. Seus princípios fundamentais incluem o respeito à diversidade cultural e étnica, a promoção da equidade de gênero, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e a integração às redes estaduais já existentes (BRASIL, 2011b). A implantação da rede seguiu critérios epidemiológicos, considerando taxa de mortalidade materna e infantil e densidade populacional, ocorrendo de forma gradual em todo o território nacional.

Em 2022, a Portaria nº 715 instituiu a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (RAMI), como evolução da Rede Cegonha, mantendo o foco na redução da mortalidade materna e infantil, na garantia do acesso universal a serviços de saúde

de qualidade e no cuidado seguro e humanizado em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2022).

Já em 2024, a Portaria GM/MS nº 5.350 renomeou a rede para Rede Alyne, instituindo um novo modelo de gestão e financiamento da atenção materno-infantil no SUS (BRASIL, 2024a). A Rede Alyne visa assegurar a continuidade das ações de cuidado materno-infantil, integrando diferentes pontos de atenção, sistemas de apoio e logística, além de mecanismos de governança alinhados ao Planejamento Regional Integrado (BRASIL, 2024b). Seu objetivo central é garantir assistência qualificada e humanizada à gestante, parturiente, puérpera, ao recém-nascido e à criança, com foco na redução da mortalidade materna e infantil, especialmente no período neonatal.

O número de mortes maternas reflete a realidade social e econômica do país, evidenciando qualidade da assistência, desigualdades regionais e raciais, bem como a capacidade de gestão do sistema público de saúde. A mortalidade infantil considera os óbitos de crianças menores de um ano por mil nascidos vivos (BRASIL, 2021), enquanto a mortalidade materna refere-se ao óbito de mulheres durante a gestação ou até 42 dias após seu término, geralmente por hemorragias pós-parto, transtornos hipertensivos ou infecção puerperal (OPAS, 2017). Ambos os indicadores configuram graves problemas de saúde pública, sendo, em sua maioria, evitáveis, motivo pelo qual a prevenção é prioridade nas políticas públicas brasileiras.

Em consonância com as diretrizes Objetivos de Desenvolvimento do Milênio entre 2000 e 2015 (ONU,2000), o país se comprometeu a diminuir em três quartos a mortalidade materna e em dois terços a mortalidade infantil, não conseguindo atingir a primeira e alcançando a segunda meta, respectivamente.

Em 2015 se deu o mais recente desafio no campo da saúde da mulher. Dentre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável(ONU, 2015), é recomendado que em até 2030 haja a redução da mortalidade materna global para menos de 70 mortes a cada 100 mil nascidos vivos. Em contrapartida, no dia 28 de maio de 2018, em reunião da Comissão Nacional de Combate à Mortalidade Materna, o Ministério da Saúde assumiu a meta de redução de 51,7% da Razão de Mortalidade Materna até 2030 (BRASIL, 2015). que corresponde a 30 mortes maternas por 100.000 nascidos

vivos. Já no âmbito neonatal o país foca em enfrentar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para no máximo 5 por mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para no máximo 8 por mil nascidos vivos.

O país já foi condenado por negligência e discriminação pelo Sistema Global de Direitos Humanos da ONU através do Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. Foi o primeiro caso de morte materna evitável brasileiro que foi devidamente responsabilizado e decidido por um órgão internacional de direitos humanos.

O caso emblemático de Alyne da Silva Pimentel Teixeira, em 2002, evidenciou falhas estruturais na atenção obstétrica, marcando a história da saúde materna no país. Mulher negra de 28 anos, Alyne recebeu atendimento tardio, fragmentado e tecnicamente inadequado, resultando em óbito evitável. A Rede Alyne (BRASIL,2024) homenageia Alyne Pimentel, simbolizando a necessidade de políticas integradas e humanizadas, e reafirma o compromisso do Brasil com a redução da mortalidade materna e infantil.

O presente estudo propõe analisar as diretrizes brasileiras no campo materno-infantil — Rede Cegonha, RAMI e Rede Alyne — por meio de abordagem discursiva, buscando compreender como os modelos interagem e se diferenciam no período de 2011 a 2024.

JUSTIFICATIVA

A investigação de documentos públicos de saúde configura-se como um procedimento metodológico fundamental para compreender a formulação de políticas públicas e a estruturação dos serviços de saúde (MINAYO, 2017).

Tais documentos expressam as decisões governamentais, evidenciando metas, prioridades e estratégias adotadas pelo Estado para a promoção da saúde da população (SPINK; FREZZA, 2003). A partir da análise desses instrumentos normativos, é possível identificar os princípios que fundamentam a atenção à saúde, os sujeitos e agentes envolvidos, assim como os mecanismos de regulação e de responsabilização estabelecidos (SPINK; FREZZA, 2009).

O estudo de documentos públicos de saúde constitui uma via privilegiada para investigar transformações históricas, concepções de cuidado e alterações institucionais, possibilitando a articulação entre teoria e prática (MINAYO, 2017).

A análise documental, especialmente no campo da atenção materno-infantil, permite compreender como os modelos de cuidado são organizados, articulados e diferenciados nos serviços de saúde, bem como seus efeitos nos distintos cenários assistenciais. A análise de portarias voltadas à saúde da mulher não se limita a um exame documental, mas representa uma prática crítica capaz de subsidiar decisões estratégicas, orientar a organização dos serviços e contribuir para a formulação de políticas públicas mais justas, efetivas e alinhadas às demandas da população

3. OBJETIVOS

Analisar as diretrizes brasileiras no campo materno-infantil — Rede Cegonha, Rede de Atenção Materno-Infantil e Rede Alyne — por meio de suas respectivas portarias dispostas em domínio público por meio de uma abordagem discursiva, com o intuito de compreender como os modelos propostos interagem e se diferenciam entre si.

Objetivos específicos:

Examinar, à luz da abordagem discursiva, os sujeitos, agentes e locais de atuação previstos em cada política, destacando como esses enunciados constroem sentidos sobre a atenção materno-infantil.

4. MÉTODO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, qualitativa, baseada em análise documental de portarias de domínio público do Ministério da Saúde sobre atenção materna. Como objeto de análise, foram selecionadas três portarias voltadas à saúde materno-infantil, publicadas entre 2011 e 2024: Rede Cegonha, RAMI e Rede Alyne, com o objetivo de observar convergências e diferenças entre essas normativas.

De acordo com Spink e Frezza (2003; 2009), as práticas discursivas são provenientes do campo da psicologia social e dizem respeito aos modos como a linguagem é mobilizada na produção de sentidos em situações sociais a fim de compreender identidades, relações de poder e formas de ação coletiva.

Quando aplicadas à análise de documentos oficiais, como portarias que regulamentam políticas públicas, essas práticas tornam visível como os textos institucionais posicionam sujeitos, estabelecem responsabilidades e delimitam espaços de intervenção.

No contexto das portarias de atenção materna, analisar as práticas discursivas permite identificar quem é responsável pelo cuidado, quais ações são priorizadas e como o sistema de saúde organiza os fluxos de atendimento, além de revelar possíveis lacunas ou desigualdades.

Os dados foram submetidos à análise discursiva, segundo a abordagem de Spink e Frezza (2003; 2009), categorizando sujeitos, agentes, ações e locais de atuação, a fim de identificar lacunas e similaridades no cuidado materno-infantil.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

Segundo a OMS (2008, p. 2), as RAS consistem na “gestão e oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde”

No Brasil, as RAS foram criadas como estratégia para superar a fragmentação do cuidado. Sua formalização ocorreu com a publicação da Portaria nº 4.279 (BRASIL, 2010) , que estabeleceu tanto o conceito quanto a organização das RAS dentro do SUS. A partir desta reorganização, o MS passou a incentivar a integração entre serviços, recursos e práticas, buscando atender às demandas dos usuários de forma contínua e integral, abrangendo desde a atenção básica até os níveis mais complexos da assistência.

Antes da instituição das RAS o Ministério da Saúde já lançava esforços para garantir a assistência de mulheres e crianças. A primeira iniciativa proposta foi o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984, que introduziu uma visão inovadora de saúde ao propor ações além do ciclo reprodutivo, incluindo promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério.(BRASIL, 1984). Este programa foi fundamental para consolidar a perspectiva da integralidade no cuidado, substituindo a utilização de ações isoladas no planejamento familiar.

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, (BRASIL, 1988)sua regulamentação e o seu funcionamento foram estabelecidos na Lei nº 8.080, assinada em 19 de setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990).

A partir desse marco, a saúde da mulher passou a ser reconhecida como uma política pública destinada a todas, sem distinção, oferecendo um cuidado integral que engloba ações de prevenção, promoção e recuperação. Esse enfoque não se restringe às condições reprodutivas ou doenças ginecológicas, mas busca considerar o indivíduo em suas especificidades, promovendo um conjunto contínuo de intervenções para reduzir desigualdades em saúde.

Os modelos de atenção em saúde devem estar alinhados às reais demandas da população, considerando o perfil demográfico e epidemiológico brasileiro, pois quando o sistema de saúde não acompanha a situação de saúde da população, seja por um crescimento demográfico acelerado, ou mudança de maior índice de doenças agudas para crônicas, os sistemas entram em crise (Mendes, 2010).

Essa trajetória política serviu de base para a consolidação das redes de atenção à saúde, buscando reduzir a fragmentação do cuidado e promover a integralidade da assistência, desde a atenção primária até os serviços especializados, assegurando acompanhamento contínuo e integração entre os diferentes níveis de atenção.

A implementação da Rede Cegonha está alinhada com os elementos constitutivos, atributos e estratégias das RAS no SUS. No seu período de formulação e implementação o país vivia um período de consolidação democrática, caracterizado pelo fortalecimento de movimentos sociais, principalmente o movimento feminista que criticava a visão reducionista de saúde da mulher até então centradas no âmbito gravídico e puerperal. O programa teve por objetivo responder às demandas de saúde da mulher e criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de 0 aos 24 meses por meio da organização dos serviços, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade a fim de reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL,2011).

A Rede Cegonha constitui uma estratégia nacional voltada à organização político-assistencial, que requer a articulação entre a Atenção Primária e os serviços hospitalares de referência, de modo a assegurar um cuidado progressivo, contínuo e acessível às mulheres, respeitando as particularidades de cada usuária (BRASIL, 2011). A rede prioriza o acesso ao pré-natal de qualidade, a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade, além de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011c)

Sua implementação ocorreu de forma gradativa em todo o Brasil, levando em consideração a taxa de mortalidade infantil, razão da mortalidade materna e a densidade populacional. A operacionalização da Rede Cegonha se deu pela execução de cinco fases: Adesão e diagnóstico, desenho regional, contratualização dos pontos de atenção, qualificação dos componentes e certificação (BRASIL, 2011). O programa foi fortemente influenciado por discursos técnicos e normas internacionais, incluindo relatórios da Organização Mundial da Saúde, indicadores globais de saúde infantil e pactos internacionais que orientavam a redução da mortalidade materno-infantil (OMS, 2010; ONU, 2015).

Como resultado, verificou-se que a Rede Cegonha apresentou aumento na realização de consultas pré-natais. O aumento relativo das boas práticas de atenção ao parto foi maior nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, especialmente entre mulheres com 35 anos ou mais, pardas e pretas, e com menor escolaridade, sugerindo que a intervenção da Rede Cegonha foi eficaz na redução das iniquidades em saúde. No entanto, é importante destacar que as menores frequências absolutas dessas boas práticas persistiram entre as mulheres que se autodeclararam pretas.

Em relação ao cuidado ao recém-nascido saudável no momento do parto, observou-se um avanço em comparação a 2011, especialmente quanto ao aumento do contato pele a pele, ao início da amamentação na primeira hora de vida e à manutenção da amamentação nas primeiras 24 horas.

Apesar dos avanços proporcionados pela Rede Cegonha, ainda persistem importantes desafios para a atenção materno-infantil no Brasil. Entre eles, destacam-se a insuficiente organização e planejamento da rede, a escassez de leitos obstétricos, de gestação de alto risco, de UTIs pediátricas e neonatais, bem como de leitos pediátricos em geral. Adicionalmente, observa-se a falta de habilitação de bancos de leite humano, a carência de profissionais qualificados para atuar na rede de atenção e limitações na capacitação para o registro adequado da produção assistencial (BRASIL, 2015).

Em 2021, o Brasil registrou a pior razão de mortalidade materna da série histórica, com 107 mortes de mães a cada 100 mil nascidos vivos, situação agravada pela COVID-19 (UNFPA, 2022).

No ano seguinte à pior razão de mortalidade materna da história recente, o Ministério da Saúde lançou uma nova estratégia de organização da Rede de Atenção Materna e Infantil, a RAMI. (BRASIL, 2022)

A primeira portaria que implementou a RAMI foi a Portaria GM/MS nº 715/2022, posteriormente alterada e depois revogada pela Portaria GM/MS nº 13/2023 (BRASIL, 2022a; BRASIL, 2023a).

A Rede de Atenção Materna e Infantil foi criada para atualizar a Rede Cegonha, oferecendo um modelo de atenção à saúde seguro, humanizado e de qualidade. Abrange todo o ciclo de cuidado — do planejamento familiar à gestação, pré-natal, parto, puerpério, perdas gestacionais e acompanhamento do recém-nascido e da criança — com o objetivo de promover crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A implementação da Rede de Atenção Materno-Infantil (RAMI) em 2022 ocorreu em um contexto desafiador, fortemente impactado pela pandemia de COVID-19, que expôs fragilidades do SUS, como limitações na infraestrutura, escassez de profissionais e interrupções nos serviços de pré-natal, parto, puerpério e cuidado infantil (BRASIL, 2022). Durante esse período, observou-se aumento de complicações maternas e neonatais, decorrentes de atrasos no acesso, suspensão de consultas e sobrecarga dos profissionais (BRASIL, 2021;).

A implantação da RAMI gerou controvérsias por não ter passado pelo processo de negociação e gestão compartilhada do SUS nas três instâncias, provocando resistência de entes federativos. Foi igualmente criticada pelo seu custo e alta dificuldade de implementação, já que a nova rede substituiu a antiga Rede Cegonha. Diante das críticas, a portaria que a instituiu foi revogada (BRASIL, 2022; BRASIL, 2023)

A Rede Alyne é uma atualização vigente da Rede Cegonha, a estratégia foi lançada em setembro de 2024 pelo Governo Federal. Tem como objetivo a redução em 25% da mortalidade materna no Brasil até 2027. Além disso, busca diminuir em 50% as mortes maternas entre mulheres negras, um grupo historicamente mais vulnerável. A Rede é instituída pela Portaria GM/MS nº 5.350/2024, que detalha sua estrutura e

organização, enquanto a Portaria GM/MS nº 5.349/2024 trata de seu financiamento (BRASIL, 2024a; BRASIL, 2024b)

A iniciativa dá continuidade às estratégias da Rede Cegonha, introduzindo inovações como um modelo de financiamento baseado no número de nascidos vivos e na região de atendimento, aumento dos repasses para exames pré-natais incluindo novos testes sorológicos, fortalecimento da logística para facilitar o acesso, criação do Ambulatório de Gestação de Puerpério e Alto Risco integrado aos serviços primários e especializados, além de investimentos em Casas da Gestante, Bebê e Puérpera, bancos de leite e UTIs obstétricas e neonatais.

O foco atual da política é o cuidado às gestantes, com atenção especial às mulheres pretas e indígenas, que historicamente enfrentam dificuldades no acesso a serviços de saúde devido ao racismo estrutural, bem como a grupos vulneráveis, como mulheres em situação de rua e presidiárias.

Dentre as políticas apresentadas, observa-se que, na formulação da Rede Cegonha, os sujeitos são mulheres em idade fértil, principalmente gestantes, que são assistidas em locais de atuação de baixa, média e alta complexidade, a depender da condição em que se apresenta a gestação. Os agentes da assistência direta são formados por equipes multiprofissionais, responsáveis pela articulação de diferentes saberes, pelo cuidado integral e pela resolutividade. O foco da política está em promover a humanização e respeitar a fisiologia no ciclo gravídico-puerperal.

Com a RAMI, mantêm-se os mesmos sujeitos, mas sua estrutura se alicerça no risco gestacional, valorizando locais de alta e média complexidade e determinando, assim, maior hierarquização no cuidado, tornando o profissional médico o centralizador da assistência. Segundo Mortelaro (2024), há uma “direção à centralidade dos profissionais médicos nos serviços de atenção ao pré-natal e ao parto, o que pode representar uma visão invertida desses eventos da vida sexual e reprodutiva.”

Já a Rede Alyne reforça o papel do Governo Federal e dos gestores locais em priorizar grupos historicamente vulneráveis, como mulheres negras e indígenas, sem desconsiderar os mesmos sujeitos. A estratégia busca mitigar as

desigualdades e promover a justiça social na saúde. Observa-se o retorno da valorização da equipe multiprofissional, com transferência de níveis de atenção a depender do incremento do risco gestacional, revalorizando o processo fisiológico do ciclo gravídico-puerperal sem desconsiderar possíveis agravos, como característica da Rede Cegonha.

A formulação das políticas de atenção materno-infantil no Brasil é culturalmente influenciada por agendas e discursos internacionais, assim como pela pressão de indicadores globais voltados à redução da mortalidade materna e neonatal. A mobilização social é evidente, porém sua participação no resultado final das políticas é limitada.

O avanço das políticas públicas de saúde da mulher no Brasil depende de uma abordagem integrada que combine financiamento adequado, fortalecimento da infraestrutura do SUS e gestão eficiente das redes de atenção. É essencial capacitar profissionais de forma contínua, garantindo práticas humanizadas e multiprofissionais, além de promover participação social efetiva, especialmente de movimentos feministas e conselhos de saúde. Políticas voltadas à equidade devem priorizar populações vulneráveis, reduzindo desigualdades regionais, étnico-raciais e socioeconômicas. O uso de tecnologias, protocolos baseados em evidências e sistemas de monitoramento contínuo é fundamental para assegurar a qualidade do cuidado. Assim, o país precisa articular esforços técnicos, institucionais e sociais para transformar diretrizes em resultados concretos, promovendo atenção integral, humanizada e equitativa à saúde materna e da mulher em todas as fases da vida.

Ao longo dessas três redes, observa-se que os sujeitos, as ações e os locais de atuação se expandem. Com a transição da Rede Cegonha para a RAMI, as relações de poder passam a se orientar por um modelo mais centralizado e rígido. Já a Rede Alyne representa um resgate e uma atualização dos preceitos da Rede Cegonha, pois retoma a proposta de uma gestão mais integrada, inclusiva e estratégica, alinhada a objetivos nacionais de equidade e desenvolvimento sustentável.

ANEXOS

ANÁLISE	REDE CEGONHA	RAMI	REDE ALYNE
<p>Componentes</p>	<p>Pré-Natal Parto e Nascimento Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança Sistema Logístico: Transporte Sanitário Regulação</p>	<p>Atenção Primária à Saúde Atenção Ambulatorial Especializada Atenção Hospitalar Sistemas de Apoio Sistemas Logísticos Sistemas de Governança</p>	<p>Pré-natal; Parto e nascimento; Puerpério e atenção integral à saúde da criança; Sistema logístico; Sistema de apoio; e Sistema de governança</p>
<p>Locais da assistência</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Unidades Básicas de Saúde ● Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera ● UTI neonatal e UTI adulto 	<ul style="list-style-type: none"> ● Unidades Básicas de Saúde como parte da Atenção Primária <ul style="list-style-type: none"> ● Maternidades de Baixo Risco (MAB); * ● Centros de Parto Normal intra-hospitalares (CPN intra-hospitalar) <ul style="list-style-type: none"> ● Centros de Parto Normal peri-hospitalares (CPN peri-hospitalar) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Unidade Básica de Saúde ● Ambulatório especializado, e III – Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco AGPAR. ● Centro de Parto Normal intra-hospitalar – CPNi e Centro de Parto Normal peri-hospitalar ● Maternidade ou

		lar) <ul style="list-style-type: none"> Casas da Gestante, Bebê e Puérpera .	hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos; III <ul style="list-style-type: none"> Maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos, habilitação em gestação de alto risco; Unidades de cuidado neonatal; e Casa da Gestante, Bebê e Puérpera Ambulatório de Seguimento do recém-nascido e da criança Banco de Leite Humano
Agentes da assistência	Gestores do SUS, equipe multiprofissional que inclui parteiras tradicionais.	Gestores do SUS, equipe multiprofissional caracterizada pela hierarquia médica.	Gestores do SUS, equipe multiprofissional.
Sujeitos da assistência	Mulheres em idade reprodutiva ou durante a gravidez, parto e puerpério, bem como para os recém-nascidos e crianças até aos dois anos de idade.	Mulheres em idade reprodutiva ou durante a gravidez, parto e puerpério, bem como para os recém-nascidos e crianças até aos dois anos de idade.	Mulheres em idade reprodutiva ou durante a gravidez, parto e puerpério, bem como para os recém-nascidos e crianças até aos dois anos de idade com foco em grupos que possuem maiores índices de

			mortalidade materna: mulheres pretas e indígenas
Ações	Planejamento reprodutivo, pré natal com estratificação de risco, parto com enfoque na humanização, seguimento puerpério para o binômio.	Planejamento reprodutivo pré natal e parto com enfoque risco gestacional, seguimento puerpério para o binômio.	Planejamento reprodutivo, pré natal com estratificação de risco, parto com enfoque na humanização e consideração de determinantes sociais, seguimento do puerpério para o binômio.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Diário Oficial da União, Brasília, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm, Acesso em: 10 ago. 2025.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde*. Diário Oficial da União, Brasília, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 05 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM*. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/pnaism>. Acesso em 07 jul 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Dispõe sobre a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em 03 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011a*. Institui a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 01 ago 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede Cegonha: Portaria nº 1.459/2011*. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 22 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2009I*. Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2009.pdf. Acesso em 01 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Brasília, DF, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf. Acesso em 03 set 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 715, de abril de 2022*. Institui a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (RAMI). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0715_06_04_2022.html. Acesso em 03 set 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 13, de 2023*. Revoga a Portaria nº 715/2022 e atualiza normas da RAMI. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0715_06_04_2022.html. Acesso em 03 set 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 5.350, de setembro de 2024*. Institui a Rede Alyne. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2024a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em 06 jul 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017*. Consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prtconsol05_28_09_2017.html. Acesso em: 01 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 5.349, de 2024b*. Regulamenta o financiamento da Rede Alyne. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2024b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em 06 jul 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico Vol. 52 - nº 37: Mortalidade infantil no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:

https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede Alyne: conheça a história da jovem negra que deu nome ao novo programa de cuidado integral à gestante e bebê*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/rede-alyne-conheca-a-historia-da-jovem-negra-que-deu-nome-ao-novo-programa-de-cuidado-integral-a-gestante-e-bebe>. Acesso em: 01 jul. 2025.

BRASIL. *Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2011. Disponível em: https://materiais.ead.fiocruz.br/especializacao/gestao-de-risco-de-emergencias-e-de-sastres-em-saude-publica/percurso/documents/Principios_diretrizes_sus.pdf. Acesso em: 01 out. 2025.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde: o desafio da integralidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/?lang=pt>. Acesso em: 22 set. 2025.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FgpDFKSpjybvGMj4QK6Ssv/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 22 set. 2025.

MORTELARO, P *et al* .Da Rede Cegonha à Rami: tensões entre paradigmas de atenção ao ciclo gravídico-puerperal. *Saúde e Debate*, São Paulo, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ckgS8FzczkCymk86GkC9xwP/abstract/?lang=pt>. Acesso em 28 ago 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)*. Nova Iorque: ONU, 2000. Disponível em: <https://www.un.org/millenniumgoals/>. Acesso em: 02 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS): Transformando nosso mundo 2015–2030*. Nova Iorque: United Nations, 2015. Disponível em: <https://sdgs.un.org/2030agenda>. Acesso em: 02 out. 2025.

SPINK, M. J.; FREZZA, R. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. *Saúde e Sociedade*, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/wNf4HcfnwDqnyCwxYrMwk5P/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 set. 2025.

UNFPA. Maternal mortality trends in Brazil and the impact of COVID-19. Brasília: UNFPA, 2022. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/vfunfpa_oobr_livro_saude_materna_e_covid-19_digital_0.pdf. Acesso em: 04 set 2025.

UNFPA. *Razão da mortalidade materna no Brasil aumentou 94% durante a pandemia* – Fundo de População das Nações Unidas. Brasil: UNFPA. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/razao-da-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-94-durante-pandemia-fundo-de-populacao-da-onu>. Acesso em: 02 set 2025.