Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Modelo de cuidado integral e humanizado na atenção materno-infantil

Model for comprehensive and humanized care in maternal and child health

Modelo de atención integral y humanizada en la atención materno-infantil

Alexsandro Sampaio de Oliveira[1], Antonio Adauto Soares de Andrade Filho[1], Luciane Sayuri de Souza Muranaka[1], Jakeline Silva de Oliveira[1], Jeferson Esteves Garcia[1], Paula Kamila da Silva Lima Almeida[1], Ramiris de Sá Vieira[1], Karla Christina Bernardes[1] Jéssica Carvalho Santos[2], Michelli Domingos da Silva[3].

RESUMO

Objetivo: Descrever o modelo de cuidado integral e humanizado na atenção materno-infantil. **Relato de experiência:** Este relato de vivência detalha a estruturação do fluxo de assistência materno-infantil em uma Unidade de Saúde da Família. O processo de assistência começa com o acolhimento da mulher com suspeita de gravidez, a realização do teste rápido e o início imediato do pré-natal nos casos positivos, com monitoramento conjunto entre a equipe de enfermagem e a médica. A classificação de risco direciona para serviços especializados quando necessário, preservando a conexão com a Atenção Primária. O atendimento engloba instruções durante a gravidez, preparação para o parto, suporte ao aleitamento materno, além de acompanhamento durante o período pós-parto e no progresso e desenvolvimento da criança. O papel multidisciplinar e a atividade territorial dos Agentes Comunitários de Saúde auxiliam na continuidade do atendimento. **Considerações finais:** A vivência demonstra que a estruturação do fluxo de assistência aumenta o acesso, a conexão e a excelência da assistência materno-infantil, apesar de ainda existirem obstáculos ligados à coordenação da rede de cuidados. A articulação entre APS e outros setores é essencial para garantir cuidado equitativo a grupos vulneráveis, e práticas intersetoriais fortalecem o cuidado materno-infantil mesmo em redes fragmentadas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Saúde materno-infantil, Cuidado integral, Humanização do parto, Enfermagem em saúde pública.

ABSTRACT

Objective: To describe the model of comprehensive and humanized care in maternal and child health. **Experience report:** This experience report details the structuring of the maternal and child care flow in a Family Health Unit. The care process begins with welcoming the woman with suspected pregnancy, performing a rapid test, and immediately initiating prenatal care in positive cases, with joint monitoring between the nursing and medical teams. Risk classification directs to specialized services when necessary, preserving the connection with Primary Care. Care includes instructions during pregnancy, preparation for childbirth, support for breastfeeding, as well as follow-up during the postpartum period and in the child's progress and development. The multidisciplinary role and territorial activity of Community Health Agents assist in the continuity of care. **Final considerations:** The experience demonstrates that structuring the care flow increases access, connection, and excellence in maternal and child care, although obstacles related to the coordination of the care network still exist. Coordination between primary health care and other sectors is essential to ensure equitable care for vulnerable groups, and intersectoral practices strengthen maternal and child care even in fragmented networks.

Keywords: Primary Health Care, Maternal and child health, Comprehensive care, Humanization of childbirth, Public health nursing.

[1] Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), Manaus – AM.
[2] Universidade Nilton Lins (UNL), Manaus – AM.
[3] Secretária de Educação do Estado de Pernambuco (SEE), Recife – PE.

SUBMETIDO EM: 2/2026 | **ACEITO EM: 3/2026** | **PUBLICADO EM: 4/2026**

RESUMEN

Objetivo: Describir el modelo de atención integral y humanizada en salud materno-infantil. **Informe de experiencia:** Este informe detalla la estructuración del flujo de atención materno-infantil en una Unidad de Salud Familiar. El proceso de atención comienza con la bienvenida a la mujer con sospecha de embarazo, la realización de una prueba rápida y el inicio inmediato de la atención prenatal en casos positivos, con monitoreo conjunto entre los equipos de enfermería y médicos. La clasificación de riesgo orienta hacia servicios especializados cuando es necesario, preservando la conexión con la Atención Primaria. La atención incluye instrucciones durante el embarazo, preparación para el parto, apoyo a la lactancia materna, así como seguimiento durante el período posparto y en el progreso y desarrollo del niño. El rol multidisciplinario y la actividad territorial de los Agentes de Salud Comunitaria contribuyen a la continuidad de la atención. **Consideraciones finales:** La experiencia demuestra que la estructuración del flujo de atención aumenta el acceso, la conexión y la excelencia en la atención materno-infantil, aunque aún existen obstáculos relacionados con la coordinación de la red de atención. La coordinación entre la atención primaria de salud y otros sectores es esencial para garantizar una atención equitativa para los grupos vulnerables, y las prácticas intersectoriales fortalecen la atención materno-infantil incluso en redes fragmentadas.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Salud materno-infantil, Atención Integral, Humanización del parto, Enfermería en salud pública.

INTRODUÇÃO

A saúde materno-infantil constitui um pilar fundamental da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo reconhecida, na prática cotidiana dos serviços, não apenas como um direito fundamental, mas também como um importante indicador do desenvolvimento social e da efetividade dos sistemas de saúde. No contexto brasileiro, a redução das taxas de mortalidade materna e infantil permanece como um desafio estratégico da saúde pública, em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que visam à redução da mortalidade materna e à eliminação de mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos (OMS, 2017).

Para o enfrentamento dessa complexidade, o Ministério da Saúde instituiu políticas e estratégias estruturantes, como a Rede Cegonha modelo de atenção que assegura o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto, ao puerpério e ao desenvolvimento infantil e a Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno (BRASIL, 2017). No cotidiano da APS, essas políticas reforçam a necessidade de um cuidado longitudinal e integral, que se inicia no planejamento familiar e no pré-natal, perpassa o parto e o puerpério e se estende ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, fundamentado nos princípios da humanização, segurança e equidade (BRASIL, 2016).

Entretanto, a vivência nos serviços de saúde evidencia que, apesar dos avanços normativos e organizacionais, persistem fragilidades na qualidade da assistência pré-natal na APS. Estudos recentes do Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para a Saúde (CIDACS/Fiocruz) apontam lacunas no cumprimento e no registro de exames e intervenções preconizadas, realidade também observada na prática assistencial, o que reforça a necessidade de estratégias que garantam acompanhamento completo, contínuo e resolutivo às gestantes. Soma-se a esse cenário a complexidade do território brasileiro, marcado por grandes dimensões geográficas e profundas desigualdades regionais e socioeconômicas, que impõem desafios adicionais à organização do cuidado, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social (ORTELAN DN, et al., 2023).

Nesse contexto, a Unidade de Saúde da Família (USF) se consolida, na experiência cotidiana das equipes, como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado na APS, assumindo papel central na concretização das ações de saúde materno-infantil. É a partir dessa perspectiva que se insere a experiência desenvolvida na USF localizada em uma capital da Região Norte do Brasil, por meio das equipes das Áreas, que estruturaram um modelo de atenção materno-infantil pautado na integralidade do cuidado, na humanização e na resolutividade, com forte articulação com a comunidade local e com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa organização do cuidado se alinha aos pilares de promoção, proteção,

recuperação e apoio ao aleitamento materno, incluindo ações voltadas às mulheres trabalhadoras (SOUZA CB, et al., 2023).

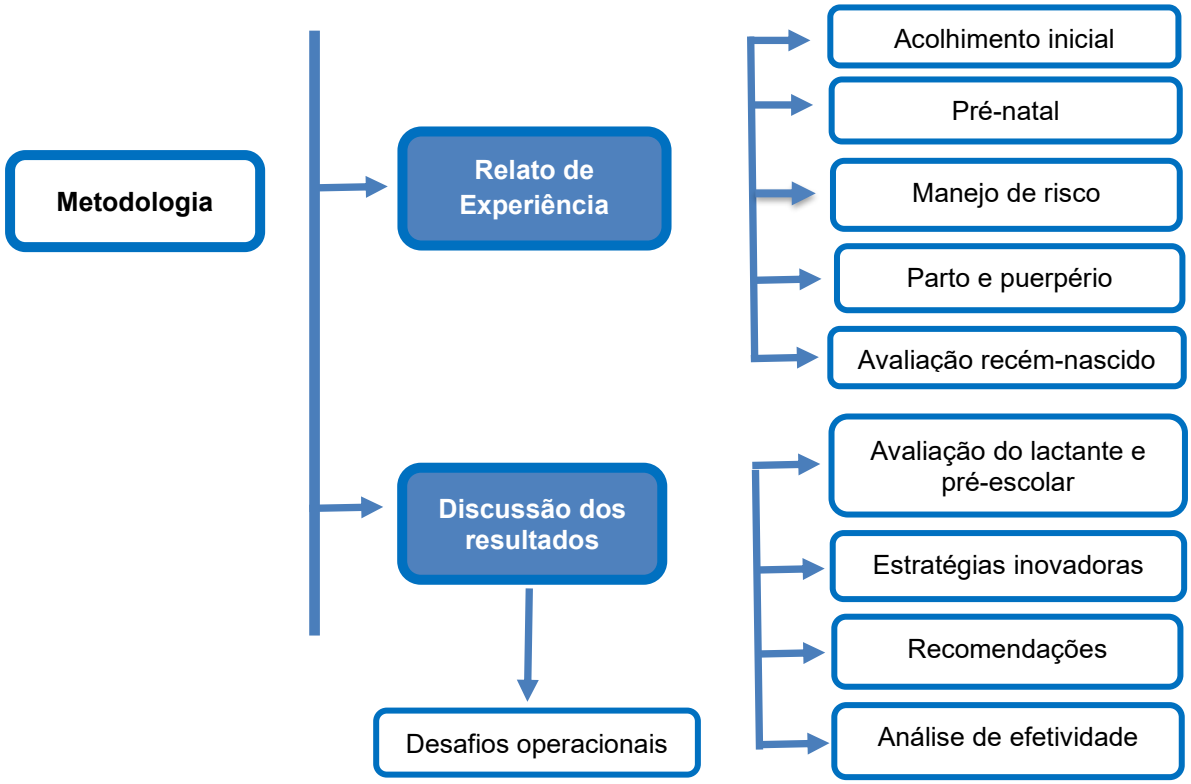
Diante desse cenário, este relato de experiência descreve o fluxo integral de cuidado materno-infantil implementado na USF localizada em capital da Região Norte do Brasil, desde a suspeita de gravidez até as etapas fundamentais do desenvolvimento infantil, com ênfase no manejo de gestações de baixo, intermediário e alto risco. São abordados aspectos relacionados à atuação multiprofissional, à construção de vínculo terapêutico e à integração entre os diferentes pontos da rede de atenção, evidenciando como profissionais e níveis assistenciais se articulam para assegurar a continuidade e a qualidade do cuidado, incluindo as estratégias de vinculação da gestante à maternidade de referência (MANAUS, 2020) e o enfrentamento das vulnerabilidades sociais identificadas no território.

Além disso, o relato reflete sobre os desafios operacionais, estruturais e sociais vivenciados no cotidiano assistencial, bem como as estratégias adotadas pela equipe para sua superação. Por fim, são apresentadas recomendações práticas, fundamentadas nas diretrizes nacionais e na literatura científica, com vistas ao fortalecimento de um cuidado materno-infantil equitativo, resolutivo, humanizado e comprometido com a promoção da equidade em saúde (MANAUS, 2020).

Dessa forma, o objetivo deste relato de experiência foi descrever como o modelo de cuidado integral e humanizado é implementado na atenção materno-infantil em uma Unidade de Saúde da Família localizada em uma capital da Região Norte do Brasil.

Para melhor compreensão da organização do cuidado materno-infantil descrita neste relato, a **Figura 1** apresenta o fluxograma do processo assistencial implementado na Unidade de Saúde da Família, desde a suspeita de gravidez até o acompanhamento do puerpério e do crescimento e desenvolvimento infantil.

Figura 1 - Fluxograma do Cuidado Materno-Infantil na Unidade de Saúde da Família.



Fonte: Oliveira AS, et al., 2026.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este relato de experiência descreve a organização do fluxo de cuidado ao binômio materno-infantil em USF localizadas em uma capital da Região Norte do Brasil, a partir da vivência das equipes na Atenção Primária à Saúde. O processo assistencial vem sendo estruturado com o objetivo de garantir cuidado contínuo, articulado e humanizado desde a suspeita gestacional até o puerpério e os primeiros anos de vida da criança, reforçando o papel da Atenção Primária como coordenadora do cuidado.

O fluxo assistencial inicia-se no acolhimento da mulher com suspeita de gestação, geralmente realizado pela equipe de enfermagem. Esse momento configura-se como ponto estratégico para a escuta qualificada e para o estabelecimento do vínculo, independentemente do resultado do Teste Rápido de Gravidez (TRG). Quando o teste é negativo, o cuidado é reorganizado para ações de saúde sexual e reprodutiva, com orientações sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos e planejamento reprodutivo. Quando o resultado é positivo, o pré-natal é iniciado de forma imediata, priorizando o acolhimento, a orientação inicial e a vinculação da gestante à equipe de referência.

A organização do pré-natal baseia-se no compartilhamento de responsabilidades entre enfermagem e equipe médica, com atenção individualizada às condições clínicas e sociais identificadas ao longo do acompanhamento. A Caderneta da Gestante é utilizada como instrumento central de comunicação e continuidade do cuidado, favorecendo o diálogo entre equipe e usuária e a articulação com outros pontos da rede. As orientações gestacionais são ofertadas de forma longitudinal, abordando sinais de alerta, hábitos saudáveis, autocuidado e preparação para o parto.

Entre os principais desafios operacionais observados destacam-se a identificação precoce de situações de risco e a articulação com a rede de atenção especializada. Como estratégia, as equipes adotam protocolos institucionais para estratificação de risco e mantêm encaminhamentos oportunos aos serviços de referência, sem ruptura do acompanhamento na USF. A continuidade do cuidado na Atenção Primária é mantida mesmo quando há necessidade de seguimento em outros níveis de atenção.

A atuação multiprofissional constitui elemento estruturante do fluxo assistencial. A autonomia da enfermagem na condução de ações previstas em protocolo, associada à articulação com profissionais do antigo Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), tem contribuído para o manejo de situações relacionadas a vulnerabilidades sociais, alimentação, saúde mental e outras demandas que exigem cuidado ampliado. Essa integração tem se mostrado uma estratégia relevante para enfrentar limitações operacionais e ampliar a capacidade de resposta da equipe.

No período final da gestação, o fluxo incorpora ações voltadas à preparação para o parto e à transição do cuidado para a maternidade de referência, com orientações sobre trabalho de parto, cuidados com o recém-nascido e amamentação. A visita de vinculação à maternidade é reconhecida como estratégia que contribui para reduzir inseguranças e fortalecer o vínculo com a rede hospitalar.

No puerpério, o cuidado é reorganizado para atender às necessidades da mulher e do recém-nascido, com valorização da escuta qualificada e do acolhimento. O acompanhamento da criança ocorre de forma integrada ao cuidado materno, com foco no crescimento, desenvolvimento, imunização e fortalecimento do vínculo mãe-bebê. A amamentação é tratada como eixo prioritário, com apoio contínuo da equipe e articulação com serviços de apoio quando necessário.

A atuação dos Agentes Comunitários de Saúde permeia todo o fluxo assistencial, sustentando a aproximação com o território, o acompanhamento das famílias e a identificação de situações de vulnerabilidade. Essa atuação contribui para a manutenção do vínculo e para a reorganização do cuidado frente a dificuldades de acesso e adesão.

A experiência evidencia que a organização do fluxo de cuidado, aliada a estratégias de acolhimento, vínculo e trabalho em equipe, constitui elemento central para a qualificação da atenção materno-infantil na Atenção Primária. Os desafios relacionados à rede de atenção e às condições sociais persistem, exigindo ajustes contínuos nos processos de trabalho e fortalecimento da articulação intersetorial.

DISCUSSÃO

O modelo de cuidado materno-infantil desenvolvido em uma USF localizada em uma capital da Região Norte do Brasil evidencia uma organização do processo de trabalho alinhada aos princípios da Atenção Primária à Saúde e às políticas nacionais de saúde materno-infantil. A centralidade do enfermeiro no acolhimento e na condução inicial do cuidado, articulada à atuação médica e ao acompanhamento territorial realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde, configura uma prática integrada que favorece o acesso, o vínculo e a continuidade do acompanhamento ao longo do ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2022).

A experiência revela que a identificação de situações de risco gestacional e o encaminhamento oportuno para serviços especializados, como a Policlínica Codajás, constituem elementos importantes na coordenação do cuidado pela USF. Mesmo diante da necessidade de acompanhamento em outros níveis de atenção, observa-se a manutenção do vínculo da gestante com a Atenção Primária, o que contribui para a organização do cuidado de forma articulada na Rede de Atenção à Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2023).

O manejo das principais condições associadas ao risco gestacional, como hipertensão arterial, pré-eclâmpsia e diabetes gestacional, integra a rotina das equipes e é conduzido com base em protocolos institucionais. As ações incluem rastreamento clínico, orientações sobre hábitos alimentares, atividade física segura e autocuidado, bem como articulação com outros profissionais da equipe multiprofissional, evidenciando uma prática voltada à prevenção de agravos e ao acompanhamento longitudinal das gestantes (BRASIL, 2022; PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2023).

A atenção aos exames preconizados no pré-natal de baixo risco, o acompanhamento de infecções como a sífilis e a integração da saúde bucal ao longo da gestação reforçam a dimensão técnica do cuidado ofertado. A oferta de testagem para infecções sexualmente transmissíveis aos parceiros e as ações de planejamento familiar, inclusive nos casos de resultado negativo para gravidez, demonstram uma abordagem ampliada da saúde sexual e reprodutiva no contexto da Atenção Primária (BRASIL, 2022; CUNHA AA e MORAES MF, 2022; BRITZKE AP e MARCHESE C, 2022).

No acompanhamento do puerpério e da criança, a amamentação é tratada como eixo prioritário do cuidado, com orientações contínuas e apoio às mulheres, incluindo aquelas em situação de retorno ao trabalho. A atuação de profissionais do antigo Núcleo Ampliado de Saúde da Família, como nutricionistas e assistentes sociais, amplia a capacidade de resposta da USF frente às demandas nutricionais, psicossociais e às relacionadas aos determinantes sociais da saúde, fortalecendo a integralidade da atenção (SANINE PR et al., 2021; SEMSA, 2023).

A articulação com a maternidade de referência, por meio da visita de vinculação, favorece a integração entre os níveis de atenção e contribui para a organização do cuidado no momento do parto. As visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde permanecem como estratégia central para aproximação com o território, acompanhamento das famílias e identificação de necessidades ao longo do cuidado materno-infantil (BRASIL, 2022).

Apesar dos avanços na organização do fluxo assistencial, a experiência também evidencia desafios relacionados a fragilidades estruturais da rede de saúde. A demora na liberação de resultados laboratoriais, associada a entraves operacionais dos serviços regulados, pode dificultar a tomada de decisão clínica em situações que demandam maior agilidade. Outro desafio refere-se à descontinuidade do acompanhamento de gestantes, relacionada a mudanças de domicílio, migração para a rede privada e limitações na integração das informações entre os níveis de atenção, o que impõe obstáculos à longitudinalidade do cuidado (CIDACS, 2024; SANTOS FP, et al., 2021).

De modo geral, a experiência aponta que a organização do fluxo assistencial, sustentada pelo trabalho multiprofissional e pela atuação territorial da Atenção Primária, constitui elemento central para o cuidado materno-infantil. Ao mesmo tempo, evidencia a necessidade de fortalecimento da articulação em rede e de ajustes contínuos nos processos de trabalho, como aprendizados decorrentes da prática cotidiana.

A dimensão humana, o vínculo e os determinantes sociais no cuidado materno-infantil

A efetividade do cuidado materno-infantil não reside apenas na aplicação de protocolos técnicos, mas também na dimensão relacional e no fortalecimento do vínculo entre equipe e população. A Atenção Primária à Saúde, por sua organização territorial e pelo acompanhamento longitudinal, favorece a construção de relações de confiança fundamentais para a adesão ao pré-natal, a continuidade do cuidado e a participação das gestantes no processo de acompanhamento (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2022; FRANCO RVAB, et al., 2020; MARQUES BL, et al., 2021).

Na prática cotidiana, essa dimensão humana se expressa em ações simples, porém significativas, como chamar a usuária pelo nome, retomar informações discutidas em consultas anteriores, adaptar a linguagem às condições de compreensão, reconhecer limitações relacionadas ao tempo e ao deslocamento, acolher medos e dúvidas sem julgamento e oferecer alternativas possíveis para a manutenção do acompanhamento. Ao reconhecer a gestante como sujeito de direitos, inserida em uma rede de relações familiares, comunitárias e laborais, a equipe ressignifica o pré-natal como espaço de cuidado ampliado, para além do cumprimento de agendas e exames, favorecendo a autonomia das mulheres e a corresponsabilização nas decisões relacionadas à gestação, ao parto e ao cuidado com o recém-nascido (FERREIRA AB e SILVA GO, 2025).

O acolhimento nas dependências da USF, as visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e as consultas individualizadas configuram espaços para diálogo, escuta qualificada e identificação de vulnerabilidades. Estratégias como a comunicação por aplicativos de mensagens, a entrega de cartões de contato da equipe e a realização de buscas ativas são utilizadas como recursos organizacionais que contribuem para a humanização do cuidado e o fortalecimento do vínculo terapêutico (FERREIRA AB e SILVA GO, 2025).

O modelo desenvolvido nas áreas que se insere em um contexto no qual os determinantes sociais da saúde atuam como barreiras significativas ao cuidado, evidenciando as limitações de um modelo estritamente biomédico para responder às vulnerabilidades da população urbana. Gestantes em situação de alto risco e vulnerabilidade social, incluindo aquelas em uso de substâncias psicoativas, apresentam maiores dificuldades de adesão ao pré-natal e demandam planos de cuidado individualizados e articulação com serviços especializados (BRASIL, 2022; SANINE PR, et al., 2021; FRANCO RVAB, et al., 2020).

Gestantes em vulnerabilidade socioeconômica enfrentam insegurança alimentar, dificuldades de transporte e fragilidades na oferta de serviços, situações que podem resultar em início tardio do pré-natal e menor continuidade do acompanhamento, conforme apontam estudos nacionais e experiências locais (CIDACS, 2024; SANINE PR, et al., 2021; FRANCO RVAB, et al., 2020; SEMSA, 2023).

A gestação na adolescência é reconhecida pelos protocolos nacionais como condição de maior vulnerabilidade psicossocial e clínica, associada a barreiras educacionais e à necessidade de acompanhamento mais próximo na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2022; FRANCO RVAB, et al., 2020; CIDACS, 2024; MARQUES BL, et al., 2021). A ausência de fluxos intersetoriais consolidados com os setores de educação e proteção social compromete a integralidade do cuidado. De modo semelhante, mulheres em contexto de violência por parceiro íntimo frequentemente vivenciam medo, controle e isolamento, o que dificulta o acesso regular aos serviços de saúde e exige que as equipes da APS mantenham articulação com a Rede de Atenção Psicossocial, a assistência social e a rede de proteção (BRASIL, 2022; SANINE PR et al., 2021; SEMSA, 2023). Na Zona Leste de Manaus, casos de violência sexual são encaminhados ao Serviço de Apoio à Vítima de Violência Sexual (SAVVIS), com suporte das maternidades de referência.

A descontinuidade do acompanhamento gestacional não deve ser interpretada como característica individual, mas como expressão de barreiras estruturais, sociais e organizacionais que interferem no percurso das gestantes na rede de saúde, exigindo respostas intersetoriais articuladas (CIDACS, 2024; FRANCO RVAB, et al., 2020; SANINE PR et al., 2021; BRASIL, 2017b; BRASIL, 2022). A USF busca enfrentar essa realidade por meio de visitas domiciliares e do fortalecimento do vínculo terapêutico; entretanto, a sustentação do cuidado em longo prazo demanda articulação intersetorial com assistência social, educação, segurança pública e a Rede de Atenção Psicossocial, de modo a garantir um cuidado pré-natal alinhado aos princípios

da integralidade e da equidade do Sistema Único de Saúde (CIDACS, 2024; SANINE PR, et al., 2021; SEMSA, 2023; BRASIL, 2017b; BRASIL, 2022).

A experiência dos profissionais da USF demonstra um modelo robusto de cuidado materno-infantil na Atenção Primária à Saúde. Por meio de abordagem integral, humanizada e multiprofissional, a equipe oferece acompanhamento desde a fase pré-concepcional até o desenvolvimento infantil, articulando-se com serviços de referência. Este modelo qualifica a assistência local, contribui para redução de morbimortalidade e empodera as famílias, mitigando fragilidades do pré-natal na APS. Essa forma robusta e integral só é possível com as usuárias que mantêm regularidade e coparticipação na sua saúde. No entanto, a análise das vulnerabilidades sociais revela que a eficácia do pré-natal é impactada por fatores externos ao sistema de saúde, como uso de substâncias psicoativas, pobreza, gestação na adolescência e violência. Apesar de limitações estruturais e de integração da rede, a proatividade da equipe se expressa na busca ativa, vínculo terapêutico e compromisso da gestão, reforçando a resiliência e relevância da APS na garantia de cuidado contínuo e qualificado.

Os achados deste relato reforçam que a qualificação da atenção materno-infantil na APS não pode ser compreendida apenas a partir de indicadores de cobertura, número de consultas ou realização de exames. Embora esses parâmetros sejam fundamentais, eles ganham sentido quando articulados à dimensão humana do cuidado e ao reconhecimento dos determinantes sociais que atravessam a vida das gestantes, puérperas, crianças e suas famílias. O modelo desenvolvido na USF Unidade de Saúde da Família localizada em uma capital da Região Norte do Brasil mostra que investir em vínculo terapêutico, acolhimento sensível, comunicação acessível e articulação intersetorial é tão estratégico quanto ampliar oferta de procedimentos, pois é essa combinação que viabiliza a adesão ao pré-natal, a continuidade do acompanhamento e a construção de trajetórias mais seguras e dignas para o binômio mãe-filho.

A superação desses obstáculos exige transformação sistêmica. É imperativo fortalecer a Atenção Primária não apenas em seu papel biomédico, mas como ponto focal para articulação intersetorial. A colaboração entre saúde, assistência social, educação e segurança pública é fundamental para abordar determinantes sociais que fragilizam o cuidado. O relato da USF não é apenas descrição de modelo bem-sucedido, mas apelo à reflexão sobre políticas públicas que garantam cuidado equânime, resolutivo e verdadeiramente integral para todas as mulheres e crianças.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio_diretrizes-cesariana_final.pdf. Acessado em: 20 de novembro de 2025.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf. Acessado em: 4 de novembro de 2026.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2025/01/Manual-de-Gestacao-de-Alto-Risco-MS2022.pdf. Acessado em: 4 de novembro de 2026.
4. BRITZKE AP, MARCHESE C. Conhecimento do plano de parto na atenção básica. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2022; 24(8): e16252.
5. CENTRO DE INTEGRAÇÃO DE DADOS E CONHECIMENTOS PARA SAÚDE (CIDACS). Pesquisa mede a qualidade do pré-natal na APS e demonstra fragilidades nos cuidados à gestante no Brasil. Salvador: Fiocruz Bahia, 2024. Disponível em: https://cidacs.bahia.fiocruz.br/2024/01/pesquisa-mede-a-qualidade-do-pre-natal-na-aps-e-demonstra-fragilidades-nos-cuidados-a-gestante-no-brasil/. Acessado em: 15 de novembro de 2025.
6. CUNHA AA, MORAES MF. O pré-natal odontológico: contribuição da ESF, atendimento integral e conhecimento, uma revisão da literatura. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, 2022; 26(3): 671-680.
7. FRANCO RVAB, et al. Pré-natal realizado por equipe multiprofissional na Atenção Primária à Saúde: desafios e potencialidades. Cadernos ESP, 2020; 14(1): 56-67.
8. FERREIRA AB, SILVA GO. Assistência humanizada a gestante no pré natal. Lumen et virtus, 2025; 16(49): 6244-6253.

9. MANAUS. Prefeitura Municipal. Profissionais de saúde da prefeitura participam de curso de atualização em pré-natal. Secretaria Municipal de Saúde (Semsa), Manaus, 11 jun. 2025. Disponível em: https://www.manaus.am.gov.br/noticia/atencao-basica/prefeitura-semsa-curso-pre-natal/. Acessado em: 15 de novembro de 2025.
10. MARQUES BL, et al. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, 2021; 25(1): e20200098.
11. PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS. Manejo da hipertensão na gestação é discutido em videoconferência da Prefeitura de Manaus. 2023. Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA. Disponível em: https://www.manaus.am.gov.br/noticia/saude/manejo-da-hipertensao-na-gestacao-e-discutido-em-videocon ferencia-da-prefeitura-de-manaus/. Acessado em: 15 de novembro de 2025.
12. OMS. Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: https://www.who.int. Acessado em: 15 de novembro de 2026.
13. ORTELAN DN, et al. Quality of antenatal care in primary health care in Brazil: a latent class analysis. International Journal of Epidemiology, 2023; 52(1): 37–49.
14. SANINE PR, et al. Desvelando o cuidado às gestantes de alto risco em municípios de pequeno porte. Cadernos de Saúde Pública, 2021; 37(10): 1-13.
15. SANTOS FP, et al. Fragilidades no contexto do atendimento ao pré-natal de alto risco. Saúde em Redes, 2021; 7(2): 201-208.
16. SEMSA. Mostra Manaus, aqui tem SUS (1.: 2022: Manaus). 2023. Anais da I Mostra Manaus, aqui tem SUS [Livro eletrônico] / organizadores Matheus Silva de Souza, et al. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.manaus.am.gov.br/semsa/wp-content/uploads/sit es/8/2024/05/ANAIS-I-MOSTRA-MANAUS-AQUI-TEM-SUS-EDIC%CC%A7A%CC%83O-2023.pdf. Acessado em: 25 de novembro de 2025.
17. SOUZA CB, et al. Promoção, proteção e apoio à amamentação no trabalho e o alcance do desenvolvimento sustentável: uma revisão de escopo. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2023; 28(4): 1089-1100.