



**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE
PERNAMBUCO – IFPE CAMPUS PESQUEIRA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**MARIANA COSTA LACERDA COELHO
THAYANE SHAYNNA MENEZES DE CARVALHO**

**ANÁLISE DO PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO EM UMA MATERNIDADE
DE PEQUENO PORTE NO AGRESTE PERNAMBUCANO**

**PESQUEIRA
2026**

MARIANA COSTA LACERDA COELHO
THAYANE SHAYNNA MENEZES DE CARVALHO

**ANÁLISE DO PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO EM UMA MATERNIDADE
DE PEQUENO PORTE NO AGRESTE PERNAMBUCANO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Bacharelado em Enfermagem do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Profa. Ma. Layane Gabriely Alves da Silva

PESQUEIRA

2026

Catálogo na fonte
Daniel Andrade CRB4 001871/O

Coelho, Maria Costa Lacerda

Análise do perfil clínico epidemiológico em uma maternidade de pequeno porte no Agreste Pernambucano / Maria Costa Lacerda Coelho, Thayane Shaynna Menezes de Carvalho; orientadora Layane Gabriely Alves da Silva. Pesqueira: IFPE, 2026.

59 f. : il.

TCC (Bacharelado em Enfermagem) – Instituto Federal de Pernambuco.

Orientadora: Ms Layane Gabriely Alves da Silva.

1. Indicadores de Saúde 2. Serviços de Saúde Materna 3. Maternidades I Título

CDD 618.2


MARIANA COSTA LACERDA COELHO
THAYANE SHAYNNA MENEZES DE CARVALHO

**ANÁLISE DO PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO EM UMA
MATERNIDADE DE PEQUENO PORTE NO AGRESTE PERNAMBUCANO**


Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Bacharelado
em Enfermagem do Instituto Federal de
Educação, Ciência e Tecnologia de
Pernambuco, como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Aprovado em 21 de maio de 2026.


Banca examinadora:

 Documento assinado digitalmente
LAYANE GABRIELY ALVES DA SILVA
Data: 11/06/2026 18:38:46-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


Prof.^a Ma. Layane Gabriely Alves Da Silva (Orientadora)

 Documento assinado digitalmente
GUILHERME GUARINO DE MOURA SA
Data: 12/06/2026 15:34:02-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Guilherme Guarino De Moura Sá (Avaliador)

 Documento assinado digitalmente
LUANNA DOS SANTOS ROCHA
Data: 11/06/2026 17:59:20-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Ma. Luanna Dos Santos Rocha (Avaliadora)

 Documento assinado digitalmente
KEYLA CHRISTINA CAVALCANTE TAVARES DE LIMA
Data: 11/06/2026 18:20:59-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Enf.^a Esp. Keyla Christina Cavalcante Tavares De Lima (Avaliadora)

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil clínico epidemiológico em uma maternidade de pequeno porte localizada no agreste pernambucano. Métodos: Estudo transversal, retrospectivo, realizado de janeiro a março de 2026 em Pesqueira-PE. A coleta dos dados foi por meio da análise de prontuários, com instrumento adaptado do “Nascer no Brasil II”. Os critérios de inclusão consideraram prontuários de gestantes, parturientes e recém-nascidos com informações sobre pré-natal, parto e complicações. Os critérios de exclusão compreenderam prontuários duplicados ou com registros ilegível, pacientes não grávidas vítimas de violência sexual e registros de transferências antes da conclusão do atendimento. No total do estudo foram analisados 182 pacientes, na qual 77 assinaram o TCLE e 105 foram por registros de transferências documentadas na instituição. Com isso os dados foram organizados no Google Forms® e Google Sheets®, para uma análise descritiva. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 8.028.736.), respeitando as diretrizes da Resolução CNS nº 466/2012. Resultados: As variáveis sociodemográficas e gestacionais foram analisadas e classificadas a fim de obter o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres participantes, as quais foram: 1- Caracterização das condições maternas e perfil social com idade reprodutiva (51,65%), escolaridade 2º grau (46,75%), baixa renda (39,01%) e ausência de vínculos conjugais (31,32%). 2- Caracterização do perfil de atendimento, relativo a grande presença de primigestas (20,88%) que fazem o acompanhamento pré-natal adequado (50,65%). 3- Desfechos obstétricos, predomínio de cesarianas (72,73%), com complicações variadas e idade gestacional a termo (71,17%), ao contato pele a pele (63,64%) e aleitamento na primeira hora de vida (75,32%), e clampeamento do cordão imediato (33,77%). 4 - Transferências (57,69%), elevado número de registros, tendo como principal motivo a ausência de equipe disponível (52,38%). Além disso, constatou-se falta de registros em todos os tópicos analisados no estudo. Conclusão: A investigação dos indicadores de saúde é fundamental para identificar fragilidades e potencialidades nos serviços de saúde. Nesse contexto, a maternidade possui capacidade compatível com a demanda e apresenta desfechos satisfatórios, persistem desafios estruturais, assistenciais e organizacionais que impactam a qualidade do cuidado. Torna-se imprescindível, portanto, a qualificação dos registros em saúde, a ampliação da resolutividade local e a implementação efetiva de práticas baseadas em evidências, visando a melhoria contínua da assistência materno-infantil.

Palavras-chave: Indicadores de Saúde. Serviços de Saúde Materna. Maternidades.

ABSTRACT

Objective: To analyze the clinical and epidemiological profile at a small maternity hospital located in the Agreste region of Pernambuco. **Methods:** A cross-sectional, retrospective study conducted from January to March 2026 in Pesqueira, Pernambuco. Data were collected through the analysis of medical records using a questionnaire adapted from “Nascer no Brasil II.” Inclusion criteria included medical records of pregnant women, parturient, and newborns containing information on prenatal care, delivery, and complications. Exclusion criteria included duplicate records or those with illegible entries, non-pregnant patients who were victims of sexual violence, and records of transfers prior to the completion of care. A total of 182 patients were analyzed in the study, of whom 77 signed the informed consent form and 105 were identified through documented transfer records at the institution. The data were organized in Google Forms® and Google Sheets® for descriptive analysis. The research project was approved by the Research Ethics Committee (Opinion No. 8.028.736), in accordance with the guidelines of CNS Resolution No. 466/2012. **Results:** The sociodemographic and gestational variables were analyzed and classified in order to obtain the sociodemographic and obstetric profile of the participating women, which were: 1- Characterization of maternal conditions and social profile with reproductive age (51.65%), high school education (46.75%), low income (39.01%), and absence of marital bonds (31.32%). 2- Characterization of the care profile, related to the large presence of primigravida (20.88%) who receive adequate prenatal care (50.65%). 3- Obstetric outcomes, predominance of cesarean sections (72.73%), with various complications and term gestational age (71.17%), skin-to-skin contact (63.64%) and breastfeeding in the first hour of life (75.32%), and immediate cord clamping (33.77%). 4 - Transfers (57.69%), a high number of records, with the main reason being the unavailability of staff (52.38%). Furthermore, a lack of records was found in all the topics analyzed in the study. **Conclusion:** The investigation of health indicators is essential to identify weaknesses and strengths in health services. In this context, the maternity ward has a capacity compatible with the demand and presents satisfactory outcomes, but structural, care-related, and organizational challenges that impact the quality of care persist. It becomes essential, therefore, to improve the quality of health records, enhance local problem-solving capacity, and effectively implement evidence-based practices, aiming at the continuous improvement of maternal and childcare.

Keywords: Health Status Indicators. Maternal Health Services. Maternity.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Perfil sociodemográfico das puérperas/gestantes	22
Tabela 2- Perfil obstétrico das mulheres atendidas na maternidade	25
Tabela 3- Perfil de atendimentos na maternidade	28
Tabela 4- Desfechos Obstétricos.....	32
Tabela 5- Transferências	35

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	11
3	JUSTIFICATIVA	12
4	OBJETIVOS	13
4.1	Objetivo geral:	13
4.2	Objetivos específicos:	13
5	MARCO TEÓRICO:	14
5.1	Indicadores de Saúde Materna e Neonatal	14
5.2	Políticas Públicas de Saúde e Assistência Obstétrica.....	15
6	MATERIAIS E MÉTODOS	17
6.1	Desenho de pesquisa:	17
6.2	Local e período da pesquisa:.....	17
6.3	População e Amostra:	17
6.4	Critérios de inclusão:	17
6.5	Critérios de exclusão:	18
6.6	Variáveis:.....	18
6.7	Coleta de dados:.....	18
6.8	Análise de dados:	20
6.9	Aspectos éticos:	21
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
7.1	Caracterização das condições maternas e perfil social das mulheres assistidas	22
7.2	Perfil obstétrico das mulheres atendidas na maternidade.....	25
7.3	Caracterização do perfil de atendimentos na maternidade	26
7.4	Desfechos Obstétricos	30
7.5	Transferências.....	35
8	CONCLUSÃO	38
	REFERÊNCIAS:	39
9	APÊNDICES	47
9.1	APÊNDICE A.....	47
9.2	APÊNDICE B:	49
10	ANEXOS	54
10.1	ANEXO A: Carta de Anuência.....	54
10.2	ANEXO B: Parecer do Comitê de Ética	55

1 INTRODUÇÃO

A gestação representa uma fase de intensas mudanças físicas, emocionais e sociais na vida da mulher. “Diante da relevância desse período, é garantido a toda gestante o direito ao cuidado integral durante a gravidez, parto e pós-parto. Para isso, ela pode contar com a Rede de Atenção à Saúde da Gestante e da Criança” (Brasil, [s.d.]). Uma forma de apresentar os resultados da avaliação desse cuidado é com a análise de seus indicadores.

“Os indicadores de saúde possibilitam quantificar e tornar compreensíveis os fenômenos ocorridos em vários níveis da sociedade” (Lima; Aguilár, 2017). A importância dos indicadores de saúde materno-infantil consiste na capacidade de fornecer uma análise detalhada da saúde local, o que permite identificar as principais necessidades e os desafios presentes.

Um dos programas que fornece esses indicadores de saúde materno-infantil é a Rede Alyne, criado em 2024, o novo programa reestrutura a antiga Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com a meta de reduzir a mortalidade materna em 25% até 2027.

“Em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que prevê para 2030, reduzir a razão da mortalidade materna para no máximo 70 mortes por 100.000 nascidos vivos” (Nações Unidas Brasil, [s.d.]).

No entendimento da Rede Alyne (2024), a qualificação do pré-natal, puerpério e puericultura é um dos seus pilares e visa garantir uma permanente estratificação de risco dessas mulheres, além da prevenção das síndromes hipertensivas e hemorrágicas puerperais, triagem e tratamento oportuno de infecções e vinculação da gestante ao local de parto. “Outros indicadores são o número de consultas pré-natais com captação precoce e a consulta de puerpério que demonstram condições de acesso aos serviços de saúde” (Assis *et al.*, 2019).

A adequada assistência ao parto, com recursos disponíveis e atendimento oportuno, é essencial para o manejo de complicações e redução da mortalidade materna. Ela pode ser monitorada através dos seguintes indicadores: proporção de cesarianas; proporção de mulheres segundo grupo de Robson; taxa de cesariana por grupo de Robson; contribuição proporcional dos grupos de Robson para a taxa de cesariana total; deslocamento para assistência ao parto (Observatório Obstétrico Brasileiro, 2022, n.p).

Nessa temática, vários estudos como o de Andrade *et al.* (2022) têm abordado o perfil de natalidade e mortalidade da população materno-infantil, considerando fatores de risco como peso ao nascimento, duração da gestação e condições socioeconômicas, fatores que se mostram essenciais para avaliar indicadores de morbimortalidade por estados e municípios.

Nesse sentido, a percepção da saúde construída por meio de discussões políticas e sociais tenciona a formulação de agendas de compromissos de organizações governamentais. Em Pernambuco, o Plano Estadual de Saúde (2023) destaca a saúde materno-infantil como uma prioridade, especialmente por meio da Diretriz nº 2, que visa o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde e a regionalização do acesso, com ênfase na melhoria da qualidade dos serviços prestados e criação de uma rede mais eficiente e humanizada.

Em congruência com a Programação de Saúde do município de Pesqueira (2024), em Pernambuco, a definição de metas para o período de 2022 a 2025 objetivou melhorar os indicadores de saúde materno-infantil e reduzir a morbimortalidade. Entre as ações, estão a investigação dos óbitos infantis, fetais, maternos e outros eventos vitais de interesse à saúde. A meta também visa aumentar o percentual das consultas de pré-natal. Essas iniciativas visam monitorar de forma contínua e estruturada a melhoria dos índices de saúde materno-infantil do município.

Nesse contexto, Dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais passaram a ser métricas utilizadas na construção de Indicadores de Saúde, que se traduzem em informação relevante para a quantificação e a avaliação das informações em saúde (DATASUS, [s.d.], n.p).

Diante disso, o objetivo dessa pesquisa foi analisar o perfil clínico epidemiológico em uma maternidade de pequeno porte localizada no agreste pernambucano.

2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

“A funcionalidade do sistema de saúde e a capacidade dos formuladores de políticas de avaliar o impacto das iniciativas do sistema de saúde na saúde da população dependem fortemente da qualidade das informações de saúde de rotina geradas nas unidades de saúde” (Sanjel *et al.*, 2024).

As taxas de mortalidade e morbidade materna e neonatal permanecem inaceitavelmente altas, e as oportunidades para aumentar o bem-estar materno e apoiar os cuidados com o recém-nascido não foram totalmente utilizadas. Isso mostra que oportunidades para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) sobre saúde reprodutiva, materna e infantil, incluindo metas para reduzir as taxas de mortalidade materna e acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos, não são plenamente aproveitadas (Organização Mundial da Saúde, 2022, p. 1).

Os indicadores de saúde refletem o quadro real das condições de saúde de uma população. “Sua utilização pode orientar os gestores de saúde no planejamento e controle das atividades locais” (De Lima *et al.*, 2015).

Diante do exposto, este trabalho intenciona responder a seguinte pergunta: quais indicadores de saúde materno-infantil se destacam em uma maternidade do agreste pernambucano no período de janeiro a março de 2026.

3 JUSTIFICATIVA

Os indicadores mensuram a diferença entre a situação desejada e a situação atual e são essenciais para otimizar as intervenções em saúde. Sua análise contribui para um monitoramento contínuo e estruturado, o que facilita a realização de metas do poder público, como a redução da morbimortalidade materna.

Assim, com esse estudo retrospectivo dos indicadores de saúde materno-infantil no agreste pernambucano, espera-se proporcionar subsídios para a formulação de estratégias direcionadas à melhoria da assistência às mulheres e redução da morbimortalidade materna e infantil, em consonância com as políticas nacionais de saúde, de acordo com o objetivo 3 – Saúde e bem-estar dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral:

Analisar o perfil clínico epidemiológico em uma maternidade de pequeno porte localizada no agreste pernambucano.

4.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar de maneira sociodemográfica as pacientes atendidas na maternidade no período da coleta;
- Analisar o perfil de atendimentos, transferências, internamentos e desfechos obstétricos da maternidade, no período selecionado.

5 MARCO TEÓRICO:

5.1 Indicadores de Saúde Materna e Neonatal

De acordo com Lima e Moreira Aguilar (2017), monitorar agravos através dos indicadores de saúde é uma responsabilidade legal dos gestores e de suas equipes técnicas.

Na gestão pública, os indicadores são instrumentos que contribuem para identificar e medir aspectos relacionados a um determinado fenômeno decorrente da ação ou da omissão do Estado. Sua principal finalidade é traduzir, de forma mensurável, um aspecto da realidade dada ou construída, de maneira a tornar operacional a sua observação e avaliação (Oliveira; Bahia, 2021, p. 8).

A responsabilização dos gestores e de suas equipes técnicas reforça a importância dos indicadores de saúde como importantes ferramentas na gestão pública. Dessa forma, segundo Matos *et al.* (2023) verifica-se que os indicadores de saúde materno-infantil são uma importante fonte de conhecimento sobre a situação de saúde local e que o desenvolvimento de pesquisas é capaz de constatar possíveis falhas na assistência à saúde materna-infantil, podendo subsidiar o planejamento de ações em saúde.

Entre os principais indicadores de saúde materno-infantil, destacam-se a taxa de mortalidade neonatal e a taxa de mortalidade materna.

Os óbitos neonatais (óbitos entre nascidos vivos durante os primeiros 28 dias completos de vida) podem ser subdivididos em óbitos neonatais precoces, que ocorrem durante os primeiros 7 dias de vida, e óbitos neonatais tardios, que ocorrem após o 7º dia, mas antes do 28º dia completo de vida. (World Health Organization, [s.d.], n.p., tradução nossa).

Já a mortalidade materna é definida como morte durante a gravidez ou dentro de 42 dias após o parto. Tal circunstância reflete diretamente a qualidade da atenção à saúde da mulher, fator ligado às disparidades sociais e aos cuidados obstétricos inadequados, conforme destaca Lima *et al.* (2024).

Segundo Bezerra e Andrade (2021), no Brasil, a morte materna obstétrica direta, causada por complicações obstétricas, durante gravidez, parto ou puerpério, relacionada a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos, é responsável pela manutenção da razão de mortalidade materna em níveis elevados. De acordo com Souza e

Amorim (2021), é fundamental a realização de estudos sobre a mortalidade materna para que se possa reconhecer fatores prognósticos e, assim, evitá-la.

Em conformidade com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2022), registros apontam que, em 2021, no Brasil, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi de 107,53 por 100.000 nascidos vivos, número superior as metas firmadas com a Organização das Nações Unidas (ONU).

Em Pernambuco, os resultados de Oliveira *et al.* (2025) evidenciam o impacto da pandemia de COVID-19 em que a maior parte dos óbitos maternos ocorreu durante o período pandêmico. Destaca-se o ano de 2020, que apresentou a maior RMM analisada, alcançando 77 óbitos por 100.000 nascidos vivos, valor 63,1% superior ao observado em 2019. O estudo também evidenciou importantes desigualdades na distribuição espacial da mortalidade materna entre os municípios do estado (OLIVEIRA *et al.*, 2025).

As altas taxas encontradas não são só uma violação aos direitos humanos de mulheres e crianças, mas também um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras com maior prevalência entre mulheres e crianças das classes sociais.

Nesse cenário, é essencial garantir condições equitativas de acesso à saúde para a redução da mortalidade materna no Brasil. “A colaboração interdisciplinar de políticas públicas eficazes, educação e pesquisa contínua constitui elemento-chave para enfrentar os desafios identificados e garantir um futuro mais saudável para mães e bebês” (Costa *et al.*, 2023).

5.2 Políticas Públicas de Saúde e Assistência Obstétrica

Segundo Belém *et al.* (2021), as condições de acesso das mulheres à assistência obstétrica são geograficamente distintas e variam conforme características sociais, demográficas e reprodutivas, fator que produz desigualdades regionais no território brasileiro, sobretudo entre mulheres indígenas e negras, com menor escolaridade e maior número de gestações. De acordo com a OMS (2021), reduzir essas desigualdades, tornou-se uma das prioridades da Agenda 2030 do desenvolvimento sustentável.

Nessa conjuntura, é importante destacar que a pactuação dos ODS contribui para o direcionamento das políticas públicas local, regional e nacional. “Assim, o planejamento e a implementação de ações necessitam ser acompanhados por indicadores que demonstrem o impacto nas condições de vida da população” (Melo; Cunha, 2023). No mesmo sentido,

Guimarães *et al.* (2020) reiteram que os profissionais da área obstétrica organizam ações e cuidados baseados em evidências científicas para uma assistência não intervencionista.

Grande parte dos óbitos maternos e infantis ocorridos no país é considerada evitável e pode ser prevenida com a melhoria da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, garantindo-se o acesso da gestante e do recém-nascido, em tempo oportuno, a serviços de qualidade. “Aumentar a cobertura e a qualidade do atendimento no momento do nascimento é fundamental para reduzir 5,3 milhões de mortes e incapacidades maternas, fetais e neonatais a cada ano e alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável” (Day *et al.*, 2021).

“A essência fundamental do Programa de Humanização reside na crença de que a maternidade é uma experiência única e transcendental, digna de ser vivida com respeito, autonomia e cuidado” (Oliveira *et al.*, 2024). Com isso, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi um precursor da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que, de acordo com Vaichulonis *et al.* (2021), preconiza a integralidade da assistência prestada à saúde da mulher e neonato, dispondo dos objetivos de reduzir as taxas de morbimortalidade e garantir a acessibilidade aos serviços de saúde.

Consoante as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2022), há recomendações para a assistência aos três períodos do parto que incentivam práticas baseadas em evidências científicas para promover o bem-estar da mulher em processo de parturição. “A Rede Cegonha desenvolveu atividades para formar e capacitar enfermeiras obstétricas, profissionais estratégicas para mudar o modelo de assistência obstétrica e neonatal no Brasil” (Aguemi, 2021).

Assim, com a necessidade de ampliar o foco para além do ciclo gravídico-puerperal e de acelerar a redução da mortalidade materna e infantil, surge a Rede Alyne, criada pelo Ministério da Saúde (2024), promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), mantém o objetivo de garantir o direito das mulheres à saúde durante a gravidez, parto e pós-parto, com foco na redução da mortalidade materna e neonatal.

6 MATERIAIS E MÉTODOS

6.1 Desenho de pesquisa:

Trata-se de um estudo transversal do tipo retrospectivo.

6.2 Local e período da pesquisa:

O estudo foi realizado na maternidade de pequeno porte no agreste pernambucano de risco habitual localizada no município de Pesqueira-PE, com média de 30 partos ao mês e, referência para os municípios de Alagoinha, Pesqueira, Poção e Sanharó, localizada no município de Pesqueira-PE, II macrorregião e está na IV Região de Saúde, que engloba 32 municípios, na qual a sede é o município de Caruaru-PE, cerca de 80 km de distância, que opera com o sistema de regulação estadual de forma integrada com a IV GERES do Estado de Pernambuco. A pesquisa foi desenvolvida no período de janeiro a março de 2026, após autorização do município através da Carta de Anuência (Anexo A) e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob parecer nº 8.028.736 (Anexo B).

6.3 População e Amostra:

A amostragem utilizada foi a não probabilística por conveniência, realizada de forma consecutiva, totalizando 182 participantes mulheres que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos para o estudo.

6.4 Critérios de inclusão:

Pacientes com idade igual ou maior a 18 anos completos no período da coleta de dados; pacientes que tenham sofrido aborto espontâneo ou provocado, desde que houvesse registro clínico; prontuários de gestantes e parturientes atendidas na maternidade durante o período de janeiro a março de 2026; prontuários de parturientes que continham informações referentes ao pré-natal, ao tipo de parto e às complicações ocorridas durante o parto e o puerpério; prontuários de recém-nascidos contendo informações sobre peso ao nascer, idade gestacional superior a 26 semanas, índice de APGAR e intercorrências neonatais, desde que pelo menos três desses dados

estivessem disponíveis; e prontuários contendo dados sociodemográficos da gestante, como idade, escolaridade e estado civil.

6.5 Critérios de exclusão:

Prontuários das pacientes e recém-nascidos com dados duplicados ou registro ilegível; pacientes vítimas de violência sexual; prontuários de mulheres transferidas para outras unidades antes da conclusão do atendimento inicial obstétrico, sem informações complementares disponíveis na unidade de destino ou em sistemas integrados.

6.6 Variáveis:

Idade materna, estado civil, grau de instrução, cor/raça, renda pessoal, adequação do pré-natal, histórico obstétrico, comorbidades maternas e sorologias na internação, número de admissões e transferências, tipo de parto, intervenções obstétricas, profissionais assistentes, infecção hospitalar, ocupação de leitos, mortalidade materna e neonatal, presença de acompanhante, tempo de internação materna e neonatal, complicações obstétricas, Apgar no 1º e 5º minutos, uso de métodos não farmacológicos, peso ao nascer, prematuridade, número de fetos, completude do prontuário e qualidade da assistência.

6.7 Coleta de dados:

Através da análise das pacientes atendidas na maternidade, a coleta de dados foi realizada por meio dos prontuários, caderno de transferências e entrevista rápida, quando havia assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Inicialmente, o projeto foi apresentado às pacientes admitidas, sendo realizado o convite para participação na pesquisa mediante assinatura do TCLE, após isso, era realizada uma rápida entrevista com perguntas sobre a qualidade da assistência local. No caso das transferências, a coleta foi realizada por meio do caderno de transferências, o qual continham dados objetivos. Após a obtenção das autorizações, deu-se início a análise dos prontuários e entrevista para coleta de informações. A análise foi feita de forma sistemática, o que garante a padronização dos dados e o respeito aos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

No período analisado, compreendendo os meses de janeiro, fevereiro e março de 2026, foram registrados um total de 187 atendimentos do período gestacional no município de Pesqueira, Pernambuco. A maternidade conta com 4 enfermarias, 12 leitos obstétricos, e 02 centros cirúrgicos gerais que são reservados previamente nos dias em que o médico obstetra está presente, considerando que o atendimento com o médico obstetra ocorre de terça-feira a quinta-feira.

O serviço obstétrico conta atualmente com uma equipe composta por 10 enfermeiros obstetras, 02 médicos obstetras, 01 enfermeira obstetra atuando na coordenação de enfermagem em regime diarista e 16 técnicos de enfermagem. A instituição também dispõe de 01 anestesista, o qual fica sob aviso para estar presente nas cirurgias eletivas, além de 01 nutricionista diarista e 02 psicólogos, os quais realizam atendimento compartilhado entre dois serviços, o que pode impactar a continuidade e abrangência do suporte ofertado às usuárias.

Em cada plantão, a assistência é realizada por 02 enfermeiros obstetras e 03 técnicos de enfermagem, além da presença de 01 recepcionista e 01 assistente social. Verificou-se, entretanto, a inexistência de profissionais neonatologistas e fisioterapeutas na composição da equipe multiprofissional da maternidade. Tal ausência pode representar limitações na assistência integral ao binômio mãe-filho, especialmente em situações que demandem suporte neonatal especializado e acompanhamento fisioterapêutico.

As visitas para a coleta de dados foram realizadas duas vezes por semana, em dias estratégicos nos quais havia presença do médico obstetra para a realização e o acompanhamento dos partos. Nos demais dias da semana, em que a unidade não dispunha de médico obstetra ou suporte adequado, as gestantes e parturientes eram encaminhadas para maternidades de referência mais próximas.

A necessidade de encaminhamento das gestantes na ausência do médico obstetra evidencia desafios relacionados à organização da assistência. Nesse cenário, a atuação autônoma da enfermagem obstétrica em partos de risco habitual representa uma estratégia importante para ampliar o acesso ao cuidado.

Os dados foram coletados a partir dos prontuários impressos, tanto da mulher quanto do recém-nascido, utilizando um instrumento baseado no Inquérito Nacional sobre Partos, Nascimentos e Perdas Fetais (Nascer no Brasil II), realizado pela Fiocruz, o qual foi adaptado aos objetivos da pesquisa (Apêndice B). As pesquisadoras identificaram e registraram as informações referentes ao perfil das mulheres atendidas, com base nos dados disponíveis nos

prontuários das gestantes admitidas e, após isso, foi realizada entrevista para coleta de informações adicionais.

As informações referentes às transferências realizadas durante o período da pesquisa foram obtidas por meio do caderno de registro de transferências da maternidade, disponibilizado pela equipe do hospital. Entretanto, algumas das respostas sociodemográficas, pré-natal, parto e pós-parto não estavam disponíveis nos documentos acessados pelas pesquisadoras, tornando algumas variáveis tecnicamente não aplicáveis para a análise da pesquisa.

Os registros das transferências continham informações de caráter predominantemente objetivo, abrangendo, principalmente, dados relacionados à faixa etária, ao tipo de gestação, ao desfecho, à data de internação, ao motivo da transferência e à equipe responsável pelo acompanhamento do caso. Dessa forma, os achados do estudo refletem, sobretudo, as informações efetivamente registradas e disponíveis no instrumento consultado.

6.8 Análise de dados:

As variáveis analisadas neste estudo estão alinhadas às metas e aos resultados assistenciais de uma maternidade de pequeno porte, referência para quatro municípios circunvizinhos, localizada na IV Região de Saúde do Agreste pernambucano, que engloba 32 municípios. O período da pesquisa compreendeu os meses de janeiro a março de 2026.

A análise foi conduzida de forma sistemática, assegurando a padronização dos dados e o cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Ao final, foram obtidas 77 respostas válidas de participantes que consentiram formalmente com a pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além de 105 registros adicionais referentes às transferências documentadas na instituição.

Após a coleta, os dados foram inicialmente organizados e sintetizados na plataforma Google Forms® e, posteriormente, exportados para o software Google Sheets®, no qual foi realizada a análise descritiva. Foram calculadas frequências absolutas e relativas, possibilitando a caracterização da amostra e a construção de um panorama das variáveis estudadas.

Para fins de análise, as variáveis foram organizadas em três eixos principais. O primeiro eixo contemplou as características sociodemográficas das participantes atendidas, incluindo idade materna, escolaridade, estado civil e cor/raça. O segundo eixo abrangeu o perfil das gestantes e dos recém-nascidos, bem como aspectos relacionados à assistência pré-natal e

ao parto, contemplando variáveis como adequação do pré-natal, número de consultas pré-natais, além das características dos recém-nascidos.

Por fim, o terceiro eixo correspondeu à avaliação dos indicadores de saúde materno-infantil, incluindo aspectos relacionados à assistência ao parto, como tipo de parto, taxa de cesáreas e complicações no parto, além de outros indicadores, como infecção hospitalar, taxa de ocupação de leitos, número de internações e transferências, bem como os desfechos materno-infantis, contemplando as taxas de mortalidade materna e neonatal. Ressalta-se que boa parte dos indicadores analisados foram comparados aos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde.

6.9 Aspectos éticos:

Esta pesquisa obedece à Resolução nº 466/12 do CNS (Brasil, 2012) com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob parecer nº 8.028.736. Ressalta-se que cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), autorizando a realização da entrevista e a coleta de dados dos prontuários. A coleta foi realizada por meio de instrumento disponibilizado pelo Inquérito Nacional sobre Partos, Nascimentos e Perdas Fetais — Nascer no Brasil II, desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz, o qual foi adaptado de acordo com os objetivos da presente pesquisa. Dentre os riscos, encontra-se a possibilidade de a parturiente durante a entrevista para a coleta de dados apresentar desconforto em responder às questões, sendo assim, interrompida a qualquer momento, sem prejuízos para ela. Como medida para minimizar os riscos, foi garantido o anonimato e a realização da entrevista em local reservado. Entre os benefícios, encontra-se a contribuição para identificar os indicadores de qualidade da assistência prestada, além de promover reflexões que favoreçam a qualificação da assistência prestada às gestantes, puérperas e recém-nascidos.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Caracterização das condições maternas e perfil social das mulheres assistidas

Para fins de comparação, optou-se pela utilização de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizados pelo DATASUS, referentes ao ano de 2024, por se tratar da base mais recente disponível no Ministério da Saúde, amplamente utilizada como referência em estudos epidemiológicos no país.

“No Brasil, o perfil de mulheres gestantes ou puérperas que vão a óbito é composto por mulheres na faixa etária adulto-jovem, com baixo nível de escolaridade, solteiras e de cor preta e parda” (Rodrigues; Cavalcante; Viana, 2019). Diante dos dados coletados e disponibilizados na Tabela 1, foi traçado um perfil detalhado das gestantes e puérperas atendidas na maternidade.

Tabela 1- Perfil sociodemográfico das puérperas/gestantes

	Variáveis	N	%
Idade materna	18 e 19 anos	11	6,04
	20 a 24 anos	34	18,68
	25 a 29 anos	37	20,33
	30 a 34 anos	23	12,64
	35 a 39 anos	12	6,59
	40 a 44 anos	6	3,30
	Sem informação	59	32,42
	Total	182	100
Cor/ Raça	Branca	12	15,58
	Preta	4	5,19
	Parda	42	54,55
	Indígena	19	24,68
	Total	77	100
Escolaridade	Fundamental completo	7	9,09
	Fundamental incompleto	9	11,69
	Médio completo	36	46,75
	Médio incompleto	10	12,99
	Médio sem especificação	2	2,60
	Superior completo ou +	7	9,09
	Superior incompleto	5	6,49

	Superior sem especificação	1	1,30
	Total	77	100
Renda pessoal	<1 salário-mínimo	41	22,53
	Até 1 salário-mínimo	30	16,48
	Até 2 salários-mínimos	8	4,40
	De 3 a 5 salários-mínimos	3	1,65
	Sem informação	100	54,95
	Total	182	100
Situação conjugal	Solteira	57	31,32
	Casada	20	10,99
	Separada/ Divorciada	2	1,10
	União estável	6	3,30
	Sem informação	97	53,30
	Total	182	100
*Histórico Obstétrico	Primíparas	38	20,88
	Multíparas	85	46,70
	Abortos	24	13,19
	Sem informação	59	32,42
	Total	206	113,19

Fonte: elaborado pelas autoras, 2026.

*As categorias analisadas não são mutuamente exclusivas, podendo um mesmo caso apresentar mais de uma condição, portanto, as porcentagens não totalizam 100%.

A partir das características sociodemográficas, observou-se maior concentração de gestantes nas faixas etárias de 20 a 24 anos (18,68%), 25 a 29 anos (20,33%) e de 30 a 34 anos (12,64%), indicando predominância da maternidade em idades consideradas mais favoráveis do ponto de vista reprodutivo.

Esse achado é semelhante ao perfil da IV Região de Saúde identificado no SINASC, o qual essa faixa etária se enquadra na população de 20 a 35 anos que corresponde a 71,35% dos casos. Ainda assim, verificou-se a ocorrência de gestações em adolescentes, entre 18 e 19 anos (6,04%), bem como em mulheres com 35 anos ou mais (9,89%), grupos que demandam maior vigilância devido aos riscos obstétricos associados.

Na variável raça/cor, observou-se predominância de mulheres pardas (54,55%), seguidas por indígenas (24,68%), brancas (15,58%) e pretas (5,19%). Esse perfil difere do observado na população total da IV Região de Saúde, conforme dados do Sistema de

Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em que os percentuais de mulheres brancas (24,68%) e pretas (3,19%) superam o de mulheres indígenas (1,25%).

Um estudo nacional de Tomasi *et al.* (2017) obteve que o perfil predominante das mulheres participantes foi de raça/cor Mestiça/Parda/Preta/Outra (67,5%), enquanto 32,5% são de raça branca, fator equivalente ao encontrado no presente estudo, refletindo o perfil sociodemográfico característico da população nordestina.

O destaque relacionado a expressiva participação de mulheres indígenas na amostra, pode ser explicado pela localização do município de Pesqueira-PE em território pertencente ao povo indígena Xukuru do Ororubá. De acordo com o jornal Nexo (2023), a situação das mães e gestantes indígenas é um aspecto da saúde reprodutiva sobre o qual faltam dados completos no Brasil, evidenciando a necessidade de maior assistência a essa população.

A população feminina com maior grau de escolaridade apresenta melhores condições socioeconômicas, fato que pode influenciar na busca pelo cuidado em saúde. Além disso, essa população tem maior acesso aos conhecimentos referentes aos seus direitos reprodutivos e, conseqüentemente, realiza a quantidade adequada de consultas de pré-natal. (Lins; Silva; Maia, 2025, p. 7).

Por sua vez, a predominância do ensino médio completo (46,75%) evidencia um perfil educacional intermediário, o que se assemelha ao cenário da IV Região de Saúde identificado no SINASC, o qual o ensino médio também se destaca como o nível de instrução mais frequente (62,46%). Ainda assim, a presença de participantes com menor escolaridade merece atenção.

No que tange à renda per capita, vale ressaltar que a cotação o salário-mínimo nacional em 2026 é de R\$: 1.621,00, e com isso verificou-se maior frequência de mulheres com rendimento inferior a um salário-mínimo (22,53%). No que se refere à situação conjugal, prevaleceu o estado civil solteira (31,32%), seguida por casadas (10,99%).

Esse perfil mostra-se semelhante ao cenário da IV Região de Saúde descrito, o qual também há maior proporção de mulheres solteiras (64,55%), seguidas por casadas (27,73%). Destaca-se que a predominância de mulheres sem vínculo conjugal formal pode refletir diferentes configurações de apoio social.

Conforme aponta Domingues *et al.* (2015), mulheres que buscam assistência perinatal em serviços públicos apresentam, com maior frequência, menor condição socioeconômica e ausência de companheiro, fatores associados ao início tardio do pré-natal. Esses achados indicam que, desde 2015, tais aspectos permanecem como desafios para os sistemas de saúde.

Constatou-se, ainda, que 20,88% das participantes eram primigestas e 46,70% múltiparas. Quanto ao registro de abortamento anterior, foram identificados 13,19% dos casos, enquanto 32,42% não apresentaram informação registrada. Frisa-se que as variáveis não eram mutuamente exclusivas.

7.2 Perfil obstétrico das mulheres atendidas na maternidade

Em relação ao perfil gestacional das mulheres atendidas, a maioria das pacientes encontrava-se com gestação única (86,81%) e possuía o cartão de pré-natal disponível no prontuário (42,31%) como exposto a seguir na Tabela 2.

Entre as pacientes que constavam sem informação tanto no tipo de gestação quanto ao cartão de pré-natal disponível no prontuário, refere-se as pacientes transferidas para outros serviços de saúde que não haviam assinado o TCLE, em conformidade com os aspectos éticos da pesquisa. Dessa forma, algumas variáveis foram registradas como “sem informação”, o que reflete particularidades do fluxo assistencial e do processo de transferência entre serviços.

Tabela 2- Perfil obstétrico das mulheres atendidas na maternidade

	Variáveis	N	%
Tipo de gestação	Única	158	86,81
	Gemelar	2	1,10
	Sem informação	22	12,09
	Total	182	100
Cartão de pré-natal disponível no prontuário	Sim	77	42,31
	Sem informação	105	57,69
	Total	182	100
Primeira consulta de pré-natal	Primeiro trimestre	59	76,62
	Segundo trimestre	15	19,48
	Terceiro trimestre	2	2,60
	Não fez pré-natal	1	1,30
	Total	77	100
Número de consultas de pré-natal	Nenhuma	1	1,30
	Até 6 consultas	21	27,27
	7 ou + consultas	39	50,65
	Sem informação	14	18,18
	Total	77	100

Sorologias na internação	HIV		
	Não reagente	71	92,21
Não informado	5	6,49	
Não realizado	1	1,30	
Total	77	100	
	Sífilis/VDRL		
	Não reagente	71	92,21
Não informado	5	6,49	
Não realizado	1	1,30	
Total	77	100	

Fonte: elaborado pelas autoras, 2026.

De acordo com o número de consultas realizadas no pré-natal, observou-se que parte das gestantes alcançou o quantitativo recomendado pela Rede Alyne (2024), realizando sete ou mais consultas durante o período gestacional (50,65%). Além disso, a maioria dos casos apresentou captação oportuna, com a primeira consulta de pré-natal realizada ainda no primeiro trimestre gestacional (76,62%), em conformidade com o preconizado pela rede.

Por seu turno, no que se refere às sorologias de HIV e sífilis na internação, a prevalência em ambos foi de não-reagente (92,21%). O Ministério da Saúde (2022) recomenda a realização dos testes rápidos para HIV e sífilis no momento do parto, independentemente da testagem prévia, visando ampliar a detecção oportuna e garantir a implementação das medidas profiláticas e terapêuticas necessárias.

Nota-se também sorologias não informadas (6,49%) e não realizadas (1,30%), o que mostra fragilidades no registro ou na assistência, especialmente no que concerne ao rastreamento oportuno de infecções de transmissão vertical. Esse cenário evidencia a necessidade de fortalecimento das rotinas assistenciais e do registro em saúde, garantindo maior segurança materno-infantil e qualidade no cuidado prestado.

7.3 Caracterização do perfil de atendimentos na maternidade

No que diz respeito ao perfil dos atendimentos na maternidade, observou-se maior proporção de pacientes que permaneceram gestantes (52,75%) devido ao quantitativo de transferências. Entre os atendimentos, grande parte das participantes receberam uma assistência ao parto ou em situações de perda fetal (52,20%), mesmo com registro de transferência, o que

reflete um bom acolhimento da unidade. O principal motivo de admissão foi a assistência ao trabalho de parto/parto (40,11%), com predominância de trabalho de partos espontâneos (45,60%), seguido de intercorrências na gestação (34,62%).

Cabe destacar que foi identificado um baixo número de cesarianas eletivas (18,68%), o que contradiz com o grande número de cesarianas identificadas ao final do estudo (72,73%). Dessa forma, o resultado sugere que grande parte dos procedimentos foi indicada durante o acompanhamento obstétrico ou no trabalho de parto, possivelmente em decorrência de intercorrências maternas ou fetais que demandaram a intervenção cirúrgica.

Quanto aos profissionais envolvidos na assistência, houve predominância de enfermeiros obstetras (92,31%) e médicos(as) (90,66%), seguidos pela categoria outros profissionais (47,25%) como técnicos de enfermagem, maqueiros e motoristas. Verificou-se também que 0,55% dos registros não continham a informação do profissional de assistência. Nessa conjuntura, cumpre pontuar que as categorias não eram mutuamente exclusivas, permitindo a concomitância de mais de um profissional na mesma assistência.

Constata-se predominância da atuação de enfermeiros obstetras e médicos na composição da assistência materno-infantil, o que evidencia a centralidade da equipe multiprofissional no cuidado materno-infantil e uma organização do cuidado fortemente estruturada em profissionais de formação superior e atuação clínica direta. Tal achado demonstra a relevância da enfermagem obstétrica na reorganização do modelo assistencial ao parto no Brasil.

No que se refere à posição de parto, observou-se predominância da posição ginecológica (90,91%), entretanto, o instrumento de coleta utilizado não contemplava a opção "decúbito dorsal", empregada no parto cesariano. Dessa forma, essa posição foi registrada como a ginecológica, o que contribuiu para a elevada frequência observada.

Além disso, o predomínio da posição ginecológica, reflete a persistência do modelo assistencial tradicional, no qual a mulher possui pouca liberdade para se movimentar e escolher a posição mais confortável durante o trabalho de parto e parto, o que contrasta com as recomendações da Fiocruz (2023) que destacam que o caminho para um parto respeitoso passa pela liberdade de movimentação no trabalho de parto e parto.

Ressalta-se, contudo, que a liberdade de movimentação durante o trabalho de parto foi relatada em grande parte dos casos (81,82%). A Organização Mundial da Saúde (2017) recomenda que as mulheres sejam incentivadas a adotar posições de sua preferência e tenham liberdade de movimentação durante o trabalho de parto, com o objetivo de proporcionar uma

experiência positiva e menos intervencionista. Apesar dessas recomendações, observa-se que a adesão a outras posições de parto ainda não é amplamente garantida. Em relação à dieta, verificou-se maior prevalência de prescrição de dieta zero (72,73%) devido ao protocolo para a realização de cesarianas eletivas.

A Lei nº 11.108/2005 garante à parturiente o direito à presença de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto (incluindo cesarianas) e pós-parto imediato, constituindo importante estratégia de humanização da assistência obstétrica.

No atual estudo, a presença de acompanhante durante a internação foi registrada em 100% dos casos. Contudo, durante o trabalho de parto, esse percentual reduziu para 23,38%, evidenciando que, embora o direito ao acompanhante tenha sido parcialmente assegurado ao longo da internação, sua presença não foi amplamente garantida durante o parto, especialmente na sala cirúrgica. Conforme dispõe a Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024:

No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas à segurança ou à saúde dos pacientes a restrição da presença de acompanhante de livre escolha apenas poderá ocorrer em situações de risco à saúde, como doenças infectocontagiosas e outras situações de comprometimento imunológico que requeiram restrição de contato ou isolamento (Brasil, 2024, art. 92, § 5º).

Considerando que a restrição deve ocorrer apenas em situações excepcionais e justificadas, o baixo número de acompanhantes no trabalho de parto indica possível descumprimento da normativa ou fragilidades na implementação da lei do acompanhante dentro da instituição. Conforme Carvalho, Santos e Moraes (2021), a permanência do acompanhante torna o momento de parto menos estressante, com promoção do estado de calma, propiciando benefícios físicos e emocionais, o que torna a parturiente mais segura e autônoma.

Quanto à avaliação da experiência das parturientes na instituição, houve a predominância da classificação positiva (93,51%), enquanto 6,49% relataram experiência negativa, indicando uma insatisfação durante o atendimento, conforme consta na Tabela 3.

Tabela 3- Perfil de atendimentos na maternidade

	Variáveis	N	%
Desfecho da gestação	Permaneceu gestante	96	52,75
	Parto	73	40,11

	Perda fetal precoce	6	3,30
	Sem Informação	7	3,85
	Total	182	100
Internação com assistência ao parto/perda fetal?	Sim	95	52,20
	Não	87	47,80
	Total	182	100
Motivo da admissão	Assistência ao trabalho de parto/parto	73	40,11
	Cesariana eletiva	34	18,68
	Indução do trabalho de parto	1	0,55
	Assistência ao abortamento/perda fetal	11	6,04
	Intercorrências na gestação	63	34,62
	Total	182	100
Trabalho de parto	Espontâneo	83	45,60
	Não entrou em TP	82	45,05
	Sem informação	17	9,34
	Total	182	100
*Profissional de assistência	Médico(a)	165	90,66
	Enfermeiro Obstetra	168	92,31
	Outro	86	47,25
	Sem informação	1	0,55
	Total	420	230,77
Posição do parto	Semi-sentada	2	2,60
	Ginecológica (deitada)	70	90,91
	Lateral	1	1,30
	Não se aplica	4	5,19
	Total	77	100
Liberdade de Movimento	Sim	63	81,82
	Não	14	18,18
	Total	77	100
Dieta	Livre	21	27,27
	Zero	56	72,73
	Total	77	100
Presença acompanhante durante o trabalho de parto?	Sim	18	23,38
	Não	59	76,62
	Total	77	100
Como você avalia sua experiência na instituição?	Positiva	72	93,51
	Negativa	5	6,49
	Total	77	100

Fonte: elaborado pelas autoras, 2026.

*As categorias analisadas não são mutuamente exclusivas, podendo um mesmo caso apresentar mais de uma condição, portanto, as porcentagens não totalizam 100%.

7.4 Desfechos Obstétricos

“No Brasil, a atenção ao parto e ao nascimento é marcada historicamente por um modelo de assistência hospitalar centrado no médico e caracterizado por altas taxas de intervenções obstétricas, como cesarianas e partos instrumentais” (Aguiar *et al.*, 2025).

No tocante ao tipo de parto, houve predomínio de cesarianas (72,73%). Ademais, observou-se que a indicação de cesariana na admissão ocorreu em menos da metade de todos os partos (36,36%), sem registro da identificação do motivo cirúrgico. Esse achado é relevante, pois indica que parte das outras cesarianas podem ter sido definidas no decorrer do pré-natal, durante a evolução do trabalho de parto ou até mesmo a fatores institucionais e assistenciais, enquanto os partos vaginais corresponderam a 20,78%, não havendo registros de uso de fórceps, vácuo extrator e nem procedimentos de episiotomia e kristeller.

Dessa forma, o dado observado diverge do preconizado pela Rede Alyne (2024), que estabelece metas e parâmetros de referência iguais ou inferiores a 35% para a taxa de cesarianas, ressaltando a importância da implementação de estratégias voltadas à redução anual desses índices em 10%. “Há anos o Brasil apresenta índices inaceitáveis de cesáreas, chegando a quase 70% no setor privado e 50% no setor público” (Aguiar *et al.*, 2025).

A ausência de partos instrumentais também pode refletir limitações na prática assistencial, impactando as alternativas ao parto cirúrgico. Além disso, houve casos sem registro do tipo de parto, relacionados a situações especiais, como transferências de emergência, perdas fetais em que o parto não foi realizado na instituição e complicações maternas que ocasionaram internação sem evolução para o desfecho do parto.

No que tange às complicações clínicas e obstétricas, verificou-se predominância de gestantes sem complicações registradas (23,08%). Entre as intercorrências mais frequentes, destacaram-se a hipertensão gestacional (20,33%), a infecção urinária (18,68%) e o diabetes gestacional sem uso de insulina (10,44%). Também foram identificados casos de amniorrexe prematura (7,14%), pré-eclâmpsia (3,30%), trabalho de parto prematuro (2,20%), hemorragias obstétricas (2,20%), aborto e óbito fetal (2,20%), além de outras condições fetais, placentárias e maternas em menores proporções.

De acordo com o Ministério da Saúde (2022), tais intercorrências podem repercutir negativamente nos desfechos maternos e neonatais, reforçando a importância do acompanhamento pré-natal qualificado para identificação precoce e manejo adequado dessas condições.

Observou-se, ainda, predominância de gestações a termo, com idade gestacional entre 37 semanas e 41 semanas e 6 dias (43,41%). Ressalta-se que o principal motivo de internamento foi a hipertensão gestacional (20,33%), seguida de infecção urinária (18,68%) e diabetes mellitus gestacional (10,44%). Tais complicações são reconhecidas como importantes causas de morbidade materna, estando diretamente associadas a desfechos adversos e podendo demandar intervenções e encaminhamento para serviços de maior complexidade.

Nesse contexto, segundo o Ministério da Saúde (2024), a identificação precoce dessas complicações durante o pré-natal é fundamental para a prevenção de agravos e para a adequada condução do cuidado, especialmente em unidades de menor porte, nas quais a limitação de recursos pode influenciar a necessidade de transferência.

No que se refere aos desfechos neonatais, observou-se predominância de recém-nascidos vivos (92,21%). De acordo com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), no ano de 2025 foram registrados três óbitos neonatais no município de Pesqueira-PE. No presente estudo, identificou-se um caso de óbito neonatal (1,30%), resultado que sugere impacto proporcionalmente elevado no curto período analisado, uma vez que, em intervalo reduzido de tempo, já foi observado um terço do total anual previamente registrado.

“A mortalidade neonatal no Brasil é impactada por diversos fatores, incluindo a falta de integração entre os serviços de saúde e a dificuldade de implementação de práticas conhecidas, como planejamento reprodutivo e educação para a saúde” (Fundação Oswaldo Cruz, 2025). Além disso, a identificação de 2 casos de nascidos mortos (2,60%) sem causa identificada no prontuário, evidencia a ocorrência de eventos adversos que impactam diretamente outros indicadores. Embora os natimortos não componham a taxa de mortalidade neonatal, sua ocorrência representa um importante marcador da qualidade da assistência materno-fetal.

De acordo com a OMS (2021), uma intervenção essencial para a melhoria da sobrevivência perinatal e neonatal consiste na compreensão do número de óbitos e de suas causas. A realização da investigação dos eventos e fatores associados permite identificar fragilidades nos sistemas de saúde e subsidiar a elaboração de estratégias locais voltadas à prevenção dessas mortes.

Referente aos desfechos neonatais, verificou-se predominância de recém-nascidos com peso adequado ao nascer (79,22%), associada a bons índices de vitalidade, evidenciados por escores de Apgar entre 8 e 10 no 1º minuto (77,92%) e no 5º minuto de vida (83,12%). Esses achados indicam condições favoráveis ao nascimento e adequada adaptação neonatal de forma imediata.

Em relação aos procedimentos imediatos ao recém-nascido, observou-se prevalência do clameamento imediato do cordão umbilical (33,77%).

Em recém-nascidos a termo ou prematuros que não necessitam de ventilação com pressão positiva, o cordão umbilical não deve ser clameado antes de 1 minuto após o nascimento. O clameamento tardio do cordão umbilical é recomendado para todos os partos, iniciando simultaneamente os cuidados neonatais essenciais (World Health Organization, 2014, n.p., tradução nossa).

Essa recomendação é fundamentada nos benefícios proporcionados ao neonato, pois favorece uma melhor adaptação cardiovascular e hemodinâmica. Apesar das evidências científicas e recomendações dos órgãos de saúde, a persistência do clameamento imediato pode estar relacionada à manutenção de práticas tradicionais e às rotinas institucionais. Assim, os achados reforçam a importância da adoção de práticas baseadas em evidências.

Enfatiza-se que foi proporcionado o contato pele a pele imediato em 63,64% dos casos. O Ministério da Saúde (2022) recomenda sua realização logo após o nascimento, de forma contínua, por favorecer o vínculo, a confiança, a satisfação da mãe e os efeitos positivos no aleitamento materno. Constatou-se também alta prevalência de amamentação na primeira hora de vida, em 75,32% dos casos, conforme demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4- Desfechos Obstétricos

	Variáveis	N	%
Tipo de parto	Vaginal	16	20,78
	Cesáreo	56	72,73
	Sem informação	5	6,49
	Total	77	100
Indicação de cesariana no momento da admissão?	Sim	28	36,36
	Não	49	63,64
	Total	77	100
Complicações clínicas ou obstétricas na gestação atual	Trabalho de parto prematuro	4	2,20
	Crescimento Intrauterino Restrito	1	0,55

	Oligodramnia	2	1,10
	Amniorrexe prematura	13	7,14
	Isoimunização RH	2	1,10
	Diabetes gestacional sem insulina	19	10,44
	Hipertensão gestacional	37	20,33
	Pré-eclâmpsia	6	3,30
	Hipertensão crônica	1	0,55
	Infecção urinária	34	18,68
	Aborto e óbito fetal	4	2,20
	Hemorragias obstétricas	4	2,20
	*Condições fetais e placentárias	3	1,65
	**Doenças e intercorrências maternas	6	3,30
	***Fatores de risco maternos	4	2,20
	Sem complicações	42	23,08
	Total	182	100
Idade Gestacional	< 28 semanas	10	5,49
	28 a 36 e 6d semanas	21	11,54
	37 a 41 e 6d semanas	79	43,41
	> 42 semanas	1	0,55
	Sem informação	71	39,01
	Total	182	100
Condição do RN	Nascido Vivo	71	92,21
	Nascido Morto	2	2,60
	Óbito neonatal	1	1,30
	Perda fetal precoce	6	7,79
	Total	80	103,90
Peso ao nascer	< 2500 baixo peso	1	1,30
	2500 a 3999 adequado	61	79,22
	> 4000 macrosomia	2	2,60
	Sem informação	13	16,88
	Total	77	100
Apgar ao nascer	1º minuto		
	8 a 10 - normal	60	77,92
	5 a 7 leve	5	6,49
	3 a 4 - moderado	0	-
	0 a 2 - grave	1	1,30
	Sem informação	11	14,29
	Total	77	100
	5º minuto		

	8 a 10 - normal	64	83,12
	5 a 7 leve	1	1,30
	3 a 4 - moderado	0	-
	0 a 2 - grave	1	1,30
	Sem informação	11	14,29
	Total	77	100
Clampeamento do cordão	Imediato	26	33,77
	Tardio > 1 min	8	10,39
	Sem informação	43	55,84
	Total	77	100
Contato pele a pele imediato	Sim	49	63,64
	Não	17	22,08
	Sem registro	11	14,29
	Total	77	100
Aleitamento na 1ª hora	Sim	58	75,32
	Não	7	9,09
	Sem registro	12	15,58
	Total	77	100

Fonte: elaborado pelas autoras, 2026.

*Presença de líquido amniótico meconial, calcificação placentária, macrosomia fetal; doença hemolítica perinatal.

**Anemia gestacional, crise convulsiva, infecção geniturinária; doença gastrointestinal; transtorno ansioso; doença venosa crônica.

*** Idade avançada; obesidade; tabagismo.

Um importante indicador da qualidade do cuidado é o monitoramento da ocorrência de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), sendo fundamental sua análise no contexto da assistência obstétrica. Para a análise das IRAS, existe um documento na unidade para notificação, porém no período referente a pesquisa não houve nenhum registro de infecção hospitalar.

A ausência de notificação, embora possa sugerir um cenário favorável da assistência, deve ser interpretada com cautela, considerando possíveis casos de subnotificação, transferências e a impossibilidade de distinção entre infecções de origem comunitária e aquelas relacionadas à assistência. Assim, evidencia-se a importância do fortalecimento da vigilância epidemiológica e da qualidade dos registros em saúde.

Além dos desfechos materno-infantis, a análise da dinâmica assistencial incluiu a avaliação da taxa de ocupação de leitos. Devido à indisponibilidade de dados referentes à ocupação real da unidade, a análise foi baseada na estimativa de necessidade de leitos

obstétricos, conforme a Nota Técnica GEASM nº 29/2025 da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

Essa estimativa considera o número de nascidos vivos ajustado ao crescimento populacional e à dependência do Sistema Único de Saúde (SUS), adotando tempo médio de permanência de três dias para gestantes de risco habitual e de cinco dias para gestantes de alto risco, além de taxa de ocupação ideal de 90%.

A partir desses parâmetros, estimou-se, para o município de Pesqueira-PE, a necessidade de aproximadamente cinco leitos obstétricos destinados ao risco habitual e quatro ao alto risco. Ao comparar essa estimativa com a capacidade instalada da maternidade, que dispõe de 12 leitos, observa-se adequada capacidade assistencial, com possível margem de segurança para variações na demanda.

7.5 Transferências

No que tange às transferências, não foi possível obter a assinatura do TCLE de todas as gestantes e parturientes. Dessa forma, foram coletadas informações disponíveis na instituição, especificamente no registro de transferências da maternidade, o qual contempla dados como nome, idade, motivo da transferência, equipe assistencial, complicações obstétricas e ocorrência de trabalho de parto. Sendo assim, foi possível retratar um total de 107 transferências durante o período da pesquisa de 3 meses, conforme Tabela 5.

Tabela 5- Transferências

	Variáveis	N	%
Tipo de saída da mulher do hospital	Alta	77	42,31
	Transferida	105	57,69
	Total	182	100
*Motivo da transferência	Alto risco	27	25,71
	Complicações	48	45,71
	Falta de suporte	55	52,38
	Total	130	123,80

Fonte: elaborado pelas autoras, 2026.

*As categorias analisadas não são mutuamente exclusivas, podendo um mesmo caso apresentar mais de uma condição.

“A taxa de transferências obstétricas observada neste estudo foi de 57,69%, valor superior ao encontrado nos estudos de Centros de Parto Normal Peri-hospitalares brasileiros, nos quais a taxa de transferência materna intraparto foi de 17,3% e a pós-parto de 2,6%” (Aguiar *et al.*, 2025). “Gestantes e puérperas transitam entre os diferentes níveis de atenção à saúde em curto período, necessitando de cuidados adequados e oportunos para evitar desfechos desfavoráveis” (Bessa *et al.*, 2023).

Segundo Nóbrega (2025) a distância e o tempo de viagem podem ser potenciais fatores de risco para mães e recém-nascidos, embora algumas políticas busquem reduzir esses fatores, elas não definem referências específicas para o que é de fato aceitável para dar à luz. Dessarte, mostra a importância da articulação entre as instituições circunvizinhas capaz de garantir a continuidade do cuidado.

Nesse contexto, foi possível identificar que as transferências ocorreram predominantemente por três categorias principais: equipe incompleta, complicações obstétricas e condições de alto risco materno-fetal. Frisa-se que a ausência de suporte representou a principal causa de transferência, correspondendo a 52,38% dos casos. Observou-se que condições obstétricas de baixa gravidade, como trabalho de parto em todos os períodos e rotura prematura de membranas, frequentemente motivaram transferência não pela gravidade clínica, mas pela incapacidade assistencial local em conduzir tais situações.

Ressalta-se que as complicações obstétricas e neonatais corresponderam a 45,71% das transferências. Entre os principais achados, destacam-se trabalho de parto, perda de líquido amniótico, amniorrexe prematura e protrusão de bolsa amniótica.

Além disso, foram constatadas complicações maternas como sangramento vaginal em diferentes intensidades, crises hipertensivas, hiperglicemia, infecção do trato urinário e abortamento. No âmbito fetal, a restrição de crescimento intrauterino também foi identificada como fator contribuinte para a transferência.

Por fim, cabe destacar que a categoria de alto risco materno-fetal representa 25,71% dos casos, incluindo condições como pré-eclâmpsia, crises convulsivas, restrição do crescimento intrauterino, oligoâmnio, amniorrexe prematura, obesidade materna e presença de comorbidades.

Em diversos casos, foram identificados múltiplos fatores associados a uma mesma transferência. De modo geral, os dados evidenciaram que uma parcela significativa está relacionada não apenas à gravidade clínica, mas também às limitações estruturais e assistenciais da unidade de origem. Nesse sentido, tais encaminhamentos integram o fluxo de referência e

contrarreferência preconizado pela Rede Alyne (2024), sendo fundamentais para a continuidade do cuidado, embora sua elevada magnitude sinalize limitações na capacidade resolutive da unidade.

“Os indicadores de mortalidade materna são fundamentais para mensurar as desigualdades entre as regiões e, por meio dessas informações, identificar os obstáculos institucionais, culturais e sociais que perpassam o processo de trabalho dos profissionais” (Costa; Oliveira; Lopes, 2021).

De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), observa-se que, no ano de 2025, não houve registro de mortes por causas obstétricas diretas ou indiretas, tampouco mortes maternas declaradas. De forma semelhante, no período analisado neste estudo, também não foram registrados óbitos maternos.

Esse dado evidencia um cenário positivo no que concerne à saúde materna, sugerindo efetividade das ações de assistência pré-natal, parto e puerpério, além de possível qualidade na vigilância, no cuidado ofertado, na identificação precoce de situações de risco e o adequado encaminhamento para unidades de referência.

Contudo, também pode indicar que casos graves são transferidos e possuem desfechos negativos nas maternidades de alto risco. “Nesse contexto, a prevenção da morte materna e da morbidade materna grave dependem do acompanhamento de informações corretas, que permitem a avaliação adequada da situação de saúde e o planejamento e melhoria das ações de saúde” (Observatório Obstétrico Brasileiro, 2023).

Dentre as limitações encontradas destacam-se as reformas estruturais realizadas na maternidade durante o período da coleta, na qual as em alguns dias as pacientes admitas eram realocadas e, conseqüentemente, poderiam faltar leitos e gerar um maior quantitativo de transferências. Além da incompletude de alguns registros, o que resultou na perda de informações relevantes para a pesquisa.

8 CONCLUSÃO

Os achados evidenciam que o perfil das mulheres assistidas é de idades reprodutivas de menor risco (51,65%), além de características sociodemográficas marcadas por escolaridade intermediária (46,75%), baixa renda (39,01%) e ausência de vínculos conjugais (31,32%), que influenciam no acesso, adesão e desfechos da assistência perinatal. Destaca-se ainda, a especificidade territorial da população, com participação indígena (24,68%), que reforça a necessidade de abordagens adequadas às singularidades locais.

No que concerne à assistência pré-natal, avanços relacionados à captação precoce no primeiro trimestre (76,62%) e à realização de 7 ou mais consultas (50,65%) de acordo com as recomendações da Rede Alyne. Porém, ainda persistem fragilidades nos registros que se estendem a outras variáveis assistenciais, limitando a robustez das análises.

A assistência ao parto evidencia um modelo intervencionista, com elevada ocorrência de cesarianas (72,73%), baixa diversidade de posições de parto, com predomínio da posição ginecológica (90,91%) e restrições à presença de acompanhante no bloco cirúrgico, com presença de apenas 23,38%. Embora a atuação multiprofissional esteja presente, a organização do cuidado aponta limitações na adoção de práticas centradas na fisiologia do parto e na autonomia da mulher.

Quanto aos desfechos obstétricos e neonatais, tem-se condições favoráveis ao nascimento, com a prevalência de recém-nascidos vivos (92,21%), adequados ao peso (79,22%) e com bons índices de vitalidade (83,12%). Entretanto, a ocorrência de óbitos neonatais (1,30%) e nascidos morto (2,60%), sinaliza a necessidade da identificação precoce de riscos e da qualificação da assistência em todos os níveis de atenção à saúde.

A elevada taxa de transferências (57,69%) se configura como o principal achado do estudo, e evidencia limitações na resolutividade da unidade, sobretudo relacionadas à insuficiência de suporte estrutural e assistencial (52,38%). Tal cenário reforça a dependência de serviços de maior complexidade, porém a ausência de óbitos maternos indica a efetividade no encaminhamento oportuno.

Por fim, embora a maternidade disponha de capacidade instalada compatível com a demanda e apresente desfechos satisfatórios, persistem desafios que impactam a qualidade do cuidado. Torna-se imprescindível a qualificação dos registros em saúde, a ampliação da resolutividade local e a implementação efetiva de práticas baseadas em evidências, visando à melhoria contínua da assistência materno-infantil.

REFERÊNCIAS:

- AGÊNCIA GOV. **Governo Federal lança nova estratégia para combater mortalidade materna.** Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202409/governo-federal-programa-rede-alyne-reduzir-mortalidade-materna>. Acesso em: 10 nov. 2024.
- AGUEMI, A. K. Indicadores maternos para monitorar hospitais da Rede Cegonha: uma proposta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 781–787, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.35562020>. Acesso em: 01 jun. 2026.
- AGUIAR, C. A.; LEISTER, N.; BUSSADORI, J. C. C.; RIESCO, M. L. G.; TEIXEIRA, T. T. Indicadores de monitoramento e avaliação dos Centros de Parto Normal Peri-hospitalares: resultados do estudo Nascer nas Casas de Parto do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 7, e00175024, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pP5XjWjytFGhXrcXxPRTb4q/?lang=pt>. Acesso em: 20 abr. de 2026.
- ARAÚJO, A. F. P.; PINHEIRO, B. R.; GUIMARÃES, Í. I. DA S. M. Relação Entre Acompanhamento No Pré-Natal, Mortalidade Materna e Fatores Sociodemográficos. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 7, p. 3336–3350, 31 jul. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i7.15080>. Acesso em: 01 jun. 2026.
- AS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Sustainable Development Goal 3: Saúde e Bem-Estar.** Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em: 24 maio. 2025.
- ASSIS, Thaís Rocha; CHAGAS, Virginia Oliveira; GOES, Raissa de Melo. et al. Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil? **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 4, 20 dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/reciis.v13i4.1595>. Acesso em: 01 jun. 2026.
- BELÉM, J. M.; PEREIRA, E. V.; CRUZ, R. S. B. L. C. et al. Divinização, peregrinação e desigualdade social: experiências de mulheres no acesso à assistência obstétrica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, n. 1, p. 327–334, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000100017>. Acesso: 01 jun. 2026.
- BESSA, R.; ELEONE, A.; FREITAS, R. et al. **Mortalidade materna: causas e caminhos para o enfrentamento.** (H. Ciorra, R. Rocha, Eds.) Olhar IEPS - Instituto de Estudos para Políticas de Saúde Rio de Janeiro, 14 mar. 2023. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/03/olhar-IEPS-4-mortalidade-materna.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2025
- BEZERRA, Kevia Katiúcia Santos; ANDRADE, Mirley Sângela Pessoa Bezerra de. **Mortalidade materna: um desafio para a saúde pública mundial.** HUIB-UFMG/Ebserh, 13 set. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hujb-ufcg/comunicacao/noticias/parto-seguro>. Acesso em: 26 nov. 2024.
- BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 8 abr. 2005. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm Acesso em: 2 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **MS, OPAS, CONASS e CONASEMS apresentam proposta de plano nacional para enfrentamento da mortalidade materna e infantil.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/agosto/ms-opas-conass-e-conasems-apresentam-proposta-de-plano-nacional-para-enfrentamento-da-mortalidade-materna-e-infantil>. Acesso em: 7 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Informações de Saúde (TABNET).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 2 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde (IVIS). **Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal.** Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/mortalidade/infantil-e-fetal/?s=MSQyMDI1JDEkOCQyNiQyNjEwOTAKMSQxJDAkNDAwNCQwJDAkNSQxJDQwMDAwMSQw> . Acesso em: 16 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Brasília, DF: *Ministério da Saúde*, 2024. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 20 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf. Acesso em: 1 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf.pdf. Acesso em: 8 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 01 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>. Acesso em: 14 de abr. de 2026.

CARVALHO, Sarah Nascimento de; SANTOS, Marli Villela Mamede dos; MORAIS, Ana

Cristina de. A percepção das puérperas acerca do direito ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 23, n. 1, p. 43-50, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/28108>. Acesso em: 2 jun. 2026.

COSTA, E. DA S.; DE OLIVEIRA, R. B.; LOPES, G. DE S. As principais causas de morte maternas entre mulheres no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, p. e5826, 31 jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e5826.2021>. Acesso em: 01 jun. 2026.

COSTA, F. S.; DE OLIVEIRA, M. F. C.; PETRY, A. E. R. et al. Desafios e estratégias na melhoria da assistência materno-infantil: prevenção de infecções neonatais e promoção da saúde da mulher, uma visão geral. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 16, n. 10, p. 19970–19981, 6 out. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.10-079>. Acesso em: 01 jun. 2026.

DAY, L. T.; SADEQ-UR, R. Q.; EHSANUR, R. A. et al. Assessment of the validity of the measurement of newborn and maternal health-care coverage in hospitals (EN-BIRTH): an observational study. **The Lancet Global Health**, v. 9, n. 3, p. e267–e279, mar. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33333015/>. Acesso: 01 jun. 2026.

DE ANDRADE, L.; KOZHUMAM, A. S.; ROCHA, T. A. H. et al. Impact of socioeconomic factors and health determinants on preterm birth in Brazil: a register-based study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 22, n. 1, p. 872, 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9685869/>. Acesso em: 1 jun. 2026.

DE MELO, Nayra Carla; PEREIRA LIMA CUNHA, Mônica. Mortalidade Materno-Infantil em um Estado Nortista Brasileiro: Coerência e Discrepância entre Instrumentos de Gestão e Agenda 2030. **Revista Ciência Plural**, v. 9, n. 3, p. 1–13, 26 dez. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2023v9n3ID32028>. Acesso em: 01 jun. 2026.

DE OLIVEIRA, G. P.; TAKAMATSU, T. C. de S.; DOS SANTOS, M. R. et al. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento: integração das políticas públicas na promoção da maternidade segura. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 1, p. 5085–5094, 24 jan. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.1-303>. Acesso em: 01 jun. 2026.

DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Mortalidade perinatal, morbidade materna grave e near miss materno: protocolo de um estudo integrado à pesquisa Nascer no Brasil II. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, e00199923, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/>. Acesso em: 3 jun. 2026.

DOMINGUES, R. M. S. M.; VIELLAS, E. F.; DIAS, M. A. B. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 37, n. 3, p. 140-147, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2024.v40n4/e00248222/#>. Acesso em: 8 maio 2026.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Postagens: Principais Questões sobre Cuidados ao Nascimento. Rio de Janeiro, 8 mai. 2025. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/principais-questoes-sobre-cuidados-ao-nascimento/>. Acesso em: 16 abr. 2026.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Postagens: Liberdade no Trabalho de Parto. Rio de Janeiro, 11 dez. 2023. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/liberdade-no-trabalho-de-parto/>. Acesso em: 3 jun. 2026.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO. A razão da mortalidade materna no Brasil aumentou 94% durante a pandemia. **Fundo de População da ONU alerta para grave retrocesso**. 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: 17 nov. 2025.

GOMES, Maria Auxiliadora. Principais questões sobre monitoramento e qualidade na atenção obstétrica. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**, 6 mar. 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-monitoramento-e-qualidade-na-atencao-obstetrica/>. Acesso em: 26 nov. 2024.

GUIMARÃES, Quelrinele Vieira; COELHO, Luana Pereira Ibiapina; SANTOS, Monyka Brito Lima dos. et al. Vivência de puérperas diante da assistência obstétrica no processo parturitivo. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 19, n. 1, 18 jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36925/sanare.v19i1.1404>. Acesso: 01 jun. 2026.

LEISTER, N.; LOPES, G. A.; IGUCHI, C. O. F. et al. Maternal and neonatal outcomes of childbirth care in a freestanding birth centre. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 33, e4596, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/zvtBFxDxsCfBGP5bSjZRWJr/?format=html&lang=en>. Acesso em: 20 abr. 2026.

LIMA FIGUEIREDO, E. R. ; MIRANDA, C. S. C.; CAMPOS, A. C. V. et al. Influence of sociodemographic and obstetric factors on maternal mortality in Brazil from 2011 to 2021. **BMC Women's Health**, v. 24, n. 1, art. 84, 1 fev. 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38302949/>. Acesso em: 01 jun. 2026.

LIMA, K. W. S. de; ANTUNES, J. L. F.; SILVA, Z. P. da. **Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 61-71, 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015000100005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9Qq4zJz7L9Yv8fQf5M6G4vH/>. Acesso em: 3 jun. 2026.

LIMA, M. M.; MOREIRA AGUILAR, A. M. Análise dos indicadores de saúde materno infantil de um município do estado do Mato Grosso. **Journal of Health Sciences**, v. 19, n. 3, p. 183-188, 2017. DOI: 10.17921/2447-8938.2017v19n3p183-188. Disponível em: <https://journalhealthscience.pgsskroton.com.br/article/view/5658>. Acesso em: 3 jun. 2026.

LINS, Daniella Oliveira Albuquerque; SILVA, Maria Tatiane Alves da; MAIA, Lívia Teixeira de Souza. Evolução do acesso ao pré-natal em Pernambuco: a escolaridade materna como marcador das iniquidades em saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 25, e20240212, 2025. DOI: 10.1590/1806-9304202500000212. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/>. Acesso em: 3 jun. 2026.

MARTIN, L. B.; JULIANI, C. M. C. M.; LIMA, S. G. S. et al. Sistema de gestão para um hospital de referência. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, e43488, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj>. Acesso em: 3 jun. 2026.

MATOS, Luana da Silva; ASSIS, Thaís Rocha; SOUSA, Sterlanny Reis et al. Recorte raça/cor dos indicadores materno-infantis em uma regional de saúde do estado de Goiás. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago**, Goiânia, v. 9, 2023. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br>. Acesso em: 3 jun. 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Contato pele a pele é saudável para a saúde da mãe e do bebê**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/novembro/contato-pele-a-pele-e-saudavel-para-a-saude-da-mae-e-do-bebe>. Acesso em: 17 Abr. 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cuidado para uma jornada reprodutiva segura**. [S. l.: s. n.], 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-dos-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2023/outubro/apresentacao-2013-nova-rede-cegonha/view>. Acesso em: 10 nov. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvpe.def>. Acesso em: 19 abr. 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde materna**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/saude-materna>. Acesso em: 21 abr. 2026.

NÓBREGA, Lidiane. Levantamento mostra desigualdades no acesso ao parto hospitalar no Brasil. **Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)**, 13 fev. 2025. Disponível em: <https://fiocruz.br/noticia/2025/02/levantamento-mostra-desigualdades-no-acesso-ao-parto-hospitalar-no-brasil>. Acesso em: 3 jun. 2026.

OBSERVATÓRIO OBSTÉTRICO BRASILEIRO. **Aparecida: uma história sobre a vulnerabilidade da mulher brasileira à morte materna**. Disponível em: <https://observatorioobstetricobr.org/a-historia-de-aparecida/>. Acesso em: 17 fev. 2025.

OBSERVATÓRIO OBSTÉTRICO BRASILEIRO. **OOb Indicadores Obstétricos**. 2022 Disponível em: <https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/indicadores-obstetricos>. Acesso em: 26 nov. 2024.

OLIVEIRA BAHIA, L. **Guia referencial para construção e análise de indicadores**. Brasília: [s.n.], 2021 Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6154/1/GR%20Construindo%20e%20Analisando%20Indicadores%20-%20Final.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2024.

OLIVEIRA, Henry Johnson Passos de; BONFIM, Cristine Vieira do; SILVA, Amanda Priscila de Santana Cabral. Análise espacial da mortalidade materna antes e durante a pandemia pela COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 78, supl. 1, e20240416, 2025. DOI: 10.1590/0034-7167-2024-0416. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0416>. Acesso em: 2 jun. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Vigilância e resposta à mortalidade materna e perinatal.** Disponível em: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/maternal-health/maternal-and-perinatal-death-surveillance-and-response>. Acesso em: 16 abr. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mortalidade Materna.** Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Acesso em: 1 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva: sumário executivo.** Genebra: [s.n.]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>. Acesso em: 17 fev. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Health and reduced inequalities: policy brief.** Disponível em: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2019-2451-42206-58206>. Acesso em: 24 abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil.** [s.l.: s.n., s.d.]. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e0937b39-0f34-4f4f-ba35-a971b63c04fc/content>. Acesso em: 17 abr. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Recomendações da OMS: cuidados durante o parto para uma experiência de parto positiva.** Genebra: OMS, 2018. Disponível em: WHO – Recomendaciones de la OMS. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. Acesso em: 8 maio 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Serviços essenciais de saúde enfrentam interrupções contínuas durante pandemia de COVID-19.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/7-2-2022-servicos-essenciais-saude-enfrentam-interruptoes-continuas-durante-pandemia-covid>. Acesso em: 24 maio. 2025.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. **Nota Técnica GEASM nº 29/2025: estimativa de gestantes e necessidade de leitos obstétricos em Pernambuco para o ano de 2025.** Recife: SES-PE, 2025. Disponível em: https://esppe.saude.pe.gov.br/pluginfile.php/279043/mod_folder/content/0/NT%20N%C2%BA%2029.2025%20-%20ESTIMATIVA%20DE%20GESTANTES%202025.pdf?forcedownload=1. Acesso em: 15 abr. 2026

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **2º Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA): segundo quadrimestre de 2024.** Recife: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2024. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2024/10/RDQA_2A__QUAD..pdf. Acesso em: 7 nov. 2024.

PINTO, K. R. T. da F.; ZANI, A. V.; BERNADY, C. C. F. et al. Fatores associados a intervenções obstétricas em maternidades públicas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 4, p. 1081–1090, dez. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/fjdXSzpxpXRbXVhGFGSKP9F/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 10 nov. 2024.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PESQUEIRA. Secretaria Municipal De Saúde. **Programação anual de saúde – PAS 2023**. Pesqueira, PE: [s.n.], 2023. Disponível em: https://transparencia.pesqueira.pe.gov.br/uploads/5314/1/atos-oficiais/2023/programacao-anual-de-saude/1690482044_programao-anual-de-sade-2023-2.pdf. Acesso em: 10 nov. 2024.

RODRIGUES, A. R. M.; CAVALCANTE, A. E. S.; VIANA, A. B. Mortalidade materna no Brasil entre 2006–2017: análise temporal. **ReTEP (Revista Tendências da Enfermagem Profissional)**, v. 11, n. 1, p. 3–9, 2019. Disponível em: <https://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Mortalidade-materna-no-Brasil-entre-2006-2017-analise-temporal-final.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2026.

SANJEL, Keshab; SHARMA, Shiv Lal; GURUNG, Swadesh et al. **Quality of routine health facility data for monitoring maternal, newborn and child health indicators: a desk review of DHIS2 data in Lumbini Province, Nepal**. PLOS ONE, v. 19, n. 4, p. e0298101, 2024. DOI: 10.1371/journal.pone.0298101. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0298101>. Acesso em: 3 jun. 2026.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO. **Plano estadual de saúde 2024–2027**. Recife: [s.n.], 2024. Disponível em: https://www.lai.pe.gov.br/ses/wp-content/uploads/sites/95/2024/07/PLANO_ESTADUAL_DE_SAUDE___PES_2024_2027___3__23_05-1.pdf. Acesso em: 24 nov. 2024.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO. **Saúde da Mulher**. Disponível em: <https://portal.saude.pe.gov.br/saude-da-mulher/>. Acesso em: 26 nov. 2024.

SOUZA, D. R. S. de; SILVA, S. B. L. da; DUARTE, I. A. A. et al. Associação da adesão das regiões do Brasil à Rede Cegonha com a mortalidade materna e outros indicadores de saúde. **Revista Ciência Plural**, v. 8, n. 2, p. 1–16, 20 fev. 2022. DOI: 10.21680/2446-7286.2022v8n2ID26632. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/26632>. Acesso em: 1 jun. 2026.

SILVA, J. R.; OLIVEIRA, M. B. T.; SANTOS, F. D. R. P. et al. Indicadores da qualidade da assistência pré-natal de alto risco em uma maternidade pública. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 109–116, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/31252>. Acesso em: 3 jun. 2026.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, n. supl. 1, p. 253–256, fev. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100014>. Acesso em: 24 abr. 2025.

SOUZA, Caroline; PRETTO, Nicholas; MAIA, Gabriel. **O perfil das gestantes indígenas e as desigualdades no acesso à saúde**. Nexo Jornal, 26 out. 2021. Atualizado em 28 dez. 2023. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/grafico/2021/10/26/O-perfil-das-gestantes-indigenas-e-as-desigualdades-no-acesso-a-saude>. Acesso em: 3 jun. 2026.

TOMASI, E.; FERNANDES, P. A. A.; FISCHER, T. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde**

Pública, v. 33, n. 3, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/Ltr3JY8CdWTkbxmhTTFJsNm/?lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2026.

VAICHULONIS, C. G.; SILVA, R. R.; PINTO, A. I. A. et al. Avaliação da assistência pré-natal segundo indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, n. 2, p. 441–450, jun. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/tvgYtDBXYgmvDZcRmJWqW7j/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2026.

VARGENS, O. M. da C.; SILVA, A. C. V. da; PROGIANTI, J. M. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/dfNt7rwTQn7p63DYNMTC99q/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 01 Jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guideline: delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310513/>. Acesso em: 1 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Number of neonatal deaths**. Geneva: WHO, [s.d.]. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/2714>. Acesso em: 1 jun. 2026.

9 APÊNDICES

9.1 APÊNDICE A

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE PERNAMBUCO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - (TCLE)

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar como voluntário (a), da pesquisa ANÁLISE DO PERFIL MATERNO INFANTIL EM MATERNIDADE DE PEQUENO PORTE NO AGRESTE PERNAMBUCANO. É importante que antes de participar, leia atentamente as informações sobre o estudo e caso concorde, assine a linha ao final deste termo.

Este é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entregando o termo para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre essa pesquisa. Sua participação é voluntária, o que significa que, mesmo após ter concordado em participar do estudo, o (a) Sr. (a) tem o direito e a liberdade de desistir dessa participação em qualquer fase da pesquisa, independentemente do motivo e sem prejuízo algum à sua pessoa. O projeto não implicará qualquer despesa para o (a) Sr. (a), pois todas as despesas do estudo serão custeadas pelos pesquisadores, nem haverá remuneração por participar, destaca-se também que a pesquisa não atenderá a fins lucrativos.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Autarquia Educacional de Belo Jardim (AEB), no endereço: Sítio Inhumas, Rodovia Pernambuco 166 KM5, Bairro: Zona Rural, CEP: 55.150-000, Belo Jardim-PE, Telefone: (81)3726-8100, cep@aeb.edu.br; ou poderá consultar a Comissão nacional de Ética em Pesquisa, Telefone (61)3315-5878, conep.cep@saude.gov.br.

Esta pesquisa está sob a responsabilidade das pesquisadoras Mariana Costa Lacerda Coelho e Thayane Shaynna Menezes de Carvalho, discentes do curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto Federal de Pernambuco (IFPE)/ Campus Pesqueira, que estão sob orientação da Professora, da mesma Instituição educativa: Layane Gabriely Alves da Silva. Telefone para contato: (81) 9 9810-4339, e-mail layane.alves@pesqueira.ifpe.edu.br.

O objetivo geral deste estudo é analisar o perfil clínico epidemiológico em uma maternidade de pequeno porte localizada no agreste pernambucano. Sua participação nesta pesquisa como paciente, durará 30 minutos, e se dará por ser participante de uma entrevista e por disponibilizar o seu prontuário da maternidade, no qual deverá autorizar a coleta de dados que será realizada por meio do instrumento para a coleta do prontuário disponibilizado pelo Inquérito Nacional sobre Partos, Nascimentos e Perdas Fetais (Nascer no Brasil II), realizado pela Fiocruz, adaptado de acordo com os objetivos da pesquisa.

As atividades realizadas durante a pesquisa não serão fotografadas, respeitando o anonimato dos participantes. Será realizado um relatório escrito e entregue a secretaria municipal de saúde com os resultados obtidos na investigação, cujos dados podem ser utilizados em apresentação de eventos e/ou artigos científicos. A identidade do participante permanecerá em sigilo e todos os arquivos ficarão sob responsabilidade do pesquisador por cinco anos e após este período serão destruídos.

Caso haja algum outro tipo de constrangimento, aclarar-se-á pela pesquisadora o que o participante deseje perguntar, e será ofertado um apoio psicológico com um profissional capacitado. Fica garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes de

participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Os benefícios, poderão não gerar benefícios direto ao participante, mas espera-se que com sua participação proporcione evidência científica para colaborar com a melhoria dos indicadores de saúde do município acerca da saúde materno infantil. Destacamos que este estudo segue as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, portanto, somente os resultados da pesquisa serão analisados e publicados em trabalhos científicos como Trabalho de Conclusão de Curso, artigos, capítulos de livro e resumos em eventos científicos, mantendo a sua identidade preservada. Após ser esclarecido (a) sobre a pesquisa através das informações aqui escritas, no caso de sua aceitação em participar, assine ao final desse documento.

Eu, _____, estou ciente dos termos apresentados, concordo em participar do projeto e autorizo a divulgação dos resultados. Declaro que fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Este documento é emitido em duas vias que serão assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Pesqueira, ____/____/____

Assinatura do Participante de Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura da orientadora

9.2 APÊNDICE B:

ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Instrumento adaptado do Nascer no Brasil 2

- INFORMAÇÕES GERAIS

Nº do prontuário da mulher: _____

Iniciais da mulher: _____

Data de nascimento: _____

Cor da pele/raça: Branca Preta Asiática Parda Indígena Sem informação

Nível de escolaridade: Fundamental completo Fundamental incompleto

Fundamental sem especificação Médio completo Médio incompleto

Médio sem especificação Superior completo ou mais Superior incompleto

Superior sem especificação Nenhum Sem informação

Situação conjugal: Solteira Casada Viúva Separada judicialmente/divorciada

União estável Sem informação

Renda pessoal mensal: <1 salário mínimo Até 1 salário mínimo Até 2 salários mínimos. De 3 a 5 salários mínimos. > 5 salários mínimos.

- GESTAÇÃO ATUAL

Tipo de gestação: Única Gemelar Sem informação

Desfecho da gestação: Permaneceu gestante Parto (nascido vivo ou natimorto)

Perda fetal precoce (< 22 semanas e < 500g) Sem informação

Condição do RN: Nascido vivo Nascido morto Óbito neonatal Perda fetal precoce

Sem informação

- DADOS OBSTÉTRICOS NA ADMISSÃO

IG sem método informado: Semanas _____ | Dias _____

- INTERNAMENTO ATUAL

Data da internação: _____

Internação com assistência ao parto/perda fetal? Sim Não

Reinternação pós-parto: Somente a mãe Somente o bebê Mãe e bebê

Motivo da internação:

- Assistência ao trabalho de parto / parto
 - Realização de cesariana agendada /programada /eletiva
 - Indução do trabalho de parto
 - Assistência ao abortamento/ perda fetal (inclui gravidez ectópica e gestação molar)
 - Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação
 - Intercorrência clínica ou obstétrica no pós-parto ou pós-abortamento
- Tipo de saída da mulher do hospital: Alta Saída à revelia Óbito
- Permanece internada após 42 dias do parto/perda fetal Transferida Sem informação
- Motivo da transferência da puérpera: _____
-

- **HISTÓRICO OBSTÉTRICO**

Número total de gestações (incluindo atual): _____

Número total de abortos anteriores: _____

Número de partos vaginais anteriores: _____

Número de cesarianas anteriores: _____

- **PRÉ-NATAL**

Idade gestacional na primeira consulta: _____

Primeiro trimestre Segundo trimestre Terceiro trimestre

5 a 41 semanas Não fez pré-natal Sem informação

Número de consultas de pré-natal: _____

Cartão do pré-natal ou laudo de USG disponível no prontuário? Sim Não

- **COMPLICAÇÕES CLÍNICAS OU OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL**

- Incompetência istmo-cervical (IIC)/Cerclagem
- Placenta prévia
- Trabalho de parto prematuro
- CIUR (Crescimento Intrauterino Restrito)
- Oligodramnia
- Polidramnia
- Amniorrexe prematura pré-termo
- Acretismo placentário (acreta, increta, percreta)

- Colo curto (< 25mm por USG)
- Hemorragia vaginal após 20 semanas
- Isoimunização RH (Doença hemolítica perinatal)
- Diabetes gestacional sem insulina
- Diabetes gestacional com insulina
- Hipertensão gestacional
- Pré-eclâmpsia
- Hipertensão crônica (<20 semanas)
- Sífilis na gestação
- HIV positivo na gestação
- Toxoplasmose (que precisa tratar) durante a gestação
- Pneumonia durante a gestação
- Tuberculose durante a gestação
- Infecção urinária
- Infecção hospitalar
- Pielonefrite e/ou Sepsis
- Nenhuma das intercorrências clínicas ou obstétricas listadas acima
- Outra: _____

- SOROLOGIAS NA INTERNAÇÃO

Teste rápido/sorologia para HIV realizado? Sim Não

Resultado: Reagente Não reagente Indeterminado Não informado

Teste rápido/sorologia para sífilis realizada? Sim Não

VDRL: Não reagente 1/2 até 1/256 ou mais Não realizado Não informado

- ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO

Trabalho de parto: Espontâneo Indução com sucesso Indução sem sucesso

Não entrou em TP Sem informação

Indicação de cesariana no momento da admissão? Sim Não

Profissional de assistência: Médico(a) Enfermeiro Obstetra Outro Sem informação

Métodos não farmacológicos registrados? Sim Não

Qual? Massagem Aromaterapia Musicoterapia Banho morno Cromoterapia

Posição do parto: Semi-sentada Cócoras Quatro apoios Ginecológica (deitada)

Lateral Em pé Uso de banqueta

Liberdade de movimento? Sim Não

Dieta: Livre Zero Líquidos claros

Há presença acompanhante durante o trabalho de parto? Sim Não

Há presença de doula durante o trabalho de parto? Sim Não

Como você avalia sua experiência de parto? Positiva Negativa

Tipo de parto: Vaginal Vaginal fórceps Vaginal vácuo extrator Cesáreo

Sem informação

Realizou episiotomia: Sim Não

Realizou Kristeller: Sim Não

- **DADOS DO RECÉM-NASCIDO / ÓBITO FETAL**

Peso ao nascer (g): _____

Apgar 1º min: _____ Apgar 5º min: _____

Clampeamento do cordão: Imediato (<1 min) Tardio (>1 min) Sem registro

Contato pele a pele imediato: Sim Não Sem registro

Aleitamento na 1ª hora: Sim Não Sem registro

- **PERDA FETAL PRECOCE**

Diagnóstico inicial: Aborto (espontâneo ou provocado) Gravidez ectópica

Gestação molar Interrupção legal da gestação

Motivo da interrupção legal: Risco à vida da mulher Violência sexual/estupro

Anencefalia Autorização judicial

Registro clínico indica aborto provocado? Sim Não

- **FINALIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO**

Tempo de internação da mulher: _____ dias <7 dias 7–14 dias >14 dias

Prontuário finalizado: Sim Pendências

Data da finalização do prontuário: _____

Referência:

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ); ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA (ENSP). Análise de prontuários para avaliação da morbimortalidade materna, perinatal e near miss materno no estudo Nacer no Brasil II. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nacer-no-brasil-2>. Acesso em: 23 jun. 2025.

10 ANEXOS

10.1 ANEXO A: Carta de Anuência



**SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE**

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “**Análise do perfil materno infantil em maternidade de pequeno porte no agreste pernambucano**”, sob responsabilidade da pesquisadora Profa. Mestra Layane Gabriely Alves da Silva, do Instituto Federal de Pernambuco – IFPE, Campus Pesqueira, que objetiva analisar os indicadores da saúde materno-infantil de mulheres atendidas em uma maternidade do agreste pernambucano. Assumimos o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada nessa instituição e declaramos ainda conhecer, cumprir e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do CNS. Informamos que para ter acesso a instituição e iniciar a coleta dos dados, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e o Parecer Consubstanciado, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Pesqueira, 15 de julho de 2025.


Jaqueline Cordeiro Lopes
Secretária Municipal de Saúde
Pesqueira - PE, N.º 030/2025

Jaqueline Cordeiro Lopes
Secretária Municipal de Saúde de Pesqueira

Av. Fernando Pessoa de Queiroz, 424, Prado, Pesqueira-PE, CEP 55.200-000, CNPJ 10.488.181/0001-09
neps.pesqueira@gmail.com



10.2 ANEXO B: Parecer do Comitê de Ética

AUTARQUIA EDUCACIONAL
DE BELO JARDIM - AEB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO PERFIL MATERNO INFANTIL EM MATERNIDADE DE PEQUENO PORTE NO AGRESTE PERNAMBUCANO

Pesquisador: Layane Gabriely Alves da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 92614825.6.0000.5189

Instituição Proponente: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 8.028.736

Apresentação do Projeto:

Informações extraídas do documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2648498.

INTRODUÇÃO

A gestação representa uma fase de intensas mudanças físicas, emocionais e sociais na vida da mulher. Diante da relevância desse período, é garantido a toda gestante o direito ao cuidado integral durante a gravidez, parto e pós-parto. Uma forma de apresentar os resultados da avaliação desse cuidado é com a análise de seus indicadores.

A importância dos indicadores de saúde materno-infantil consiste na capacidade de fornecer uma análise detalhada da saúde local, o que permite identificar as principais necessidades e desafios presentes. Esses dados são essenciais para otimizar as intervenções em saúde e orientar a criação de políticas públicas eficazes.

Um dos programas que fornecem esses indicadores de saúde materno infantil é a Rede Alyne, criada em 2024, novo programa que reestrutura a antiga Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com a meta de reduzir a mortalidade materna em 25% até 2027. Que está em consonância com os objetivos de desenvolvimento sustentável no Brasil (ODS) que prevê para 2030, reduzir a razão da mortalidade materna para no máximo 70 mortes por 100.00 nascidos vivos.

Os indicadores de mortalidade materna são fundamentais para mensurar as desigualdades entre as regiões, e, por meio destas informações, identificar os obstáculos institucionais,

Endereço: Sítio Inhumas, Rodovia Pernambuco 166 KM5

Bairro: Zona Rural

CEP: 55.150-000

UF: PE

Município: BELO JARDIM

Telefone: (81)3726-8100

E-mail: cep@aeb.edu.br

Continuação do Parecer: 8.028.736

culturais e sociais, que perpassam o processo de trabalho dos profissionais (Costa, Oliveira e Lopes, 2021). Esses indicadores facilitam a identificação, por parte dos gestores, de áreas prioritárias para investimentos em saúde de 2024. Com base nas recomendações do Ministério da Saúde para a redução da mortalidade materna e infantil, o presente estudo questiona-se os indicadores de saúde materno-infantil da maternidade do município de Pesqueira, no agreste pernambucano, no período de agosto a novembro de 2025, e se podem estar abaixo dos parâmetros preconizados.

METODOLOGIA PROPOSTA

A coleta de dados será realizada através da análise das entradas das pacientes na maternidade por meio dos prontuários preenchidos durante o período definido após a aprovação do comitê de ética. As pesquisadoras irão identificar e registrar as informações referentes ao perfil das mulheres atendidas, com base nos dados disponíveis nos prontuários das gestantes admitidas e após isso será realizada entrevista para coleta de informações adicionais. Os dados serão coletados por meio do instrumento para a coleta do prontuário disponibilizado pelo Inquérito Nacional sobre Partos, Nascimentos e Perdas Fetais (Nascer no Brasil II), realizado pela Fiocruz. Esse instrumento será adaptado de acordo com os objetivos da pesquisa. Primeiramente será apresentado o projeto às pacientes admitidas, e realizado o convite para participação da pesquisa com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após será realizada a análise dos prontuários e entrevista para coleta de informações das participantes, com a devida autorização prévia expressa no TCLE. A análise será feita de forma sistemática, o que vai garantir a padronização dos dados e o respeito aos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Critério de Inclusão: pacientes que tenham sofrido aborto espontâneo ou provocado, desde que haja registro clínico; prontuários de pacientes gestantes, parturientes pela maternidade do hospital Dr. Lídio Paraíba durante o período de janeiro a março de 2026; prontuários de pacientes parturientes que contenham informações sobre o pré-natal, tipo de parto e complicações durante parto e puerpério; prontuários de pacientes recém-nascidos contendo peso ao nascer, idade gestacional acima de 26 semanas, APGAR e intercorrências neonatais desde que ao menos três desses dados estejam disponíveis; prontuários composto por dados sociodemográficos da gestante como idade, escolaridade, estado civil, cor/raça. **Critério de Exclusão:** prontuários das pacientes e recém-nascidos com dados duplicados ou registro incorreto; pacientes não grávidas vítimas de violência sexual; prontuários de mulheres transferidas para outras unidades antes da conclusão do atendimento obstétrico ou neonatal,

Endereço: Sítio Inhumas, Rodovia Pernambuco 166 KM5
Bairro: Zona Rural **CEP:** 55.150-000
UF: PE **Município:** BELO JARDIM
Telefone: (81)3726-8100 **E-mail:** cep@ueb.edu.br

Continuação do Parecer: 8.028.736

sem informações complementares disponíveis na unidade de destino ou em sistemas integrados.

Metodologia de Análise de Dados: As variáveis relacionadas ao estudo pactuam com metas e resultados atingidos pela maternidade de pequeno porte, que é referência para 4 municípios circundantes, e está na IV região de saúde no agreste pernambucano. O período da pesquisa será realizado de agosto a novembro de 2025. Para análise dos resultados, os dados dos prontuários serão coletados por meio do instrumento para a coleta do prontuário disponibilizado pelo Inquérito Nacional sobre Partos, Nascimentos e Perdas Fetais (Nascer no Brasil II), realizado pela Fiocruz. E então será feita uma entrevista com a paciente que concordar em participar do estudo e então, os dados serão organizados e sintetizados no Google Forms® e posteriormente, importados para o software Google Sheets® que será utilizado para a realização da análise descritiva. Serão calculadas frequências absolutas e relativas, com o objetivo de obter um panorama das variáveis analisadas. Para comparar os indicadores de saúde materno-infantil da maternidade com os parâmetros do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, serão apresentados os seguintes indicadores: complicações no parto, infecção hospitalar, taxa de mortalidade materna, taxa de mortalidade neonatal, tipo de parto e taxa de cesáreas, taxa de ocupação de leitos. Já em relação aos cuidados pré-natais e ao parto, estão: adequação do pré-natal, consultas pré-natais, atendimentos, número de internamentos e número de transferências. Em relação aos dados demográficos

Objetivo da Pesquisa:

- Objetivo Primário:

Analisar os indicadores materno infantil de uma maternidade de pequeno porte no agreste pernambucano.

- Objetivo(s) Secundário(s)

Realizar a caracterização sociodemográfica das pacientes atendidas na maternidade no período da coleta.

Analisar o perfil de atendimentos, transferências, internamentos e desfechos obstétricos da maternidade, no período selecionado.

Comparar os principais desafios identificados na prática obstétrica com as recomendações do Ministério da Saúde.

Endereço: Sítio Inhumas, Rodovia Pernambuco 166 KM5

Bairro: Zona Rural

CEP: 55.150-000

UF: PE

Município: BELO JARDIM

Telefone: (81)3726-8100

E-mail: cep@aeb.edu.br

Continuação do Parecer: 8.028.736

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes. Como haverá contato direto para coleta das informações, pode haver desconforto, como timidez ou constrangimento ao responder algumas perguntas. Existe ainda a possibilidade de preocupação quanto à confidencialidade dos dados fornecidos. Para minimizar esses riscos, as entrevistas serão realizadas em ambiente reservado, garantindo privacidade e sigilo. As participantes poderão interromper ou se recusar a responder qualquer questão a qualquer momento, sem prejuízo em seu atendimento na instituição. Todos os dados coletados serão anonimizados e utilizados apenas para fins científicos.

As participantes poderão se beneficiar diretamente ao terem suas informações de saúde valorizadas e utilizadas para compreender melhor o perfil materno-infantil da região. O estudo possibilitará uma reflexão sobre a qualidade da assistência recebida, identificando pontos fortes e fragilidades no atendimento materno-infantil. Além disso, ao responder às questões e disponibilizar seus prontuários, as gestantes poderão contribuir para a melhoria dos serviços prestados pela maternidade, uma vez que fornecerão subsídios para aprimorar políticas e práticas de atenção à saúde da mulher e da criança na instituição.

No TCLE as autoras as autoras relatam que Caso haja algum outro tipo de constrangimento, aclarar-se-á pela pesquisadora o que o participante deseje perguntar, e será ofertado um apoio psicológico com um profissional capacitado. Fica garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes de participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide campo conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução 466/12 do CNS e complementares e pela Norma Operacional 001/13 do CNS, este CEP manifesta-se pela aprovação deste protocolo.

Endereço: Sítio Inhumas, Rodovia Pernambuco 166 KM5
Bairro: Zona Rural **CEP:** 55.150-000
UF: PE **Município:** BELO JARDIM
Telefone: (81)3726-8100 **E-mail:** cep@aeb.edu.br

AUTARQUIA EDUCACIONAL
DE BELO JARDIM - AEB



Continuação do Parecer: 8.028.736

Considerações Finais a critério do CEP:

Realizar nova submissão (ementa) quando for necessário fazer qualquer alteração neste projeto.

Solicitamos que em virtude da ocorrência de algum dano ao participante, previsto ou não como risco, a pesquisa deverá ser imediatamente suspensa e os fatos comunicados a este comitê.

Encaminhar o relatório final deste estudo ao sistema CEP/CONEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2648498.pdf	27/09/2025 11:26:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MODELO_PROJETO_PESQUISA.docx	27/09/2025 11:23:03	THAYANE SHAYNNA MENEZES DE CARVALHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_anuencia_pesq.pdf	27/09/2025 11:09:57	THAYANE SHAYNNA MENEZES DE CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Indicadores.pdf	27/09/2025 11:07:09	THAYANE SHAYNNA MENEZES DE CARVALHO	Aceito
Cronograma	cronograma_plataforma_brasil.pdf	27/09/2025 11:02:49	THAYANE SHAYNNA MENEZES DE CARVALHO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_TCC.pdf	27/09/2025 10:52:42	THAYANE SHAYNNA MENEZES DE CARVALHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Sítio Inhumas, Rodovia Pernambuco 166 KM5
Bairro: Zona Rural **CEP:** 55.150-000
UF: PE **Município:** BELO JARDIM
Telefone: (81)3726-8100 **E-mail:** cep@aeb.edu.br

AUTARQUIA EDUCACIONAL
DE BELO JARDIM - AEB



Continuação do Parecer: 8.028.736

BELO JARDIM, 03 de Dezembro de 2025

Assinado por:
Alexandra Waleska de Oliveira Aguiar
(Coordenador(a))

Endereço: Sítio Inhumas, Rodovia Pernambuco 166 KM5
Bairro: Zona Rural **CEP:** 55.150-000
UF: PE **Município:** BELO JARDIM
Telefone: (81)3726-8100 **E-mail:** cep@ueb.edu.br