REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

ATUAÇÃO DOS GRUPOS TÉCNICOS DE VIGILÂNCIA DO ÓBITO MATERNO, INFANTIL E FETAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

PERFORMANCE OF TECHNICAL GROUPS FOR MATERNAL, INFANT AND FETAL DEATH SURVEILLANCE IN A HEALTH REGION OF PERNAMBUCO, BRAZIL

Ciências da Saúde • 23/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/795265250

Maria Eduarda Freires Leite[1]

Jozelma Pereira Barros de Souza[2]

Jurandy Júnior Ferraz de Magalhães[3]

Daylâne Danielly dos Santos Silva[4]

Clécio Fabiano Gomes do Amaral[5]

Darlene Pereira Pádua[6]

Jhenifer Nicoly Teotonio Teles Pereira[7]

Maria das Graças Soares de Moura[8]

RESUMO

Objetivos: analisar a atuação dos Grupos Técnicos de Vigilância do Óbito (GTs) materno, infantil e fetal na XI Região de Saúde de Pernambuco, identificando os atores envolvidos, a participação nas reuniões, os produtos técnicos e operacionais elaborados e os impactos dessas discussões na vigilância do óbito e na qualificação da atenção à saúde. **Métodos:** estudo de abordagem qualitativa, com elementos quantitativos descritivos, baseado em observação participante e entrevistas semiestruturadas. Foram observados três GTs, totalizando quatro reuniões de quatro horas cada, com participação de 31 profissionais, e entrevistados sete profissionais integrantes dos grupos. **Resultados:** a ausência recorrente de profissionais da assistência hospitalar limitou o esclarecimento de condutas clínicas e a reconstrução das trajetórias assistenciais. As maiores representações nos GTs foram: coordenação de vigilância epidemiológica, médico e enfermeiro da UBS e responsável técnica da vigilância do óbito (10% cada) e médico ginecologista-obstetra voluntário (19%). Identificaram-se fragilidades como incompletude das fichas de investigação, ausência de profissionais estratégicos nas discussões e falhas assistenciais no pré-natal e no parto. **Conclusões:** o fortalecimento dos GTs demanda padronização dos registros e protocolos, maior envolvimento das equipes assistenciais nas discussões e investimento contínuo em educação permanente, contribuindo para a prevenção de óbitos evitáveis e para a consolidação de uma rede de atenção mais integrada e resolutiva.

Palavras-chave: vigilância do óbito; mortalidade perinatal; mortalidade materna; comitê de profissionais.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the performance of the Technical Death Surveillance Groups (GTs) for maternal, infant, and fetal deaths in the

11th Health Region of Pernambuco, Brazil, identifying the actors involved, participation in meetings, the technical and operational outputs produced, and the impact of these discussions on death surveillance and on the quality of health care. **Methods:** a qualitative study with descriptive quantitative elements, based on participant observation and semi-structured interviews. Three GTs were observed, comprising four meetings of four hours each, with 31 professionals, and seven professionals from the groups were interviewed. **Results:** the recurrent absence of hospital care professionals limited the clarification of clinical management and the reconstruction of care trajectories. The largest representations in the GTs were: epidemiological surveillance coordination, primary care physicians and nurses, and the death surveillance technical officer (10% each), and volunteer obstetrician-gynecologists (19%). Weaknesses identified included incomplete investigation forms, the absence of key professionals from discussions, and care failures during prenatal care and delivery. **Conclusions:** strengthening the GTs requires standardizing records and protocols, greater involvement of care teams in discussions, and continuous investment in continuing education, contributing to the prevention of avoidable deaths and to a more integrated and effective care network.
Keywords: death surveillance; perinatal mortality; maternal mortality; professional committee.

1. INTRODUÇÃO

No panorama Mundial, a redução da mortalidade neonatal entre 1990 a 2023 tem ocorrido de forma mais lenta em comparação à queda na mortalidade pós-neonatal entre crianças menores de cinco anos. Estudos indicam, que diariamente, 6.300 recém-

nascidos perdem a vida, o que representa 47% de todos os óbitos nessa faixa etária (WHO, 2024). Logo esse cenário evidencia a necessidade de fortalecer as políticas públicas e as ações direcionadas para um pré-natal de qualidade e um parto seguro.

As taxas médias anuais de mortalidade fetal no Brasil foram de 11,3, 10,7 e 8,5 por 1.000 nascimentos para IG ≥20, ≥22 e ≥28 semanas, evidenciando alto risco (Rocha *et al.*, 2025). O cenário permanece desafiador para o Sistema Único de Saúde (SUS), exigindo pré-natal eficaz, detecção precoce de riscos e assistência qualificada durante a gestação.

Além disso, de acordo com estudo de Oliveira *et al.* (2024), a taxa média de mortalidade materna no Brasil entre os anos de 2010 e 2020 foi de 58,6 mortes por 100 mil nascidos vivos entre as regiões do país, a Região Norte registrou o maior índice com 72,47 óbitos por 100 mil nascidos vivos, seguida pela Região Nordeste, com média de 69,27.

Segundo o Boletim de Mortalidade Materna em Pernambuco (Pernambuco, 2022), tanto no biênio anterior quanto durante a pandemia, a Razão de Mortalidade de Materna (RMM) permaneceu elevada em grande parte das 12 Regiões de Saúde do estado. Considerando os óbitos até 42 dias após o parto, oito regiões (II, III, VI, VII, VIII, IX, XI e XII) apresentaram RMM elevada no período pré-pandemia.

No mesmo boletim, durante a pandemia, 11 regiões apresentaram RMM elevada, com a VII em nível muito elevado. Considerando óbitos até um ano após o parto, nove regiões já tinham RMM elevada no pré-pandemia e a XI muito elevada. Na pandemia, o

cenário agravou-se: 10 regiões mantiveram RMM elevada e duas, I e VII, atingiram nível muito elevado (Pernambuco, 2022).

O cenário evidencia a manutenção de altas taxas de mortalidade materna em Pernambuco, antes e durante a pandemia, sem reduções significativas. O aumento das regiões com RMM elevada ou muito elevada revela fragilidades na organização da atenção materna, especialmente na XI Região de Saúde.

Esse cenário, sugere limitações na coordenação do cuidado, na efetividade das ações previstas nas políticas públicas voltadas à saúde da mulher e na integração dos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. Nesse sentido, torna-se pertinente aprofundar a análise sobre os elementos estruturais, organizacionais e assistenciais que podem estar associados à manutenção desses indicadores no contexto regional. Dentro da RAS, a Atenção Primária à Saúde (APS), realiza a governança clínica do cuidado pré-natal.

Esse cuidado pode ser compreendido como um cuidado complexo, seja pelas alterações metabólicas e hormonais necessárias para a manutenção e desenvolvimento do feto, como por meio das interações/inter-relação dos pontos de atenção que compõem uma rede de cuidados (Rodrigues *et al.*, 2022).

Sob a ótica da alta complexidade, a integração ocorre com serviços de referência para gestação e puerpério de alto risco, responsáveis por atender gestantes e puérperas encaminhadas ou por demanda espontânea, realizar partos quando necessário e assegurar transferências seguras, respeitando a vinculação (Brasil, 2024).

Quando essa articulação na Rede de Atenção à Saúde não é bem organizada e gerida, pode haver impacto negativo na assistência

obstétrica, aumentando o risco de óbitos maternos e perinatais e evidenciando fragilidades na regionalização e hierarquização do cuidado (Nascimento *et al.*, 2024). A adequada gestão da RAS é imprescindível para a efetivação da rede materno-infantil, com fluxos assistenciais bem definidos nos três níveis de atenção.

Por sua vez, a busca pela diminuição da mortalidade materna e perinatal também envolve a organização do processo de trabalho voltado à vigilância do óbito materno e infantil dentro dos estados e municípios, que teve como ponto de partida a formulação de portarias, guias e manuais.

Destaca-se, entre eles a Portaria nº 72, de 2010, que estabelece a obrigatoriedade da vigilância dos óbitos maternos, infantis e fetais nos serviços de saúde que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de identificar os fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas voltadas à prevenção de óbitos evitáveis (Brasil, 2010).

Outro documento operacional importante é o Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno (Brasil, 2009), voltado aos gestores municipais e estaduais das áreas das áreas de vigilância em saúde e saúde da mulher. Trata-se de uma iniciativa estratégica para orientar a organização da vigilância epidemiológica da mortalidade materna, com ênfase em regiões prioritárias, como a da Amazônia e Nordeste Brasileiro.

O Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal (Brasil, 2023), é instrumento técnico essencial, pois orienta a organização dos Comitês nos níveis municipal, regional e estadual, apoia as ações de

vigilância e disponibiliza formulários atualizados para padronizar e qualificar a investigação e análise dos casos.

Segundo o estudo de Tenório (2017), os Grupos Técnicos de Discussão de Óbitos (GTs) são espaços intersetoriais que analisam criticamente mortes maternas, fetais e infantis para identificar falhas assistenciais e fatores evitáveis. Sua composição inclui membros fixos como, gestores, profissionais da APS, alta complexidade e membros flutuantes que compõe a equipe assistencial direta do caso analisado.

Diante das elevadas taxas de mortalidade e dos instrumentos normativos que orientam a vigilância do óbito, os GTs configuram-se como instâncias fundamentais para identificar fragilidades assistenciais e propor medidas preventivas.

Diante da persistência de indicadores elevados de mortalidade materna e da necessidade de compreender os processos que permeiam a vigilância do óbito no âmbito regional, este estudo teve como objetivo analisar a atuação dos Grupos Técnicos de Vigilância do Óbito na XI Região de Saúde de Pernambuco.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo o Protocolo Geral de Vigilância do Óbito (Brasil, 2023), a VO consiste em um conjunto amplo de ações voltadas para a investigação dos óbitos e para a qualificação das causas de morte. Para organizar e gerenciar essas atividades, o protocolo recomenda a criação de grupo de trabalho intersetoriais em todos os níveis de gestão do SUS.

Desta forma, esses grupos têm como finalidade coordenar, analisar e atender às demandas relacionadas à Vigilância do Óbito. Demonstrando que a VO abrange um processo de identificação de elementos que contribuem e fatores determinantes, a avaliação de padrões epidemiológicos, criação de sugestões para evitar novos e definição de abordagens para o fortalecimento das políticas de saúde pública.

O Protocolo ainda trata da formação dos GTs nas três esferas de governo, sendo no âmbito municipal, a recomendação da implantação desse grupo nas capitais e nos municípios que tenham estrutura operacional para realizar a análise dos óbitos por causas evitáveis ou passíveis de redução. O Grupo de Trabalho da Vigilância do Óbito da Secretaria Municipal de Saúde (GT-VO/SMS) deve ser composto por diferentes setores, reunir profissionais de diversas áreas e atuar de forma confidencial (Brasil, 2023).

Quanto ao contexto regional, o protocolo traz algumas atribuições especificas do GT: Apoiar os municípios na busca ativa e investigação dos óbitos, quando necessário, orientando sobre as práticas adequadas dentro de sua área de atuação; Monitorar as ações relacionadas à vigilância do óbito por causas evitáveis ou passíveis de redução nos municípios sob sua jurisdição; Promover treinamentos e atualizações; Estimular e auxiliar os municípios na análise dos dados; Fornecer feedback ao nível municipal com informações atualizadas sobre a vigilância do óbito por causas evitáveis ou passíveis de redução.

Portanto, os GTs regionais têm importantes atribuições na redução dos óbitos evitáveis, no qual através das discussões dos casos pode-

se chegar aos determinantes e causas que levaram ao óbito seja ele, materno, infantil, fetal etc.

De acordo com o estudo de Almeida et.al (2017), entre os anos de 2015 e 2016, foram registrados, na Região de Saúde de Viçosa em Minas Gerais, 24 óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF), dos quais 83% passaram por investigação, incluindo um óbito materno; ocorreram 10 mortes fetais, sendo 80% analisadas, e 13 óbitos infantis, dos quais 53,8% foram investigados.

Entre os óbitos fetais analisados, todos (100%) foram classificados como evitáveis, enquanto, entre os infantis, 57,4% foram considerados preveníveis. Esse estudo evidencia que é de extrema relevância a realização das discussões de óbitos, uma vez que permite trazer dados e qualificar esses dados de óbitos, demonstrando que em sua grande maioria podem ser evitados e prevenidos. A partir dessas discussões dentro dos GTs, é possível além do monitoramento, gerar estratégias que levem a redução de óbitos evitáveis e integrar os profissionais de forma intersetorial com a finalidade de melhorar a assistência.

Segundo Silva et.al (2017), os GTs de discussão óbito, tem como finalidade examinar a atuação dos serviços de saúde na ocorrência das mortes. Para isso, é elaborado um resumo das informações coletadas durante a investigação, que servirá de base para a discussão do óbito pelo GT da VO. Esse grupo é formado pelo responsável pela vigilância do óbito do distrito sanitário, integrantes da equipe da ESF e ACS, profissionais dos hospitais envolvidos no atendimento à gestante e à criança, gestores e técnicos dos distritos sanitários e da instância central da vigilância e assistência à saúde

(abrangendo políticas específicas para a criança e a mulher, além da APS).

Antecede as discussões, a busca ativa de óbitos. Que compreende a coleta contínua e sistemática de declarações de óbito nas fontes notificadoras (hospitais, maternidades, Unidade Básica de Saúde – UBS, Serviços de Verificação de Óbito – SVO, Institutos de Medicina Legal – IML, e outras) afim de garantir e aumentar a cobertura da notificação (Brasil, 2022).

De acordo com Saltarelli et al. (2019), a lista brasileira de óbitos evitáveis destaca a relevância das causas perinatais e chama a atenção para o crescimento das mortes que poderiam ser prevenidas com uma assistência adequada à mulher durante a gestação, o parto e ao recém-nascido. Ou seja, torna-se fundamental considerar o histórico reprodutivo das gestantes em relação aos filhos anteriores, bem como as condições de saúde durante a gravidez atual.

Todo esse contexto é levado em consideração nas discussões de óbitos maternos e perinatais afim de definir as causas que levaram ao desfecho final. Portanto, torna-se de suma importância o papel dos GTs na identificação das causas e de discutir estratégias que possam contribuir na diminuição dos óbitos.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, com elementos quantitativos descritivos, baseado em observação participante e entrevistas semiestruturadas, voltada à compreensão da atuação dos profissionais nos GTs de discussão de óbito da XI GERES. Segundo Marconi e Lakatos (2003), a observação participante

permite captar o grau de envolvimento, o comportamento dos atores e a dinâmica das reuniões.

O estudo ocorreu na XI Região de Saúde, localizada no Sertão do Pajeú, Estado de Pernambuco e abarca os seguintes municípios: Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada e Triunfo. O período do estudo foi de fevereiro de 2025 à fevereiro de 2026 e período da coleta de dados em setembro de 2025 a dezembro de 2025.

A população do estudo foi composta por profissionais de saúde dos 10 municípios que compõem a XI Região de Saúde de Pernambuco (Calumbi, Betânia, Flores, Floresta, Itacuruba, São José do Belmonte, Santa Cruz da Baixa Verde, Triunfo, Carnaubeira da Penha e Serra Talhada) que participaram das discussões dos GTs de Vigilância do Óbito.

A amostra foi intencional, composta por profissionais diretamente envolvidos nas discussões: membros das ESF (enfermeiros e médicos que acompanharam os casos), coordenadores municipais de vigilância epidemiológica e da APS, representantes do programa Mãe Coruja, ginecologistas-obstetras voluntários, coordenação da atenção à saúde e referência técnica da vigilância do óbito da XI GERES.

Foram incluídos na etapa de observação os 31 profissionais que participaram dos três GTs e das quatro reuniões realizadas, com duração de quatro horas cada. Para a etapa de entrevistas, foram selecionados sete profissionais que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos da pesquisa os profissionais que não responderam às perguntas da entrevista de forma clara e compreensiva, os que abandonaram a entrevista e/ou a discussão do GT durante a execução das mesmas. Como limitações, ocorreu a falta de interesse pelos profissionais e a disponibilidade de tempo para participarem da entrevista.

Os instrumentos de coleta utilizados foram: o roteiro de observação participante para as discussões de óbito e a entrevista semiestruturada com os profissionais que compõem os GTs de Vigilância do Óbito dos municípios da XI Região de Saúde. Os dados coletados das discussões e das entrevistas foram redigidos e tabulados nas ferramentas digitais do Word e Google Docs.

O roteiro de observação permitiu análise sistematizada das discussões, contemplando: completude e coerência dos resumos de caso; composição e representatividade dos participantes; horário de início e término; conteúdo das discussões; falhas assistenciais identificadas; encaminhamentos deliberados; e preenchimento da ficha síntese. As observações foram registradas em documento digital no Word e Google Docs, com atenção ao tempo de duração de cada reunião e à dinâmica dos debates.

Realizadas de maneira remota mediante agendamento prévio, as entrevistas semiestruturadas tiveram suas respostas transcritas digitalmente. Essa abordagem baseia-se em um roteiro com tópicos predefinidos, oferecendo flexibilidade para que os entrevistados respondam livremente e aprofundem suas percepções (Minayo, 2014).

O roteiro da entrevista abordou: dados gerais do entrevistado; percepção sobre a importância da atuação no GT; avaliação do preenchimento das fichas de investigação; principais desafios enfrentados; produtos técnicos e operacionais gerados; impactos percebidos na qualidade assistencial; mudanças na Rede de Atenção à Saúde; e sugestões para fortalecimento da vigilância do óbito.

Os dados foram armazenados em arquivos digitais (Word e Google Docs). Os dados qualitativos foram obtidos por meio de observação participante e entrevistas semiestruturadas, enquanto os dados quantitativos resultaram da sistematização das observações realizadas durante os GTs.

A análise dos dados qualitativos foi realizada por meio da análise de conteúdo de Bardin (Bardin, 2016). Essa técnica visa identificar os 'núcleos de sentido' presentes nas falas e registros, cuja frequência e significado são relevantes para os objetivos analíticos do estudo.

A análise dos dados quantitativos foi realizada com base na Análise Univariável. De acordo com Freitas e Moscarola (2002), nesta análise simples, pode-se reconstruir as respostas, questão por questão e escolher os totais/percentuais em relação ao número de indivíduos entrevistados ou em relação ao total de citações ou de escolhas naquela questão.

Para sistematizar as informações, foram construídas duas Matrizes de Análise: a primeira referente às unidades de registro das observações e a segunda às unidades de registro das entrevistas semiestruturadas.

Para melhor visualização dos dados quantitativos, foram confeccionadas tabelas contendo número de citações e frequência de respostas para as variáveis da entrevista: Função do participante no grupo; Tempo de atuação; Área de formação do participante.

4. RESULTADOS

Os resultados basearam-se na análise das observações realizadas nos Grupos Técnicos (GTs) de discussão de óbitos infantil, fetal e materno da XI Região de Saúde. A avaliação considerou categorias como completude e coerência dos dados, composição dos participantes, conteúdo das discussões, identificação de falhas assistenciais e encaminhamentos propostos.

Foram observados três GTs, totalizando quatro reuniões com duração de quatro horas e participação de 31 profissionais. O GT1 teve 8 participantes na primeira reunião e 6 na segunda; o GT2 contou com 10 participantes; e o GT3, com 13.

Apesar da diversidade de participantes, verificou-se ausência recorrente de profissionais da assistência hospitalar, o que limitou o esclarecimento de condutas clínicas e a reconstrução das trajetórias assistenciais.

Importante evidenciar que, as maiores representações nos GTs foram: profissionais da coordenação de vigilância epidemiológica (10%), médico da UBS (10%), enfermeiro da UBS (10%), médico ginecologista-obstetra voluntário (19%) e responsável técnica da vigilância do óbito da XI GERES (10%) (Tabela 1).

Tabela 1. Número e Representatividade dos Integrantes dos GTs, 2025

Representatividade dos Integrantes	GT1	GT2	GT3	Total	%
Coord. Vigilância Epidemiológica	01	01	01	03	10
Coord.	0	01	0	01	3

⚠ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse o artigo original em: https://revistatopicos.com.br/artigos/atuacao-dos-grupos-tecnicos-de-vigilancia-do-obito-materno-infantil-e-fetal-em-uma-regiao-de-saude-de-pernambuco?noblockage

Fonte: Elaboração própria (2026).

No GT1, das duas reuniões realizadas, a segunda contou apenas com seis dos oito participantes originais, pela ausência do médico da UBS e do ACS. No GT3, a equipe atual da APS não havia participado do atendimento da gestante, prejudicando a reconstrução da história clínica.

Observou-se, ainda, resistência inicial de alguns profissionais da APS em discutir as fragilidades identificadas, reforçando a necessidade de sensibilização quanto ao caráter educativo dos GTs.

4.1. Falhas Assistenciais Identificadas Pelos Grupos Técnicos

As falhas assistenciais identificadas durante as discussões foram agrupadas e divididas em três dimensões com suas respectivas falhas e exemplos, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Falhas nas dimensões da Atenção Primária à Saúde, Hospitalar e Sistêmica, 2025

Dimensão	Tipo de Falha	Exemplos
Atenção Primária à Saúde	Técnico-científica; protocolo; documental; administrativa; referência/contrarreferência; diagnóstica; preventiva; educacional.	Solicitação de exames desnecessários e ausência de exames obrigatórios; registros incompletos no cartão da gestante; encaminhamentos inadequados para o alto risco; interpretação equivocada de exames.
Hospitalar	Registro; técnico-administrativa; organizacional; gestão/fluxo assistencial; protocolo; diagnóstico; documental.	Demora no atendimento e regulação de leitos; ausência de partograma; registros cirúrgicos incompletos; erro na classificação de risco; alta sem investigação adequada da causa do sangramento.
Sistêmica	Organizacional/administrativa; comunicação interinstitucional; gestão/governança clínica; educacional; padronização dos registros.	Rupturas nos fluxos de referência/contrarreferência; ausência das equipes assistenciais nas discussões; falta de padronização dos resumos e investigações.

Fonte: Elaboração própria (2026).

Nas três dimensões predominaram falhas documentais/registros, assistenciais, organizacionais/administrativas e de padronização de protocolos; registros incompletos e condutas clínicas inadequadas foram as ocorrências mais recorrentes.

Após as discussões dos casos, todos os três GTs concluíram que os óbitos analisados eram evitáveis. Além disso, foram realizadas as recomendações e encaminhamentos a partir do que fora discutido nos GTs.

Os três grupos apresentaram recomendações comuns: padronização do cartão da gestante; melhoria dos registros clínicos; adesão aos protocolos do Ministério da Saúde e da FEBRASGO; educação permanente para APS e hospitais; implementação de fluxos de urgência e classificação de risco; qualificação da regulação e do transporte sanitário; e participação das equipes hospitalares nas discussões de óbito.

A partir dessas recomendações, foram realizadas as emissões de ofícios às gestões da APS e dos hospitais contendo as falhas e recomendações identificadas nas discussões de óbito.

4.2. Preenchimento da Ficha Síntese

Todas as fichas síntese foram devidamente preenchidas e assinadas pelos participantes dos GTs, incluindo no preenchimento: O registro das falhas e recomendações; A classificação dos óbitos como evitáveis; Inclusão da causa básica conforme definição por CID; Classificação segundo a Lista Brasileira de Evitabilidade (Malta *et al.*, 2007).

Os óbitos discutidos foram classificados como reduzíveis, segundo essas causas: 1.2.3 adequada atenção ao recém-nascido (GT1); 1.2.1 adequada atenção à gestante (GT 2); 1.2 adequada atenção à gestante, ao parto e ao recém-nascido (GT 3).

A análise das entrevistas realizadas foi baseada nas respostas dos profissionais participantes dos GTs e a partir disso, foram organizadas conforme as categorias de análise definidas previamente, permitindo identificar padrões, convergências e divergências nas percepções dos entrevistados acerca de sua atuação, dos desafios encontrados e dos impactos decorrentes das discussões.

4.3. Caracterização dos Participantes e Função no GT

A análise da variável "função dos participantes" mostrou predominância da categoria médica, com três citações. As demais funções, coordenação de vigilância epidemiológica, apoio ao GT, coordenação da APS e responsável técnica dos GTs na XI GERES, apareceram uma vez cada, totalizando sete citações e evidenciando participação multiprofissional, embora com maior presença médica (Tabela 2).

Tabela 2. Função do Participante no Grupo, 2025

Função no Grupo	Nº Citações	Frequência
Médico(a)	03	03
Coordenação de vigilância epidemiológica	01	01
Apoiadora do GT	01	01
Coordenação da APS	01	01
Resp. Técnica dos GTs (XI GERES)	01	01
TOTAL	07	07

Fonte: Elaboração própria (2026), com base em Freitas e Moscarola (2002).

Quanto ao tempo de atuação, predominaram participantes com dois anos de experiência nos GTs, sendo três citações. Em seguida, aparecem quatro anos (duas citações), cinco anos (uma citação) e 13 anos (uma citação), totalizando sete citações, indicando que a maioria possui atuação relativamente recente nos grupos (Tabela 3).

Tabela 3. Tempo de Atuação nos GTs, 2025

Tempo de Atuação	Nº Citações	Frequência
02 anos	03	03
04 anos	02	02
05 anos	01	01
13 anos	01	01
TOTAL	07	07

Fonte: Elaboração própria (2026), com base em Freitas e Moscarola (2002).

Quanto à variável "Área de Formação", demonstrada na Tabela 4, observou-se diversidade entre os profissionais. As categorias de enfermeira sanitarista e ginecologista obstetra foram mencionadas duas vezes cada, enquanto médico clínico geral, farmacêutica e pedagoga foram citados uma vez cada. Ao todo, registraram-se sete citações, evidenciando composição interdisciplinar nas equipes dos GTs e também, especializações na área de saúde coletiva e vigilância em saúde relatada por um dos entrevistados.

Tabela 4. Área de Formação do Participante, 2025

Área de Formação	Nº Citações	Frequência
Enfermeira sanitarista	02	02
Médico clínico geral	01	01
Ginecologista-obstetra	02	02
Farmacêutica	01	01
Pedagoga (especialista em Saúde Coletiva)	01	01
TOTAL	07	07

Fonte: Elaboração própria (2026), com base em Freitas e Moscarola (2002).

Apesar da área de formação em pedagogia de um dos participantes não estar dentro das ciências da saúde, o mesmo possuía especialidade em saúde coletiva e duas pós em vigilância em saúde, o que não comprometeu o nível de respostas na entrevista. Porém, o referido participante relatava ter dificuldades com as discussões no GT pois, as discussões exigiam um conhecimento mais técnico e clínico dos óbitos.

4.4. Importância da Atuação no GT

Os participantes reconhecem unanimemente a relevância do GT como instrumento de fortalecimento da qualidade assistencial e da vigilância do óbito. Para os participantes P1, P3 e P7, a diversidade de profissionais e perspectivas contribui de forma decisiva para a detecção de falhas, melhoria na assistência, atualização de

protocolos e elaboração de recomendações adequadas, consolidando o caráter educativo e formativo das discussões.

Os participantes P2, P4 e P6 destacam que o GT aprimora a investigação dos óbitos, organiza a coleta de dados e qualifica os fluxos, especialmente na captação e registro de informações da gestante. P5 ressalta sua importância para o debate técnico e compreensão das condutas prévias ao óbito. Assim, o GT é percebido como estratégico para qualificar a assistência materno-infantil e prevenir desfechos negativos.

4.5. Preenchimento da Ficha de Investigação de Óbito

A totalidade dos participantes relatou que o preenchimento das fichas de investigação ainda não é realizado de forma completa e coerente. Os entrevistados mencionaram problemas recorrentes, como fichas incompletas, incoerentes e confusas, além de falhas graves nos registros clínicos, tanto na Atenção Primária quanto na assistência hospitalar.

Os participantes que não preenchem fichas (P1, P3, P4 e P5) apontaram prejuízo nas fichas de investigação devido à falta de informações nos prontuários e registros. P2 e P6 avaliaram suas condutas como medianas ou insuficientes, destacando a necessidade de capacitação e padronização. P7 relatou dúvidas no preenchimento e informou que o Estado pretende reformular as fichas em conjunto com as regionais para qualificar os registros.

Os dados indicam que a incompletude da ficha configura um dos principais fatores que dificultam discussões aprofundadas e prejudicam a qualidade das análises realizadas nos GTs. Essa fragilidade, transversal a todos os perfis entrevistados, aponta para a

necessidade de capacitações contínuas e de revisão dos instrumentos de registro utilizados nos municípios.

4.6. Desafios Enfrentados Pelo GT

Os principais desafios identificados pelos participantes concentram-se na falta de informações completas e fidedignas (sub-registros de informações), na dificuldade de participação dos profissionais envolvidos diretamente na assistência e na rotatividade de equipes da APS.

Para P1, a ausência de acesso a informações confiáveis, aliada à pouca participação dos profissionais que acompanharam diretamente a gestante, é um dos maiores entraves para discussões consistentes. P2 menciona dificuldades de interação entre os membros do GT, relacionadas à carga de trabalho e à falta de tempo disponível para participação. P3 aponta como principal desafio o inadequado preenchimento da ficha de investigação.

Os profissionais P4, P5 e P6 relataram que os resumos são incompletos ou incoerentes, dificultando a reconstrução da linha do cuidado. Também apontaram rotatividade, ausência de registros e falta de prontuários como fragilidades. P7 destacou dificuldades na contrarreferência, na realização oportuna das discussões, nos encaminhamentos, no monitoramento e na compreensão do papel do GT.

4.7. Produtos Gerados a Partir das Discussões

Segundo os entrevistados, as discussões nos GTs produzem melhorias diretas na qualidade assistencial por meio de relatórios analíticos com recomendações (P1, P4) e a criação de protocolos

institucionais como o de pré-natal de alto risco da XI Geres (P3, P6, P7). Também foram destacados o desenvolvimento de fluxogramas de contrarreferência e a emissão de orientações técnicas para as unidades de saúde (P5).

Esses produtos são encaminhados para as instâncias responsáveis, incluindo gestores municipais, equipes de APS, unidades hospitalares e coordenação da GERES. Tais ferramentas permitem padronizar práticas, fortalecer fluxos assistenciais e contribuir para a prevenção de novos óbitos.

4.8. Impactos das Discussões dos GTs

A análise das entrevistas indica que as discussões do GT são relevantes para a prática profissional e para a rede de atenção. P1 destaca o caráter educativo e indutor de mudanças; P2 e P5 apontam melhoria nas condutas assistenciais. P3 e P6 ressaltam o papel de educação permanente e sensibilização das equipes. Para P7, trata-se de um "trabalho de formiguinha", que fortalece a cultura de responsabilização e revisão de processos, promovendo avanços no cuidado.

4.9. Mudanças Percebidas na Rede de Atenção Após a Atuação do GT

Os participantes perceberam mudanças positivas na prática assistencial após a implementação e consolidação das discussões de óbito. P1 destacou maior atenção das equipes aos atendimentos e melhor fluxo de informações entre os municípios. P2 observou aumento da responsabilidade nas condutas e maior atenção aos casos acompanhados. P3 mencionou maior envolvimento da XI Geres no processo.

Os participantes (P4, P5, P6, P7) destacaram que os GTs resultaram na criação de protocolos, melhor organização das unidades e qualificação da assistência. Entre os avanços práticos, citaram a oferta de exames de pré-natal, a prevenção de óbitos e a sensibilização médica, que favoreceu a incorporação das discussões à rotina dos serviços.

4.10. Sugestões e Perspectivas Futuras

As sugestões dos participantes enfatizam a inclusão das equipes assistenciais (APS, maternidades e emergência) nas discussões de óbito, tornando-as rotineiras. Propõe-se a convocação formal de quem prestou o atendimento direto, o alinhamento entre gestores e profissionais, a pactuação de médicos fixos nos GTs municipais e a intensificação da vigilância hospitalar.

Em síntese, percebem-se avanços com foco na qualificação do pré-natal, humanização e redução da mortalidade. Espera-se que a consolidação dos GTs organize a rede e que o sistema SIVOPE qualifique as discussões e registros em todos os níveis de assistência.

5. DISCUSSÃO

Os resultados corroboram a literatura ao indicar que os GTs são dispositivos estratégicos para análise de óbitos maternos e perinatais. Conforme Rebouças *et al.* (2025), configuram-se como espaços de discussão responsável e educativa, que avaliam causas e circunstâncias, formulam recomendações preventivas e fortalecem a gestão da RAS e da rede materno-infantil, com caráter confidencial e não punitivo.

Os achados das observações dos GTs e das entrevistas, revelaram um conjunto consistente de fragilidades, potencialidades e impactos gerados por esses espaços de análise. Achados esses que possuem conexões com o contexto loco-regional, ausência de alguns exames e serviços de maior complexidade, dificuldade de transporte, distanciamento de alguns polos de saúde onde há uma maior concentração de serviços especializados e de alta complexidade.

Tendo em vista esse contexto loco-regional, é importante evidenciar que a XI GERES está localizada no Sertão do Pajeú, em Serra Talhada, distante 410 km da capital, Recife. Os dez municípios que fazem parte dessa região, são municípios menores e alguns mais distantes que outros, sendo a distância média dos municípios para Serra Talhada, sede da regional, é de 50,5 Km (Pernambuco, 2026).

Inicialmente, dificuldades de deslocamento levaram à adoção do formato remoto para as reuniões, garantindo a continuidade das atividades sem interferência na pesquisa. Conforme observado nas reuniões e entrevistas, a incompletude e incoerência dos registros clínicos são entraves centrais, pois a ausência de informações no pré-natal, prontuários e fichas compromete a reconstrução dos casos e a precisão das análises.

Esse cenário, destacado tanto por profissionais da APS quanto por médicos voluntários e os profissionais da vigilância, reforça achados locais como no estudo de Carvalho *et al.* (2023), que aponta a baixa qualidade da informação relacionadas a causa do óbito como um obstáculo crítico à vigilância de óbitos e à tomada de decisão baseada em evidências.

Quanto a composição dos GTs, evidencia-se uma diversidade profissional, integrando APS, vigilância, coordenações municipais e especialistas. Essa pluralidade foi valorizada pelos entrevistados, que destacaram a importância da multiplicidade de olhares para identificação de falhas e formulação de recomendações.

Entretanto, tanto a observação quanto as entrevistas revelaram ausências críticas, em especial, a não participação de profissionais diretamente envolvidos na assistência hospitalar às gestantes e aos recém-nascidos. A ausência desses atores limita a compreensão real das condutas adotadas, dificulta o esclarecimento de decisões clínicas e fragiliza a reconstrução da trajetória assistencial.

Estudos sobre comitês de mortalidade reforçam que a presença de equipes assistenciais é essencial para análises de qualidade e para a construção de processos de responsabilização orientados à melhoria da qualidade do cuidado, e não à punição (Soares; Martins, 2006).

Outro desafio destacado como recorrente é a rotatividade de profissionais da APS, que compromete a continuidade do cuidado e a consistência das informações. Essa rotatividade também dificulta a reconstrução das histórias clínicas e fragiliza o vínculo da equipe com as gestantes, aspecto fundamental para a detecção precoce de riscos morbimortalidade.

As falhas identificadas nos GTs, confirmadas nas entrevistas, refletem fatores estruturais da mortalidade materna e infantil na região, alinhados a dados nacionais (Pacagnella et al., 2018; Santos et al., 2025). Além disso, problemas no pré-natal, como registros incompletos, interpretação inadequada de exames e encaminhamentos incoerentes, evidenciam limitações da APS na

detecção e manejo oportuno de gestantes de risco (Frias; Szwarcwald; Lira, 2014).

Conforme Frias, Szwarcwald e Lira (2014), no âmbito hospitalar, as falhas apontadas incluem ausência de partograma, demora na regulação e transferências, registros incompletos e inconsistências nas condutas clinicas. Esses fatores estão historicamente associados ao aumento de eventos adversos e óbitos evitáveis.

Os entrevistados também destacaram falhas sistêmicas, como rupturas nos fluxos de referência e contrarreferência, ausência de padronização nos resumos e investigações. Tais fragilidades comprometem a integralidade e a continuidade do cuidado, elementos centrais para prevenção de desfechos graves.

A conclusão unânime de que todos os óbitos analisados eram evitáveis, converge com o estudo de Merali *et al.* (2014), que destaca a necessidade de intervenções estruturadas e sistemáticas na assistência clínica para redução da mortalidade materna e perinatal. Tais intervenções devem ser contínuas e integradas, envolvendo a gestão, a APS, os serviços obstétricos/maternidades, bem como a vigilância do óbito.

Apesar dos desafios identificados, os GTs têm um papel significativo na RAS. As falas dos entrevistados evidenciaram mudanças na prática clínica, maior sensibilização para adoção de boas práticas, melhorias nos fluxos assistenciais e avanços nos processos de regulação e comunicação entre municípios.

Os GTs da XI regional foram instituídos em 2016, com capacitações voltadas à investigação de óbito e implantação dos grupos de discussão infantil e fetal (Tenório, 2017). Esses GTs, segundo a

literatura (Brasil, 2023), têm tido um papel estratégico na vigilância desses óbitos na região, fortalecendo a cultura de responsabilização clínica e aprendizagem contínua, contribuindo para a redução de óbitos evitáveis em consonância com as diretrizes nacionais de vigilância do óbito materno, infantil e fetal.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados indicam que os GTs de discussão de óbitos maternos, infantis e fetais são estratégicos para qualificar a vigilância e a assistência na XI Região de Saúde. Apesar de fragilidades, como registros incompletos e ausência de profissionais hospitalares, demonstram capacidade de analisar criticamente os casos, identificar falhas e promover melhorias na rede.

Os dados também revelam impactos positivos dos GTs, como maior sensibilização das equipes, produção de protocolos e fluxogramas, qualificação do pré-natal, aprimoramento dos registros, fortalecimento da integração entre níveis de atenção e ampliação da responsabilização clínica sem punição.

As principais limitações do estudo incluem a dependência de registros clínicos incompletos, a ausência de profissionais-chave nas observações e entrevistas, o número reduzido de participantes e o possível viés de respostas. Essas limitações podem ter restringido a abrangência da análise, embora não comprometam a validade dos achados.

Entre as potencialidades do estudo destacam-se a combinação de observação participante e entrevistas, o acesso às dinâmicas internas dos GTs, a identificação de práticas exitosas como

protocolos e articulações intersetoriais, e a produção de evidências para subsidiar decisões de gestores municipais e regionais.

Portanto, os achados do estudo podem subsidiar a XI GERES na revisão de fluxos e na utilização de protocolos preconizados pelos órgãos oficiais de saúde e pelo Ministério da Saúde, na pactuação de presença mínima de categorias profissionais da APS e da atenção hospitalar nos GTs, na organização de ciclos de educação permanente para aprimoramento dos registros clínicos em prontuários e das informações preenchidas nas fichas e resumos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Ana Paula de; SILVA, Zeni Carvalho Lamy da; ALMEIDA, Maria de Fátima; et.al. Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança: avaliação de uma rede regional no Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 22, n. 10, p. 3307-3318, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.19652017. Acesso em: 27 jun. 2025.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília,** DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/manual-de-vigilancia-do-obito-infantil-e-fetal-e-do-comite-de-prevencao-do-obito-infantil-e-fetal/view. Acesso em: 14 jul. 2025.

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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 29 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010.** Altera a Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008, que regulamenta a vigilância dos óbitos maternos, fetais e infantis. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html. Acesso em: 18 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo geral da estratégia de vigilância do óbito por causas evitáveis ou reduzíveis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/Protocolo%20Geral%20da%20Vigil%C3%A2ncia%20do%20%C3%93bito%20(1).pdf. Acesso em: 27 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 84 p. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf. Acesso em: 14 jul. 2025.

CARVALHO, P. I. et al. Comitê de mortalidade materna e a vigilância do óbito em Recife no aprimoramento das informações: avaliação ex-ante e ex-post. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** v. 23, e20230000254, 2023. DOI: 10.1590/1806-93042023000000254.

FREITAS, H.; MOSCAROLA, J. Da observação à decisão: métodos de pesquisa e de análise quantitativa e qualitativa de dados. **RAE Eletrônica,** v. 3, n. 2, p. 1-15, 2002.

FRIAS, P. G.; SZWARCWALD, C. L.; LIRA, P. I. C. Avaliação dos sistemas de informações sobre nascidos vivos e óbitos no Brasil na década de 2000. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 30, n. 10, p. 2068-2080, 2014.

MALTA, D. C. et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** Brasília, DF, v. 16, n. 4, p. 233-244, out./dez. 2007.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MERALI, H. S. et al. Audit-identified avoidable factors in maternal and perinatal deaths in low resource settings: a systematic review. **BMC Pregnancy Childbirth,** v. 14, p. 280, 2014. DOI: 10.1186/1471-2393-14-280.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NASCIMENTO, N. C. et al. Cuidado obstétrico na rede materna: epidemiologia, cuidado e ações de saúde. **Sustinere,** v. 12, supl. 1, p. 55-62, 2024. DOI: 10.12957/sustinere.2024.80217.

OLIVEIRA, I. V. G. et al. Mortalidade materna no Brasil: análise de tendências temporais e agrupamentos espaciais. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 29, n. 10, e05012023, 2024. DOI: 10.1590/1413-812320242910.05012023EN.

PACAGNELLA, R. C. et al. Maternal mortality in Brazil: proposals and strategies for its reduction. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,** v. 40, n. 9, p. 501-506, 2018. DOI: 10.1055/s-0038-1672181.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES-PE). **Mapa de Saúde XI Região de Saúde de Pernambuco.** Recife: SES-PE, 2026. Disponível em: https://esppe.saude.pe.gov.br/mod/folder/view.php?id=28486. Acesso em: 30 jan. 2026.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Boletim Epidemiológico de Mortalidade Materna.** Recife: SES-PE, 2022. Disponível em: https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20de%20Mortalidade%20_28122022_.pdf. Acesso em: 14 jul. 2025.

REBOUÇAS, P. et al. Avaliação da qualidade do Sistema Brasileiro de Informações sobre Mortalidade (SIM): uma scoping review. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 30, n. 1, e08462023, 2025. DOI: 10.1590/1413-81232025301.08462023.

ROCHA, J. B. et al. Tendência espaço-temporal da mortalidade fetal no Brasil, 1996-2021. Revista de Saúde Pública, v. 59, e2, 2025. DOI: 10.11606/s1518-8787.2025059006194.

RODRIGUES, D. B. et al. Complexidade do cuidado da gestante de alto risco na rede de atenção à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** v. 43, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/LYYcKsHxjFvT3M5MKSByCHk/?lang=pt. Acesso em: 29 jan. 2026.

SALTARELLI, Rafaela Magalhães Fernandes et.al. Tendência da mortalidade por causas evitáveis na infância: contribuições para a avaliação de desempenho dos serviços públicos de saúde da Região Sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** v. 22, supl. 3, e190018, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepid/a/GNkMPSYywLqcSTtcmzJCt6G/. Acesso em: 27 jun. 2025.

SANTOS, J. M. et al. Mortalidade materna no Brasil: desafios para a atenção ao pré-natal e a garantia de um parto seguro. Boa Vista: **Editora Cognitus,** 2025.

SILVA, Ana Paula da et.al. Vigilância do óbito infantil no Recife, Pernambuco: operacionalização, potencialidades e limites. **Revista Pan-Amazônica de Saúde,** v. 8, n. 2, p. 41-50, 2017. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000200413. Acesso em: 27 jun. 2025.

SOARES, V. M. N.; MARTINS, A. L. A trajetória e experiência dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** v. 6, n. 4, p. 453-460, 2006. DOI: 10.1590/S1519-38292006000400013.

TENÓRIO, M. J. C. **Implantação do Grupo Técnico de Discussão de Óbito Infantil e Fetal nos municípios da XI Regional de Saúde, Serra Talhada – PE.** 2017. Projeto de Intervenção – Escola de Saúde Pública de Pernambuco, Recife, 2017. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1118660/implantacao-do-grupo-tecnico-de.pdf. Acesso em: 18 jun. 2025.

---

[1] Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Socioambiental da Universidade de Pernambuco - UPE, Campus Garanhuns, Pernambuco, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[2] Gerente de Políticas da Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES, Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[3] Docente da Universidade de Pernambuco - UPE, Campus Serra Talhada e Garanhuns, Pernambuco, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[4] Docente do Centro Universitário Maurício de Nassau - UNINASSAU, Campus Serra Talhada, Pernambuco, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[5] Fisioterapeuta no Hospital Regional do Sertão Governador Eduardo Campos – HEC, Serra Talhada, Pernambuco, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[6] Discente da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE, Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: acesse o artigo original

para visualizar o e-mail

[7] Discente da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE, Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[8] Docente do Centro Universitário FIS – UniFIS, Serra Talhada, Pernambuco, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail