



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO EM ECONOMIA DA SAÚDE

**ANÁLISE DO PROCESSO DE MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE
DESEMPENHO HOSPITALAR DE LEITOS EM UMA MATERNIDADE
REFERÊNCIA DE ALTO RISCO EM PERNAMBUCO**

NADJA LAUREANO DE SOUZA SOARES

Recife

2024

NADJA LAUREANO DE SOUZA SOARES

**ANÁLISE DO PROCESSO DE MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE
DESEMPENHO HOSPITALAR DE LEITOS EM UMA MATERNIDADE
REFERÊNCIA DE ALTO RISCO EM PERNAMBUCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Programa de Pós-graduação em Gestão e
Economia da Saúde da UFPE como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em
Gestão e Economia da Saúde.

Área de Concentração: Gestão e Economia da
Saúde

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Pereira de Meneses Vaz

Coorientadora: Prof^a M.a.Edilene Nunes de Macedo

Recife

2024

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Soares, Nadja Laureano de Souza.

Análise do processo de monitoramento dos indicadores de desempenho hospitalar de leitos em uma maternidade referência de alto risco em Pernambuco / Nadja Laureano de Souza Soares. - Recife, 2024.

88 f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais e Aplicadas, Programa de Pós-graduação em Gestão e Economia da Saúde, 2024.

Orientação: Prof. Dr. Paulo Henrique Pereira de Meneses Vaz.

Coorientação: Prof^a M.a.Edilene Nunes de Macedo.

1. Núcleo de Regulação; 2. Indicadores de Desempenho; 3. Maternidade. I. Vaz, Paulo Henrique Pereira de Meneses. II. Macedo, Edilene Nunes de. III. Título.

UFPE-Biblioteca Central

CDD 336

NADJA LAUREANO DE SOUZA SOARES

**ANÁLISE DO PROCESSO DE MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE
DESEMPENHO HOSPITALAR DE LEITOS EM UMA MATERNIDADE
REFERÊNCIA DE ALTO RISCO EM PERNAMBUCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-graduação em Gestão e Economia da Saúde da UFPE como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde. Área de Concentração: Gestão e Economia da Saúde.

Data de aprovação: 30/05/2024.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Prof. Dr. Paulo Henrique Pereira de Meneses Vaz
Orientador/Presidente da Banca

Prof. Dr. Rafael Coutinho Costa de Lima
Membro examinador Interno

Prof^a Dr^a Rosielle Costa de Brito
Membro examinador Externo

Prof^a M.a. Cinthia Martins Menino Diniz
Membro examinador Externo

Dedico a realização deste sonho a Maria do Socorro (mainha), José Laureano (painho, in *memorian*), Rivaldo (meu amor), Gabriela, Isabela e João Gabriel (meus amores).

AGRADECIMENTOS

“...Há de ser leve, um levar suave...a seguir de fato o caminho exato da delicadeza e ter a certeza de viver do afeto...” (Lenine).

Minha gratidão a todos que tornaram leves os dois anos que se passaram tão rápidos, mas com tantos aprendizados, desafios, encontros, despedidas...

Minha gratidão à Deus, à Sagrada Família e à Espiritualidade Amiga, que me orientam e fortalecem em cada etapa da minha jornada. Como me sinto amparada, amada e protegida na caminhada!

Minha gratidão a meus pais, Maria do Socorro e José Laureano (*in memorian*), por cada ensinamento e presença amorosa em toda minha caminhada. Sei que sou o orgulho de vocês por ser quem eu sou!

Minha gratidão a Rivaldo, meu amor, meu apoio incondicional. Meus dias são mais felizes com você! Gratidão por seu incentivo perfeito, sua paciência e resiliência nos inúmeros momentos que precisei me fazer ausente para que pudesse realizar meu sonho do Mestrado. Você torna minha caminhada mais leve. Você é luz em meu caminho, meu amor!

Minha gratidão as minhas filhas Gabriela e Isabela e ao meu filho João Gabriel, por todo amor incondicional, apoio emocional e tecnológico, por acreditarem e incentivarem meu potencial de mulher, mãe, “fada artesã”, Enfermeira, Musicoterapeuta e mestranda. Com vocês tudo fica mais leve e lúdico. Vocês tornam minha vida maravilhosa! Como amo vocês!

Minha gratidão aos meus avós Nair (*in memorian*), José Laureano (*in memorian*), Carmosina (*in memorian*) e Pergentino (*in memorian*), às minhas irmãs Nair e Naidja, minhas sobrinhas Ana Caroline e Kira Kristie (*in memorian*), minhas tias Dilma, Terezinha (*in memorian*) e Evódia (*in memorian*), meus Tios Jurandir (*in memorian*) e Severino (*in memorian*), meus segundos pais Mavíael e Amara (*in memorian*), minhas primas Leila, Evileide, Bárbara e primos Tiago, João Boliva e Josué, por todo apoio e torcida para que eu não desanimasse na caminhada. Vocês são minha base, meu porto seguro.

Minha gratidão aos que fazem o PPGGES, a todos os professores e monitores que participaram da construção do nosso conhecimento, ao meu orientador, Professor Dr. Paulo Henrique Pereira de Meneses Vaz e à minha coorientadora, Professora M.a. Edilene Nunes de Macedo, por cada contribuição e orientação para além da construção da minha dissertação. Suas interferências positivas fizeram toda a diferença!

Minha gratidão aos amigos do Mestrado pelo cuidado, afeto, empatia e apoio, o que tornou nossa convivência fraterna para além da sala de aula. Meu respeito e admiração!

Minha gratidão aos que fazem a UFPE e o Hospital das Clínicas de Pernambuco, especialmente, ao Reitor Dr. Alfredo Macedo Gomes, Dr. Filipe Carrilho de Aguiar, Dr. Francisco Amorim de Barros, Dra. Taciana Santos, Dra. Roberta de Souza, Dra. Rosiele Brito, Dra. Cinthya Martins, e aos meus colegas: Flávia Costa, Milene Marques, Andréa Dourado, Tereza Rezende, Gilma Oliveira, Ednilza de Oliveira, Viviane Carvalho, Walyssa Santos, Ana Paula Pereira, João Idemburgo, Juliana Miranda, Maria de Lourdes de Lima, Joseane Santana, Josilane Belarmino, Maria de Jesus da Silva, Maria Ecione de Moraes, Maria Cristiane Pereira, Elizabeth Alves, Alana Freitas, Andreza Vasconcelos, Eva Miranda, Héliida Teixeira, Cristine Cordeiro, Jeanne Albuquerque, Lorena Santos, Mikalines Martins, Rozeane Nogueira, Tiane Gomes, Irany Fernanda, Ana Gabriela, Vânia Vieira, Jaqueline Ventura, Beatriz, Lucilane, Kleiton, Viviane Alcântara, Jucianne Lira, Iane Costa, Nágela Caetano, Hercileide Ribeiro, Elaine Arruda, Rosicleide Bezerra, Márcia Meyer, Viviane Arribas, Conceição Álvares, Olindina Bispo, Ana Cristina Castro, Alba Cavalcanti, Sandro Silva, Ana Paula Melo, Samuel Carneiro, Pâmela Albuquerque, Nadja Ferreira, Ana Paula Marques, Ana Paula Bagueti, Wagner Cordeiro e Luciana Tavares por todo o apoio, para que eu pudesse conciliar minhas atividades do mestrado com minha assistência na Triagem Obstétrica, no Ambulatório de Neurologia e no Núcleo de Humanização do HC.

Minha gratidão aos que fazem o Centro Obstétrico, o 9º Norte e o NIR, pelo apoio durante o período das entrevistas, facilitando o acesso às informações necessárias para a consistência de minha pesquisa e a cada paciente que me acolheu, ao aceitar ser entrevistada, compartilhando suas histórias de vida, em meio a angústia e preocupações pela permanência hospitalar prolongada.

Minha gratidão aos que fazem o Coral Espírita AFAG Olinda, Grupo Vocal Bom Dia!, Coral Canto no Ponto, Sonetto Vocale, Coral Eletrobrás Chesf, Coral da FUNDAJ, Prof^a. Laene Kaly, Prof. Carlos Silva, Dr^a. Luciana Frias, Dr. Davidson Junior, Dr. Diego Schapira, Dr. Bruno Verga, Dr^a. Bernadete Dias (*in memorian*), Dr^a. Mirian Pessoa (*in memorian*), Mariana Nascimento (*in memorian*), Sr. Edson (*in memorian*), Sra. Cícera (*in memorian*) e Marlene Maria de Macedo Nunes, pela amizade, apoio e incentivo ao estudo e a realização de meus sonhos.

Minha gratidão a Apollo, Beбето, Billy, Pompom, Rocky, Tobias e Toddy pelo amor incondicional e presença constante em todos os momentos do mestrado e de minha vida. Amo vocês!

Minha gratidão aos que fazem o Grupo de Permissão Superior, por cada palavra diária de apoio e incentivo, especialmente Elton, Tábita, Ramon, Elisângela e todas queridas aliadas.

Muito obrigada, Senhor, por tantas bênçãos que temos recebido de Ti!

RESUMO

A superlotação das maternidades de alto risco é um dos fatores que leva a assistência inadequada às usuárias do Sistema Único de Saúde e um desafio aos gestores. O processo de monitoramento dos indicadores de desempenho hospitalar de leitos indica os pontos de represamento no itinerário da gestante desde a admissão até a alta hospitalar, colabora no planejamento de estratégias para a obtenção de melhores indicadores, investimentos tecnológicos e inovação em saúde. O objetivo desta pesquisa foi analisar o processo de monitoramento dos indicadores de desempenho hospitalar de leitos em uma maternidade de referência em gestação de alto risco na Macrorregião I de Pernambuco, utilizando o estudo transversal, analítico e prospectivo no Hospital das Clínicas de Pernambuco, maternidade inserida no SUS como referência em Alto Risco, no Centro obstétrico, 9º Norte e Núcleo Interno de Regulação (NIR). A população da pesquisa foi composta por pacientes admitidas no serviço de obstetrícia para assistência ao parto ou ao puerpério imediato. A amostra foi constituída por todas as pacientes admitidas no período da pesquisa que estavam com o tempo de permanência maior que 2 dias no Centro Obstétrico e superior a 3 dias no 9º Norte, totalizando 200 pacientes entrevistadas entre 13/11/2023 e 11/02/2024. Os dados coletados foram tabulados em planilhas do Excel e as variáveis analisadas em *software* R versão 4.4.0 for Windows, com a utilização do pacote Rcmdr. Realizado Testes de Normalidade Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk das respostas das entrevistadas e o Teste de Correlação de Spearman e de Regressão entre dias de internação da mulher e diversas variáveis. O teste Exato de Fisher foi aplicado para verificar possíveis associações entre as variáveis com até duas categorias e aplicado teste Qui-quadrado para verificar as associações entre três ou mais categorias das variáveis e ainda foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para comparar médias com as duas categorias independentes (tempo de internamento). Os dados foram expressos média $\pm$ desvio-padrão, mínimo e máximo e frequências absolutas e relativas, nível de significância de 5%. Foi estatisticamente significativa a presença de doença psiquiátrica nos antecedentes familiares ($p=0,036$); Hipertensão arterial ($p=0,013$), doenças psiquiátricas ($p=0,024$) e passado de Hemotransusão ($p=0,043$) nos antecedentes pessoais. A idade gestacional do recém-nascido, ao nascer, ($p=0,004$) e o peso do recém-nascido ao nascer ($p=0,039$), apresentaram impacto estatisticamente significativo sobre o tempo de internação. 64,56% dos motivos de permanência hospitalar foi devido aos recém-nascidos e apenas 33,96% deveu-se às condições clínicas das entrevistadas. No período do estudo, a Média de Paciente-Dia do Centro Obstétrico foi de 14,4 pacientes, Taxa de Ocupação Global e a Taxa

de Ocupação Operacional de 127,53%. A Média de Paciente-Dia do Alojamento Conjunto foi de 18,4 pacientes, Taxa de Ocupação Global e a Taxa de Ocupação Operacional de 102,91%.

Palavras-chave: Núcleo de Regulação; Indicadores de Desempenho; Maternidade.

ABSTRACT

Overcrowding in high-risk maternity units is a significant factor leading to inadequate care for users of the Unified Health System and poses a challenge for managers. Monitoring hospital bed performance indicators reveals bottlenecks in the pregnant woman's journey from admission to discharge, assists in planning strategies for improving indicators, and supports technological investments and health innovations. This research aimed to analyze the process of monitoring hospital bed performance indicators at a high-risk maternity reference unit in Macrorregion I of Pernambuco. A cross-sectional, analytical, and prospective study was conducted at the Hospital das Clínicas de Pernambuco, a maternity unit within the SUS network that serves as a high-risk reference, specifically in the Obstetric Center, 9th North, and the Internal Regulation Unit (IRU). The study population included patients admitted to the obstetrics service for labor or immediate postpartum care. The sample comprised all patients admitted during the research period who had a length of stay exceeding 2 days in the Obstetric Center and more than 3 days in the 9th North, totaling 200 patients interviewed between November 13, 2023, and February 11, 2024. The collected data were tabulated in Excel spreadsheets and analyzed using R software version 4.4.0 for Windows with the Rcmdr package. Normality tests (Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk) were performed on the respondents' data, and Spearman correlation and regression analyses were conducted to examine the relationship between length of stay and various variables. Fisher's Exact Test was applied to assess associations between variables with up to two categories, while the Chi-Square Test was used for variables with three or more categories. The Mann-Whitney test was used to compare means between two independent categories (length of stay). Data were expressed as mean $\pm$ standard deviation, minimum and maximum values, and absolute and relative frequencies, with a significance level of 5%. Statistically significant findings included psychiatric illness in family history ($p=0.036$); arterial hypertension ($p=0.013$), psychiatric illnesses ($p=0.024$), and history of blood transfusion ($p=0.043$) in personal history. The gestational age of the newborn at birth ($p=0.004$) and the newborn's weight at birth ($p=0.039$) had a statistically significant impact on length of stay. Reasons for hospital stay were attributed 64.56% to the newborns and 33.96% to the clinical conditions of the mothers. During the study period, the average Patient-Day in the Obstetric Center was 14.4 patients, with a Global Occupancy Rate and an Operational Occupancy Rate of 127.53%. The average Patient-Day in the Joint Accommodation was 18.4 patients, with a Global Occupancy Rate and an Operational Occupancy Rate of 102.91%.

Keywords: Regulation Unit; Performance Indicators; Maternity.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Eixos Temáticos das Linhas do Cuidado.....	24
Figura 2:	Diagrama do Pré-natal de baixo risco.....	25
Figura 3:	Gerências Regionais de Saúde do Estado de Pernambuco.....	37

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Setor de permanência das entrevistadas.....	43
Gráfico 2:	Gráfico Boxplot da distribuição dos dias de internamento da mulher...	57
Gráfico 3:	Taxa de Ocupação do Centro Obstétrico e 9° Norte no período de 06/09/2023 a 25/02/2024.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Resumo do Anexo C: fichas de indicadores, do Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados.....	32
Tabela 2:	Perfil sociodemográfico das entrevistadas.....	45
Tabela 3:	Perfil clínico e obstétrico das entrevistadas.....	50
Tabela 4:	Condições de nascimento dos RNs das entrevistadas.....	53
Tabela 5:	Motivo de permanência hospitalar das entrevistadas.....	54
Tabela 6:	Teste de Correlação de Sperman entre dias de internação da mulher e diversas variáveis.....	56
Tabela 7:	Médias descritivas da variável tempo de internamento das mulheres.	57
Tabela 8:	Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável setor.....	58
Tabela 9:	Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Acesso.....	58
Tabela 10:	Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável região geográfica.....	58
Tabela 11:	Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Estado civil.....	59
Tabela 12:	Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Raça.....	59
Tabela 13:	Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Escolaridade.....	59
Tabela 14:	Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Ocupação.....	60
Tabela 15:	Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Antecedentes familiares.....	60
Tabela 16:	Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Antecedentes pessoais.....	62
Tabela 17:	Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável local de pré-natal.....	62
Tabela 18:	Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Uso de Medicações.....	63
Tabela 19:	Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável IMC.....	63
Tabela 20:	Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Tipo de Parto.....	63
Tabela 21:	Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Número de gestações.....	64
Tabela 22:	Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a	

	variável Número de paridade.....	64
Tabela 23:	Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Número de Abortos.....	64
Tabela 24:	Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Número de Gestações Mulares.....	65
Tabela 25:	Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Número de gsstações ectópica.....	65
Tabela 26:	Medidas descritivas das variáveis quantitativas em relação ao tempo de internamento.....	66
Tabela 27:	Relação entre dias de internação da mulher e diversas variáveis.....	67

LISTA DE SIGLAS

AAS	Ácido Acetil Salicílico
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
COB	Centro Obstétrico
CR	Central de Regulação
DIP	Doença Infecto Parasitária
DMG	<i>Diabetes mellitus</i> Gestacional
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
GAR	Gestação de Alto Risco
GERES	Gerências Regionais de Saúde
GIG	Grande para a Idade Gestacional
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HC-UFPE/Ebserh	Hospital das Clínicas de Pernambuco - Universidade Federal de Pernambuco/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IFF	Instituto Fernandez Figueira
IMC	Índice de Massa Corpórea
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
ITU	Infecção do Trato Urinário
Km ²	Quilômetros Quadrados
KS	Teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov
MS	Ministério da Saúde
NIR	Núcleo Interno de Regulação
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OPME	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PN	Pré-natal
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PROGRESS	<i>Place, Race, Occupation, gender, Religion, Education, Socioeconomic</i>

status e Social capital

PSF	Programa Saúde da Família
rô	Rhô de <i>Spearman</i>
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RN	Recém-nascido
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel às Urgências
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
sig.	Significância
s.m	Salário-mínimo
SSVV	Sinais Vitais
SUS	Sistema Único de Saúde
SW	Teste de Normalidade de Shapiro-Wilk
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCINCa	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru
UNN	Unidade Neonatal
USB	Unidade de Saúde Básica
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTINCo	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	20
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	OBJETIVO GERAL.....	22
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1	DETERMINANTES SOCIAIS E INDICADORES DE SAÚDE.....	23
3.2	O CUIDADO OBSTÉTRICO.....	23
3.3	A POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO.....	27
3.4	A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR.....	29
3.4.1	A Regulação de leitos no Estado de Pernambuco.....	37
4	METODOLOGIA.....	39
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	39
4.2	LOCAL DA PESQUISA E PERÍODO DE COLETA DE DADOS.....	39
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	40
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	40
4.5	PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	40
4.6	ANÁLISE, TRATAMENTO DE DADOS E ESTATÍSTICA.....	41
4.7	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	41
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
5.1	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	54
6	LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	69
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
	REFERÊNCIAS.....	71
	APÊNDICE A – ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA.....	76
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA O NIR.....	78
	ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	79
	ANEXO B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.	80
	ANEXO C – TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS).....	81
	ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA DO COB.....	83
	ANEXO E – CARTA DE ANUÊNCIA DO ALOJAMENTO CONJUNTO.	84

ANEXO F – CARTA DE ANUÊNCIA DO SAME/NIR.....	85
ANEXO G – QUESTIONÁRIO RESPONDIDO PELO NIR.....	86

1 INTRODUÇÃO

A estratificação do risco obstétrico tem como objetivo identificar as gestantes com maior chance de apresentar eventos adversos à saúde, garantir uma assistência equânime, universal e integral, com redução de custos e deverá ser realizada em todas as consultas do pré-natal, no atendimento de urgência e emergência 24 horas ininterruptas e no acolhimento com classificação de risco, por meio da identificação de condições sociodemográficas, antecedentes pessoais e obstétricos associados a agravos à gestação (Ministério da Saúde, 2013).

Nesse sentido, as maternidades de referência devem oferecer leitos destinados à Gestação de Alto Risco, Alojamento Conjunto, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto ou sala de estabilização para a mulher até a transferência para UTI externa, como também, Unidade Neonatal com cuidados progressivos: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UTINCo) e UCI Neonatal Canguru (UCINCa). Além disso, dispor de banco de leite humano, acesso a hemocomponentes, infraestrutura com Ultrassonografia, cardiotocografia, laboratório clínico, serviço de radiologia e eletrocardiografia (Ministério da Saúde, 2013).

No entanto, a demanda de pacientes maior que a oferta de serviços, a deficiência de capacidade estrutural, financeira e de recursos humanos, aliados à necessidade de qualificação profissional para a assistência ao parto e puerpério com vistas à redução da mortalidade materna e perinatal, continuam sendo problema de saúde pública, desafiando a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, impactando a gestão clínica e a qualidade da assistência, implicando na necessidade de aumentar a rotatividade de leitos, melhorar a assistência e financiamento de insumos (Medeiros *apud* Carvalho *et al.*, 2022; Carvalho *et al.*, 2022; Santos, 2018; Tshering *et al.*, 2022).

Desse modo, a hospitalização em menor tempo médio de permanência dos pacientes favorece uma maior oferta de leitos, podendo indicar uma maior capacidade de resolução da equipe de saúde, associado a outros indicadores (Anchau *et al. apud* Carvalho *et al.*, 2022; Varela *et al.*, 2020). Ademais, existe a necessidade de melhoria de indicadores econômicos, sociais e de saúde, esforços globais para a garantia de acesso à profissionais qualificados para a assistência ao parto e prevenção da mortalidade materna e perinatal (Federspiel *et al.*, 2020; Kumar; Dhillon, 2020).

Um dos fatores que leva a assistência inadequada das usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e um desafio aos gestores é a superlotação das maternidades de alto risco. O

processo de monitoramento dos indicadores de desempenho hospitalar de leitos pode indicar os pontos de represamento no itinerário da gestante, desde a admissão até a alta hospitalar, colaborar no planejamento de estratégias para a obtenção de melhores indicadores, investimentos tecnológicos e inovação em saúde (Carvalho *et al.*, 2022).

Para os gestores e profissionais de saúde a utilização de indicadores hospitalares proporcionam uma ampla visão da rotatividade de leitos, fluxo de serviços oferecidos, monitoramento de metas e implantação de novos leitos (Ahmed *et al.*, 2019; Carvalho *et al.*, 2022; Santos, 2018; Tshering *et al.*, 2022). Ferramentas utilizadas para monitorar indicadores em outras áreas podem ser adaptadas para a área da saúde, no intuito de diminuir os problemas da saúde, melhorando a qualidade dos serviços prestados nos hospitais (Miranda *et al.*, 2021).

Assim, a avaliação, o planejamento e a execução de ações integram a gestão em saúde de forma cíclica e o diagnóstico das condições de vida e saúde tornam-se a base para um novo ciclo de gestão (Rouquayrol; Gurgel, 2018), com a participação dos complexos reguladores articulados às centrais de urgências, internações, de consultas e de apoio diagnóstico, promovendo o acesso a procedimentos ambulatoriais especializados e leitos hospitalares a população (Aguar *apud* Carvalho *et al.*, 2022).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de monitoramento dos indicadores de desempenho hospitalar de leitos em uma maternidade referência em gestação de alto risco na Macrorregião I de Pernambuco.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar o processo de monitoramento atual dos indicadores de desempenho hospitalar;
- b) Identificar o perfil das pacientes internadas no serviço de obstetrícia do Hospital das Clínicas de Pernambuco (HC-UFPE/Ebserh);
- c) Confrontar o tempo médio de permanência de hospitalização aos fatores sociodemográficos, assistência pré-natal e desfecho do parto e nascimento;
- d) Averiguar os fatores que interferem na superlotação do serviço.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DETERMINANTES SOCIAIS E INDICADORES DE SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define determinantes de saúde como condições de nascer, crescer, trabalhar, viver e envelhecer e o conjunto de sistemas de condições da vida diária (Fiocruz, 2020).

A associação dos fatores sociais, políticos e econômicos determinam as condições de vida da população. Esses determinantes sociais da saúde afetam positivamente ou negativamente a saúde individual e, por conseguinte, da coletividade (OPAS, 2018). O marco conceitual dos determinantes sociais da saúde da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e OMS enfatiza a importância da ação multisetorial e equânime.

Os indicadores de saúde estão ligados à dimensão de saúde em uma população, tendo em vista determinadas situações e contextos culturais e temporais. Desse modo, possibilitam a medida e o monitoramento das desigualdades em saúde, guiando, a partir das evidências de saúde pública, as modificações necessárias. Podem ser usados para descrever as necessidades de saúde, prever desfechos do estado de saúde, compreender o porquê de alguns indivíduos adoecerem, retroalimentar os sistemas de saúde, produzir resultados das intervenções em saúde, favorecer ou contrariar ideologias, informar riscos, padrões de tendências temporais de doença e morte, formulação de hipóteses, evidências de diferenças e desigualdades relacionadas ao gênero (OPAS, 2018).

Nesse sentido, podem ser mensurados em nível local, regional ou nacional, em subgrupos populacionais, como idade, sexo, etnia, sendo sensíveis as mudanças socioeconômicas, ambientais e de políticas públicas. Os fatores de estratificação frequentemente usados no monitoramento das desigualdades em saúde fazem parte da sigla em inglês PROGRESS (*Place, Race, Occupation, Gender, Religion, Education, Socioeconomic status e Social capital*): nível regional, etnia, ocupação, gênero, escolaridade, condição socioeconômica e capital social de recursos (OPAS, 2018).

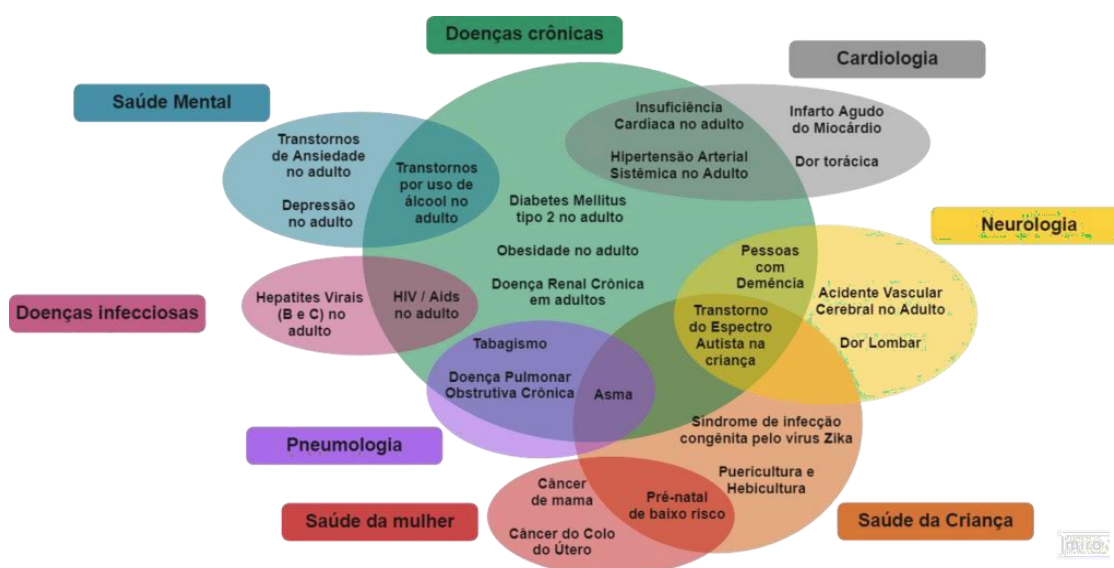
3.2 O CUIDADO OBSTÉTRICO

As linhas de cuidados lançadas pelo Ministério da Saúde (MS), em dezembro de 2022, são padronizações técnicas sobre a organização de ofertas de ações de saúde, visam a qualidade assistencial, descrevendo as rotinas do itinerário dos pacientes, viabilizando a

comunicação entre as equipes. Têm como objetivos orientar o serviço de saúde centralizado no cuidado e necessidades do paciente, demonstrar os fluxos assistenciais e estabelecer seu percurso assistencial ideal. A implantação deve ter a gestão dos fluxos assistenciais na Atenção Primária em Saúde, com referência regional.

Atualmente, existem 24 Linhas de Cuidado, representadas na Figura 1, a seguir, sendo o Pré-natal de Baixo Risco a 23ª linha de cuidado (IATS, 2022). O acompanhamento pré-natal objetiva assegurar o desenvolvimento da gestação, parto de um recém-nascido (RN) saudável e preservar a saúde materna, por meio da abordagem de aspectos biopsicossociais, atividades educativas e preventivas (Soares Filho *et al.*, 2013).

Figura 1: Eixos Temáticos das Linhas de Cuidado



Fonte: Eixos temáticos das linhas de cuidado à saúde no Brasil (IATS, 2022).

Segundo a OMS, 6 consultas ou mais são recomendadas, com maior atenção às gestantes com maiores riscos, sendo sugeridas consultas mensais até a 28ª semana, quinzenais das 28ª as 36ª semanas e semanais até o parto, quando acontecerá a alta do pré-natal (Soares Filho *et al.*, 2013).

Dentre os cuidados do pré-natal de baixo risco, a estratificação do risco obstétrico é um dos determinantes para a redução da mortalidade materna e perinatal, realizada na primeira consulta de pré-natal e monitorada durante todo o período gestacional, identificando a probabilidade de apresentar eventos adversos à saúde; essa estratificação é facilitadora da equidade da assistência, evitando intervenções desnecessárias, uso excessivo de tecnologia, reduzindo custos e melhorando os indicadores de saúde (Ministério da Saúde, 2022).

Desse modo, deve ser garantido o acompanhamento da gestante classificada como alto

risco no próprio território, como também na rede especializada, com equipe multiprofissional e apoio da rede secundária e terciária. Ao ser identificado um critério de alto risco, a gestante permanecerá por todo o período gestacional com a classificação de alto risco, não podendo retornar para a classificação de risco habitual. Nos casos de risco intermediário, deverão ser acompanhadas na Atenção Primária em Saúde, porém com o suporte das equipes especializadas do apoio matricial, com ações horizontalizadas integrando os componentes dos níveis de assistência (Ministério da Saúde, 2022).

Figura 2: Diagrama do pré-natal de baixo risco



Fonte: IATS, 2022.

É imprescindível que a rede de assistência ambulatorial tenha um fluxo organizado para a garantia da assistência nas urgências e emergências obstétricas, conforme mostra a figura 2 (IATS, 2022).

O Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente criado pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) instituiu os dez passos do cuidado obstétrico visando a redução da morbimortalidade materna.

O primeiro passo refere-se à garantia de encontros de qualidade, tendo na consulta pré-natal a oportunidade de conhecer as necessidades de cada gestante, oferecendo assistência integral à sua saúde, oferecendo informações claras, estimulando a discussão e elaboração do

Plano de Parto com a participação da gestante, identificando fatores de risco para as síndromes hipertensivas, hemorragias na gestação, diabetes e outras condições clínicas, acompanhamento da situação vacinal de acordo com o calendário preconizado pelo Programa Nacional de Imunização e referência para outros serviços, quando necessário.

O segundo passo é destinado para as ações de profilaxia e identificação das síndromes hipertensivas durante a gestação. Para as gestantes com maior risco de desenvolverem pré-eclâmpsia, como hipertensas crônicas, passado obstétrico de hipertensão, gemelidade, diabetes, obesidade e doenças autoimunes, iniciar a profilaxia com o ácido acetilsalicílico e cálcio até a 18ª semana gestacional, monitoramento durante o pré-natal do ganho de peso excessivo e repentino, ou seja, de 1 quilo por semana, edema, principalmente em face e mãos, pressão arterial a partir de 140x90 mmHg, checagem de proteinúria nas gestantes com sintomas ou risco importante. Atentar para a promoção oportuna do nascimento.

O terceiro passo está relacionado a triagem oportuna às infecções do trato geniturinário, com atenção para o tratamento adequado da bacteriúria assintomática e da infecção urinária, com controle de cura na consulta subsequente ao término do tratamento, avaliação do corrimento vaginal, inclusive os assintomáticos.

No quarto passo está a identificação precoce dos sinais de gravidade clínica materna e garantia do tratamento oportuno durante a gestação, especialmente nos serviços de urgência e emergência, sugerindo incluir escores de gravidade específicos para a gestação desde o primeiro contato com a mulher, além do tratamento oportuno das condições potenciais de ameaça à vida, por meio do reconhecimento precoce de gravidade.

O quinto passo orienta a importância do treinamento periódico, inclusive das condições de menor frequência, mas de alta gravidade, das equipes de assistência, visando a pronta identificação e condução dos casos de urgências e emergências obstétricas, buscando o atendimento rápido e qualificado de todas as equipes de atendimento pré-hospitalar, hospitalar e um sistema de referência estruturado e eficaz.

O sexto passo é direcionado à garantia precoce e ao tratamento oportuno e adequado dos quadros de síndromes hipertensivas graves na gestação, identificando as mulheres com iminência de eclâmpsia. Destaca-se a importância de disponibilizar caixa/kit para pronto atendimento, assegurando uma rede de referência institucional para transferência ao adequado nível de atenção, com suporte de UTI obstétrica.

No sétimo passo está a garantia do reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado dos quadros infecciosos na gestação, com valorização dos quadros febris, identificação das condições de deterioração clínica e alterações dos sinais vitais (SSVV)

indicativos de sepse materna, com oferta de hidratação ótima, coleta de culturas e prescrição de antibioticoterapia de amplo espectro na primeira hora em que tenha sido suspeita a sepse, como também orientações durante o puerpério quanto aos sinais de alerta e assegurar uma rede de suporte institucional com a transferência para um centro de referência adequado ao suporte clínico necessário.

O oitavo passo relaciona-se à garantia do reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado das síndromes hemorrágicas na gestação e no puerpério, com a implementação de ações essenciais para a prevenção da hemorragia pós-parto e pós-abortamento, estratificando o risco para sangramento, identificação do local de inserção da placenta e suspeita de acretismo, estimativa do volume de sangramento, avaliação dos SSVV, índice de choque e administração de oxitocina (10 unidades internacionais via intramuscular) em todas as parturientes logo após o desprendimento fetal, vigilância em ambiente controlado nas duas primeiras horas de pós- parto para todas as puérperas classificadas como alto risco de sangramento, garantia de caixa/kit de emergência contendo as medicações e dispositivos de resgate para o tratamento da hemorragia pós-parto, além de assegurar uma rede de suporte institucional para disponibilidade oportuna de hemocomponentes e transferência para centros de referência e com suporte de UTI obstétrica.

O nono passo é direcionado para a redução das taxas de cesariana desnecessárias, com garantia da assistência ao parto baseada em evidências científicas, considerando o Plano de Parto apresentado pela mulher e esclarecimento dos riscos e benefícios da via de parto, levando- se em conta a individualidade e condições obstétricas. O parto operatório deve ser indicado criteriosamente, embasado em protocolos específicos, indicações absolutas e relativas de parto cesariana, considerando o uso da classificação de Robson como instrumento de vigilância.

Por fim, o décimo passo refere-se à garantia da vigilância permanente no puerpério quanto ao alto risco de sangramento, dificuldades de amamentação, autocuidado e alterações da saúde mental, identificando sinais precoces de infecção, promoção de continuidade de tratamento de patologias que foram identificadas durante a gestação, com transferência adequada para a atenção primária e oferta de método contraceptivo eficaz que melhor se adeque às necessidades de planejamento reprodutivo da mulher.

3.3 A POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO

A Política Nacional de atenção às urgências foi criada em 29 de setembro de 2003, por

meio da Portaria n. 1.863/GM, parceria entre o MS e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), estados e municípios, como forma de garantia à universalidade, equidade e integralidade ao atendimento de urgências clínicas, cirúrgicas, ginecológicas, obstétricas, psiquiátricas e pediátricas, inicialmente com o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), acesso telefônico 192 às centrais de regulação, com unidades de suporte avançado e suporte básico de vida (Portaria n. 1.863/GM, 2003) (Ministério da Saúde, 2003).

Por sua vez, em 02 de setembro de 2004, a Portaria GM n. 1.828 define o incentivo financeiro destinado à adequação das áreas físicas das Centrais de Regulação (CR), proporcional ao porte populacional da área de cobertura do SAMU e financiamento ao custeio e manutenção do componente pré-hospitalar móvel e sua CR, com transferência regular e automática dos valores para os fundos estaduais e municipais de saúde (Ministério da Saúde, 2006).

A Regulação em Saúde é um importante elemento organizador da saúde, tendo em vista a regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação do sujeito social quanto à produção e distribuição de bens e serviços de saúde. Tem por finalidade contribuir para a produção das ações de saúde e como objeto os estabelecimentos, relações contratuais, oferta e demanda por serviços de saúde, além de protocolos assistenciais, fluxos de atendimento, produção, venda, incorporação e uso de medicamentos, insumos e tecnologias, controle e avaliação dos custos e gastos em saúde (Ministério da Saúde, 2022).

Os protocolos de regulação com seus critérios de encaminhamento, fluxos de acesso aos serviços de saúde, priorização, classificação de risco e vulnerabilidade e programas de capacitação permanente dos trabalhadores da saúde seguem portarias específicas e recursos de investimentos para estas finalidades (Ministério da Saúde, 2022).

A Portaria de Consolidação n. 2, de 28 de setembro de 2017, do MS, em seu anexo 26, instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS, seu espaço de atuação, o SUS, nas Unidades Federadas, destacando as competências das esferas de gestão, com o objetivo de garantir a adequada prestação dos serviços de saúde à população (Ministério da Saúde, 2022).

Dentre as ações da Regulação da Atenção à Saúde, destacamos o cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) dos estabelecimentos e dos profissionais de saúde, cadastramento no Cartão Nacional de Saúde (CNS) dos usuários do SUS, a contratação de serviços de saúde de acordo com as normas de licitação, contratos e políticas específicas do MS, credenciamento e habilitação para a prestação de serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2022).

Bem como a elaboração e incorporação de protocolos de regulação ordenando os

fluxos assistenciais, supervisão e processamento da produção hospitalar e ambulatorial, programação da Média e Alta Complexidade da assistência, análise da produção, dentro do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) avaliar os serviços e a gestão, satisfação dos usuários; avaliar os estabelecimentos de saúde quanto às condições sanitárias e indicadores epidemiológicos, utilizando sistemas de informação dos Estados, Municípios e o Distrito Federal (Ministério da Saúde, 2022).

O Complexo Regulador é formado pela CR Ambulatorial, que regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, terapias e cirurgias ambulatoriais, a CR Hospitalar, responsável por regular o acesso aos leitos e procedimentos hospitalares eletivos e leitos hospitalares de urgência e a CR de Urgências, com a função de regular o atendimento pré-hospitalar de urgência e acesso aos leitos hospitalares de urgência de acordo com a organização local (Ministério da Saúde, 2022).

3.4 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR

A Portaria de Consolidação n. 2 de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), definindo e recomendando a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR), Unidade Técnico-Administrativa com o objetivo de monitorar o paciente durante todo o processo de internação até a alta hospitalar (Ministério da Saúde, 2017).

Dentre as principais atribuições do NIR, estão o conhecimento da necessidade de leitos por especialidades e patologias, regulação e gerenciamento do ambulatório, internação, urgência e emergência, além da agenda cirúrgica, interação com Rede de Atenção à Saúde (RAS), participando da ampliação como também da readequação do perfil de leitos disponíveis (Ministério da Saúde, 2017).

Dentre as metas do NIR destacam-se: manter a taxa de ocupação dos leitos hospitalares dentro dos limites adequados, evitando tanto a ociosidade quanto a superlotação do serviço, por meio do controle do tempo médio de permanência e ampliação do acesso aos leitos e a outros serviços que são disponibilizados pela RAS; otimização das salas cirúrgicas; redução ao máximo de suspensão de procedimentos eletivos; redução de espera entre a indicação e a realização da cirurgia, além de auxiliar a gestão no controle e uso de forma racional de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) (Ministério da Saúde, 2017).

O NIR realiza o monitoramento do painel de indicadores da capacidade hospitalar instalada por meio dos mecanismos de gestão da clínica como o Kanban, Projeto Terapêutico

Singular e a Gestão de Fila. Com esse monitoramento é possível otimizar os recursos existentes, identificando necessidades de incremento de tecnologias, visando a integralidade do cuidado, permanente articulação entre as especialidades e equipes multiprofissionais (Ministério da Saúde, 2017).

O NIR é constituído por três pilares fundamentais na otimização do uso da capacidade instalada hospitalar, são eles: Práticas de Regulação, Articulação com a RAS e o Monitoramento.

As Práticas de Regulação promovem a articulação do NIR com os pontos de atenção da RAS, definindo, organizando e acompanhando o fluxo dos usuários e o acesso aos serviços de saúde, por meio da rede de comunicação entre o NIR e as CR ambulatorial, hospitalar e de urgência, pois, ao selecionar e alocar corretamente o paciente de acordo com suas necessidades, evita-se o desperdício de capacidade instalada, garantido a sua segurança.

A Articulação do NIR com a RAS proporciona a interlocução entre o hospital, as CR e demais instituições de saúde da Rede, garantido o acesso do maior número possível de pacientes, além da integralidade e continuidade do cuidado em saúde com a alta responsável, articulação da continuidade do cuidado com a atenção básica e mecanismos de desospitalização, quando indicados.

A análise de efetividade e eficiência do NIR são mensuradas por meio do monitoramento de indicadores de processo e de resultado, que oferecem informações claras, objetivas, relevantes para o processo e planejamento da gestão.

Os indicadores: Tempo para Efetivação de Internação, Tempo para Efetivação da Alta Hospitalar, Tempo para Higienização do leito e Tempo de Intervalo entre Cirurgias são indicadores de processo e mensuram tempos do fluxo do paciente pelas estruturas e unidades do hospital, da admissão à alta hospitalar, podendo ser observados a aplicabilidade dos protocolos e a adesão dos colaboradores.

Já os Indicadores de Resultado são subdivididos em Produção e Desempenho, refletindo o funcionamento global do hospital. Por sua vez, os indicadores: Paciente-dia no Período, Taxa de ocupação dos leitos, Número de Internações, Número de Consultas, Número de Cirurgias, Taxa de Ocupação de Salas Cirúrgicas e Taxa de Consultas Realizadas são Indicadores básicos de Produção, informando sobre a capacidade instalada e o número de atendimentos realizados, indicando se a capacidade instalada está sendo utilizada de forma adequada, apontando possíveis desperdícios por ociosidade da estrutura.

Os indicadores de desempenho: Tempo Médio de Permanência em Leito de Internação, Taxa de Pacientes Residentes no Hospital (permanência superior a 90 dias), Índice

de renovação ou Giro de leitos, Índice de Intervalo de Substituição de Leitos, e, Giro de Salas Cirúrgicas, mostram se a capacidade instalada está sendo eficientemente utilizada.

Assim sendo, a atuação do NIR passa a impactar na melhoria dos processos institucionais, no uso racional da capacidade instalada, a partir da ampliação do acesso, promovendo práticas assistenciais que garantam a segurança e qualidade do atendimento. A seguir, na Tabela 1, um resumo do Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados, em seu Anexo C: Fichas de Indicadores (Ministério da Saúde, 2017).

Tabela 1: Resumo do Anexo C: fichas de Indicadores, do manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados

INDICADORES									
Nome do indicador	Fórmula de cálculo	Unidade de medida	População-alvo	Numerador	Denominador	Frequência	Meta	Interpretação	Importância
Total de pacientes-dia	Soma dos pacientes-dia no período	Pacientes-dia	Pacientes internados na instituição	Somatório de pacientes-dia do hospital no período de 1 mês	Não se aplica	Mensal	Monitoramento	Queda no indicador denota existência de leitos ociosos acima do esperado. O motivo causal deve ser analisado (planejamento, dificuldade de internações externas ou dos processos de admissão a partir da emergência, por exemplo).	Avalia a eficiência da gestão dos leitos operacionais do hospital, importante para o cálculo de outros indicadores hospitalares.
Taxa de ocupação operacional	Soma do número de pacientes-dia no período/soma do número de leitos operacional-dia do período x 100	Porcentagem	Pacientes internados na instituição	Somatório do número de pacientes-dia do hospital no período de 1 mês (cada paciente ocupando 1 leito operacional por 1 dia = 1 paciente-dia)	É a disponibilidade de 1 leito hospitalar operacional por 1 dia hospitalar durante o período de 1 mês (se existe 1 passível de ser utilizado por um período de 30 dias, representa 30 leitos-dia).	Mensal	Será definida de acordo com o perfil da instituição em comparação com outras instituições de porte semelhante.	Taxa de ocupação baixa indica existência de leitos ociosos acima do esperado, o motivo causal deve ser analisado (problemas no planejamento, dificuldade de internações externas ou dos processos de admissão a partir da emergência, por exemplo).	Avalia a eficiência da gestão dos leitos operacional do hospital.

Continuação...									
Nome do indicador	Fórmula de cálculo	Unidade de medida	População-alvo	Numerador	Denominador	Frequência	Meta	Interpretação	Importância
Número de internações hospitalares	Soma do número de internações hospitalares no período	Pacientes	Pacientes internados na instituição	Número de internações durante o período de 1 mês em leitos de internação	Não se aplica	Mensal	Será definida de acordo com o perfil da instituição em comparação com outras instituições de porte semelhante.	Alta progressiva do indicador além da meta pode indicar aumento de demanda local e/ou externa e a necessidade de planejamento de expansão da capacidade instalada do hospital ou desenvolvimento de estratégias de redirecionamento dos pacientes na rede de assistência municipal quedas persistentes no indicador podem decorrer da busca da população local por outros serviços de atenção à saúde.	Avalia a demanda local e externa por leitos de internação.

Continuação...									
Nome do indicador	Fórmula de cálculo	Unidade de medida	População-alvo	Numerador	Denominador	Frequência	Meta	Interpretação	Importância
Número de internações hospitalares	Soma do número de internações hospitalares no período	Pacientes	Pacientes internados na instituição	Número de internações durante o período de 1 mês em leitos de internação	Não se aplica	Mensal	Número de internações durante o período de 1 mês em leitos de internação	Alta progressiva do indicador além da meta pode indicar aumento de demanda local e/ou externa e a necessidade de planejamento de expansão da capacidade instalada do hospital ou desenvolvimento de estratégias de redirecionamento dos pacientes na rede de assistência municipal quedas persistentes no indicador podem decorrer da busca da população local por outros serviços de atenção à saúde, limitação diagnóstica e a terapêutica do hospital.	Avalia a demanda local e externa por leitos de internação.

Continuação...									
Nome do indicador	Fórmula de cálculo	Unidade de medida	População-alvo	Numerador	Denominador	Frequência	Meta	Interpretação	Importância
Tempo de permanência em leito de internação	Soma do número de pacientes-dia no período/soma do número de saídas hospitalares no período	Dias	Pacientes internados na instituição	Somatório de pacientes-dia do hospital no período de 1 mês (cada paciente internado ocupando 1 leito operacional por 1 dia representa 1 paciente-dia)	É o somatório das saídas hospitalares no período de 1 mês	Mensal	Será definida de acordo com o perfil da instituição em comparação com outras instituições de porte semelhante	É apresentado em dias representa a média do tempo de internação dos pacientes no período de 1 mês. O tempo médio de internação pode variar devido ao tipo de internação, à complexidade do atendimento, à faixa etária e as comorbidades clínicas, espera-se que esse indicador esteja abaixo da meta.	Está relacionado à gestão eficiente do leito operacional e às boas práticas clínicas é um indicador cl.
Taxa de pacientes residentes na instituição	Soma do número de pacientes residentes no período/soma do número de saídas x 100	Porcentagem	Pacientes	Somatória do número de pacientes em leitos de internação da instituição no período. O número de pacientes residentes é contabilizado no 1º dia de cada mês.	É o somatório das saídas hospitalares no período.	Mensal	Será definida de acordo com o perfil da instituição em comparação com outras instituições de porte semelhante	Hospitais que apresentam esse percentual acima da média terão limitação para admitir um número maior de pacientes, com impacto sobre o giro de pacientes por leito. Ações para deshospitalizar esses pacientes precisam ser implementados nesses casos.	Permite identificar a quantidade de pacientes residentes no hospital acima de 90 dias.

Continuação...									
Nome do indicador	Fórmula de cálculo	Unidade de medida	População-alvo	Numerador	Denominador	Frequência	Meta	Interpretação	Importância
Total de ocupação do centro cirúrgico	Tempo total de uso das salas cirúrgicas (sc) + tempo total de higienização das sc/ tempo total de disponibilidade do centro cirúrgico x 100	Porcentagem	Pacientes internados na instituição	Somatório de pacientes-dia do hospital no período de 1 mês	Não se aplica	Mensal	Será definida de acordo com o perfil da instituição em comparação com outras instituições de porte semelhante.	Taxa de utilização baixa indica ociosidade da capacidade instalada, que pode ser devido a problemas na infraestrutura ou nos processos.	A eficiência da gestão do uso das sc pode ser avaliada.
Índice de renovação de leitos ou índice de giro de leitos	Número de saídas no período/média do número de leitos operacionais no período	Paciente por leito	Pacientes internados na instituição	Somatório das saídas hospitalares no período de 1 mês	Média do número de leitos operacionais por dia no período de 1 mês.	Mensal	Será definida de acordo com o perfil da instituição em comparação com outras instituições de porte semelhante.	Valores abaixo do esperado indicam uso ineficiente da capacidade instalada e ações precisam ser retomadas para a resolução do problema. É esperado também observar o aumento do tempo de permanência (também é um indicador de eficiência do uso de leitos).	Indica a eficiência do uso da capacidade instalada ao informar quantos pacientes utilizaram o mesmo leito no mês.

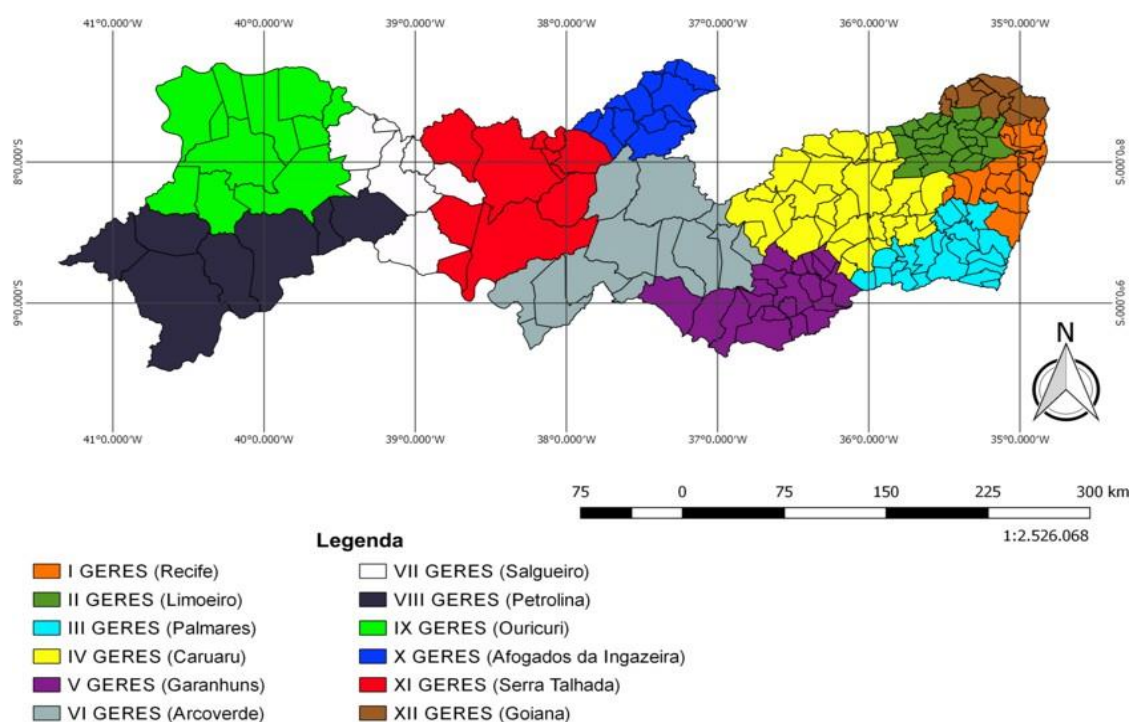
Fonte: Anexo C: fichas de Indicadores do manual de Implantação e Implementação Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados, (2017) p. 45 a 52, adaptado pela autora.

3.4.1 A Regulação de leitos no Estado de Pernambuco

O Estado de Pernambuco (PE), de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023), possui área territorial de 98.067.877 quilômetros quadrados (Km²), população de 9.058.155 pessoas e densidade demográfica de 92,37 habitantes/Km², área urbanizada de 1.415,19 Km², Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,719 no ano de 2021, ocupando o 15º lugar no país, rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* de R\$1.010,00 e faixa etária de 10 a 49 anos da população feminina em torno de 2.913.644 pessoas.

Para apoiar todos os 184 municípios de PE e a ilha de Fernando de Noronha, foram criadas 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES), ilustrada na figura 3, a seguir. Cada uma dessas unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde (SES) é responsável por uma parte das cidades, atuando de forma mais localizada na atenção básica, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais, no combate à mortalidade infantil e às diversas endemias. O modelo de gestão da Saúde permite que as particularidades de cada região recebam atenção na hora de decidir ações e campanhas.

Figura 3: Gerências Regionais de Saúde do Estado de Pernambuco



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, [s.d.].

O complexo regulador do estado de PE foi criado a partir da Política Estadual de

Regulação (D.O. em fevereiro de 2012), envolve gerências de regulação hospitalar, ambulatorial e transplantes. Faz parte da Secretaria Executiva de Regulação; tem como missão propor, coordenar e desenvolver a Política de Regionalização, monitoramento, controle e avaliação da gestão do SUS de PE, em conjunto com as demais áreas da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e das Diretoria Geral de Fluxos Assistenciais que tem atribuições de reformular e executar a Política Estadual de Regulação Assistencial. A CR Hospitalar define o acesso ao usuário do SUS para um serviço de referência de acordo com a patologia informada, direciona a demanda por serviços, levando em consideração a capacidade de produção instalada de cada local, identificando os déficits e falhas no sistema. Além de dispor em tempo real de informações, as condições de oferta-informação atualizadas (Pernambuco, 2023).

No que diz respeito a obstetrícia, o ofício n. 2578/08, da Secretaria do Estado de PE classifica como alto risco obstétrico: prematuridade menor ou igual a 34 semanas de gestação; pressão arterial diastólica maior ou igual a 110 mmHg, diabetes em uso de insulina ou com descompensação glicêmica, síndromes hemorrágicas (descolamento de placenta normalmente inserida, placenta prévia, ruptura uterina), má formação fetal grave ou que necessitem de procedimentos cirúrgicos imediatos, doença materna (cardiopatias, neoplasias, nefropatia, coagulopatia, doença pulmonar obstrutiva crônica, epilepsia descompensada, infecções – exceto infecção do trato urinário baixo, trombofilia e síndrome antifosfolípide, antecedente de dois ou mais natimortos, isoimunização do fator RH, corioamnionite, restrição de crescimento intrauterino com doppler colorido alterado, obesidade mórbida e doença trofoblástica gestacional (Pernambuco, 2023).

Desde 2004 o HC-UFPE/Ebserh é contratualizado com a SES, compondo a rede de referência das maternidades para o Alto risco da I GERES.

Entre os indicadores pactuados no contrato de objetivos do HC-UFPE 2019-2022, a taxa de ocupação hospitalar esteve acima da meta em todos os anos, porém os tempos médios de permanência clínico e cirúrgico não foram atingidas, com períodos de permanência maiores que o esperado, sendo um desafio para a instituição (Hospital das Clínicas de Pernambuco, 2022).

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa tratou-se de um estudo transversal, analítico e prospectivo realizado no Hospital das Clínicas de Pernambuco, maternidade inserida no SUS como referência em Alto Risco de Pernambuco.

No estudo transversal a causa e o efeito são observados em um mesmo momento em determinada amostra, em um único recorte no tempo e os indivíduos da amostra não são submetidos a qualquer intervenção. O levantamento e análise dos dados são realizados simultaneamente, atrelado à uma observação direta; os participantes são avaliados em um único momento, possibilitando realizar o diagnóstico da situação de saúde da população por meio da amostra estudada (Moretti, 2022).

4.2 LOCAL DA PESQUISA E PERÍODO DE COLETA DOS DADOS

O HC encontra-se instalado no *campus* universitário da UFPE, foi inaugurado em 14/09/1979, com a transferência gradual dos serviços do Hospital Pedro II, primeira unidade hospitalar da UFPE. Em 11 de dezembro de 2013 a UFPE assinou contrato com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), passando a integrar a Rede Ebserh de hospitais universitários. Atua nas áreas de ensino, pesquisa, inovação, extensão e assistência. Na área de ensino conta com 17 cursos de graduação e 14 de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado), 54 programas de residência, campo de prática de alunos do ensino técnico; prima pela inovação em saúde e projetos comunitários (Hospital das Clínicas de Pernambuco, 2022).

Além disso, está inserido no SUS como referência terciária e quaternária, prestando assistência ao Estado de PE, Regiões Norte e Nordeste, em diversas modalidades e especialidades (Hospital das Clínicas de Pernambuco, 2022).

Com área de 62 mil m² possui 200 salas para consulta multiprofissional e 17 salas para realização de exames no prédio ambulatorial e no prédio da internação, para assistência a pacientes clínicos, cirúrgicos, pediátricos e obstétricos, dispõe atualmente de 379 leitos, sendo 300 para internação e 79 de observação, inclusive hospital-dia (Hospital das Clínicas de Pernambuco, 2022).

O estudo foi realizado no Centro Obstétrico, 9º Norte (Alojamento Conjunto) e NIR do Hospital das Clínicas de Pernambuco, no período de novembro de 2023 a fevereiro de

2024.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa foi composta por pacientes admitidas no serviço de obstetrícia para assistência ao parto ou ao puerpério imediato.

A amostra foi constituída por todas as pacientes admitidas no período da pesquisa que estavam com o tempo de permanência maior que 2 dias no Centro Obstétrico e superior a 3 dias no Alojamento Conjunto (9º Norte). 219 pacientes foram identificadas com os critérios de inclusão para a entrevista, porém 18 estiveram indisponíveis e 1 recusou-se a participar, totalizando 200 pacientes entrevistadas entre 13 de novembro de 2023 e 11 de fevereiro de 2024.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: estar contidas nas hipóteses diagnósticas da admissão a assistência ao parto ou assistência ao puerpério imediato, com o tempo de permanência superior a 2 dias no Centro Obstétrico e a 3 dias no Alojamento Conjunto, que tenham dado ciência por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, nos casos de menores de idade, do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e do TCLE assinado por seu responsável legal, assim como gestantes internadas no Alto Risco da Maternidade encaminhadas ao COB para resolução do parto.

Foram excluídas desse estudo as pacientes internadas para a manutenção da gestação ou em condições clínicas que impossibilitassem a entrevista.

4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

I) Para entendimento sobre o processo de monitoramento desenvolvido pelo NIR para o serviço de Obstetrícia, foi utilizado o questionário estruturado, elaborado pela autora, com representante do NIR (Apêndice B); II) Para a avaliação da ocupação do COB e Alojamento Conjunto, foram consultados os Relatórios de ocupação de leitos do Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto, elaborados pelo NIR, no período da pesquisa; III) Para conhecimento dos dados socioeconômicos, de assistência ao pré-natal, parto e condições de nascimento de seus recém-nascidos, foi aplicada a entrevista estruturada, elaborada pela autora, com as

pacientes e consulta da Caderneta da Gestante e de seus respectivos prontuários (Apêndice A); e, IV) para a identificação, pelo número do prontuário, das pacientes incluídas no estudo que estavam com o tempo de permanência maior que 2 dias no Centro Obstétrico e superior a 3 dias no alojamento conjunto 9º Norte, foi monitorado o relatório diário atualizado do aplicativo *Power BI*, disponibilizado na tela inicial dos computadores do HC.

4.6 ANÁLISE, TRATAMENTO DE DADOS E ESTATÍSTICA

Os dados foram organizados em planilhas do *Excel* e posteriormente analisados em *software R* versão, com a utilização do pacote *Rcmdr*, com o objetivo de analisar as variáveis buscando encontrar elementos que evidenciassem formas de otimizar o tempo de internação. Realizado Testes de Normalidade Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk das respostas das entrevistadas e o Teste de Correlação de Spearman e de Regressão entre dias de internação da mulher e diversas variáveis. O teste Exato de Fisher foi aplicado para verificar possíveis associações entre as variáveis com até duas categorias e aplicado teste Qui-quadrado para verificar as associações entre três ou mais categorias das variáveis e ainda foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para comparar médias com as duas categorias independentes (tempo de internamento).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi iniciada somente após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital das Clínicas da UFPE/Filial Ebserh (CEP-HC), Parecer Consubstanciado de número 6.504.555, em atendimento à Resolução n. 466/2012.

Todos os participantes do estudo obrigatoriamente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participar da pesquisa voluntária, esclarecida e sem qualquer tipo de remuneração (Anexos A e C). O TCLE das pacientes com idade inferior a 18 anos foi assinado por representante legal (Anexo B).

A pesquisa pode causar desconforto social, ao perguntar sobre aspectos sociais, financeiros e outras particularidades da vida pessoal dos entrevistados. Visando coibir esses riscos, foi informado ao entrevistado, que ele poderia se abster de responder quaisquer perguntas que ele achasse desconfortável ou que envolvesse informações que ele preferisse não compartilhar.

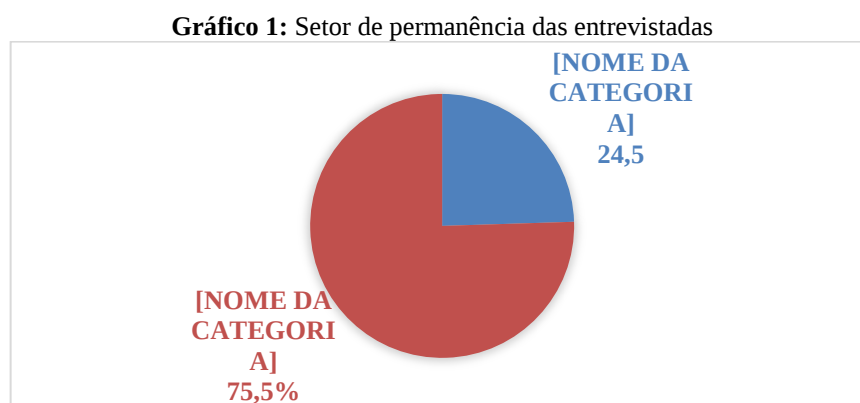
Benefícios diretos e indiretos para os voluntários: os resultados dessa pesquisa nos

permitiram conhecer o perfil sociodemográfico das gestantes que com tempo prolongado de hospitalização e o serviço prestado às gestantes, puérperas e recém-nascidos no Hospital das Clínicas, contribuindo com as ações de monitoramento dos indicadores de desempenho hospitalar e, desse modo, possibilitando oferecer à população um serviço de saúde de qualidade, mais acessível e seguro.

Todas as informações desta pesquisa são confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa estão armazenados no computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço Avenida Professor Moraes Rego, 1235-Cidade Universitária-Recife, CEP: 50670-901, pelo período mínimo de 5 anos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante as entrevistas, 75,5% das entrevistadas estavam instaladas no 9º Norte e 24,5% no COB, sendo 70% no 4º dia e 23,5% no 3º dia de permanência hospitalar, demonstrado no gráfico 1, a seguir.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora

A faixa etária das entrevistadas concentrou-se entre 21 a 35 anos, 65%, sendo 19% entre 21 a 25 anos, 25,5% entre 26 a 30 anos e 20,5% entre 31 a 35 anos; 12,5% encontravam-se entre 16 e 20 anos; 18,5% a partir de 36 anos e 4% entre 10 e 15 anos, sendo 14 anos a menor idade e 41 anos a maior.

Aldrighi *et al.* (2021) citado no estudo de Carvalho *et al.* (2024, p. 895) associou a idade materna a partir dos 35 anos ao risco aumentado de síndromes hipertensivas, DMG, hemorragias, trabalho de parto prematuro, baixo peso ao nascer e, inclusive, de óbito fetal. O estudo de Pinheiro *et al.* (2019, p. 225) relacionou a idade materna dos 35 aos 40 anos a maior probabilidade de apresentar excesso de peso, Diabetes *Mellitus* Gestacional (DMG), HAS gestacional, ao parto induzido e parto cesárea eletiva, RNs com baixo peso ao nascer, com necessidade de assistência em Unidade Neonatal (UNN), baixo índice de APGAR, além de taxas mais elevadas de mortalidade perinatal e natimortos.

No tocante a região geográfica, observou-se que a maior predominância foi da Região Metropolitana com 47%, seguido por 28% do Agreste, 20% da Zona da Mata, 4% do Sertão e 1% da Paraíba. O modo de acesso ao serviço via Central de Regulação predominou com 61,5%, seguido por 24% do Pré-Natal de Alto Risco do HC, 9% por livre demanda, 5% encaminhada sem senha e 0,5% do alojamento das mães acompanhantes.

Quanto ao Estado Civil, 50,5% das entrevistadas conviviam em união estável, seguido de 24,5% casadas, 23,5% solteiras, 1% divorciadas e 0,5% viúvas.

O estudo de Jacob *et al.* (2020, p. 5), mostrou que a maioria das mulheres encontrava-se em união estável e possuíam entre 32 e 46 anos de idade, dados que assemelham-se aos resultados encontrados neste estudo.

A raça autodeclarada das entrevistadas concentrou-se 68,5% como pardas, 20,5% brancas, 10,5% negras e 0,5% indígena.

Quanto à escolaridade, 46% das entrevistadas possuíam Ensino Médio completo, 20,5% Ensino Fundamental incompleto, 12% destas Ensino Médio incompleto, 11%, Ensino Fundamental completo, 5,5%, Ensino Superior completo, 3,5%, Ensino Superior incompleto, 1% especialização e 0,5% analfabetas.

A ocupação do lar predominou em 56,5% das entrevistadas, seguido por 7,5% agricultoras, 6,5% vendedoras, 6,5% estudantes, 2% professoras, 2% operadoras de caixa e 19% diversas outras profissões.

A renda familiar de 1 salário-mínimo (s.m.) foi informada por 37,5% das entrevistadas, seguido por 26,5% menor que 1 s.m., 16,5% com 1,5 s.m., 10% com 2 s.m., 3% com 3 s.m., 2,5% com 2,5 s.m., 1% com 4 s.m., 1% com 4,5 s.m., 0,5% com 5 s.m., 0,5% com 8 s.m. e 0,5% sem s.m.. 0,5% não souberam informar.

Jacob *et al.* (2020, p. 5) ressalta que 87,5% das mulheres estudadas possuíam até 11 anos de escolaridade, diferenciando-se de 57% encontrados em nossa pesquisa. No mesmo estudo, mais de 50% das entrevistadas relataram possuir renda menor que 1 salário-mínimo, assemelhando-se ao 64% encontrados em nossa pesquisa, que afirmaram ganhar até 1 salário mínimo.

Quanto à quantidade de moradores no domicílio das entrevistadas, incluindo a entrevistada e seu recém-nascido, 35,5% foi de 3 pessoas; 28,5% com 4 pessoas; 15% com 5 pessoas; 8,5% com 6 pessoas; 5% com 2 pessoas; 4% com 7 pessoas; 2,5% com 8 pessoas; 0,5% com 19 pessoas e 0,5% com 11 pessoas.

Na tabela 2, a seguir, demonstramos o perfil sociodemográfico das entrevistadas.

Tabela 2: Perfil sociodemográfico das entrevistadas

VARIÁVEIS	COB		9º NORTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IDADE						
10 a 15	3	6,12	5	3,31	8	4
16 a 20	7	14,28	18	11,92	25	12,5
21 a 25	11	22,45	27	17,9	38	19
26 a 30	11	22,45	40	26,49	51	25,5
31 a 35	11	22,45	30	19,86	41	20,5
36 a 40	6	12,25	27	17,88	33	16,5
41 e mais	0	0	4	2,64	4	2
ACESSO						
REGULADA	32	65,3	91	60,3	123	61,5
LIVRE DEMANDA	3	6,13	15	9,9	18	9
PRÉ-NATAL HC	13	26,53	35	23,18	48	24
ENCAMINHADA SEM SENHA	1	2,04	9	5,96	10	5
ALOJAMENTO DAS MÃES	0	0	1	0,66	1	0,5
PROCEDÊNCIA						
REGIÃO METROPOLITANA	16	32,65	78	51,65	94	47
AGRESTE	18	36,73	38	25,16	56	28
ZONA DA MATA	12	24,5	28	18,55	40	20
SERTÃO	3	6,12	5	3,32	8	4
PARAIBA	0	0	2	1,32	2	1
ESTADO CIVIL						
SOLTEIRA	16	32,65	31	20,53	47	23,5
CASADA	10	20,41	39	25,83	49	24,5
DIVORCIADA	0	0	2	1,32	2	1
VIUVA	0	0	1	0,66	1	0,50
UNIÃO ESTÁVEL	23	46,94	78	51,66	101	50,5
RAÇA AUTO DECLARADA						
AMARELA	0	0	0	0	0	0
BRANCA	7	14,29	34	22,52	41	20,5
NEGRA	4	8,16	17	11,25	21	10,5
PARDA	37	75,51	100	66,23	137	68,5
INDÍGENA	1	2,04	0	0	1	0,5

Continuação....						
VARIÁVEIS	COB		9º NORTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
OCUPAÇÃO						
DO LAR	25	51,02	88	58,28	113	56,5
AGRICULTORA	2	4,08	13	8,6	15	7,5
OPERADORA DE CAIXA	1	2,04	3	1,99	4	2
VENDEDORA	7	14,29	6	3,98	13	6,5
PROFESSORA	0	0	4	2,64	4	2
AUXILIAR DE ESCOLA	0	0	3	1,99	3	1,5
ESTUDANTE	4	8,16	9	5,97	13	6,5
ARTESÃ	0	0	2	1,32	2	1
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	2,04	1	0,66	2	1
OUTRAS	9	18,37	22	14,57	31	15,5
ESCOLARIDADE						
ANALFABETA	0	0	1	0,66	1	0,5
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	8	16,32	33	21,86	41	20,5
FUNDAMENTAL COMPLETO	4	8,16	18	11,9	22	11
ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	5	10,21	19	12,59	24	12
ENSINO MÉDIO COMPLETO	28	57,15	64	42,39	92	46
SUPERIOR INCOMPLETO	4	8,16	3	1,99	7	3,5
SUPERIOR COMPLETO	0	0	11	7,29	11	5,5
ESPECIALIZAÇÃO	0	0	2	1,32	2	1
MESTRADO	0	0	0	0	0	0
DOUTORADO	0	0	0	0	0	0
QUANTIDADE DE PESSOAS NO DOMICÍLIO						
2	4	8,17	6	3,97	10	5
3	24	48,98	47	31,12	71	35,5
4	11	22,45	46	30,46	57	28,5
5	6	12,24	24	15,9	30	15
6	3	6,12	14	9,3	17	8,5
7	0	0	8	5,29	8	4
8	1	2,04	4	2,64	5	2,5
9	0	0	0	0	0	0
10	0	0	1	0,66	1	0,5
11	0	0	1	0,66	1	0,5

Continuação...							
VARIÁVEIS	COB		9º NORTE		TOTAL		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
RENDA (SALÁRIO MÍNIMO)							
0	0	0	1	0,66	1	0,5	
MENOR QUE 1	14	28,57	39	25,83	53	26,5	
1	20	40,81	55	36,42	75	37,5	
1,5	10	20,41	23	15,23	33	16,5	
2	3	6,13	17	11,26	20	10	
2,5	0	0	5	3,32	5	2,5	
3	1	2,04	5	3,32	6	3	
4	1	2,04	1	0,66	2	1	
4,5	0	0	2	1,32	2	1	
5	0	0	1	0,66	1	0,5	
8	0	0	1	0,66	1	0,5	
NÃO SOUBE INFORMAR	0	0	1	0,66	1	0,5	

Fonte: Dados das entrevistas realizadas, elaborado pela autora.

Como antecedentes familiares 29,6% citaram a hipertensão, 23,8% diabetes, 12,58% cardiopatia, 12,41% neoplasia, 9,92% doença psiquiátrica, 6,56% nefropatia, 2,76 outras doenças e 2,1% nenhuma doença na família.

Os antecedentes pessoais mais citados foram: 27,3% Hipertensão (HAS), 24% Infecção do Trato Urinário (ITU) e 17,1% DMG, seguidos por 6,44% Doença Psiquiátrica, 6,02% Doença Respiratória, 3,32% Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 2,07% Hemotransfusão, 1,45% Doença Sanguínea, 1,24% Tabagismo, 0,62% Cardiopatia, 0,62% Neoplasia, 0,62% Doença Infecto Parasitárias (DIP), 0,41% Nefropatia, 0,41% Hepatopatia, 0,2% relataram ausência de antecedentes pessoais, inclusive etilismo.

“Os distúrbios hipertensivos da gravidez afetam cerca de 10% de todas as mulheres grávidas do mundo”, de acordo com Jacob *et al.* (2020, p. 2). Esses resultados corroboram o apresentado por Alves *et al* (2021, p. 14863), que defendem que “a obesidade, diabetes *mellitus* e hipertensão arterial devem ser acompanhados de forma pontual, para que não haja aumento do risco à saúde do binómio mãe-filho decorrentes do processo gestacional”.

Febrasgo (2023, p.10 e 13) contextua que a pré-eclâmpsia está relacionada à alta mortalidade materna e perinatal. 10 a 15% das mortes maternas tem a pré-eclâmpsia como sua causa em todo o mundo, sendo a maior incidência nos países com menor renda. No Brasil, a incidência encontra-se entre 1,5% a 7%, levando-se em consideração que haja variação de acordo com a região estudada.

Ferreira *et al* (2023, p. 373) avaliaram a relação entre DMG e as condições de nascimento do RN. A chance do RN precisar a assistência em UNN aumentou 1,7 vezes, de apresentarem peso aumentado para a idade gestacional em 1,4 vezes e APGAR baixo no primeiro minuto em 1,7 vezes quando na presença e DMG.

Quanto aos antecedentes obstétricos, 36% tiveram 1 gestação, 28,5% 2 gestações, 15,5% 3 gestações, 9,5% 4 gestações, 5% 5 gestações, 3,5% 6 gestações, 1,5% 8 gestações e 0,5% 9 gestações. 42% tiveram 1 parto, 29% 2 partos e 13,5% 3 partos, 4% 8 partos, 2% 5 partos, 2% 6 partos, 1 % 8 partos, 0,5% partos e 2% sem antecedente de parto. Além disso, 79% sem passado de aborto e 16% 1 aborto, assim como 99,5% sem passado de gestação molar e/ou gestação ectópica.

58% das mulheres estudadas por Gadelha *et al* (2020, p.3) possuíam até 2 filhos vivos, aproximando-se dos 68,5% encontrado em nosso estudo, que relataram ter tido até dois partos.

O número de consultas pré-natal das entrevistadas predominou 44% entre 6 e 10 consultas pré-natal (PN), 31,5% entre 11 a 15 consultas e 11,5% entre 16 e 20 consultas, 10% entre 1 a 5 consultas, 1% entre 21 a 25 consultas e 2% das entrevistadas estavam com a Caderneta da Gestante indisponível no momento da entrevista.

O estudo de Vidal *et al.* (2023, p. 6 e 7) realizado com puérperas de quatro serviços do Ceará, referência na assistência à gestante de alto risco, evidenciou a associação de prematuridade e baixo peso ao nascer entre as pacientes com até 6 de consultas pré-natal, na razão de prevalência para a prematuridade de 2,04 e baixo peso ao nascer de 2,35.

Quanto ao local do PN, 57% realizaram o PN tanto na Unidade Básica de Saúde (USB)/Programa de Saúde da Família (PSF) quanto no PN de Gestação de Alto Risco (GAR), 36,5% unicamente na USB/PSF, 2,5% unicamente no GAR, 0,5% USB/PSF, GAR e Convênio, 0,5% GAR e particular, 0,5% GAR e convênio, 36,5% realizaram unicamente na USB/PSF, 0,5% na /USB/PSF e particular, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (2022), que enfatiza a importância do acompanhamento concomitante na atenção básica e no Pré-Natal de Alto Risco, de toda gestante classificada como alto risco, com o objetivo de assegurar a vinculação da gestante em seu território.

O início do pré-natal no primeiro trimestre gestacional foi relatado por 81% das entrevistadas, enquanto 16,5% no segundo, 0,5% no terceiro. 2% das entrevistadas estavam com a Caderneta da Gestante indisponível no momento da entrevista.

No estudo de Gadelha *et al.* (2020, p. 3), apenas 61,2% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, resultado inferior ao encontrado no nosso estudo.

O início da assistência pré-natal no primeiro trimestre da gestação possibilita à gestante maior tempo para o acompanhamento preventivo e educacional necessários no período gestacional, para a identificação de possíveis alterações decorrentes de fatores socioeconômicos e demográficos, antecedentes pessoais e obstétricos, possibilitando assim o desfecho satisfatório do parto e puerpério (Ministério da Saúde, 2022).

O uso de suplementos durante a gestação foi relatado por 47,25% das entrevistadas, 14,1% anti-hipertensivos, 6,92% hipoglicemiantes, 31,5% outras medicações, enquanto 0,23% não utilizou nenhum medicamento durante a gestação.

Nosso estudo foi superior no que se trata ao uso de medicamentos durante a gestação em relação ao estudo realizado por Gadelha *et al.* (2020, p. 3) onde 71,2% das mulheres fizeram uso de medicamentos durante a gravidez. É recomendável o uso do Ácido Acetil Salicílico (AAS) em pacientes com risco a partir de 1:1000 entre 11 e 14 semanas de gestação, como medida preventiva para desenvolver Pré-Eclâmpsia. No entanto, o uso da heparina de baixo peso molecular e a suplementação com cálcio deve ser utilizada em casos específicos, segundo Febrasgo (2023, p. 9).

Através do Índice de Massa Corpórea (IMC) da gestante, na última consulta do Pré-Natal, 48% foram classificadas na faixa de obesidade, 22% de sobrepeso e 20,5% de peso adequado, 7% baixo peso; 0,5% não constava registro de dados para o cálculo do IMC e 2% das entrevistadas estavam com a Caderneta da Gestante indisponível no momento da entrevista, corroborando com o estudo de Pinheiro *et al.* (2023), ao associar a obesidade ao risco de hipertensão no período gestacional, diabetes gestacional, macrosomia fetal, parto cesárea, prematuridade, aumentando, assim, o tempo de internação hospitalar.

O parto cesárea foi realizado em 65,62% das entrevistadas, o parto normal em 33,86% e 0,52% parto fórceps. Gauza *et al* (2021, p. 59) avaliaram, em seu estudo, a relação entre idade materna e a chance de parto cesárea, concluindo que o parto cesárea apresentou 2,5 vezes de chance aumentada em relação ao grupo com idade entre 18 e 34 anos. Feliciano *et al* (2023, p.758) sugerem que o ganho de peso excessivo aumentam a chance da ocorrência do parto cesárea, do RN apresentar peso maior para a idade gestacional (GIG), necessidade de assistência do RN em UNN.

Na tabela 3, a seguir, demonstramos o perfil clínico e obstétrico das entrevistadas.

Tabela 3: Perfil clínico e obstétrico das entrevistadas

	COB		9º NORTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ANTECEDENTES PESSOAIS						
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	31	27,93	100	27,02	131	27,23
Diabetes Melitus Gestacional (DMG)	12	10,81	70	18,91	82	17,04
CARDIOPATIA	0	0	3	0,82	3	0,62
DOENÇA RESPIRATÓRIA	7	6,31	22	5,95	29	6,02
DOENÇA SANGUÍNEA	3	2,7	4	1,08	7	1,45
NEOPLASIA	1	0,9	2	0,54	3	0,62
DOENÇA PSIQUIÁTRICA	7	6,31	24	6,48	31	6,44
NEFROPATIA	0	0	2	0,54	2	0,41
HEPATOPATIA	0	0	2	0,54	2	0,41
Infecção Sexualmente Transmissível (IST)	5	4,5	11	2,98	16	3,32
HEMOTRANSFUSÃO	5	4,5	5	1,35	10	2,07
TABAGISMO	2	1,8	4	1,08	6	1,24
ETILISMO	0	0	0	0	0	0
Doença Infecto Parasitária (DIP)	0	0	3	0,82	3	0,62
ITU	28	25,23	87	23,51	115	24
OUTROS	9	8,11	31	8,38	40	8,31
NENHUM	1	0,9	0	0	1	0,2
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS						
GESTAÇÕES						
1	22	44,9	50	33,11	72	36
2	11	22,45	46	30,47	57	28,5
3	4	8,16	27	17,88	31	15,5
4	9	18,37	10	6,62	19	9,5
5	1	2,04	9	5,96	10	5
6	2	4,08	5	3,31	7	3,5
7	0	0	0	0	0	0
8	0	0	3	1,99	3	1,5
9	0	0	1	0,66	1	0,5
PARTOS						
0	3	6,13	1	0,66	4	2
1	28	57,15	56	37,09	84	42
2	8	16,32	50	33,11	58	29
3	5	10,2	22	14,58	27	13,5
4	4	8,16	12	7,95	16	8
5	0	0	4	2,64	4	2
6	1	2,04	3	1,99	4	2
7	0	0	0	0	0	0
8	0	0	2	1,32	2	1
9	0	0	1	0,66	1	0,5
ABORTOS						
1	5	10,2	26	17,22	31	16
2	2	4,09	4	2,64	6	3
3	0	0	4	2,64	4	2

Continuação...						
	COB		9º NORTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GESTAÇÃO MOLAR						
0	48	97,96	151	100	199	99,5
1	1	2,04	0	0	1	05
GESTAÇÃO ECTÓPICA						
0	48	97,96	151	100	199	99,5
1	1	2,04	0	0	1	05
Nº DE CONSULTAS PRÉ-NATAL						
1 A 5	11	22,45	9	5,97	20	10
6 A 10	22	44,9	66	43,71	88	44
11 A 15	10	20,4	53	35,1	63	31,5
16 A 20	6	12,25	17	11,26	23	11,5
21 A 25	0	0	2	1,32	2	1
Caderneta indisponível	0	0	4	2,64	4	2
LOCAL DO PRÉ-NATAL						
USB/PSF	21	42,85	52	34,4	73	36,5
GAR	2	4,09	3	1,99	5	2,5
PARTICULAR	2	4,09	2	1,32	4	2
CONVÊNIO	0	0	0	0	0	0
USB/PSF+GAR	23	46,93	91	60,31	114	57
USB/PSF+GAR+CONVÊNIO	0	0	1	0,66	1	0,5
GAR+PARTICULAR	0	0	1	0,66	1	0,5
GAR+CONVÊNIO	1	2,04	0	0	1	0,5
USB/PSF+PARTICULAR	0	0	1	0,66	1	0,5
TRIMESTRE DE INÍCIO DO PRÉ-NATAL						
PRIMEIRO	37	75,51	125	82,79	162	81
SEGUNDO	11	22,45	22	14,57	33	16,5
TERCEIRO	1	2,04	0	0	1	0,5
CADERNETA INDISPONÍVEL	0	0	4	2,64	4	2
USO DE MEDICAMENTOS DURANTE O PRÉ-NATAL						
SUPLEMENTOS	48	47,52	150	47,17	198	47,25
ANTI-HIPERTENSIVOS	14	13,86	45	14,15	59	14,1
HIPOGLICEMIANTES	4	3,96	25	7,86	29	6,92
OUTROS	34	33,67	98	30,82	132	31,5
NENHUM	1	0,99	0	0	1	0,23

Continuação...						
	COB		9º NORTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ÍNDICE DE MASSA CORPOREA						
BAIXO PESO	5	10,21	9	5,97	14	7
PESO ADEQUADO	9	18,37	32	21,19	41	20,5
SOBREPESO	10	20,4	34	22,51	44	22
OBESIDADE	24	48,98	72	47,69	96	48
CADERNETA INDISPONÍVEL	0	0	4	2,64	4	2
SEM REGISTRO NA CADERNETA	1	2,04	0	0	1	0,5
TIPO DE PARTO						
PARTO NOMAL	8	19,05	57	38	65	33,86
PARTO CESÁREA	34	80,95	92	61,34	126	65,62
PARTO FORCEPS	0	0	1	0,66	1	0,52

Fonte: Dados das entrevistas realizadas, elaborado pela autora

A idade gestacional do RN ao nascer foi de 73,85% a termo (entre 37 a 41 semanas), 15,9% pré-termo tardio (34 a 36,6 semanas), 9,23% muito prematuro (30 a 33,6 semanas) e 1,02% pré-termo extremo (menor que 30 semanas).

Na avaliação dos RNs pelo índice de APGAR, 77,55% dos RNs apresentaram ótima condição ao nascer no primeiro minuto (APGAR de 8 a 10), 12,75% apresentaram dificuldade moderada (APGAR de 4 a 6), 9,2% dificuldade leve (APGAR 7) e 0,5 apresentaram dificuldade grave (APGAR de 0 a 3). Porém, no quinto minuto de vida 97,44% dos RNs evoluíram para ótima condição e 2,56% para dificuldade leve; nenhum RN permaneceu com dificuldade moderada ou grave.

Quanto à classificação do peso ao nascer dos RNs, 75,39% apresentaram peso adequado (2,500g a 3,999g), 16,93% baixo peso (1,500g a 2,499g) e 4,1% macrossomia (a partir de 4.000g). Nenhum RN apresentou extremo baixo peso ao nascer (menor que 1.000g).

A revisão sistemática do resultado da Escala de APGAR realizada por Torres *et al.* (2023, p.70), associada aos recém-nascidos prematuros, concluiu que mesmo com a prematuridade, os recém-nascidos tem condições de adaptação ao ambiente extrauterino, onde, ao apresentarem dificuldade de adaptação identificados com índices de APGAR baixos no primeiro minuto de vida, podem apresentar melhores índices no quinto minuto. Em nosso estudo verificamos que apenas 1 recém-nascido com APGAR classificado como dificuldade moderada no primeiro minuto não apresentou boa adaptação no quinto minuto de vida.

Na tabela 4, a seguir, demonstramos as condições ao nascer dos RNs das entrevistadas.

Tabela 4: Condições de nascimento dos RNs das entrevistadas

VARIÁVEIS	JB		9º NORTE			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
APGAR 1º MINUTO						
ÓTIMA CONDIÇÃO (8 A 10)	27	60	125	83,34	152	77,55
DIFICULDADE LEVE (7)	7	15,55	11	7,33	18	9,2
DIFICULDADE MODERADA (4 A 6)	11	24,45	14	9,33	25	12,75
DIFICULDADE GRAVE (0 A 3)	0	0	0	0	0	0,5
APGAR 5º MINUTO						
ÓTIMA CONDIÇÃO (8 A 10)	42	93,33	148	98,67	190	97,44
DIFICULDADE LEVE (7)	3	6,67	2	1,33	5	2,56
DIFICULDADE MODERADA (4 A 6)	0	0	0	0	0	0
DIFICULDADE GRAVE (0 A 3)	0	0	0	0	0	0
PESO AO NASCER						
EXTREMO BAIXO PESO (MENOR QUE 1.000g)	0	0	0	0	0	0
MUITO BAIXO PESO (1000g a 1.449g)	6	13,33	1	0,66	7	3,58
BAIXO PESO (1.500g a 2.499g)	18	40	15	10	33	16,93
PESO ADEQUADO (2.500g a 3.999g)	20	44,45	127	84,67	147	75,39
MACROSSOMIA (a partir de 4.000g)	1	2,22	7	4,67	8	4,1

Fonte: Dados das entrevistas realizadas, elaborado pela autora.

Os motivos de permanência hospitalar das entrevistadas, descritos a seguir na Tabela 5, estiveram relacionados 33,96% às condições das entrevistadas e 64, 56% relacionados aos RNs. Entre os motivos relacionados às entrevistadas, 31% foram por condição clínica no puerpério, 1,48% por trabalho de parto prematuro superado e 1,48% gestantes em indução do trabalho de parto.

Quanto aos motivos de permanência hospitalar relacionados aos RNs, 23,24% foram devido a fototerapia, 19,92% por condição clínica do RN e 17,34% por encontrarem-se internados na Unidade Neonatal. 3,69% dos RNs estavam aguardando exames: 1,48% ultrassonografia, 1,11% exame laboratorial, 0,73% Ecocardiograma e 0,37% Raio X. 0,37% dos RNs estavam aguardando consulta com especialista e 1,48% das entrevistadas estavam aguardando o transporte para saída do hospital.

O estudo de Dias *et al.* (2020) evidenciou 18% dos RNs icterícia neonatal com necessidade de uso de fototerapia em Alojamento Conjunto, assemelhando-se ao nosso estudo, sendo motivo de internação prolongada. O único fator evitável de risco neste estudo foi a perda de peso do RN em fototerapia, ressaltando a importância do apoio da equipe

multidisciplinar ao aleitamento materno.

Tabela 5: Motivo de permanência hospitalar das entrevistadas

VARIÁVEIS	COB		9º NORTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CONDIÇÃO CLÍNICA DA PUÉRPERA	42	44,22	42	23,87	84	31
CONDIÇÃO CLÍNICA DO RN	15	15,78	39	22,16	54	19,92
RN EM FOTOTERAPIA	0	0	63	35,8	63	23,24
RN NA UNIDADE NEONATAL	31	32,64	16	9,1	47	17,34
GESTANTE COM TRABALHO DE PARTO PREMATURO SUPERADO	4	4,21	0	0	4	1,48
RN AGUARDANDO CONSULTA COM ESPECIALISTA	0	0	1	0,56	1	0,37
RN AGUARDANDO RAIO X	0	0	1	0,56	1	0,37
RN AGUARDANDO EXAME LABORATORIAL	0	0	3	1,71	3	1,11
RN AGUARDANDO ECOCARDIOGRAMA	0	0	2	1,14	2	0,73
RN AGUARDANDO USG	0	0	4	2,27	4	1,48
GESTANTE EM INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO	3	3,15	1	0,56	4	1,48
AGUARDANDO TRANSPORTE	0	0	4	2,27	4	1,48

Fonte: Dados das entrevistas realizadas, elaborado pela autora.

5.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Utilizado o *software* R versão 4.4.0 for Windows com a utilização do pacote Rcmdr para realizar o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov (KS) e de Shapiro-Wilk (SW) das variáveis: mulher dias de internação, RN dias de internação, motivo mulher, motivo RN, setor, idade, acesso, região geográfica, estado civil, raça, escolaridade, ocupação, renda, quantidade de pessoas no domicílio, antecedentes pessoais, gestações, paridade, aborto, gestação molar, gestação ectópica, número de pré-natal, local do pré-natal, trimestre da primeira consulta pré-natal, uso de medicações, IMC, parto, idade gestacional do RN, APGAR no primeiro minuto, APGAR no quinto minuto e peso do RN. Apenas o fator idade (KS = 0,055; sig. 0,200*; SW = 0,979; sig. 0,004) e o fator número de pré-natal (KS = 0,086; sig. 0,001; SW = 0,979; sig. 0,005) apresentaram normalidade, os demais fatores apresentaram teste de significância menor que 0,001, significando que as variáveis analisadas não estão distribuídas de maneira simétrica em torno da média, caracterizando, assim, a amostra como não paramétrica.

Diante da classificação da amostra como não paramétrica, realizado o teste de correlação não paramétrica de *Spearman*, com força de correlação baixa positiva entre dias de internação da mulher e parto ($r = 0,187^{**}$; sig. 0,008), força de correlação negativa fraca entre dias de internação da mulher entre: motivo de internação da mulher ($r = -0,185^{**}$; sig. ,009),

setor ($r = -0,180^*$; sig. 0,011), idade gestacional do RN ($r = -0,194^{**}$; sig. 0,006) e peso do RN ($r = -0,198^{**}$; sig. 0,006).

A correlação dias de internação do RN foi baixa e positiva entre o parto ($r = 0,202^*$; sig. 0,025) e baixa negativa entre: setor ($r = -0,261^{**}$; sig. 0,008), número de consultas pré-natal ($r = -0,199^*$; sig. 0,047), idade gestacional do RN ($r = -0,222^*$; sig. 0,025), APGAR no primeiro minuto ($r = -0,291^{**}$; sig. 0,003) e APGAR no quinto minuto ($r = -0,211^*$; sig. 0,033).

As demais correlações realizadas apresentaram resultados insignificantes no nível de 0,001 e de 0,005 de significância.

A correlação positiva indica que as duas variáveis aumentam, ou seja, aumentando a quantidade de dias de internação tanto da mulher como do RN aumenta o tipo do parto. Já na correlação negativa, enquanto uma variável aumenta, a outra diminui, como entre os dias de internação da mulher e o motivo da permanência hospitalar, do setor de permanência, da idade do RN e do peso do RN e na correlação negativa entre a permanência do RN e o setor, número de consultas do pré-natal, idade gestacional do RN, APGAR no primeiro minuto e no quinto minuto, conforme demonstram as Tabelas 6 e 7, a seguir.

Tabela 6: Teste de Correlação de *Spearman* entre dias de internação da mulher e diversas variáveis

VARIÁVEIS		COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO ("rô" de Spearman)	Sig. (2 extremidades)	N
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	MOTIVO_MULHER	-,185**	,009	200
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	RN_DIAS_INTERNAÇÃO	,095	,340	102
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	MOTIVO_RN	,035	,623	200
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	SETOR	-,180*	,011	200
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	IDADE	-,013	,859	200
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	ACESSO	-,093	,189	200
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	REGIÃO_GEOGRÁFICA	,038	,591	200
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	ESTADO_CIVIL	-,060	,397	200
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	RAÇA	-,090	,205	200
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	ESCOLARIDADE	-,076	,285	200
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	OCUPAÇÃO	-,103	,147	198
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	RENDA	-,027	,704	199
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	QT_PESSOAS_DOMICÍLIO	-,011	,882	200
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	ANT.PESSOAS_1	-,124	,154	133
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	ANT.PESSOAS_2	,068	,550	79
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	ANT.PESSOAS_15	-,011	,903	115
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	GESTAÇÕES	,022	,759	200
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	PARIDADE	-,017	,811	200
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	ABORTO	,104	,142	200
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	GESTACÃO_MOLAR	-,114	,108	200
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	GESTACÃO_ECTÓPICA	-,114	,109	199
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	Nº PRÉ- NATAL	,050	,483	196
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	LOCAL_PRÉ_NATAL_2	,081	,376	122
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	LOCAL_PRÉ_NATAL_3	-,141	,789	6
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	TRIMESTRE_1ª_CONSULTA	-,107	,133	200
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	MEDICAÇÕES_2	-,015	,908	60
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	IMC	,051	,473	200
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	PARTO	,187**	,008	200
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	IDADE_GESTACIONAL_RN	-,194**	,006	200
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	APGAR_1ºMIN	-,059	,410	200
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	APGAR_5ºMIN	-,060	,396	200
MULHER_DIAS_INTERNAÇÃO	PESO_RN	-,198**	,006	191

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades)

Fonte: Dados coletados pela autora, analisados no *software* R versão 4.4.0

O teste Exato de Fisher foi aplicado para verificar possíveis associações entre as variáveis com até duas categorias e aplicado teste Qui-quadrado para verificar as associações entre três ou mais categorias das variáveis.

Foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para comparar médias com as duas categorias independentes (tempo de internamento). Os dados foram expressos média $\pm$ desvio-padrão, mínimo e máximo e frequências absolutas e relativas. Foi adotado o nível de significância de 5%, ou seja, p-valor $<0,05$. O tempo médio de internamento das mulheres foi

de 5,8 dias, com mediana de 5 dias, desvio padrão de 4 dias (indica a dispersão dos dados em torno da média), tendo o menor valor observado de tempo de internamento de 1 dia e maior de 28 dias, como descreve a tabela 7, a seguir.

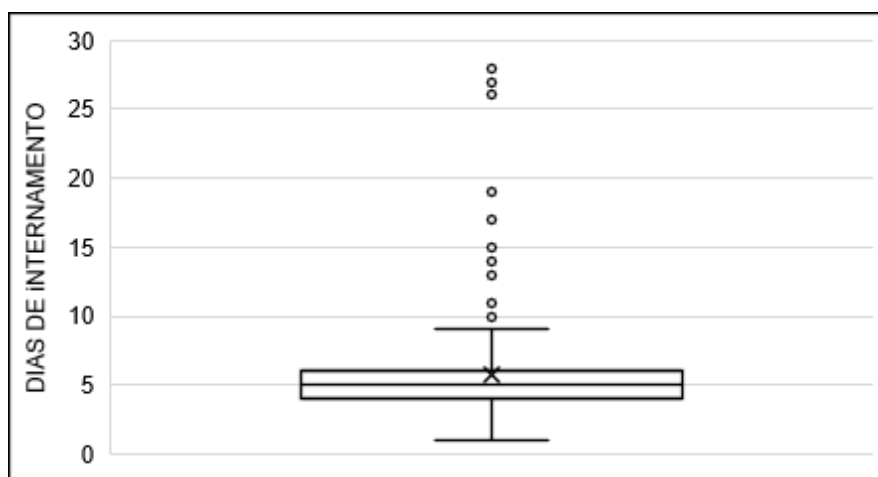
Tabela 7: Médias descritivas da variável tempo de internamento das mulheres

Tempo de Internamento (dias)				
Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
5,8	5,0	4,0	1,0	28,0

Fonte: Dados coletados pela autora, analisados no software R versão 4.4.0

Com base na distribuição dos dados do tempo de internamento da mulher a mediana foi de 5 dias e logo foi categorizada em dois grupos “até 5 dias de internamento” e “acima de 5 dias” para fins de verificar associações com as variáveis sociodemográficas, como mostra o gráfico 2, que representa os quartis da distribuição, a seguir:

Gráfico 2: Gráfico *Boxplot* da distribuição dos dias de internamento da mulher



Fonte: Dados coletados pela autora, analisados no *software R*, versão 4.4.0.

Em relação à distribuição da variável dias de internação de acordo com o setor onde a mulher se encontrava internada, o p-valor indicou que não houve uma associação significativa entre essas variáveis, a um nível de significância de 0,05%, apesar de p-0,063 estar marginalmente significativa, como mostra a tabela 8, a seguir.

Tabela 8: Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável setor

SETOR	Dias de Internação				TOTAL		p-valor ¹
	Até 5 dias		Acima de 5 dias				
	n	%	n	%	n	%	
COB	25	20,0%	24	32,0%	49	24,5%	0,063
ALOJAMENTO CONJUNTO	100	80,0%	51	68,0%	151	75,5%	
Total	125	100,0%	75	100,0%	200	100,0%	

¹ – Teste Exato de Fisher

Fonte: Dados coletados pela autora, analisados no *software* R, versão 4.4.0.

Ao analisarmos a associação entre dias de internação da mulher e o tipo de acesso ao serviço, o Teste Qui-Quadrado de Pearson indicou que não houve associação significativa (p=0,106), como demonstra a tabela 9, a seguir:

Tabela 9: Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Acesso

ACESSO	Dias de Internação				TOTAL		p-valor ¹
	Até 5 dias		Acima de 5 dias				
	n	%	n	%	n	%	
REGULADA	81	64,8%	43	53,3%	124	62,0%	0,106
LIVRE DEMANDA	14	11,2%	4	5,3%	18	9,0%	
PRÉ-NATAL DO HC	24	19,2%	24	32,0%	48	24,0%	
ENCAMINHADA SEM SENHA	6	4,8%	4	5,3%	10	5,0%	
Total	125	100,0%	75	100,0%	200	100,0%	

¹ – Teste Qui-Quadrado de Pearson

Fonte: Dados coletados pela autora, analisados no *software* R, versão 4.4.0.

Na análise à associação entre o tempo de internação da mulher e sua região geográfica de procedência e entre o estado civil que elas declararam, o Teste Qui-Quadrado indicou não haver evidências suficientes para uma associação significativa a nível de 5% de significância (p=0,396 e p=0,292, respectivamente), como está exposto nas tabelas 10 e 11, a seguir.

Tabela 10: Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável região geográfica

REGIÃO GEOGRÁFICA	Dias de Internação				TOTAL		p-valor ¹
	Até 5 dias		Acima de 5 dias				
	n	%	n	%	n	%	
METROPOLITANA	61	48,8%	33	44,0%	94	47,0%	0,396
AGRESTE	33	26,4%	23	30,7%	56	28,0%	
MATA	18	14,4%	15	20,0%	33	16,5%	
SERTÃO	11	8,8%	4	5,3%	15	7,5%	
PARAIBA	2	1,6%	0	0,0%	2	1,0%	
Total	125	100,0%	75	100,0%	200	100,0%	

¹ – Teste Qui-Quadrado de Pearson

Fonte: Dados coletados pela autora, analisados no *software* R, versão 4.4.0.

Tabela 11: Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Estado civil

ESTADO CIVIL	Dias de Internação				TOTAL		p-valor ¹
	Até 5 dias		Acima de 5 dias				
	n	%	n	%	n	%	
Solteira	25	20,0%	22	29,3%	47	23,5%	0,292
Casada	34	27,2%	15	20,0%	49	24,5%	
Divorciada/Separada	1	0,8%	1	1,3%	2	1,0%	
Viúva	0	0,0%	1	1,3%	1	0,5%	
Indígena	65	52,0%	36	48,0%	101	50,5%	
Total	125	100,0%	75	100,0%	200	100,0%	

1 – Teste Qui-Quadrado de Pearson

Fonte: Dados coletados pela autora, analisados no *software* R, versão 4.4.0.

As associações entre o tempo de permanência da mulher e a raça autodeclarada e entre sua escolaridade, avaliada pelo Teste do Qui-Quadrado de Pearson, não demonstraram significância a nível de 0,05, sugerindo não haver evidências suficientes para concluir que existe a associação (p=0,068 e p=0,445, respectivamente). Essas avaliações são demonstradas nas tabelas 12 e 13, a seguir:

Tabela 12: Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Raça

RAÇA	Dias de Internação				TOTAL		p-valor ¹
	Até 5 dias		Acima de 5 dias				
	n	%	n	%	n	%	
Branca	20	16,0%	21	28,0%	41	20,5%	0,068
Negra	12	9,6%	9	12,0%	21	10,5%	
Parda	93	74,4%	44	58,7%	137	68,5%	
Indígena	0	0,0%	1	1,3%	1	0,5%	
Total	125	100,0%	75	100,0%	200	100,0%	

1 – Teste Qui-Quadrado de Pearson

Fonte: Dados coletados pela autora, analisados no *software* R, versão 4.4.0.**Tabela 13:** Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Escolaridade

ESCOLARIDADE	Dias de Internação				TOTAL		p-valor ¹
	Até 5 dias		Acima de 5 dias				
	n	%	n	%	n	%	
Analfabeta	0	0,0%	1	1,3%	1	0,5%	0,445
Ensino Fundamental incompleto	25	20,0%	16	21,3%	41	20,5%	
Ensino Fundamental completo	12	9,6%	10	13,3%	22	11,0%	
Ensino Médio incompleto	14	11,2%	10	13,3%	24	12,0%	
Ensino Médio completo	58	46,4%	34	45,3%	92	46,0%	
Ensino superior incompleto	5	4,0%	2	2,7%	7	3,5%	
Ensino superior completo	9	7,2%	2	2,7%	11	5,5%	
Especialização	2	1,6%	0	0,0%	2	1,0%	
Total	125	100,0%	75	100,0%	200	100,0%	

1 – Teste Qui-Quadrado de Pearson

Fonte: Dados coletados pela autora, analisados no *software* R, versão 4.4.0.

Em relação a associação entre o tempo de permanência da mulher e sua ocupação, o Teste Qui-quadrado de Pearson forneceu um valor de $p=0,247$, sugerindo não haver evidências suficientes para afirmar a existência dessa associação, conforme a tabela 14, a seguir.

Tabela 14: Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Ocupação

OCUPAÇÃO	Dias de Internação				TOTAL		p-valor ¹
	Até 5 dias		Acima de 5 dias				
	n	%	n	%	n	%	
Do Lar	64	51,2%	48	64,0%	112	56,0%	0,247
Agricultora	11	8,8%	4	5,3%	15	7,5%	
Vendedora	7	5,6%	6	8,0%	13	6,5%	
Estudante	8	6,4%	5	6,7%	13	6,5%	
Outras	35	28,0%	12	16,0%	47	23,5%	
Total	125	100,0%	75	100,0%	200	100,0%	

1 – Teste Qui-Quadrado de Pearson

Fonte: Dados coletados pela autora, analisados no *software* R, versão 4.4.0.

Em relação aos antecedentes familiares das entrevistadas, doença psiquiátrica apresentou $p=0,036$, indicando ser estatisticamente significativa a um nível de significância de 0,05, ou seja, pacientes com antecedentes familiares de doenças psiquiátricas tem uma chance 1,97 vezes maior de serem internadas por mais de 5 dias quando comparada com pacientes sem esse antecedente.

Os antecedentes familiares de HAS ($p=0,563$), Diabetes (0,438), Cardiopatias ($p=0,879$), Neoplasias ($p=0,760$), Nefropatias ($p=0,348$) e de outros antecedentes ($p=0,580$) não apresentaram significância a um nível de 0,05, evidenciado na tabela 15, a seguir.

Tabela 15: Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Antecedentes familiares

ANTECEDENTES FAMILIARES	Dias de Internação				TOTAL		ODDS (IC95%)	p-valor ¹
	Até 5 dias		Acima de 5 dias					
	n	%	n	%	n	%		
HAS	102	81,6%	64	85,3%	166	83,0%	1,31 (0,60-2,87)	0,563
Diabetes	87	69,6%	48	64,0%	135	67,5%	0,78 (0,42-1,42)	0,438
Cardiopatias	43	34,4%	27	36,0%	70	35,0%	1,07 (0,59-1,95)	0,879
Neoplasias	43	34,4%	28	37,3%	71	35,5%	1,14 (0,63-2,06)	0,760
Nefropatias	26	20,8%	11	14,7%	37	18,5%	0,65 (0,30-1,42)	0,348
Doenças Psiquiátricas	29	23,2%	28	37,3%	57	28,5%	1,97 (1,06-3,69)	0,036*
Outros	8	6,4%	7	9,3%	15	7,5%	1,51 (0,52-4,34)	0,580
Total	125	100,0%	75	100,0%	200	100,0%		

1 – Teste Exato de Fisher; * Estatisticamente significativo

Fonte: Dados coletados pela autora, analisados no *software* R, versão 4.4.0.

Ao analisarmos a associação entre dias de internação da mulher e seus antecedentes

pessoais, mostraram-se estatisticamente significativas a um nível de 0,05 a presença de HAS ($p=0,013$), de doenças psiquiátricas ($p=0,024$) e de passado de Hemotransfusão ($p=0,043$).

A presença de HAS, doenças psiquiátricas e hemotransfusão sugeriram associação positiva entre essas variáveis e internações prolongadas: HAS tem 2,28 vezes mais chances, doenças psiquiátricas tem 2,53 vezes mais chances e hemotransfusão 4,15 vezes mais chances de serem internadas por mais de 5 dias.

Nosso estudo corrobora com os estudos realizados por Männistö *et al.* (2017) e Montagnoli *et al.* (2020), que observaram os fatores associados à permanência hospitalar prolongada em gestantes com condições de alto risco psicossocial as pacientes com transtornos psiquiátricos pré-existent, como ansiedade e depressão, representando maiores riscos para a ocorrência de diabetes gestacional, partos prematuros, baixo peso ao nascer e aborto espontâneo.

A compreensão dos determinantes e consequências das internações por períodos prolongados são imprescindíveis na orientações de estratégias de intervenção visando melhores resultados obstétricos e neonatais, repercutindo na redução do impacto econômico e emocional nessa população. Destaca a importância da assistência obstétrica seguir uma abordagem multiprofissional, com suporte psicológico contínuo, visando mitigar os efeitos adversos à saúde materna e fetal, apoiada em políticas de saúde que promovam o acesso adequado aos serviços de saúde mental no período perinatal (Silva *et al.* 2022; Mohsen Abdelha *et al.* 2023).

O conhecimento dos antecedentes pessoais de hemotransfusão, multiparidade e patologias que exponham a mulher ao risco de hemorragia pós-parto, possibilitam medidas preventivas, farmacológicas e manobras clínicas e cirúrgicas, quando necessário, para o controle da hemorragia pós-parto, uma das principais causas de morbimortalidade materna no Brasil (Silva *et al.*, 2024).

Os outros antecedentes pessoais analisados não apresentaram diferença significativa em relação a internações prolongadas, como demonstra a tabela 16, a seguir.

Tabela 16: Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Antecedentes pessoais

ANTECEDENTES PESSOAIS	Dias de Internação				TOTAL		ODDS (IC95%)	p-valor ¹
	Até 5 dias		Acima de 5 dias					
	n	%	n	%	n	%		
HAS	75	60,0%	58	77,3%	133	66,5%	2,28 (1,19-4,35)	0,013*
DMG	55	44,0%	24	32,0%	79	39,5%	0,60 (0,33-1,09)	0,102
Cardiopatias	2	1,6%	0	0,0%	2	1,0%	-	0,529
Doenças Respiratórias	15	12,0%	13	17,3%	28	14,0%	1,54 (0,69-3,44)	0,301
Doenças Sanguíneas	6	4,8%	2	2,7%	8	4,0%	0,54 (0,11-2,76)	0,713
Neoplasias	1	0,8%	2	2,7%	3	1,5%	3,40 (0,30-38,12)	0,557
Doenças Psiquiátricas	13	10,4%	17	22,7%	30	15,0%	2,53 (1,15-5,56)	0,024*
Nefropatias	1	0,8%	1	1,3%	2	1,0%	1,68 (0,10-27,19)	1,000
Hepatopatias	2	1,6%	0	0,0%	2	1,0%	-	0,529
IST	10	8,0%	6	8,0%	16	8,0%	1,00 (0,35-2,87)	1,000
Hemotransusão	3	2,4%	7	9,3%	10	5,0%	4,15 (1,04-16,58)	0,043*
Tabagismo	4	3,2%	3	4,0%	7	3,5%	1,25 (0,27-5,75)	1,000
Etilismo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	-	-
DIP	3	2,4%	1	1,3%	4	2,0%	0,55 (0,06-5,34)	0,586
ITU	75	60,0%	40	53,3%	115	57,5%	0,76 (0,43-1,36)	0,378
Outros	23	18,4%	17	22,7%	40	20,0%	1,30 (0,64-2,63)	0,471
Total	125	100,0%	75	100,0%	200	100,0%		

1 – Teste Exato de Fisher; * Estatisticamente significante

Fonte: Dados coletados pela autora, analisados no *software* R, versão 4.4.0.

Analizando a relação entre o local do pré-natal e o número de dias de internação, o uso de medicações durante a gestação e o IMC das mulheres, não apresentaram evidência estatística significativa em relação a internações prolongadas, como demonstram as tabelas 17, 18 e 19, a seguir.

Tabela 17: Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável local de pré-natal

LOCAL PRÉ-NATAL	Dias de Internação				TOTAL		ODDS (IC95%)	p-valor ¹
	Até 5 dias		Acima de 5 dias					
	n	%	n	%	n	%		
USB/PSF	118	95,2%	70	93,3%	188	94,5%	0,71 (0,21-2,42)	0,750
GAR	74	59,2%	48	64,0%	122	61,0%	1,23 (0,68-2,21)	0,551
Particular	5	4,0%	1	1,3%	6	3,0%	0,32 (0,04-2,83)	0,413
Convênio	0	0,0%	2	2,7%	2	1,0%	-	0,141
Total	125	100,0%	75	100,0%	200	100,0%		

1 – Teste Exato de Fisher

Fonte: Dados coletados pela autora, analisados no *software* R, versão 4.4.0.

Tabela 18: Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Uso de Medicamentos

USO DE MEDICAÇÕES	Dias de Internação				TOTAL		ODDS (IC95%)	p-valor ¹
	Até 5 dias		Acima de 5 dias					
	n	%	n	%	n	%		
Suplementação	124	99,2%	74	98,7%	198	99,0%	0,60 (0,04-9,68)	1,000
Anti-hipertensivos	33	26,4%	27	36,0%	60	30,0%	1,57 (0,85-2,91)	0,156
Hipoglicemiantes	18	14,4%	10	13,3%	28	14,0%	0,92 (0,40-2,10)	1,000
Outros	78	62,4%	53	70,7%	131	65,5%	1,45 (0,79-2,69)	0,283
Total	125	100,0%	75	100,0%	200	100,0%		

1 – Teste Exato de Fisher

Fonte: Dados coletados pela autora, analisados no *software* R, versão 4.4.0.**Tabela 19:** Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável IMC

IMC	Dias de Internação				TOTAL		p-valor ¹
	Até 5 dias		Acima de 5 dias				
	n	%	n	%	n	%	
BP	9	7,3%	5	7,0%	14	7,2%	0,980
PN	27	21,8%	14	19,7%	41	21,0%	
SP	27	21,8%	17	23,9%	44	22,6%	
O	61	49,2%	35	49,3%	96	49,2%	
Total	124	100,0%	71	100,0%	195	100,0%	

1 – Teste Qui-Quadrado de Pearson

Fonte: Dados coletados pela autora, analisados no *software* R, versão 4.4.0.

O tipo de parto em relação ao tempo prolongado de internação da mulher não apresentou associação estatisticamente significativa, com p-valor=0,101, descritas na tabela 20, a seguir:

Tabela 20: Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Tipo de Parto

TIPO DE PARTO	Dias de Internação				TOTAL		p-valor ¹
	Até 5 dias		Acima de 5 dias				
	n	%	n	%	n	%	
Tipo de Parto							
PN	46	36,8%	19	25,3%	65	32,5%	0,101
PC	76	60,8%	50	66,7%	126	63,0%	
PF	0	0,0%	1	1,3%	1	0,5%	
Permanece Gestante	3	2,4%	5	6,7%	8	4,0%	
Total	125	100,0%	75	100,0%	200	100,0%	

1 – Teste Qui-Quadrado de Pearson

Fonte: Dados coletados pela autora, analisados no *software* R, versão 4.4.0.

Ao analisarmos estatisticamente os antecedentes obstétricos das entrevistadas, apresentados nas tabelas 21, 22, 23, 24 e 25, a seguir, o Teste de Razão de verossimilhança e o Teste Exato de Fisher sugeriram não haver associação significativa entre o tempo prolongado de internação e as variáveis número de gestações (p=0,674); número de paridade (p= 0,303),

número de abortos ($p=0,536$), gestação molar ($p=1,000$) e gestação ectópica ($p=1,000$).

Tabela 21: Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Número de gestações

Gestações	Dias de Internação				TOTAL		p-valor ¹
	Até 5 dias		Acima de 5 dias				
	n	%	n	%	n	%	
1	46	36,8%	26	34,7%	72	36,0%	0,674
2	35	28,0%	22	29,3%	57	28,5%	
3	17	13,6%	14	18,7%	31	15,5%	
4	12	9,6%	7	9,3%	19	9,5%	
5	6	4,8%	4	5,3%	10	5,0%	
6	5	4,0%	2	2,7%	7	3,5%	
8	3	2,4%	0	0,0%	3	1,5%	
9	1	0,8%	0	0,0%	1	0,5%	
Total	125	100,0%	75	100,0%	200	100,0%	

1- Teste da razão de Verossimilhança

Fonte: Dados coletados pela autora, analisados no *software* R, versão 4.4.0.

Tabela 22: Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Número de Paridade

Paridade		Dias de Internação				TOTAL		p-valor
		Até 5 dias		Acima de 5 dias				
		n	%	n	%	n	%	
0		1	0,8%	3	4,0%	4	2,0%	0,303
1		53	42,4%	31	41,3%	84	42,0%	
2		35	28,0%	23	30,7%	58	29,0%	
3		17	13,6%	9	12,0%	26	13,0%	
4		10	8,0%	7	9,3%	17	8,5%	
5		2	1,6%	2	2,7%	4	2,0%	
6		4	3,2%	0	0,0%	4	2,0%	
8		2	1,6%	0	0,0%	2	1,0%	
9		1	0,8%	0	0,0%	1	0,5%	
Total		125	100,0%	75	100,0%	200	100,0%	

1- Teste da razão de Verossimilhança

Fonte: Dados coletados pela autora, analisados no *software* R, versão 4.4.0.

Tabela 23: Frequência absoluta e relativa da variável Dias de Internação segundo a variável Número de Abortos

Aborto	Dias de Internação				TOTAL		p-valor ¹
	Até 5 dias		Acima de 5 dias				
	n	%	n	%	n	%	
0	103	82,4%	56	74,7%	159	79,5%	0,536
1	16	12,8%	15	20,0%	31	15,5%	
2	4	3,2%	2	2,7%	6	3,0%	
3	2	1,6%	2	2,7%	4	2,0%	
Total	125	100,0%	75	100,0%	200	100,0%	

1- Teste da razão de Verossimilhança

Fonte: Dados coletados pela autora, analisados no *software* R, versão 4.4.0.

Tabela 24: Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Número de Gestações Molares

Gestação Molar	Dias de Internação				TOTAL		p-valor ¹
	Até 5 dias		Acima de 5 dias				
	n	%	n	%	n	%	
0	124	99,2%	75	100,0%	199	99,5%	1,000
1	1	0,8%	0	0,0%	1	0,5%	
Total	125	100,0%	75	100,0%	200	100,0%	

1 – Teste Exato de Fisher

Fonte: Dados coletados pela autora, analisados no *software* R, versão 4.4.0.**Tabela 25:** Frequência absoluta e relativa da variável Dias de internação segundo a variável Número de gestações ectópica

Gestação ectópica	Dias de Internação				TOTAL		p-valor ¹
	Até 5 dias		Acima de 5 dias				
	n	%	n	%	n	%	
0	123	99,2%	75	100,0%	198	99,5%	1,000
1	1	0,8%	0	0,0%	1	0,5%	
Total	124	100,0%	75	100,0%	199	100,0%	

1 – Teste Exato de Fisher

Fonte: Dados coletados pela autora, analisados no *software* R, versão 4.4.0.

A análise da associação entre o tempo prolongado de internação e as variáveis idade ($p=0,530$), renda ($p= 0,461$), quantidade de pessoas no domicílio ($p=0,883$), APGAR no primeiro minuto de vida ($p=0,421$) e no quinto minuto ($p=0,125$), sugeriram não haver associação significativa entre essas variáveis.

A idade gestacional do RN, ao nascer ($p=0,004$) e peso do RN ao nascer ($p=0,039$), apresentaram impacto estatisticamente significativo sobre o tempo de internação, descrita, a seguir, na Tabela 26:

Tabela 26: Medidas descritivas das variáveis quantitativas em relação ao tempo de internamento

Variáveis	Tempo de internamento	N	Média	DP	Mínimo	Máximo	p-valor ¹
COD_IDADE	Até 5 dias	125	28,4	7,1	14,0	43,0	0,530
	Acima de 5 dias	75	27,7	7,0	14,0	42,0	
	Total	200	28,1	7,1	14,0	43,0	
RENDA	Até 5 dias	124	1,4	1,1	0,0	8,0	0,461
	Acima de 5 dias	75	1,1	0,6	0,5	3,0	
	Total	199	1,3	0,9	0,0	8,0	
QT_PESSOAS_DOMICILIO	Até 5 dias	125	4,2	1,6	2,0	11,0	0,883
	Acima de 5 dias	75	4,1	1,4	2,0	8,0	
	Total	200	4,2	1,5	2,0	11,0	
IDADE_GESTACIONAL	Até 5 dias	122	37,6	2,4	28,4	41,5	0,004*
	Acima de 5 dias	70	36,6	2,5	29,3	41,2	
	Total	192	37,2	2,4	28,4	41,5	
APGAR_1_MIN	Até 5 dias	122	8,0	1,3	4,0	10,0	0,421
	Acima de 5 dias	70	7,9	1,4	3,0	10,0	
	Total	192	8,0	1,3	3,0	10,0	
APGAR_5_MIN	Até 5 dias	122	9,2	0,7	7,0	10,0	0,125
	Acima de 5 dias	70	9,0	1,0	4,0	10,0	
	Total	192	9,1	0,8	4,0	10,0	
PESO_RN	Até 5 dias	121	3,1	0,6	1,2	4,4	0,039*
	Acima de 5 dias	70	2,8	0,8	1,3	4,9	
	Total	191	3,0	0,7	1,2	4,9	
COD_RN_DIAS_INTERNACAO	Até 5 dias	66	6,2	7,1	1,0	38,0	0,735
	Acima de 5 dias	36	7,4	8,5	0,0	36,0	
	Total	102	6,6	7,6	0,0	38,0	
Números de Pré-natal	Até 5 dias	125	10,0	4,0	2,0	20,0	0,367
	Acima de 5 dias	75	10,6	4,4	1,0	22,0	
	Total	200	10,3	4,2	1,0	22,0	

1 – Teste não paramétrico de Mann-Whitney; * Estatisticamente
significante Fonte: Dados coletados pela autora, analisados no
software R, versão 4.4.0.

Analisando a Regressão Linear, aplicada para verificar possíveis associações entre a internação prolongada da mulher e algumas variáveis, descritas na Tabela 27, abaixo, evidenciamos relação significativa entre o tempo de internação da mulher e início do pré-natal no 3º trimestre ($p=0.000$) e raça 5 (indígena; $p=0.001$).

Com o início tardio do pré-natal, a gestante terá menos oportunidades de acesso aos cuidados da equipe multidisciplinar, ficando mais exposta aos riscos pelo acompanhamento incompleto e inadequado para a identificação, avaliação e acompanhamento de possível risco obstétrico, repercutindo negativamente na assistência ao parto e puerpério.

Ressaltamos que, apesar da significância estatística encontrada na raça indígena, o motivo de internação prolongada esteve associado a condição clínica de diabetes tipo 1 foi de 18,4 pacientes, Taxa de Ocupação Global e a Taxa de Ocupação Operacional de 102,91%.

Tabela 27: Relação entre dias de internação da mulher e diversas variáveis

Log_MULHERDIASDE~O	Coef.	Robust Std.Err.	t	P>[t]	[95% Conf. Interval]	
GESTAÇÕES	- .0246732	.0273595	-0.90	0.368	-.0786557	.293094
_RAÇA_3	-.157803	.1664378	-0.95	0.344	.44861988	.1705928
_RAÇA_4	- .1363388	.105229	-1.30	0.197	-.3439645	.0712868
_RAÇA_5	.5466121	.1685082	3.24	0.001*	.2141312	.879093
IDADE	.0014041	.0062238	0.23	0.822	-.010876	.0136842
QTDADEPESSOASDOMICILIO	.0085929	.0231437	0.37	0.711	-.0370716	.0542574
IMC	- .0107938	.041233	-0.26	0.794	-.0921499	.0705623
NPRENATAL	.001395	.008731	0.16	0.873	-.0158319	.018622
_ITRIMESTRE_2	- .0789099	.112908	-0.70	0.486	-.3016868	.1438671
_ITRIMESTRE_3	1.781217	.1378786	12.92	0.000*	1.509171	2.053263
_IABORTO_DU_1	.1644267	.1100277	1.49	0.137	-.0526672	.3815207
_ISO_LAR_1	.08809	.0723766	1.22	0.225	-.0547151	.230895
_CONS	1.626454	.2940787	5.53	0.000	1.046212	2.206695

1 – Regressão Linear; * Estatisticamente significativa

F (10,182)= .Prob>F= .R-squared= 0.1069 Root MSE=.49886

Fonte: Dados coletados pela autora, analisados no software R, versão 4.4.0.

O relatório mensal do aplicativo *Power BI* está acessível na tela inicial dos computadores do HC com dados a partir de 06/09/2023, com dados referentes à Média de Paciente-Dia, Taxa de Ocupação Global e Taxa de Ocupação Operacional.

No período de 6 de novembro de 2023 a 25/02/2024 a Média de Paciente-Dia do COB foi de 14,4 pacientes, Taxa de Ocupação Global e a Taxa de Ocupação Operacional de 127,53%. No mesmo período, a Média de Paciente-Dia do 9º Norte foi de 18,4 pacientes, Taxa de Ocupação Global e a Taxa de Ocupação Operacional de 102,91%, demonstrado no gráfico 3, a seguir.

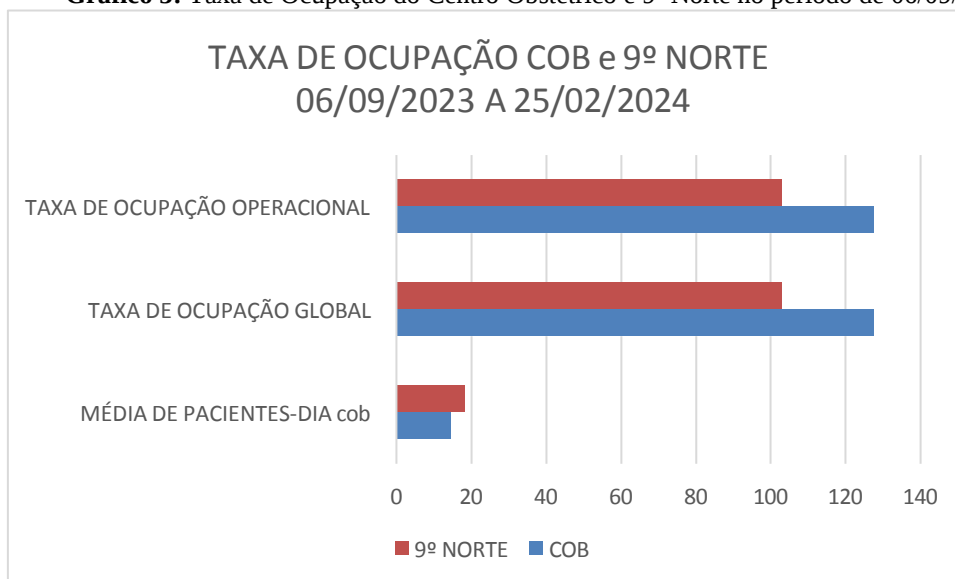
Gráfico 3: Taxa de Ocupação do Centro Obstétrico e 9º Norte no período de 06/09/2023 a 25/02/2024

Gráfico elaborado pela autora.

O relatório gerencial do HC-UFPE/EBSERH do período 2019-2022 destacou a utilização do monitoramento de leitos com dados em tempo real da Taxa de Ocupação e *status* dos leitos de todas as enfermarias da internação, com sinalização do tempo de ocupação pelo método Kanban, sendo uma ferramenta para identificar situações de permanência hospitalar de pacientes acima do esperado para a especificidade de cada clínica.

O NIR do HC-UFPE/EBSERH, para o serviço de Obstetrícia do HC, realiza o monitoramento dos indicadores Tempo Médio e Permanência, Taxa de Mortalidade e Giro de Leitos, por meio do preenchimento de relatório diário com informações por andar/especialidades, acerca do número de pacientes internados, pacientes regulados, número de leitos, número de leitos disponíveis, número total de bloqueios e os motivos desses, seja por infecção, falta de cama/colchão ou problemas estruturais, por exemplo.

O consolidado dos indicadores é feito mensalmente a partir dos relatórios diários. O *status* de permanência do COB e do 9º Norte são realizados a partir do consolidado mensal do Tempo Médio de Permanência.

Porém, até o momento da conclusão da pesquisa, o NIR informou que não desenvolvia ações específicas visando diminuir a superlotação do serviço de obstetrícia, por necessitar de maiores investimentos na área específica, em parceria com a área assistencial (ver anexo 4).

6 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Devido à superlotação da UNN, as admissões na obstetrícia ficaram limitadas, interferindo assim nos valores da Taxa de Ocupação e Média de Pacientes-dia, durante o período das entrevistas.

A variável dias de internação do RN não foi levada em consideração na análise realizada ($p=0,735$), pois não foi possível recolher os dados de período de internação de todos os RNs.

Não foi possível analisar as ações específicas desenvolvidas pelo NIR até o momento da pesquisa, por não serem desenvolvidas, até então, ações específicas visando diminuir a superlotação do serviço de obstetrícia.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, espera-se colaborar para o entendimento e a identificação dos possíveis fatores que interferem na superlotação do serviço de obstetrícia do Hospital das Clínicas de Pernambuco, tendo em vista critérios institucionais e sociodemográficos.

Desse modo, as hipóteses levantadas a respeito das motivações para a superlotação poderão auxiliar futuros estudos, bem como na gestão para a resolução do problema.

Como produto espera-se apresentar um relatório para a gestão e para o NIR, compartilhando detalhes sobre os resultados encontrados e sugestões de melhoria nos pontos que encontram-se em não conformidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, T. O. *et al.* Gestação de alto risco: epidemiologia e cuidados, uma revisão de literatura. *In: Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v.4, n. 4, p.14860-14872 Jul./aug.2021.Disponível:
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/32690>. Acesso em 27/02/2024.

AHMED, S; THOLANDI, A.; ZAZRI, A. *et al.*; Changes in obstetric case fatality and early newborn mortality rate in hospitals after the implementation of the Expanding Maternal and Neonatal survival program in Indonesia: Results from a health information system. *In: International Journal of Gynecology & Obstetrics*. v. 144, Issue S1, p. 13-20, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30815872/> . Acesso em 14/02/23.

CARVALHO, E. E.; ARRAIS, D. J. L.; AGUIAR, Y. A.; MENDES, M. P. M.; SANTANA, L. C. L. R. Sistema Kanban no gerenciamento de leitos: avaliação dos indicadores hospitalares em uma maternidade de referência. *In: Research, Society And Development*, v. 11, n. 1, 1 Jan. 2022. Disponível em:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23926>. Acesso em: 05/02/ 2023.

CARVALHO, M. E. M.; ALMEIDA, R. L. B. M. D.; SILVA, J. L.; AMÂNCIO, N. F. G. Os riscos oferecidos à gestante e ao feto devido a idade materna avançada. *In: Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 2, p. 897–912, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n2p897-912>. Acesso em: 25/02/2024.

DIAS, V. S. S.; PELICIA, S. M. C.; CORRENTE, J. E.; RUGOLO, L. M. S. S. Icterícia neonatal: fatores associados à necessidade de fototerapia em alojamento conjunto. *In: Residência Pediátrica*; 2022 Disponível em:
<https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatria.com.br/pdf/v12n3aop459.pdf> Acesso em: 15/02/23.

FEDERSPIEL, J. J.; SUNITA, C.; SZYMANSKI, L. M. Hospitalization duration Following Uncomplicated Cesarean Delivery: Predictors, Facility Variation, and Outcomes. *In: American Journal of Perinatology Reports*, v. 10, n. 2/2020. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7305021/>. Acesso em: 15/02/23.

FEBRASGO. **Publicação oficial da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 51, n. 1, p. 9, 2023. Disponível em:
<https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/Femina-01-2023-WEB.pdf>.

FELICIANO, K. S.; FARAH, F.; LUIZ, L.; FERREIRA, P. B.; SILVA, R. R.; SILVA, J.C. Risk factors and adverse perinatal outcomes related to newborn weight classification and gestational age in a maternity in Joinville. *In: Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 6, n. 2, p.7502-7514, mar./Apr., 2023. Disponível em:
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/58837/42752>. Acesso em: 26/02/2024.

FERREIRA, P. B.; LUIZ, L.; FARAH, F.; FELICIANO, K. S.; SILVA, R. R. Adverse perinatal outcomes related to Gestational Diabetes Mellitus in a maternity hospital in southern Brazil. *In: Archives of Health*, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 372-384, 2023.

FIOCRUZ. **O Que é DSS**. 2020. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e/>. Acesso em: 02/02/2023.

GADELHA, I. P.; AQUINOL, P. S.; BALSELLSL, M. M. D.; DINIZ, F. F.; PINHEIRO, A. K. B.; RIBEIRO, S. G.; CASTRO, R. C. M. B. A evolução da enfermagem nos 200 anos de Florence Nightingale. *In: Rev. Bras. Enferm*, v. 73, Supl 5, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/YZ5QftCZvqHvF5WVrXKS5gv/?format=pdf&lang=pt>

GAUZA, M. M.; NEUMANN, D. A.; SILVA, R. R.; OLIVEIRA, L. C.; VAICHULONIS, C. G.; SILVA, J. C. Adverse perinatal Outcomes related to the advanced maternal age. *In: Arq. Catarin. Med.*, v. 50, n. 4, p. 52-61, out.-dez. 2021. Acesso em 25/02/2024.

GERES. **Figura Estado de Pernambuco**. Disponível em: https://www.researchgate.net/figure/Figura-4-GERES-do-Estado-de-Pernambuco-em-2011_fig4_340293233. Acesso em: 20/07/23.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PERNAMBUCO. **Relatório Gerencial: 2019 a 2022**. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hc-ufpe/governanca/relatorio-de-gestao-hc-ufpe/2022/relatorio-de-gestao-2019-2022-hc-ufpe.pdf>. Acesso em: 10/02/23.

IATS. **Desenvolvimento de Linhas de Cuidado à Saúde no Brasil**. Instituto de Avaliação de Tecnologia em Saúde. Porto Alegre, 2022. Disponível em: <https://www.iats.com.br/projects/desenvolvimento-de-linhas-de-cuidado-a-saude-no-brasil/>. Acesso em: 06/02/2023.

IATS. **Pré-Natal de Baixo Risco é a 23ª Linha de Cuidado Lançada pelo Ministério da Saúde**. Instituto de Avaliação de Tecnologia em Saúde. Porto Alegre, 2023. Disponível em: <https://www.iats.com.br/pre-natal-de-baixo-risco-e-a-23a-linha-de-cuidado-lancada-pelo-mini-sterio-da-saude/>. Acesso em: 06/02/2023.

IBGE. **Panorama de Pernambuco**. 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama#:~:text=2023%20IBGE%20%2D%20Instituto%20Brasileiro%20de%20Geografia%20e%20Estat%C3%ADstica%20%7C%20v4.6.46>. Acesso em: 21/08/23.

JACOB, L. M. S.; SANTOS, A. P.; LOPES, M. H. B. M.; SHIMO, A. K. K. Socioeconomic, demographic and obstetric profile of pregnant women with Hypertensive Syndrome in a public maternity. *In: Revista Gaucha Enfermagem*, v. 41, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/6v85SkvTQmmwngp9z6rwgqQ/?lang=pt#>. Acesso em: 22/02/2024.

KUMAR, P.; DHILLON, P. Length of stay after childbirth in India: a comparative study of public and private health institutions. *In: BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 20, n. 181, 2020. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-2839-9>. Acesso em: 14/02/23.

MANNISTO, T.; MENDOLA, P.; KIELY, M.; O'LOUGHLIN, J.; WERDER, E.; CHEN, Z.;

EHRENTHAL, D. B.; GRANTZ, K. L. Maternal psychiatric disorders and risk of preterm birth. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4688227/>. Acesso em 25/02/2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 1863, de 29 de setembro de 2003**. 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html. Acesso em: 03/02/2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf. Acesso em: 03/02/2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 1020, de 29 de maio de 2013**. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html. Acesso em 15/02/23.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de implantação e implementação: NIR - Núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Manual_NIR.pdf. Acesso em: 25/07/23.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de Gestão de Alto Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 04/02/2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação Assistencial e Controle. **Curso I: Regulação de Sistemas de Saúde do SUS: módulo 1: Política Nacional de Regulação do SUS** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo1_politica_nacional_regulacao_sus.pdf. Acesso em 20/02/23.

MIRANDA, E.C.; RODRIGUES, C. B.; MACHADO, L. G. *et al.* Neonatal bed status in Brazilian maternity hospitals: an exploratory analysis. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n.3, mar. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/N33STb4n7WP54bMwqt3fZNN/?lang=en>. Acesso em: 12/02/23

MOHSEN, M. A.; ABDELHAFEZ, A.; *et al.* Psychiatric illness and pregnancy: A literature review. In: *Heliyon*, v.9, ed. 11, n. E20958, nov. 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10632674/pdf/main.pdf>. Acesso em: 12/02/23.

MONTAGNOLI, C.; ZANCONATO, G.; CINELLI, G.; TOZZI, A. E.; BOVO, C.; BORTULUS, R.; RUGGERI, S. Maternal mental health and reproductive outcomes: a

scoping review of the current literature. In: Arch Gynecol Obstet., v. 302, n. 4, p. 801-819, oct. 2020.

MORETTI, I. Estudo Transversal: o que é, características e como aplicar. In: **Regras para TCC**. 2022. Disponível em: <https://regrasparatcc.com.br/estrutura/estudo-transversal/>. Acesso em: 20/07/23.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores de Saúde**: elementos conceituais e práticos. 2018. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=45251-indicadores-saude-elementos-conceituais-e-praticos-251&category_slug=health-analysis-metrics-evidence-9907&Itemid=270&lang=pt. Acesso em: 02/02/2023.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Central de regulação de leitos e de acessos às urgências/emergências - SES/PE**. 2019. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/manual_operacional_-_2a_edicao_-_2019_0.pdf . Acesso em: 02/02/2023.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Mapa de saúde da I região de saúde de Pernambuco**. 2021. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/mapa_de_saude_2020_i_regiao_de_saude.pdf. Acesso em: 02/02/2023.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano estadual de saúde 2020-2023**. 2021. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_de_saude_2020_2023_0.pdf . Acesso em: 02/02/2023.

PINHEIRO, R. L.; AREIA, A. L.; MOTA, P. A.; DONATO, H. Advanced Maternal Age: Adverse Outcomes of Pregnancy. In: **A Meta-Analysis. Acta Med Port.**, v. 32, n. 3, p. 219-226, mar. 2019. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/11057>. Acesso em 25/02/2024.

PINHEIRO, L. G. V.; ROCHA, S. C. L.; OLIVEIRA, B. L. L.; MACEDO, N. S.; KORB, R. O.; QUEIROZ, D. A.; QUEIROZ, E. A. I. F. Obesidade, gestação e complicações maternas e neonatais: uma revisão sistemática. In: *Scientific Electronic Archives*, v. 16, n. 4, 2023. Disponível em: <https://sea.ufr.edu.br/index.php/SEA/article/view/1691/1752>. Acesso em 25/02/2024.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018.

SANTOS, F. M. Análise das ferramentas de produção enxuta aplicáveis na gestão de internação em leitos hospitalares: um estudo de caso único. In: **Biblioteca Digital da Produção Intelectual**, Discente-BDM UnB, 2018. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/22941>. Acesso em: 20/02/23.

SILVA, B. P.; MATIJASEVICH, A.; MALTA, M. B.; NEVES, P. A. R.; MAZZAIA, M. C.; GABRIELLONI, M. C. *et al.* Transtorno mental comum na gravidez e sintomas depressivos

pós-natal no estudo MINA-Brasil: ocorrência e fatores associados. In: **Rev Saude Publica**, v. 56, n. 83, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2022.v56/83/pt> Acesso em: 20/02/23.

SILVA, M. S. F. F.; AMORIM, M. M. R.; MELO, B. et al. Perfil de pacientes com hemorragia pós-parto internadas na terapia intensiva obstétrica: estudo transversal. In: **Rev. Bras. Ginec. Obstet**, v. 46, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/LDpRwZsw7pSY9r8LwZWGCZm/#>. Acesso em: 18/06/24.

SOARES FILHO, A. M.; SERRA, A. S. L.; SIMONI, C. L. *et al.* Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. In: **Cadernos de atenção Básica**, Brasília-DF, n. 32, 2013. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em 23/02/23.

TORRES, J. G. S. *et al.* Escala de APGAR em recém-nascidos prematuros: Revisão Sistemática. In: **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 4, n. 4, 2023. Disponível em: <https://editoraintegrar.com.br/publish/index.php/rem/article/view/3873/763>. Acesso em: 22/02/2024.

TSHERING, S.; DORJ, N.; MONGER, R.; SONAM, S. *et al.* Quality improvement initiative to address bed shortage in the maternity ward at the National referral Hospital. In: **Health Science Reports**, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9260378/>. Acesso em 10/02/23.

VARELA, A. P. A. S.; YASOGIMA, E. Y.; CALDAS, I. F. R.; CASTRO, S. V.; TERTAGLIA, A. Estudo da taxa de ocupação em uma Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional. In: **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 2023-2030, Jan. 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/6104/5435>. Acesso em: 10/02/23

VIDAL, E. C. F.; OLIVEIRA, L. L.; OLIVEIRA, C. A. N.; BALSELLS, M. M. D.; BARROS, M. A. R.; VIDAL, E. C. F.; PINHEIRO, A. K. B.; AQUINO, P. S. Prenatal care associated with neonatal outcomes in maternity hospitals: a hospital-based cross-sectional study. In: **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 57, n. e20230145, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/58qTdMG7TX7FyM9SWtMwkyC/?format=pdf&lang=en>. Acesso em 25/02/2024.

APÊNDICE A - ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO NO ESTUDO: _____

SETOR: () 1. COB. () 2. ALOJAMENTO CONJUNTO

NOME: _____

TELEFONE: () _____ REGISTRO HC: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

IDADE NA DATA DA ENTREVISTA: _____

DATA DE ADMISSÃO NO HC: ____/____/____

() 1. REGULADA () 2. LIVRE DEMANDA () 3. PRÉ-NATAL DO HC

() 4. ENCAMINHADA SEM SENHA

DIAS DE PERMANÊNCIA NO MOMENTO DA ENTREVISTA: _____

ENDEREÇO: _____

_____ CEP: _____

ESTADO CIVIL:

() 1. Solteira () 2. Casada () 3. Divorciada/Separada () 4. Viúva () 5. União estável

RAÇA AUTODECLARADA:

() 1. Amarela () 2. Branca () 3. Negra () 4. Parda

GRAU DE INSTRUÇÃO:

() 0. Analfabeta () 1. Ensino Fundamental incompleto

() 2. Ensino Fundamental completo () 3. Ensino Médio incompleto

() 4. Ensino Médio completo () 5. Ensino superior incompleto () 6. Ensino superior completo

Pós-graduação: () 7. Especialização () 8. Mestrado () 9. Doutorado OCUPAÇÃO: _____

RENDA FAMILIAR (em salários-mínimos): _____

QUANTIDADE DE PESSOAS QUE MORAM NO DOMICÍLIO: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

() 1. HAS () 2. Diabetes () 3. Cardiopatias () 4. Neoplasias () 5. Nefropatias

() 6. Doenças Psiquiátricas () 7. Outros: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS:

() 1. HAS () 2. DMG () 3. Cardiopatias () 4. Doenças Respiratórias

() 5. Doenças Sanguíneas () 6. Neoplasias () 7. Doenças Psiquiátricas

() 8. Nefropatias () 9. Hepatopatias

() 10. IST: _____ () 11. Hemotransfusão

() 12. Tabagismo (nº cigarros/dia): _____

() 13. Etilismo () 14 DIP: _____ () 15. ITU

() 16. Outros: _____

77

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

Gestações () Paridade () Aborto ()

Gestação molar () Gestação ectópica ()

NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAL: _____

LOCAL DO PRÉ-NATAL:

() 1. USB/PSF () 2. GAR () 3. Particular () 4. Convênio

IDADE GESTACIONAL NA 1ª CONSULTA: _____

IDADE GESTACIONAL NA ÚLTIMA CONSULTA: _____

USO DE MEDICAÇÕES DURANTE A GESTAÇÃO:

() 1. Suplementação () 2. Anti-hipertensivos () 3. Hipoglicemiantes

() 4. Outros: _____

PESO MATERNO NA PRIMEIRA CONSULTA PRÉ-NATAL: _____

PESO MATERNO ÚLTIMA CONSULTA PRÉ-NATAL: _____

GANHO DE PESO NA GESTAÇÃO: _____

ALTURA: , ____ cm

IMC: _____ () 1. BP () 2. PN () 3. SP () 4. O **TIPO DE PARTO:**

() 1. PN () 2. PC () 3. PF () 4. PERMANECE GESTANTE **ID. GESTACIONAL (parto):**

_____ () NÃO SE APLICA **APGAR:** ./_____

() NÃO SE APLICA **PESO DO RN (ao nascer):** _____

() NÃO SE APLICA

MOTIVO DA PERMANÊNCIA HOSPITALAR:

() 1. Condição clínica () 2. Aguardando realização de exames (especificar): _____

() 3. Aguardando alta do RN () 4. Aguardando transporte () 5. Outros (especificar):

OBS: _____

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA O NIR

DATA DO QUESTIONÁRIO:

ENTREVISTADO (A):

FUNÇÃO NO NIR:

1. Quando o NIR foi implantado no HC?
2. Quais os indicadores monitorados pelo NIR no serviço de obstetrícia atualmente?
3. Quais os profissionais envolvidos na realização do monitoramento desses indicadores?
4. De que forma está sendo realizado o monitoramento desses indicadores?
5. Como está sendo realizado atualmente o acompanhamento dos status de permanência do COB e Alojamento Conjunto?
6. Quais as ações o NIR tem desenvolvido para diminuir a superlotação do serviço de obstetrícia?
7. Essas ações são efetivas no seu entendimento? O que pode ser feito para melhorar?



(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE
SERVIÇOS HOSPITALARES

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “Análise do Processo de Monitoramento dos Indicadores de Desempenho Hospitalar de Leitos em uma Maternidade Referência de Alto Risco em Pernambuco”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Nadja Laureano de Souza Soares, com endereço profissional Rua Professor Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Recife. CEP: 50.670-901 – Telefone: (81) 991267513, inclusive ligações a cobrar, e-mail: nadja.soares@ufpe.br e está sob a orientação do professor Dr. Paulo Henrique Pereira de Meneses Vaz, Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária – Recife, CEP: 50670-901; telefone: (81) 2126-8000; e-mail: paulo.vaz@ufpe.br e coorientação da professora M.a. Edilene Nunes de Macedo, Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária – Recife, CEP: 50670-901; telefone: (81) 9.92773332; e-mail: edilene.nunes@ufpe.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com a responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e outra ficará com a pesquisadora responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

O objetivo dessa pesquisa é analisar o processo do monitoramento dos indicadores de desempenho hospitalar de leitos no Hospital das Clínicas de Pernambuco, maternidade referência em gestação de alto risco da Macrorregião I de Pernambuco. Justificativa: A partir deste estudo, espera-se o entendimento e a identificação acerca dos possíveis fatores que interferem na superlotação do serviço de obstetrícia do Hospital das Clínicas de Pernambuco, tendo em vista critérios institucionais e sociodemográficos. Desse modo, as hipóteses levantadas a respeito das motivações para a superlotação poderão auxiliar futuros estudos, bem como na gestão para a resolução do problema.

A entrevista será realizada numa única vez, em um único momento.

A pesquisa pode causar desconforto social, ao perguntar sobre aspectos sociais, financeiros e outras particularidades da vida pessoal dos entrevistados. Visando coibir esses riscos, será informado ao entrevistado, que ele pode se abster de responder, quaisquer perguntas que ele acha desconfortável ou que envolva informações que ele prefira não compartilhar.

Benefícios diretos e indiretos para os voluntários: os resultados dessa pesquisa nos permitirão avaliar o serviço prestado às gestantes, puérperas e recém-nascidos no Hospital das Clínicas contribuindo com as ações de monitoramento dos indicadores de desempenho hospitalar, possibilitando oferecer à população um serviço de saúde de qualidade, mais acessível e seguro.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, como gravações, entrevistas, fotos, filmagens, etc., ficarão armazenados em pastas de arquivo do computador pessoal da pesquisadora, sob a responsabilidade da mesma, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos, após o término da pesquisa. O (a) Sr./Sra. poderá solicitar à pesquisadora, se assim quiser, o relatório final da pesquisa que fez parte.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em caso de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do HC/UFPE no endereço: **Avenida Prof. Moraes Rego, 1235, Bloco C-3º andar- Cidade Universitária, Recife-PE, Brasil. CEP: 50670-901, tel.: (81) 2126.3743, e-mail: cepsh.hc-ufpe@ebserh.gov.br.**

(Assinatura da Pesquisadora)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo: “Análise do Processo de Monitoramento dos Indicadores de Desempenho Hospitalar de Leitos em uma Maternidade Referência de Alto Risco em Pernambuco” como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do (a) participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02

testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Impressão
Digital
(opcional)

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO B - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



(PARA MENORES DE 7 a 18 ANOS)
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE
SERVIÇOS HOSPITALARES



TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MENORES DE 7 a 18 ANOS)

OBS: Este Termo de Assentimento para o menor de 7 a 18 anos não elimina a necessidade da elaboração de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que deve ser assinado pelo responsável ou representante legal do menor.

Convidamos você, _____,

após autorização dos seus pais [ou dos responsáveis legais] para participar como voluntário (a) da pesquisa: “Análise do Processo de Monitoramento dos Indicadores de Desempenho Hospitalar de Leitos em uma Maternidade Referência de Alto Risco em Pernambuco”. Esta pesquisa é da responsabilidade da pesquisadora Nadja Laureano de Souza Soares, Rua Professor Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Recife. CEP: 50. 670-901 – Telefone: (81) 991267513, inclusive para ligações a cobrar, e-mail: nadja.soares@ufpe.br, sob a orientação do professor Dr. Paulo Henrique Pereira de Meneses Vaz, Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária – Recife, CEP: 50670-901; telefone: (81) 2126-8000; e-mail: paulo.vaz@ufpe.br e coorientação da professora M.a. Edilene Nunes de Macedo, Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária – Recife, CEP: 50670-901; telefone: (81) 9.92773332; e-mail: edilene.nunes@ufpe.br.

Você será esclarecido (a) sobre qualquer dúvida com a responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via deste termo lhe será entregue para que seus pais ou responsável possam guardá-la e a outra ficará com a pesquisadora responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu. Para participar deste estudo, um responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

O objetivo dessa pesquisa é analisar o processo do monitoramento dos indicadores de desempenho hospitalar de leitos no Hospital das Clínicas de Pernambuco, maternidade referência em gestação de alto risco da Macrorregião I de Pernambuco. Justificativa: A partir deste estudo, espera-se o entendimento e a identificação acerca dos possíveis fatores que interferem na superlotação do serviço de obstetrícia do Hospital das Clínicas de Pernambuco, tendo em vista critérios institucionais e sociodemográficos. Desse modo, as hipóteses levantadas a respeito das motivações para a superlotação poderão auxiliar futuros estudos, bem como na gestão para a resolução do problema.

O contato do (a) menor com o estudo se dará, somente, no momento da entrevista, numa única vez.

A pesquisa pode causar desconforto social, ao perguntar sobre aspectos sociais, financeiros e outras particularidades da vida pessoal dos entrevistados. Visando coibir esses riscos, será informado ao entrevistado, que ele pode se abster de responder, quaisquer perguntas que ele acha desconfortável ou que envolva informações que ele prefira não compartilhar.

Benefícios diretos e indiretos para os voluntários: os resultados dessa pesquisa nos permitirão avaliar o serviço prestado às gestantes, puérperas e recém-nascidos no Hospital das Clínicas contribuindo com as ações de monitoramento dos indicadores de desempenho hospitalar, possibilitando oferecer à população um serviço de saúde de qualidade, mais acessível e seguro.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, como gravações, entrevistas, fotos, filmagens, etc., ficarão armazenados em pastas de arquivo do computador pessoal da pesquisadora, sob a responsabilidade da mesma, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos, após o término da pesquisa.

Nem você e nem seus pais [ou responsáveis legais] pagarão nada para você participar desta pesquisa, também não receberão nenhum pagamento para a sua participação, pois é voluntária. Se houver necessidade, as despesas (deslocamento e alimentação) para a sua participação e de seus pais serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do HC/UFPE que está no endereço: **Avenida Prof. Moraes Rego, 1235, Bloco C - 3º Andar- Cidade Universitária, Recife-PE, Brasil CEP: 50670-901, Tel.: (81) 2126.3743 – e-mail: cepsh.hc- ufpe@ebserh.gov.br.**

(Assinatura da pesquisadora)

ASSENTIMENTO DO (DA) MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), abaixo assinado, concordo em participar do estudo: “Análise do Processo de Monitoramento dos Indicadores de Desempenho Hospitalar de Leitos em uma Maternidade Referência de Alto Risco em Pernambuco”, como voluntário (a). Fui informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precise pagar nada.

Local e data _____

Assinatura do (da) menor: _____

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a voluntário/a em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO C - TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS)



TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



(PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS)

Solicitamos a sua autorização para convidar o(a) seu/sua filho(a) _____ {ou menor que está sob sua responsabilidade} para participar, como voluntário(a), da pesquisa “Análise do Processo de Monitoramento dos Indicadores de Desempenho Hospitalar de Leitos em uma Maternidade Referência de Alto Risco em Pernambuco”.

Meu nome é Nadja Laureano de Souza Soares, (Rua Professor Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Recife. CEP: 50.670-901 – Telefone: (81) 991267513, e-mail: nadja.soares@ufpe.br), sou enfermeira e mestranda do Programa de Pós Graduação e; Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob a orientação do professor Dr. Paulo Henrique Pereira de Menezes Vaz (Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária – Recife, CEP: 50670-901; telefone: (81) 2126-8000; e-mail: paulo.vaz@ufpe.br). Estou desenvolvendo a pesquisa: “Análise do Processo de Monitoramento dos Indicadores de Desempenho Hospitalar de Leitos em uma Maternidade Referência de Alto Risco em Pernambuco”.

O/a Senhor/a será esclarecido(a) sobre qualquer dúvida a respeito da participação dele/a na pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e o/a Senhor/a concordar que o(a) menor faça parte do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias.

Uma via deste termo de consentimento lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. O/a Senhor/a estará livre para decidir que ele/a participe ou não desta pesquisa. Caso não aceite que ele/a participe, não haverá nenhum problema, pois, desistir que seu filho/a participe é um direito seu. Caso não concorde, não haverá penalização para ele/a, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

Justificativa: A partir deste estudo, espera-se o entendimento e a identificação acerca dos possíveis fatores que interferem na superlotação do serviço de obstetrícia do Hospital das Clínicas de Pernambuco, tendo em vista critérios institucionais e sociodemográficos. Desse modo, as hipóteses levantadas a respeito das motivações para a superlotação poderão auxiliar futuros estudos, bem como na gestão para a resolução do problema. O objetivo dessa pesquisa é analisar o processo do monitoramento dos indicadores de desempenho hospitalar de leitos no Hospital das Clínicas de Pernambuco, maternidade referência em gestação de alto risco da Macrorregião I de Pernambuco.

A pesquisa pode causar desconforto social, ao perguntar sobre aspectos sociais, financeiros e outras particularidades da vida pessoal dos entrevistados. Visando coibir esses riscos, será informado ao entrevistado, que ele pode se abster de responder, quaisquer perguntas que ele acha desconfortável ou que envolva informações que ele prefira não compartilhar.

Benefícios diretos e indiretos para os voluntários: os resultados dessa pesquisa nos permitirão avaliar o serviço prestado às gestantes, puérperas e recém-nascidos no Hospital das Clínicas contribuindo com as ações de monitoramento dos indicadores de desempenho hospitalar, possibilitando oferecer à população um serviço de saúde de qualidade, mais acessível e seguro.

O contato do menor com o estudo se dará, somente, no momento da entrevista.

Os dados coletados nesta entrevista ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado pelo período de mínimo 5 anos. O(a) Sr./Sra. poderá solicitar, se assim quiser, o relatório final da pesquisa que o menor sob sua responsabilidade fez parte, e também cópias de todos os resultados dos exames complementares realizados nesta pesquisa poderão ser solicitadas ao pesquisador

Você não receberá nenhum valor e também não será cobrado nada pela sua participação, pois sua aceitação é voluntária, mas fica garantida a indenização em casos de danos, se ocorrerem decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, a senhora poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br, assim como também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do HC/UFPE no endereço: (Avenida Prof. Moraes Rego ,1235, 3º andar- Cidade Universitária, Recife-PE, Brasil CEP: 50670- 901, tel.: (81) 2126.3743, e-mail: cep.hcpe@ebserh.gov.br).

Assinatura da pesquisadora

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo “Análise do Processo de Monitoramento dos Indicadores de Desempenho Hospitalar de Leitos em uma Maternidade Referência de Alto Risco em Pernambuco”, como voluntário(a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de sua assistência para mim ou para o (a) menor em questão.

Local e data _____

Assinatura do (da) responsável: _____

Impressão
Digital
(opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do voluntário em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO D - CARTA DE ANUÊNCIA DO COB



EBSERH

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA
DE SERVIÇOS HOSPITALARES

CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora NADJA LAUREANO DE SOUZA SOARES a desenvolver o seu projeto de pesquisa **ANÁLISE DO PROCESSO DE MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO HOSPITALAR DE LEITOS EM UMA MATERNIDADE REFERÊNCIA DE ALTO RISCO EM PERNAMBUCO**, que está sob a orientação do Prof. Dr. PAULO HENRIQUE PEREIRA DE MENESES VAZ e coorientação da Profª M.a. EDILENE NUNES DE MACEDO, cujo objetivo é **ANALISAR O PROCESSO DE MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO HOSPITALAR DE LEITOS EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO NA MACRORREGIÃO I DE PERNAMBUCO** nesta Instituição, no setor CENTRO OBSTÉTRICO bem como cederemos o acesso aos dados de **relatórios e prontuários** para serem utilizados na referida pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se a mesma utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Uma vez que a resolução do Conselho Nacional de Saúde No 466/2012 no seu artigo V, item V.6, determina que "o pesquisador, patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, bem como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa" declaro que recebi cópia do projeto e estou de acordo com sua execução no serviço/departamento/ambatório do qual sou responsável.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição/Setor/Serviço o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, em 23, 10, 2023.

Drª Roberta de Souza P. S. Ramos
Chefe da Unidade de Saúde da Mulher
HC/UFPE-EBSERH - COREN-PE: 157145
STIAPE: 1962047

Roberta de Souza P. S. Ramos

Nome/assinatura e carimbo do responsável pelo serviço/departamento/ambatório onde será realizada a pesquisa

Núcleo de Apoio à Pesquisa – HC/UFPE Tel: (81) 2126.3500
Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária – Recife/PE CEP: 50670-420
nap.hcufpe@gmail.com

ANEXO E - CARTA DE ANUÊNCIA DO ALOJAMENTO CONJUNTO



EBSERH

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA
DE SERVIÇOS HOSPITALARES

CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora NADJA LAUREANO DE SOUZA SOARES, a desenvolver o seu projeto de pesquisa ANÁLISE DO PROCESSO DE MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO HOSPITALAR DE LEITOS EM UMA MATERNIDADE REFERÊNCIA DE ALTO RISCO EM PERNAMBUCO, que está sob a orientação do Prof. Dr. PAULO HENRIQUE PEREIRA DE MENESES VAZ e coorientação da Profª M.a. EDILENE NUNES DE MACEDO, cujo objetivo é ANALISAR O PROCESSO DE MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO HOSPITALAR DE LEITOS EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO NA MACRORREGIÃO I DE PERNAMBUCO nesta Instituição, no setor ALOJAMENTO CONJUNTO, bem como cederemos o acesso aos dados de **relatórios e prontuários** para serem utilizados na referida pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se a mesma utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Uma vez que a resolução do Conselho Nacional de Saúde No 466/2012 no seu artigo V, item V.6, determina que "o pesquisador, patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, bem como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa" declaro que recebi cópia do projeto e estou de acordo com sua execução no serviço/departamento/ambulatório do qual sou responsável.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição/Setor/Serviço o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, em 23 / 10 / 2023.

Nome/assinatura e carimbo do responsável pelo serviço/departamento/ambulatório onde será realizada a pesquisa

Drª Roberta de Souza P. S. Ramos
Chefe da Unidade de Saúde da Mulher
HC/UFPE-EBSERH-COREN-PE-151147
SIAPE: 1962647

Núcleo de Apoio à Pesquisa – HC/UFPE Tel: (81) 2126.3500
Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária – Recife/PE CEP: 50670-420
nap.hcufpe@gmail.com

ANEXO F - CARTA DE ANUÊNCIA DO SAME/NIR

Universidade Federal de Pernambuco
Hospital das Clínicas
Prof. Romero Marques

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Recife, 18 de outubro de 2023

Declaramos para os devidos fins que aceitaremos o desenvolvimento, no **Núcleo da Documentação Clínica - NDC** (antigo SAME), do projeto de pesquisa intitulado **“ANÁLISE DO PROCESSO DE MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO HOSPITALAR DE LEITOS EM UMA MATERNIDADE REFERÊNCIA DE ALTO RISCO EM PERNAMBUCO”**, que está sob a coordenação/orientação de prof. Dr. PAULO HENRIQUE PEREIRA DE MENESES VAZ e ~~coorientação~~ da professora ~~Ma~~ EDILENE MENDES DE MACEDO, tendo como orientanda a pesquisadora NADJA LAUREANO DE SOUZA SOARES. Serão consultados quatrocentos (400) prontuários em quatro (4) meses.

A aceitação está condicionada:

1. À autorização da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do HC/UFPE, pelo período de execução previsto no referido projeto, e em consonância com o Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
2. Ao cumprimento pelo(a)s pesquisador(a)s dos requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 e suas complementares, e da Lei Geral de Proteção de Dados, que inclui o compromisso com a confidencialidade dos dados e materiais coletados, utilizando-os unicamente para os fins da pesquisa;
3. À consulta aos prontuários clínicos exclusivamente na sala de pesquisa localizada no CDC.

Após aprovação do CEP e comunicação da GEP, os prontuários serão disponibilizados mediante agendamento prévio com o CDC, por meio do e-mail institucional.

Priscilla Viégas
*Chefia do Núcleo de Documentação
Clínica (antigo SAME)*

Núcleo de Documentação Clínica - NDC (antigo SAME) Tel: (81) 2126.3579
Av. Prof. Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária – Recife/PE CEP: 50670-420
ndc.hcpe@ebserh.gov.br

ANEXO G - QUESTIONÁRIO RESPONDIDO PELO NIR

20/03/2024 07:59

Aos cuidados da Dra. Kiwi - nadja.soares@ufpe.br - E-mail de Universidade Federal de Pernambuco

Em seg., 4 de mar. de 2024 às 08:53, NUCLEO INTERNO DE REGULACAO (HC-UFPE) <nir@ufpe.br> escreveu:

1. Quando o NIR foi implantado no HC?

05/10/2017

2. Quais os indicadores monitorados pelo NIR no serviço de obstetrícia atualmente?

tempo médio de permanência, taxa de mortalidade, giro de leitos

3. Quais as categorias profissionais envolvidas na realização do monitoramento desses indicadores?

Enfermeiras, técnica de enfermagem, auxiliar administrativa

4. De que forma está sendo realizado o monitoramento desses indicadores?

- **Preenchimento de relatório diário com informações por andar/especialidades, acerca do nº de pacientes internados, pacientes regulados, nº de leitos, nº de leitos disponíveis, nº total de bloqueios e os motivos desses (infecção, falta de cama/colchão, problemas estruturais);**
- **Consolidação mensal dos relatórios diários.**

5. Como está sendo realizado atualmente o acompanhamento dos status de permanência do COB e Alojamento Conjunto?

Através de consolidado mensal do tempo médio de permanência.

6. Quais as ações o NIR tem desenvolvido para diminuir a superlotação do serviço de obstetrícia?

No momento não realizamos ações específicas.

7. Essas ações são efetivas no seu entendimento? O que pode ser feito para melhorar?

Necessita de maiores investimentos na área específica, em parceria com a área assistencial

Att.

Kiwisunny Franzoi

Supervisora

Núcleo Interno de Regulação/ STCOR

(81)21263971

nir.hcpg@ebserh.gov.br