



Gestação de alto risco: avaliação dos desfechos obstétricos e perinatais em uma maternidade de referência na região Rio Caeté, Pará

High-risk pregnancy: assessment of obstetric and perinatal outcomes in a reference maternity hospital in the Rio Caeté Region, Pará

Embarazo de alto riesgo: evaluación de resultados obstétricos y perinatales en una maternidad de referencia en la región de Rio Caeté, Pará

Raimundo de Jesus Picanço da Costa¹, Mário Ribeiro da Silva Junior¹, Márcia Simão Carneiro¹, Luísa Caricio Martins¹.

RESUMO

Objetivo: Avaliar os desfechos obstétricos e perinatais de gestantes classificadas como alto risco em uma maternidade de Referência Regional. **Métodos:** Estudo epidemiológico, transversal, analítico, de abordagem quantitativa. **Resultados:** O estudo foi composto por 121 parturientes com diagnóstico de gestação de alto risco no momento da admissão hospitalar. A taxa de cesariana foi de 82.6% entre as pacientes pesquisadas. Dentre as participantes do estudo, 38.8% estavam estáveis, 39.7% com Pré-eclâmpsia, 5.8% tiveram hemorragia pós-parto, 4.1% evoluíram para Eclampsia, 1.7% para Síndrome Hellp e 9.9% estavam com Hiperglicemia. Dessas, 15 pacientes foram internadas na UTI e 2 evoluíram a óbito materno por eclampsia e hemorragia pós-parto. Nos desfechos perinatais identificamos que 91.8% nasceram vivos, 8.2% em óbito fetal. 27.1% dos nascidos vivos internaram na UTI/UCI, sendo que 27.9% eram prematuros, 25.5% tinham baixo peso ao nascer, 12.3% sofreram algum tipo de asfixia ao nascer, pois tiveram Apgar abaixo de 7 no 5º minuto e 3.3% tiveram óbito neonatal. **Conclusão:** Diante deste achado ressaltamos a importância de avançar na organização do serviço de saúde, com classificação de risco gestacional em todas as consultas de pré-natal, fluxo de referência e contra-referência, com vinculação das gestantes aos pontos de atenção pré-natal de alto risco e transporte sanitário seguro e em momento oportuno, além de investir em políticas públicas inclusivas e redução das desigualdades sociais, favorecendo melhorar escolaridade e renda das gestantes e família.

Palavras-chave: Gestação de alto risco, Desfecho gestacional, Desfecho perinatal.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the obstetric and perinatal outcomes of pregnant women classified as high risk in a Regional Reference maternity hospital. **Methods:** Epidemiological, cross-sectional, analytical study with a quantitative approach. **Results:** The study consisted of 121 parturients diagnosed with high-risk pregnancy at the time of hospital admission. The cesarean section rate was 82.6% among the patients studied. Among the patients studied, 38.8% were stable, 39.7% had pre-eclampsia, 5.8% had postpartum hemorrhage, 4.1% developed eclampsia, 1.7% had HELLP syndrome and 9.9% had hyperglycemia. Of these, 15 patients were admitted to the ICU and 2 evolved to maternal death due to eclampsia and postpartum hemorrhage. In perinatal outcomes, we identified that 91.8% were born alive, 8.2% in fetal death. 27.1% of live births were admitted to the ICU/CCU, of which 27.9% were premature, 25.5% had low birth weight, 12.3% suffered some type of asphyxia at birth, as they had Apgar below 7 in the 5th minute and 3.3% had neonatal death. **Conclusion:** In view of this finding, we emphasize the importance of advancing the organization of the

¹ Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém - PA.

health service, with gestational risk classification in all prenatal consultations, referral and counter-referral flow, with pregnant women linked to high-risk prenatal care points and safe and timely health transport, in addition to investing in inclusive public policies and reducing social inequalities, favoring improving the education and income of pregnant women and their families.

Keywords: High-risk pregnancy, Gestational outcome, Perinatal outcome.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los resultados obstétricos y perinatales de gestantes clasificadas como de alto riesgo en una maternidad de Referencia Regional. **Método:** Estudio epidemiológico, transversal, analítico con enfoque cuantitativo. **Resultados:** El estudio estuvo conformado por 121 gestantes diagnosticadas con embarazo de alto riesgo al momento de su ingreso hospitalario. La tasa de cesárea fue del 82,6% entre las pacientes encuestadas. Entre las pacientes tratadas en la investigación, el 38,8% se encontraba estable, el 39,7% tenía preeclampsia, el 5,8% tenía hemorragia posparto, el 4,1% progresó a eclampsia, el 1,7% a síndrome de HELLP y el 9,9% tenía hiperglucemia. De ellas, 15 pacientes ingresaron en UCI y 2 fallecieron maternamente por eclampsia y hemorragia posparto. En los resultados perinatales identificamos que el 91,8% nacieron vivos, el 8,2% en muerte fetal. El 27,1% de los nacidos vivos ingresaron en UCI/UCI, de los cuales el 27,9% fueron prematuros, el 25,5% tuvieron bajo peso al nacer, el 12,3% sufrió algún tipo de asfixia al nacer, al tener un puntaje de Apgar inferior a 7 al 5º minuto y el 3,3% falleció neonatal. **Conclusión:** Ante este hallazgo, destacamos la importancia de avanzar en la organización del servicio de salud, con clasificación de riesgo gestacional en todas las consultas prenatales, flujo de referencia y contrarreferencia, con gestantes vinculadas a puntos de atención prenatal de alto riesgo y transporte de salud seguro y oportuno, además de invertir en políticas públicas inclusivas y reducir las desigualdades sociales, favoreciendo la mejora de la educación y los ingresos de las gestantes y sus familias.

Palabras clave: Embarazo de alto riesgo, Resultado del embarazo, Resultado perinatal.

INTRODUÇÃO

A gestação de alto risco é definida como aquela na qual a saúde da mãe, do feto ou de ambos está em maior perigo em comparação a uma gravidez habitual. Este tipo de gestação demanda cuidados especializados devido à maior probabilidade de complicações obstétricas e neonatais, como parto prematuro, pré-eclâmpsia, restrição de crescimento intrauterino e mortalidade perinatal (BRASIL, 2022; FERNANDES JÁ, et al., 2020).

No Brasil, essas gestações são mais comuns em populações que enfrentam vulnerabilidades socioeconômicas, como baixa renda, escolaridade limitada e acesso restrito aos serviços de saúde (SANTOS LKR, et al., 2024).

A região do Rio Caeté, no estado do Pará, apresenta características sociodemográficas que refletem desigualdades estruturais. Grande parte da população reside em áreas rurais com acesso limitado a serviços de saúde especializados, como unidades de pré-natal de alto risco. Essa realidade aumenta a dependência de unidades de referências, que frequentemente enfrentam sobrecarga de demanda e recursos escassos. Além disso, a ausência de um sistema de referência e contrarreferência eficiente contribuem para atrasos no diagnóstico e no manejo de condições que poderiam ser prevenidas ou tratadas precocemente (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012; SILVA DJR, et al., 2019; ANDRADE AJM, et al., 2025).

A Região de Saúde Rio Caeté é composta por 16 municípios que integram a região nordeste do Estado do Pará, dentre os quais se encontra o município de Bragança, com cerca de 124.804 habitantes, distante 200km da capital Belém (SILVA DJR, et al., 2019).

Estudos recentes apontam que o acompanhamento pré-natal adequado em gestações de alto risco está associado a melhores desfechos obstétricos e perinatais. A realização de consultas regulares e exames específicos, aliados a intervenções como administração de corticosteroides antenatais e acompanhamento multidisciplinar podem reduzir significativamente as complicações maternas e neonatais (LIMA JG, et al., 2022; BRASIL, 2009). No entanto, em regiões como o Rio Caeté, as limitações de infraestrutura, transporte e equipes qualificadas comprometem a eficácia desses cuidados.

Diante do fato de que ainda é elevado o número de gestações de alto risco, se torna de suma importância a identificação dos fatores que levam à complicação de uma gravidez, a fim de verificar as possíveis medidas a serem adotadas para prevenção das complicações e redução da mortalidade materno-infantil.

Ressalta-se que na região do Nordeste do Pará há escassez de estudos epidemiológicos sobre gestação de alto risco. Vale destacar que a região é composta de municípios de pequeno e médio porte, localizados longe dos grandes centros, e carente de instituições de pesquisas com abordagem na área de obstetria, fato que pode dificultar a leitura da realidade local quanto aos fatores de risco gestacional.

Assim, conhecer o perfil dessa gestante de alto risco e mapear as dificuldades que contribuem para elevar o risco da gestação e suas consequências sociais, poderá facilitar o desenvolvimento de ações e de políticas públicas de saúde que possam minimizar os elevados índices de gestações de alto risco e mortalidade materna e perinatal.

Este estudo teve como objetivo avaliar os desfechos obstétricos e perinatais de gestações de alto risco atendidas em uma maternidade de referência na região do Rio Caeté, destacando as principais vulnerabilidades e propondo estratégias para melhorar a assistência materno-infantil em contextos de desigualdade social e econômica.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, analítico, de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada com dados obtidos por meio da aplicação de instrumento semiestruturado para transcrição dos registros do cartão pré-natal, prontuário de internação e entrevista no setor de maternidade em um hospital de referência na Região de Saúde Rio Caeté.

Este estudo foi realizado na cidade de Bragança, no estado do Pará, o município pertence à mesorregião Nordeste Paraense e à microrregião Bragantina. Na divisão regional administrativa do estado, pertence a Região de Integração Rio Caeté.

Este estudo foi realizado na Maternidade do Hospital, uma instituição que oferece um atendimento ao binômio mãe-filho, com 20 leitos obstétricos de alto risco, 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), 10 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN), 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-Adulto), um Banco de Leite Humano, este hospital também está registrado no Ministério da Saúde como Hospital Amigo da Criança e conta com uma Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher e da Criança, realizada em parceria com a Universidade Federal do Pará.

Para o cálculo amostral, foi considerado o número de atendimentos do semestre do ano corrente (2020) de realização do estudo, para estimar a média mensal de mulheres, o cálculo amostral foi realizado adotando-se uma margem de erro de 5% e nível de 95% de confiança (Statística 7.0). Levando em consideração o total de 1.101 partos de gestantes de alto risco ocorridos em 2020, este estudo utilizou inicialmente como amostra de 20% desse valor. O que equivale a 220 puérperas a serem entrevistadas. Porém, em virtude da pandemia pela COVID-19, houve uma diminuição de internações obstétricas devido este hospital ter sido a referência regional para esta infecção, de 10% apenas, equivalente a 121 gestantes no período de 2021.

Foram incluídas neste estudo as puérperas que independente da faixa etária, estivesse internada na maternidade do estudo e sua gestação classificada como alto risco, sem comprometimento cognitivo e que apresentavam condições clínicas pré-existentes e/ou com intercorrências clínicas e obstétrica na atual gestação. As pacientes menores de 11 a menores de 18 anos de idade precisaram de autorização de seu responsável/tutor legal e também assinaram o termo de assentimento livre e esclarecido para sua participação.

Foram excluídas da mostra as puérperas internadas na maternidade, com gestação classificada em risco habituais e gestantes que apresentavam condições cognitivas comprometidas para responder o instrumento de coleta.

A coleta de dados seguiu três etapas sequenciais: identificação das mulheres segundo critérios de inclusão, dados das consultas e transcrição dos registros do cartão pré-natal, prontuário hospitalar e entrevista no pós-parto durante a internação hospitalar. Para coleta dos dados foi utilizado o instrumento elaborado pelo pesquisador que possuía perguntas semiestruturadas com dados socioeconômicos, demográficos e obstétricos.

A coleta de dados e entrevistas foi realizada diariamente na instituição até a composição da amostra proposta. Foram adotadas como variáveis independentes as patologias obstétricas, e como variáveis dependentes as relacionadas a desfechos graves maternos e perinatais. Correlacionando as condições socioeconômicas das gestantes, acesso a atenção pré-natal adequada de risco habitual e ou Alto Risco recebida.

Os dados obtidos foram digitados em planilha do Microsoft Office Excel 2017® e analisados com auxílio do software Statistica 7.0. Os dados foram submetidos aos testes Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher em nível de 5% de significância ($p < 0,05$) e intervalo de confiança (IC) de 95%.

Durante toda a pesquisa foram respeitados os aspectos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo foi submetido via Plataforma Brasil ao Comitê de Ética em pesquisas humanas do Núcleo de Medicina Tropical da UFPA e aprovado segundo parecer consubstanciado Nº 5.126.339.CAAE: 50760321.3.00005172. Todas as participantes que aceitaram compor a amostra da pesquisa receberam explicações formais a respeito de sua participação e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Os dados obtidos do perfil socioeconômico e demográfico das pacientes estão demonstrados na **Tabela 1**, a faixa etária oscilou entre 13 e 41 anos, com uma média de 26.4 anos. A faixa etária entre 20 e 29 anos apresentou a maior proporção e estatisticamente significativa (46.3% - $*p = 0.0077$) em comparação com as demais. Podemos destacar as adolescentes, que representam 19.8% do total de casos, que precisam de uma atenção especial no cuidado pré-natal.

A cor mais autodeclarada da pele foi a parda (91.7%). Na amostra, 74.4% das parturientes estavam casadas ou em união estável, um resultado estatisticamente significativo ($*p < 0.0001$), seguido por 25.6% que eram solteiras.

A formação educacional apresentada variou consideravelmente, alcançando até o nível de graduação completa (3,3%). O ensino fundamental incompleto (40.5%) foi o mais comum, sendo estatisticamente significativo ($*p < 0.0001$) na amostra analisada. O ensino médio completo foi o segundo mais comum entre as pacientes (35.5%).

No que diz respeito ao recebimento do benefício governamental, conhecido como bolsa família/Auxílio Brasil, não se observou uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0.2031$) entre as que recebiam (43.8%) e as que não tinham acesso a essa renda (56.2%).

A maioria significativa ($*p < 0.0001$) das parturientes teve uma renda familiar de até um salário-mínimo (52.9%). A quantidade de indivíduos no domicílio variou de 02 a 10, com uma média aritmética de 4 indivíduos, sendo esta a mais comum (25.6%), seguida por 03 e 05 indivíduos que obtiveram o mesmo percentual na amostra (19.8%), conforme ilustrado na **Tabela 1**.

Quanto a avaliação da região de moradia das parturientes, foi observado que não houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0.2753$), sendo que a maior proporção foi da zona rural (55.4%) seguida da zona urbana (44.6%), como mostra a **Tabela 1**. Bragança foi o município de maior demanda (48.8%), sendo estatisticamente significativa ($*p < 0.0001$) em relação aos demais municípios atendidos como, Augusto Corrêa (14.9%), Tracuateua (12.4%) e Viseu (8.3%), entre outros.

Uma proporção significativa ($*p < 0.0001$) das pacientes da pesquisa referiram não possuírem renda fixa regular (75.2%), sendo a principal ocupação a de lavradora (43.0%), porém sem regularidade em proventos, como mostra a **Tabela 1**.

Tabela 1 - Perfil socioeconômico e demográfica das parturientes que participaram do estudo.

Variáveis	Pacientes	%	p-valor
Faixa etária (anos)			0,0077*
< 20	24	19.8%	
20 a 29	56	46.3%	
30 a 39	36	29.8%	
> = 40	5	4.1%	
Cor da pele			< 0,0001*
Parda*	111	91.7%	
Negra	8	6.6%	
Branca	2	1.7%	
Situação conjugal			< 0,0001*
Casada/União estável*	90	74.4%	
Solteira	31	25.6%	
Escolaridade			< 0,0001*
Fundamental incompleto*	49	40.5%	
Fundamental completo	7	5.8%	
Médio incompleto	16	13.2%	
Médio completo	43	35.5%	
Superior incompleto	2	1.7%	
Superior completo	4	3.3%	
Bolsa família/Auxílio Brasil			0.2031
Sim	53	43.8%	
Não	68	56.2%	
Nº de pessoas no domicílio			0,0231*
Duas	15	12.4%	
Três	24	19.8%	
Quatro*	31	25.6%	
Cinco	24	19.8%	
Seis	14	11.6%	
Sete	7	5.8%	
Oito ou mais	6	5.0%	
Ocupação remunerada			< 0,0001*
Sim	30	24.8%	
Não*	91	75.2%	
Tipo de ocupação			< 0,0001*
Lavradora*	52	43.0%	
Do lar	23	19.0%	
Estudante	18	14.9%	
Atendente	4	3.3%	
Autônoma	3	2.5%	
Marisqueira	3	2.5%	
Auxiliar de cozinha	2	1.7%	
Professora	2	1.7%	
Outras	14	11.6%	
Renda Familiar			< 0,0001*
< 01 SM*	64	52.9%	
Entre 01 e 02 SM	52	43.0%	
Entre 03 e 05 SM	5	4.1%	
Meio			0.2753
Rural	67	55.4%	
Urbano	54	44.6%	
Município			< 0,0001*
Bragança*	59	48.8%	
Augusto Corrêa	18	14.9%	
Tracuateua	15	12.4%	
Viseu	10	8.3%	
Capanema	6	5.0%	
São João de Pirabas	4	3.3%	
Santa Luzia do Pará	3	2.5%	
Outros	6	5.0%	

Fonte: Costa RJP, et al., 2025.

Na trajetória gestacional das pacientes, a maior parte (34.7%) era primigesta, sem paridade prévia (*p = 0.0009 - 38.0%) ou sem registro de aborto (76.0%) como demonstra a **Tabela 2**. A gestação a termo foi a mais comum na amostra, representando 71,0%, sendo estatisticamente significativa (*p < 0,001) em comparação com as demais. A idade gestacional entre 34 e 36 semanas e 6 dias obteve 16.5%, indicando

um pré-termo tardio. A taxa de gestação entre 28 e 34 semanas, que corresponde aos casos de pré-termo leve a moderado, foi de 7.4%. Os bebês nascidos com menos de 28 semanas, conhecidos como pré-termo extremo, representaram 3.4%, conforme mostrado na **Tabela 2**.

Tabela 2 - Perfil das pacientes segundo dados clínicos e obstétricos.

Variáveis	Pacientes	%	p-valor
Número de gestações			< 0,0001*
Uma*	42	34.7%	
Duas	30	24.8%	
Três	25	20.7%	
Quatro	11	9.1%	
Cinco ou mais	13	10.7%	
Número de partos			0,0009*
Nenhum*	46	38.0%	
Uma	35	28.9%	
Duas	23	19.0%	
Três ou mais	17	14.0%	
Número de abortos			< 0,0001*
Nenhum*	92	76.0%	
Um ou mais	29	24.0%	
Idade gestacional (em semanas)			< 0,0001*
Nascido abaixo de 28 sem (<i>Pré-termo extremo</i>)	4	3.4%	
De 28 e menos de 34 sem (<i>Pré-termo moderado</i>)	9	7.4%	
De 34 e 36 sem e 6 dias (<i>Pré-termo tardio</i>)	20	16.5%	
De 37 a 38sem e 6 dias (<i>Termo precoce</i>)	47	38.8%	
De 39 a 40 sem e 6 dias (<i>Termo completo</i>)	34	28.1%	
De 41 a 41 sem e 6 dias (<i>Termo tardio</i>)	5	4.1%	
De 42 sem em diante (<i>Pós-termo</i>)	2	1.7%	
Tempo de bolsa rota			-----
Até 6 horas	9	7.4%	
Acima de 6 horas	8	6.6%	
0 hora	104	86.0%	

Fonte: Costa RJP, et al., 2025.

Os dados obtidos em relação ao pré-natal estão demonstrados na **Tabela 3**. Sendo observado que a maioria significativa ($*p < 0.0001$) das pacientes da amostra relatou ter recebido suporte familiar (96.7%), aceitaram a gravidez (93.4%) e tiveram seus pesos e alturas registrados no cartão da gestante (92.6% e 84.3%, respectivamente). A visita do ACS durante a gravidez ocorreu em pouco mais da metade da amostra (51.2%), e metade delas recebeu instruções sobre referências para emergências (49.6%).

No que diz respeito ao tipo de pré-natal, 40 mulheres da amostra fizeram pré-natal compartilhado (33.1%), que inclui pré-natal de alto risco juntamente com o pré-natal habitual. A maioria delas realizou apenas o pré-natal de risco habitual (65.3%). É importante destacar que duas futuras mães não foram submetidas a nenhum tipo de pré-natal (1.7%).

A duração da espera para a primeira consulta de alto risco foi mais elevada em até 7 dias (17.4%), um período que se aproximou bastante do período de 8 a 30 dias (14.9%). Somente uma paciente aguardou mais de 30 dias para a marcação da sua primeira consulta (0.8%), e 66,9% das pacientes não chegaram a serem encaminhada ao Alto Risco.

A maioria das consultas no pré-natal de alto risco ocorreu entre 03 e 05 consultas (14.9%), seguida por 06 ou mais consultas (10.7%), e de 1 a 2 consultas em 7.4% das gestantes. Não houve diferença estatisticamente significativa entre elas ($p = 0.2176$), e 66,9% das pacientes não foram encaminhadas para o Alto Risco.

O hospital Santo Antonio Maria Zaccaria foi o mais frequentemente utilizado para realizar o pré-natal de Alto Risco, atendendo 27.3% das gestantes (33). Em seguida, vieram o Hospital Geral de Bragança com 4.1%, a Santa Casa de Misericórdia do Pará e a Unidade de Saúde Especializada de Augusto Corrêa, cada um com 0.8%. A maior parte das gestantes (81) ficou sem assistência de Alto Risco, representando 66,9% do total.

As pacientes que fizeram pré-natal de risco recorrente apresentaram uma proporção significativa (*p = 0.0002) de 06 ou mais consultas (47,9%), enquanto apenas 21 (17,4%) fizeram de 03 a 05 consultas neste tipo de pré-natal.

Na análise do intervalo de tempo entre a última consulta e o nascimento, observou-se significância estatística (*p < 0.0001) no intervalo de 01 a 15 dias (62.8%), sendo este o período mais comum, seguido pelo intervalo de 16 dias a 01 mês (24.0%). A proporção mais baixa foi registrada entre as pacientes que aguardaram mais de um mês (13.2%). A grande parte das pacientes avaliou o pré-natal como "Bom" (71.9%), uma proporção estatisticamente significativa (*p < 0.0001) na amostra, conforme demonstrado na **Tabela 3**.

O meio de transporte mais utilizados pelas pacientes para chegar ao hospital foi a ambulância (38.8%) que alcançou proporção estatisticamente significativa (*p = 0.0024) sobre o carro próprio (24.8%) e Táxi (20.7%) e os demais citados. A maioria estatisticamente significativa das parturientes (*p < 0.0001) tiveram como acompanhante a mães (34.7%), seguida da irmã (22.3%) e o marido (17.4%), além de outros observados, como mostra na **Tabela 3**.

Tabela 3- Perfil das pacientes em relação a realização do pré-natal.

Variáveis	Pacientes	%	p-valor
Tipo de pré-natal			0.0008*
Risco Habitual*	79	65,3%	
Alto risco ou compartilhado	40	33,1%	
Não realizou	2	1,6%	
Trimestre de encaminhamento para PN alto risco			0,6219
1º Trimestre	11	9,1%	
2º Trimestre	13	10,7%	
3º Trimestre	16	13,2%	
Não houve encaminhamento	81	66,9%	
Tempo de espera para 1ª consulta de alto risco			0,7518
07 dias ou menos	21	17,4%	
08 a 30 dias	18	14,9%	
Mais de 1 mês	1	0,8%	
Não houve encaminhamento	81	66,9%	
Local do Pré-natal de alto risco			< 0.0001*
HSAMZ*	33	27,3%	
Hosp. Geral de Bragança	5	4,1%	
Sta. Casa de Misericórdia	1	0,8%	
SESAC Augusto Corrêa	1	0,8%	
Não se aplica	81	66,9%	
Número de consultas de alto risco			0,2176
01 a 02	9	7,4%	
03 a 05	18	14,9%	
06 ou mais	13	10,7%	
Não realizou PN alto risco	81	66,9%	
Número de consultas do risco habitual			0.0002**
03 a 05	21	17,4%	
06 ou mais*	58	47,9%	
Não realizou PN risco habitual	42	34,7%	
Intervalo entre última consulta e o parto			< 0.0001**
01 a 15 dias*	76	62,8%	
16 dias a 1 mês	29	24,0%	
Mais de 1 mês	16	13,2%	
Satisfação com o pré-natal			< 0.0001*
Excelente	6	5,0%	
Bom*	87	71,9%	
Razoável	21	17,4%	
Péssimo	5	4,1%	
Não realizou Pré-natal	2	1,7%	
Transporte			<0,0024*
Ambulância*	47	38,8%	
Carro próprio	30	24,8%	
Táxi	25	20,7%	
Moto	6	5,0%	
A pé	5	4,1%	
Outros	8	6,6%	
Vínculo com o acompanhante			< 0,0001*
Mãe*	42	34,7%	
Irmã	27	22,3%	
Marido	21	17,4%	
Amiga	11	9,1%	
Cunhada	8	6,6%	
Sogra	6	5,0%	
Outros	6	5,0%	

Fonte: Costa RJP, et al., 2025.

No que diz respeito à assistência recebida durante o pré-natal, a maioria significativa (* $p < 0.0001$) das gestantes realizou ultrassonografia (96.7%), enquanto 27 parturientes (22.3%) realizaram ultrassonografia obstétrica com Doppler.

Das gestantes em trabalho de parto antecipado, 17 (51,5%) foram medicadas com corticoide antenatal para a maturação pulmonar fetal. As outras 16 não receberam essa medicação, seja por não terem recebido

durante a gestação ou pela situação de emergência em que o parto ocorreu sem a possibilidade de administrar este corticoide.

A vacina DTP estava imunizada em 71.1% delas, e 59.5% já haviam recebido duas doses da vacina contra o COVID 19, conforme demonstrado na **Tabela 4**. Na amostra, a tipagem sanguínea com maior prevalência foi o O+ (54.5%), seguido pelo A+ (23.1%). O valor mais elevado de glicose medido foi entre 70 e 79 mg/dL, representando uma proporção estatisticamente significativa (*p = 0.0169) entre os observados (27.3%). A **Tabela 4** demonstra que quase 30% das pacientes não tinham registro desta variável (29,8%).

Tabela 4- Perfil das pacientes em relação a atenção recebida durante o pré-natal.

Variáveis	Pacientes	%	p-valor
USG no pré-natal			< 0,0001*
Realizou*	117	96.7%	
Não realizou	4	3.3%	
Realizou ultrassom doppler			< 0,0001*
Sim	27	22,3%	
Não	94	77.7%	
Recebeu Corticoide antenatal gravidas com parto prematuro			
Sim	17	51.5%	
Não	16	48.5%	
Estado vacinal DTP			< 0,0001*
Nenhuma dose	1	0.8%	
1ª dose	9	7.4%	
2ª dose	19	15.7%	
Imunizada*	86	71.1%	
Sem registro	6	5.0%	
Estado vacinal COVID 19			< 0,0001*
Nenhuma dose	15	12.4%	
1ª dose	22	18.2%	
2ª dose*	72	59.5%	
3ª dose	8	6.6%	
Sem registro	4	3.3%	
Tipagem sanguínea			< 0,0001*
O+*	66	54.5%	
A+	28	23.1%	
B+	12	9.9%	
O-	6	5.0%	
AB+	5	4.1%	
A-	3	2.5%	
B-	1	0.8%	
Maior valor da glicemia			0,0169**
< 70	13	10.7%	
70 a 79*	33	27.3%	
80 a 91	21	17.4%	
≥92	18	14.9%	
Sem registro	36	29.8%	

Fonte: Costa RJP, et al., 2025.

Legenda:*Teste G Aderência;

**Teste Qui-Quadrado Aderência.

Na **Tabela 5** podemos avaliar o tipo de entrada da gestante na maternidade, verificamos de modo geral que 61.2% delas vieram a maternidade de forma espontânea, contra 34.7% referenciadas e apenas 4.1% de forma regulada pelo Sistema Estadual de Regulação de Leitões (SER). O que chama maior atenção são as grávidas que não foram acompanhadas pelo alto risco, pois representa uma demanda 62.2% espontânea, o que caracteriza uma fragilidade na rede de referência e contrarreferência.

As variáveis avaliadas na admissão da maternidade foram a ocorrência de pré-eclâmpsia (p = 0.5591), Hemorragia no pós-parto (p = 0.6776), ocorrência de eclâmpsia (p = 0.2098), Hiperglicemia (p = 0.1953) e Síndrome Hellp, que devido a ocorrência de somente 2 casos, impossibilitou a aplicação estatística, conforme **Tabela 5**. 38.8% das gestantes (47) não apresentavam nenhuma complicação no momento do parto, ou seja, foram consideradas estáveis no momento da admissão.

A via de parto predominante foi a cesariana com 82.6% das ocorrências, sendo que as gestantes que realizaram pré-natal somente na atenção básica ficaram com taxa de cesariana de 78.5%, enquanto as gestantes atendidas pelo alto risco/compartilhado tiveram a taxa em 90%, e as gestantes que não realizaram nenhum tipo de pré-natal tiveram 100% de cesarianas.

Ao avaliarmos as patologias obstétricas no momento da internação constante na **Tabela 5**, a partir do tipo de pré-natal realizado, observamos que as gestantes que realizaram pré-natal somente de risco habitual foram responsáveis por 66.7% dos casos de pré-eclâmpsia, 57.1% dos casos de hemorragia pós parto e 40% dos casos de eclampsia e 100% dos casos de Síndrome Hellp, enquanto que as gestantes que realizaram pré-natal de alto risco ficaram com 33.3% dos casos de pré-eclâmpsia, 28.6% dos casos de hemorragia pós parto e 60% dos casos de eclampsia.

Na **Tabela 5** apresenta o local de internação das puérperas após o desfecho de nascimento, foram em sua maioria para a enfermaria de alojamento conjunto (87.6%). Já 12.4% delas (15) precisaram ficar em Unidade de Terapia Intensiva. Das gestantes internadas na UTI, 53.3% Não tiveram acesso a serviço de pré-natal de alto risco como mostra a **Tabela 5**.

Quanto aos tipos de alta recebido pela puérpera, 98.3% tiveram alta melhorada (119) e 1.7% teve óbito materno. Dos desfechos resultantes em óbito materno 100% haviam realizado pré-natal de alto risco como mostra a **Tabela 5**.

Tabela 5 - Relação entre o desfecho materno e o tipo de pré-natal realizado.

Variáveis	Pacientes		Alto risco ou compartilhado		Risco Habitual		Não fez pré natal		p-valor
Tipo de demanda									0,0141*
Espontânea*	74	61.2%	26	35.1%	46	62.2%	2	2.7%	
Referenciada	42	34.7%	14	33.3%	28	66.7%	0	0.0%	
Regulada SER	5	4.1%	0	0.0%	5	100.0%	0	0.0%	
Tipo de parto									
Parto normal	21	17.3%	4	10.0%	17	21.5%	0	0.0%	
Cesariana	100	82.7%	36	90.0%	62	78.5%	2	100.0%	
Tipo de patologia									0.0165*
Pré-eclâmpsia	48	39.7%	16	33.3%	32	66.7%	0	0.0%	0.5591
Hemorragia pós-parto	7	5.8%	2	28.6%	4	57.1%	1	14.3%	0.6776
Eclampsia	5	4.1%	3	60.0%	2	40.0%	0	0.0%	0.2098
Síndrome Hellp	2	1.7%	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%	----
Hiperglicemia	12	9.9%	7	58.3%	5	41.7%	0	0.0%	0.1953
Estável	47	38.8%	12	25.5%	34	72.3%	1	2.1%	
Unidade de Internação									0.0460*
Enfermaria/alojamento conjunto	106	87.6%	33	31.1%	71	67.0%	2	1.9%	
Internação UTI-Adulto	15	12.4%	7	46.7%	8	53.3%	0	0.0%	
Alta materna									0.0437*
Alta melhorada	119	98.3%	38	31.9%	79	66.4%	2	1.7%	
Óbito materno	2	1.7%	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	

Fonte: Costa RJP, et al., 2025.

Legenda: *p < 0.0001 e **p < 0.05 Teste G Aderência.

Com base na análise inferencial da relação entre o tipo de pré-natal realizado pela gestante e o resultado no nascimento do feto, foi possível estabelecer uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis nascimento (*p = 0.0348), peso ao nascer (*p = 0.0165) e Apgar no quinto minuto de vida (*p = 0.0437).

Em relação ao local onde o bebê foi internado ($p = 0.0871$), ao tempo que permaneceu no hospital ($p = 0.0871$) e ao resultado da sua internação ($p = 0.2926$), não se detectou uma correlação estatisticamente significativa com a variável em análise, conforme demonstrado na **Tabela 6**.

A taxa de nascimentos vivos atingiu 91.8% (112), enquanto as mortes fetais representaram 8.2% (10 ocorrências). As grávidas acompanhadas apenas no Risco habitual apresentaram a maior porcentagem de mortes fetais, atingindo um total de 80% dos casos.

No momento dos desfechos, a idade gestacional predominante era a termo, compreendida entre 37 e 41 semanas de gravidez, representando 70.5% (86) dos casos. Os prematuros representaram 27.9% (34) dos casos, enquanto os pós-datismo representaram apenas 1.6% (2) dos casos. Ao comparar o número de recém-nascidos pré-termo, notamos que 67.4% são oriundos de pré-natal realizado exclusivamente em Unidade Básica de Saúde, onde suas mães não tiveram acesso ao acompanhamento de Alto Risco, conforme a **Tabela 6**.

No que diz respeito ao peso ao nascer, 71.3% (87 RN) dos recém-nascidos nasceram com peso normal, ou seja, entre 2.500g e 3.999g. Do total de recém-nascidos com peso inferior a 2.500g, 71.0% pertenciam a gestantes que fizeram apenas pré-natal de risco habitual (18 RN de baixo peso e 4 com extremo baixo peso), 25.8% pertenciam a gestantes sob acompanhamento de alto risco (5 RN de baixo peso e 3 com extremo baixo peso), e 3.2% pertenciam a gestantes que não fizeram nenhum tipo de pré-natal (1 caso de extremo baixo peso).

O Apgar foi considerado um indicador relevante de asfixia neonatal. Quando a pontuação é alta (7 a 10), indica um bom estado fetal, enquanto quando é baixa (de 0 a 6), indica um possível nível de asfixia ao nascer. Dos 122 recém-nascidos examinados, 87.7% apresentaram boa vitalidade, com Apgar variando de 7 a 10 no 5o minuto de vida. A maioria dos casos de Apgar baixo (de 0 a 6) ocorreu em gestantes que fizeram pré-natal apenas de risco habitual, representando 80% dos casos (3 casos de asfixia moderada e 9 de asfixia severa).

Em sua maioria, 64.8% dos recém-nascidos foram internados na enfermaria, juntamente com suas mães. 27.0% dos recém-nascidos (33 RN) necessitaram de cuidados especiais, como UTIN e UCIN. Contudo, os casos de morte fetal, que representaram 8.2% dos casos, não foram internados em Unidades neonatais, portanto, este critério não se aplicava.

Dos (33) recém-nascidos internados em unidades neonatais, 66.7% foram provenientes de mães que realizaram apenas o pré-natal de risco usual (12 foram para UCIN e 10 para UTIN), enquanto 33.3% provêm de mães que realizaram pré-natal de alto risco compartilhado (7 foram para UCIN e 4 para UTIN).

Em relação aos tipos de alta recebidos pelos recém-nascidos, 87.7% apresentaram melhora (107 RN), 8.2% resultaram em morte fetal, 3,3% evoluíram para óbito neonatal e 0.8% foram transferidos para outro hospital na capital do Estado. Dos óbitos fetais e neonatais, 73,3% ocorreram em gestantes que foram acompanhadas apenas no pré-natal de risco habitual, enquanto 20% fizeram pré-natal de alto risco e 6,7% não realizaram nenhum tipo de pré-natal, conforme apresentado na **Tabela 6**.

Tabela 6 - Relação entre o desfecho fetal e o tipo de pré-natal realizado.

Variáveis	Pacientes		Alto risco ou compartilhado		Risco Habitual		Não fez pré-natal		p-valor
Nascimento									0.0348*
Nascido vivo	112	91.8%	40	35.7%	71	63.4%	1	0.9%	
Óbito fetal	10	8.2%	1	10.0%	8	80.0%	1	10.0%	
Idade gestacional									0.0348*
< 28 sem (<i>Pré-termo extremo</i>)	5	4.1%	3	60.0%	2	40.0%	0	0.0%	
28 e < 34 sem (<i>Pré-termo moderado</i>)	9	7.4%	0	0.0%	8	88.9%	1	11.1%	
34 a 36 sem e 6 dias (<i>Pré-termo tardio</i>)	20	16.4%	7	35.0%	13	65.0%	0	0.0%	
37 a 38 sem e 6 dias (<i>Termo precoce</i>)	47	38.5%	24	51.1%	23	48.9%	0	0.0%	
39 a 40 sem e 6 dias (<i>Termo completo</i>)	34	27.9%	7	20.6%	26	76.5%	1	2.9%	
41 a 41 sem e 6 dias (<i>Termo tardio</i>)	5	4.1%	0	0.0%	5	100.0%	0	0.0%	
42 sem em diante (<i>Pós-termo</i>)	2	1.6%	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%	
Peso ao nascer (g)									0.0165*
<1.000g (Extremo baixo peso)	8	6.6%	3	37.5%	4	50.0%	1	12.5%	
≥ 1000g a < 1.500g (Muito baixo peso)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
≥1.500g a < 2.500g (Baixo peso)	23	18.9%	5	21.7%	18	78.3%	0	0.0%	
≥2500g a < 4.000g (Peso Normal)	87	71.3%	31	35.6%	55	63.2%	1	1.2%	
≥4.000g (Microssômico)	4	3.3%	2	50.0%	2	50.0%	0	0.0%	
Apgar 5º min									0.0437*
0 a 03 (Asfixia grave)	11	9.0%	1	9.1%	9	81.8%	1	9.1%	
04 a 06 (Asfixia moderada)	4	3.3%	1	25.0%	3	75.0%	0	0.0%	
07 a 10 (Vitalidade, boa adaptação)	107	87.7%	39	36.4%	67	62.6%	1	0.9%	
Local de internação									0.8236
Alojamento conjunto	79	64.8%	29	36.7%	49	62.0%	1	1.3%	
UCI Neonatal	19	15.6%	7	36.8%	12	63.2%	0	0.0%	
UTI Neonatal	14	11.5%	4	28.6%	10	71.4%	0	0.0%	
NSA Óbito fetal	10	8.2%	1	10.0%	8	80.0%	1	10.0%	
Tipo de Alta									0.2926
Alta melhorada	107	87.7%	38	35.5%	68	63.6%	1	0.9%	
Óbito fetal	10	8.2%	1	10.0%	8	80.0%	1	10.0%	
Óbito neonatal	4	3.3%	2	50.0%	2	50.0%	0	0.0%	
Transferência	1	0.8%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	

Fonte: Costa RJP, et al., 2025.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos sobre o perfil das gestantes atendidas no HSAMZ indicam tendências socioeconômicas, demográficas e clínicas que refletem desafios relevantes na assistência pré-natal e perinatal, especialmente em populações de baixa renda e áreas rurais. Essas observações estão alinhadas com a literatura recente, que destaca como desigualdades sociais impactam diretamente os desfechos gestacionais e neonatais.

A análise sociodemográfica revelou uma maior concentração de gestantes na faixa etária de 20 a 29 anos (46,3%) e uma proporção significativa de adolescentes (19,8%). Estudos recentes mostram que essa distribuição etária é característica de países em desenvolvimento, onde a fecundidade em mulheres jovens ainda é expressiva (GUEDES HM, et al., 2022).

No entanto, a presença de adolescentes nas maternidades exige atenção redobrada, uma vez que a gravidez precoce está associada a maiores riscos obstétricos, como pré-eclâmpsia e partos prematuros, além de impactos psicossociais, como evasão escolar e baixa inserção no mercado de trabalho (GOUVEIA HG, et al., 2021; LIMA JG, et al., 2022).

Adicionalmente, a baixa escolaridade, observada em 40,5% das participantes com ensino fundamental incompleto, reforça a relação entre níveis educacionais limitados e a dificuldade no acesso a informações sobre saúde sexual e reprodutiva (MARTINS et al., 2021).

Outro ponto relevante foi a predominância de mulheres que se autodeclararam pardas (91,7%) e a concentração de renda em até um salário-mínimo (52,9%). Esses dados evidenciam a vulnerabilidade social das participantes e corroboram achados de Guedes HM, et al. (2022), que apontam como fatores étnico-raciais e de renda influenciam negativamente o acesso aos cuidados de saúde.

A dependência de benefícios sociais por 43,8% das gestantes reflete um cenário de insuficiência econômica que, segundo Brasil (2022), pode limitar a busca por serviços especializados devido a custos indiretos, como transporte e perda de dias de trabalho.

A elevada proporção de gestantes provenientes da zona rural (55,4%) também é digna de destaque. A literatura aponta que mulheres em áreas rurais enfrentam barreiras geográficas e estruturais no acesso a serviços de saúde, incluindo o pré-natal de alto risco (SANTOS LKR, et al., 2024). Essa dificuldade é reforçada pela dependência de ambulâncias como principal meio de transporte para o hospital (38,8%), o que evidencia limitações na mobilidade e falta de infraestrutura local.

No que tange ao pré-natal, os dados mostram que 66,9% das gestantes não foram encaminhadas para acompanhamento de alto risco, embora houvesse situações de vulnerabilidade que justificassem tal cuidado. Esse dado é preocupante, uma vez que o pré-natal de alto risco está associado à redução de complicações obstétricas e neonatais, como demonstrado por Gouveia H.G et al., (2021).

Além disso, a realização insuficiente de consultas no pré-natal habitual (34,7% das gestantes com menos de três consultas) compromete a identificação precoce de riscos, conforme relatado por Fernandes JA, et al. (2020).

Dos desfechos maternos, por tipo de parto realizado, houve predomínio de cesariana em 82,6% dos casos e parto normal apenas 17,4% dos casos. É aceitável pelo Ministério da Saúde uma taxa de cesariana de uma maternidade de alto risco na faixa de 35% por mês (BRASIL, 2012).

Para Brasil (2022), A cesariana é uma cirurgia essencial e que salva vidas, porém pode colocar mulheres e bebês em risco desnecessário de problemas de saúde em curto e longo prazo, se uma indicação correta e necessária. Na América Latina e no Caribe, as taxas chegam a quatro em cada 10 (43%) nascimentos. Em cinco países, como a República Dominicana, Chipre, Brasil, Egito e Turquia, as cesarianas já ultrapassam os partos normais.

Maternidades isoladas de referência em alto risco em regiões mais distantes da capital tendem a ter taxas maiores de cesarianas, como é o caso da maternidade pesquisada. O quadro clínico das gestantes ao chegar na maternidade em sua maioria foi Pré-eclâmpsia (39,7%), seguida de Hemorragia pós-parto (5,8%), Eclâmpsia (4,1%), Síndrome HELLP (1,7%), Hiperglicemia (9,9%), e um número significativo encontravam-se estáveis (38,8%). Dessas 121 parturientes, 12,4% foram encaminhadas para internação na Unidade de Terapia intensiva pelo risco iminente de morte.

Do ponto de vista do desfecho final relacionado ao tipo de alta, constatamos que 98,3% receberam alta melhorada, porém 1,7% evoluiu a óbito materno. Dos óbitos maternos 50% teve como causa eclâmpsia e 50% por hemorragia pós-parto. A hemorragia é a principal causa de mortalidade no mundo, sendo a segunda causa a pré-eclâmpsia, já no Brasil essa relação se inverte (BRASIL, 2009).

A mortalidade materna é um indicador das condições de vida e assistência em saúde de uma população e a quase totalidade das mortes, cerca de 99%, ocorre em países em desenvolvimento. Nesta pesquisa podemos identificar vários determinantes sociais que levam a essa mortalidade como a falta de educação formal, alimentação adequada, suporte social e assistência sanitária.

Segundo a Nobrega AA (2020) o Brasil, apesar da melhoria significativa das taxas de mortalidade materna nos últimos anos, não cumpriu o compromisso de chegar em 2015 com no máximo 35 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos. E ainda tem regiões com a inaceitável ocorrência de 300 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos.

A morte materna tem grande impacto na vida da família, da comunidade, e da sociedade. Pois tem fatores agregadores ao papel social, econômico e nesses espaços a condução de seus filhos. A perda materna é incalculável para todos. Estabelecer estratégias para redução da morte materna é uma tarefa desde o planejamento reprodutivo, passando pelo pré-natal adequado, a assistência adequada ao parto e puerpério. Com estrutura e equipe treinada (FERNANDES JÁ, et al., 2020).

A análise dos desfechos neonatais revelou que 71,3% dos recém-nascidos apresentaram peso normal ao nascer, mas os casos de baixo peso foram significativamente mais comuns entre mães que realizaram apenas pré-natal de risco habitual. Esses achados corroboram os resultados de estudos que associam o baixo peso ao nascimento à insuficiência no acompanhamento pré-natal, especialmente em populações de baixa renda e baixa escolaridade (FLORENCIO TMB, et al., 2022).

Além disso, a proporção de recém-nascidos com Apgar baixo (12,3%) reflete possíveis falhas no manejo perinatal, uma vez que esse indicador está diretamente relacionado à qualidade do atendimento intraparto (GUEDES HM, et al., 2022).

A mortalidade fetal, que atingiu 8,2% dos casos, também é alarmante. A maior proporção de óbitos ocorreu entre gestantes que realizaram apenas o pré-natal de risco habitual (80%). Segundo Farias RV, et al. (2020), esse dado evidencia a insuficiência dos cuidados básicos para lidar com gestações de risco, reforçando a necessidade de integração entre serviços de atenção primária e especializada.

A literatura destaca que intervenções como uso de corticosteroides ante natais e monitoramento contínuo em pré-natal de alto risco podem reduzir significativamente os óbitos fetais e neonatais (FARIAS RV, et al., 2020; FERNANDES JÁ, et al., 2020).

Por fim, a percepção das gestantes sobre o pré-natal foi predominantemente positiva, com 71,9% avaliando o serviço como “bom”. Esse dado reflete os esforços dos serviços locais em garantir um atendimento mínimo, mas também indica uma possível subvalorização das próprias gestantes em relação à qualidade do serviço recebido.

Estudos como o de Pedroza DF e Lins ACL (2021) sugerem que populações mais vulneráveis tendem a ter expectativas reduzidas quanto à qualidade dos serviços de saúde, o que pode mascarar deficiências estruturais ou processuais nos cuidados ofertados.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo evidenciam que fatores socioeconômicos, demográficos e de acesso à saúde influenciam significativamente os desfechos obstétricos e neonatais. A predominância de gestantes jovens, de baixa escolaridade e renda, associada à insuficiência no acompanhamento pré-natal de alto risco, reflete desigualdades estruturais no cuidado materno-infantil. Apesar de indicadores positivos, como a alta proporção de nascimentos a termo e Apgar satisfatório, desafios como a elevada taxa de mortalidade fetal e os casos de baixo peso ao nascer apontam para a necessidade de políticas públicas integradas. Estas devem priorizar ações preventivas, qualificação da atenção primária e ampliação do acesso ao pré-natal especializado, de forma regulada, especialmente com foco em populações vulneráveis, além da necessidade de investir na qualificação atenção hospitalar de média e alta complexidade com oferta de pré-natal de alto risco, atendimento as urgências obstétricas e neonatais de qualidade. Tais medidas podem contribuir para melhorar a saúde materna e neonatal, reduzindo as desigualdades identificadas.

AGRADECIMENTOS

A Universidade Federal do Pará, ao Hospital e a Secretaria de Saúde do Município por todo apoio.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE AJM, et al. Saúde Reprodutiva e Prevenção de IST em Grupos Vulneráveis. Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE, 2025; 9(1): 121-133.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] – Brasília: 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf . Acessado em: 13 de abril de 2025.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal. — Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_mortalidade_perinatal.pdf . Acessado em: 28 de março de 2025.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Manual_obito_Infantil_Fetal.pdf. Acessado em: 28 de março de 2025.
5. BRASIL. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília: 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acessado em: 27 de março de 2025.
6. FARIAS RV, et al. Gravidez na adolescência e o desfecho da prematuridade: uma revisão integrativa de literatura. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2020; 56: e3977.
7. FERNANDES JA, et al. Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. Cadernos de Saúde Pública, 2020; 36(5): e00120519.
8. FLORÊNCIO TMB. Conhecimento de puérperas sobre saúde bucal materno-infantil. Research, Society and Development, 2022; 11(7): e39111729916.
9. GOUVEIA HG, et al. Semana de Enfermagem: cuidado de enfermagem às mulheres nos ciclos vitais. 2024.
10. GUEDES HM, et al. Gestação de alto risco: perfil epidemiológico e fatores associados com o encaminhamento para serviço especializado. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 2022; 12.
11. LIMA JG, et al. Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. Trabalho, Educação e Saúde, 2022; 20: e00616190.
12. NOBREGA AA, et al. Mortalidade perinatal no Brasil em 2018: análise epidemiológica segundo a classificação de Wigglesworth modificada. Cadernos de Saúde Pública, 2022.
13. PEDRAZA DF, LINS ACL. Complicações clínicas na gravidez: uma revisão sistemática de estudos com gestantes brasileiras. Ciência & Saúde Coletiva, 2021; 26: 5329-5350.
14. SANTOS LKR, et al. Iniquidades na assistência pré-natal no Brasil: uma análise interseccional. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2024; 34: e34004.
15. SILVA DJR, et al. O trabalho da/o assistente social em uma maternidade da região de saúde dos Caetés, Pará. Assistentes Sociais, 2019.
16. SILVEIRA MRPV, et al. Fatores de risco e complicações da gestação de alto risco: uma revisão de literatura. Revista Científica Multidisciplinar, 2023; 4(9): e493901.