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

Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes de alto risco do Piauí

High-risk pregnancy: clinical-epidemiological profile of high-risk pregnant women of Piauí

Embarazo de alto riesgo: perfil clínico-epidemiológico de gestantes de alto riesgo de Piauí

Nathália Eulálio Mereu[1], Yan Lucas Piauilino Benvindo Teixeira[1], Isaías Gonçalves Ferreira[1], Manuela Luiza de Souza Fernandes[1], Eliamara Barroso Sabino Nogueira[1], Carla Kelly Barroso Sabino[2].

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil clínico, socioeconômico e obstétrico das gestantes atendidas no ambulatório e na urgência obstétrica de uma maternidade pública de referência em alto risco, no estado do Piauí. **Métodos:** Tratou-se de um estudo transversal, retrospectivo e descritivo, de dados secundários levantados de prontuários de gestantes atendidas no setor de admissão da urgência obstétrica e no ambulatório de pré-natal de um hospital de referência de Teresina-PI. Foram coletados 387 prontuários, cujos dados foram analisados por meio de estatística descritiva. **Resultados:** Observou-se predominância de gestantes jovens, pardas, solteiras, com baixa escolaridade, renda inferior a um salário-mínimo e economicamente inativas. Clinicamente, as principais comorbidades foram pré-eclâmpsia, diabetes mellitus gestacional, hipertensão arterial crônica, obesidade e infecção do trato urinário. As variáveis “renda familiar” e “ocupação” apresentaram associação estatisticamente significativa com a presença de comorbidades. **Conclusão:** A vulnerabilidade social exerce papel central nos agravos relacionados à gestação de alto risco, sendo determinante para desfechos obstétricos negativos. Os achados reforçam a necessidade de políticas públicas voltadas à ampliação do acesso aos serviços de saúde e à integração entre os setores de saúde, educação e assistência social.

Palavras-chave: Gravidez de alto risco, Estudos epidemiológicos, Mortalidade materna.

ABSTRACT

Objective: Analyze the clinical, socioeconomic, and obstetric profile of pregnant women seen at the outpatient clinic and obstetric emergency department of a public high-risk reference maternity hospital in the state of Piauí. **Methods:** This was a cross-sectional, retrospective, and descriptive study of secondary data collected from the medical records of pregnant women attended at the obstetric emergency admission sector and the prenatal outpatient clinic of a reference hospital in Teresina-PI. A total of 387 medical records were collected, and the data were analyzed using descriptive statistics. **Results:** A predominance of young, brown-skinned, single pregnant women with low education, income below the minimum wage, and economically inactive was observed. Clinically, the main comorbidities were preeclampsia, gestational diabetes mellitus, chronic arterial

[1] Unifacid, Teresina – PI.
[2] UNIFACEMA, Caxias – MA.

SUBMETIDO EM: 3/2026 | **ACEITO EM: 4/2026** | **PUBLICADO EM: 5/2026**

hypertension, obesity, and urinary tract infection. The variables 'family income' and 'occupation' showed a statistically significant association with the presence of comorbidities. **Conclusion:** Social vulnerability plays a central role in adverse outcomes related to high-risk pregnancy, being a determinant for negative obstetric outcomes. The findings reinforce the need for public policies aimed at expanding access to health services and integrating the health, education, and social assistance sectors.

Keywords: High-risk pregnancy, Epidemiological studies, Maternal mortality.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el perfil clínico, socioeconómico y obstétrico de las gestantes atendidas en el ambulatorio y en la urgencia obstétrica de una maternidad pública de referencia en alto riesgo, en el estado de Piauí. **Métodos:** Se trató de un estudio transversal, retrospectivo y descriptivo, de datos secundarios extraídos de historias clínicas de gestantes atendidas en el sector de admisión de urgencia obstétrica y en el ambulatorio de control prenatal de un hospital de referencia de Teresina-PI. Se recopilaron 387 historias clínicas, cuyos datos fueron analizados mediante estadística descriptiva. **Resultados:** Se observó un predominio de mujeres jóvenes, de piel morena, solteras y embarazadas, con bajo nivel educativo, ingresos por debajo del salario mínimo y económicamente inactivas. Clínicamente, las principales comorbilidades fueron preeclampsia, diabetes mellitus gestacional, hipertensión arterial crónica, obesidad e infección del tracto urinario. Las variables 'ingreso familiar' y 'ocupación' mostraron una asociación estadísticamente significativa con la presencia de comorbilidades. **Conclusión:** La vulnerabilidad social juega un papel central en los resultados adversos relacionados con el embarazo de alto riesgo, siendo un determinante para los resultados obstétricos negativos. Los hallazgos refuerzan la necesidad de políticas públicas destinadas a ampliar el acceso a los servicios de salud e integrar los sectores de salud, educación y asistencia social.

Palabras clave: Embarazo de alto riesgo, Estudios epidemiológicos, Mortalidad materna.

INTRODUÇÃO

A gestação de alto risco é percebida quando se põe em risco a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto em relação à média da população geral. Aproximadamente 20% do total de gestações possui intercorrências, sendo denominada de alto risco. Nessa perspectiva, a avaliação do risco é um fator crucial para minimizar os danos à mãe e ao feto. Dessa forma, faz-se necessária a assistência à gestante, com o histórico detalhado, exame físico completo e exames laboratoriais a fim de vasculhar os possíveis prejuízos no decorrer da gestação. Não obstante, é inviável um bom ajuste pessoal e interpessoal na vida da mulher, com o propósito de reduzir as mazelas e vulnerabilidades também no quesito mental (GOMES RCM, 2020; TROMBETTA JB, 2019; FERREIRA SV, et al., 2019).

No Brasil, a atenção pré-natal tem como objetivo reduzir a mortalidade materno-infantil no país. Segundo o Ministério da Saúde (MS), o pré-natal deve ser acolhedor, sem intervenções desnecessárias e ifazer estratificações ativas do risco gestacional da gestante. Além de iniciado no primeiro trimestre, recomenda-se, pelo menos, uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro, totalizando seis consultas. Essas recomendações têm por objetivo melhorar as condições de atendimento às gestantes e possibilitar o rastreio de possíveis agravos para a futura gestação (COSTA LD, et al., 2016).

Ressalta-se, inclusive, que a assistência pré-natal, geralmente, apresenta-se como o primeiro contato das mulheres ao serviço de saúde. Nesse sentido, é de suma importância a organização e atendimento de primeiro contato por meio da utilização de conhecimentos técnico- científicos em um contexto de humanização para garantir a permanência desta gestante durante esse período crucial (REGO VM, et al., 2025). Entretanto, há problemáticas que falham nesse quesito, interferindo na qualidade e manutenção dessas consultas, como baixa cobertura, início tardio, distribuição inadequada de consultas, falta de informações sobre maternidade e referência para parto, entre outros. Tudo isso encarrega um aumento nas prevenções e otimizações das gestações que, por ventura não se enquadravam como alto risco, podem se tornar (MENDES RB, et al., 2020).

À luz desse pensamento, são escassos os estudos que buscam analisar o perfil clínico-epidemiológico das gestantes e associar aos fatores de risco relacionados à gestação de alto risco. Há um escopo limitado de pesquisas brasileiras que abordam esse tema, apesar de há muito tempo, buscam-se melhorias do sistema de saúde, sobretudo o da mulher e da criança, a exemplo disso, em 1984, houve a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, em que se elabora estratégias para melhorar a qualidade da assistência ofertada. Mais à frente, formulou-se o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o qual, desde então, trouxe impacto significativo na redução da mortalidade materna no país (BARRETO MS, et al., 2019).

Ademais, com o intuito de promover uma atenção à saúde mais adequada às gestantes, instituiu-se a Rede Cegonha, cuja portaria n° 1459, 24 de Junho de 2011, buscando alcançar um atendimento de qualidade e mais amplo. Nessa portaria estão inclusos desde o planejamento reprodutivo até os primeiros dois anos de vida da criança no Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa composição encontram-se: pré-natal, parto, nascimento, puerpério, assim como atenção integral à saúde da criança e sistema de transporte sanitário e regulação. Nessa perspectiva, essas ações buscam reduzir os agravos e potenciais causas de morbimortalidade materno-fetal (GUEDES H, et al., 2022).

Sendo assim, este trabalho buscou analisar o histórico gestacional e antecedentes pessoais das gestantes atendidas, analisar os fatores de risco associados à gestação, identificar as intercorrências clínicas observadas durante a gestação e avaliar as variáveis étnico-raciais, socioeconômicas e demográficas das gestantes. Visando a qualificação da assistência pré-natal e à integração entre os setores de saúde, educação e assistência social.

MÉTODOS

Estudo transversal, retrospectivo, descritivo e quantitativo, com dados secundários obtidos a partir de prontuários de gestantes atendidas no setor de admissão da urgência obstétrica e no ambulatório de pré-natal de alto risco de um serviço terciário em obstetrícia localizado na região Nordeste do Brasil. Trata-se de uma instituição pública de referência no atendimento a gestantes de alto risco oriundas de todo o estado do Piauí (GOV-PI, 2023).

O estudo foi submetido, analisado e aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa (CEP), sob CAAE n° 79137424.0.0000.5211 e parecer n° 6.874.639. A condução da pesquisa seguiu rigorosamente os critérios estabelecidos pela legislação nacional vigente (Resolução, N°466, de 12 de dezembro de 2012), a qual estabelece os pré-requisitos éticos e legais para a realização de pesquisas científicas envolvendo seres humanos.

A amostra dessa pesquisa foi composta por 387 prontuários. O cálculo amostral foi realizado com base na fórmula para estudos com proporções, conforme preconizado por Sampieri RH, et al. (2021) e Luiz RR e Magalhães M (2020), adotando-se nível de confiança de 95% (Z = 1,96), proporção esperada de 50% (p = 0,5) e margem de erro de 5% (e = 0,05).

A coleta de dados compreendeu atendimentos realizados no período de agosto de 2023 a julho de 2024. Foram incluídos todos os prontuários de gestantes atendidas no serviço de urgência obstétrica e no ambulatório de pré-natal de alto risco que apresentavam registros completos conforme instrumento de coleta. Foram excluídos prontuários com dados incompletos, inconsistentes ou ilegíveis.

Consideraram-se como prontuários completos aqueles que apresentavam registro adequado das variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, estado civil, raça/cor, renda e ocupação), antecedentes clínicos pessoais e obstétricos, bem como informações referentes à gestação atual e às intercorrências clínicas. Para garantir a padronização da coleta, foi elaborado previamente um instrumento estruturado contendo todas as variáveis de interesse, sendo os dados extraídos de forma sistemática e uniforme pelos pesquisadores envolvidos.

Os dados foram coletados por meio de formulário eletrônico elaborado na plataforma ‘’Google Forms’’, com aplicação presencial no núcleo de pesquisa do serviço terciário escolhido, no período de setembro de 2024 a janeiro de 2025. Posteriormente, os dados foram organizados em planilhas no Microsoft Excel versão 2007 e analisados no software *Jamovi.*

As variáveis foram organizadas em três blocos analíticos: (1) características sociodemográficas econômicas (idade, escolaridade, estado civil, raça/cor, renda e ocupação); (2) histórico obstétrico e reprodutivo (número de gestações, partos e abortos, idade gestacional e realização de pré-natal); e (3) condições clínicas e intercorrências gestacionais (comorbidades e antecedentes clínicos).

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas, apresentadas em tabelas. Para avaliação da associação entre variáveis sociodemográficas e a presença de comorbidades, foram utilizados testes estatísticos inferenciais, aplicando-se o teste do qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, conforme a adequação dos dados. Adotou-se nível de significância de 5% ($P < 0,05$).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra deste estudo foi composta por 387 gestantes atendidas no setor de urgência e no ambulatório de alto risco de um serviço terciário de referência em obstetrícia localizado no Nordeste brasileiro.

Tabela 1 - Análise do perfil sociodemográfico e econômico das gestantes atendidas na urgência e no ambulatório de alto risco da maternidade de referência (n= 387).

Variáveis	N (%)
Idade	
Menor de 14 anos	4 (1,0)
15 a 25 anos	80 (20,7)
26 a 34 anos	168 (43,4)
35 anos ou mais	135 (34,9)
Procedência	
Capital	212 (54,8)
Interior do Estado	160 (41,3)
Outros Estados	15 (3,9)
Escolaridade	
Analfabeto/ sem escolaridade	9 (2,3)
Ensino fundamental incompleto	61 (15,8)
Ensino Fundamental completo	26 (6,7)
Ensino Médio incompleto	41 (10,6)
Ensino Médio completo	212 (54,8)
Ensino Superior Completo ou mais	38 (9,8)
Estado Civil	
Solteira	246 (63,6)
Casada/ União consensual	135 (34,9)
Divorciada/ Viúva	6 (1,6)
Raça/ cor	
Branca	15 (3,9)
Preta	24 (6,2)
Parda	348 (89,9)
Renda Familiar	
Menos de 1 salário mínimo	316 (81,7)
Dois salários mínimos	61 (15,8)
Três salários mínimos	9 (2,3)
Quatro salários ou mais	1 (0,3)
Ocupação	
Desempregada	63 (16,3)
Estudante	14 (3,6)
Autônoma	15 (3,9)
Assalariada	92 (23,8)
Do lar	203 (52,5)

Legenda: N: número absoluto, %: porcentagem.
Fonte: Mereu NE, et al., 2026.

Conforme apresentado na **Tabela 1**, os resultados referentes ao perfil sóciodemográfico evidenciou predomínio de gestantes na faixa etária de 26 a 34 anos, 43,4% (N=168), caracterizando um perfil majoritariamente jovem, dado que concorda com o estudo realizado também no Paraná (DALLA, 2016). Observou-se, ainda, uma baixa frequência, 1% (N=4), de gestantes com idade inferior a 14 anos, enquanto 34,9% (N=135) tinham idade maior que 35 anos. Esse último achado evidencia proporção relevante de gestações tardias, as quais têm sido relacionadas a desfechos adversos maternos e neonatais, como baixo peso ao nascer, baixo índice de APGAR, prematuridade e maior ocorrência de partos cirúrgicos (GRAVENA AAF, et al., 2013).

A proporção de gestações tardias, definidas como gestações ocorridas com idade maior que 35 anos, superou a gravidez na adolescência precoce, conferida como sendo a que ocorre antes dos 16 anos de idade (MAGALHÃES MLC, et al., 2006). As possíveis explicações para a maior ocorrência de gestações em idades mais avançadas são: maior nível socioeconômico, maior nível educacional, maior participação da mulher no mercado de trabalho, menor paridade, avanços da reprodução artificial, o casamento adiado e as taxas de divórcio seguidas por novas uniões (GONÇALVES, 2016).

Dessa maneira, quando se analisa os dados da **Tabela 1**, 54,8% (N=212) eram naturais da capital do Estado; 89,9% (N=348) eram pardas; 54,8% (N=212) possuíam ensino médio completo e 63,6% (N=246) eram solteiras. Com relação às variáveis econômicas, verificou-se que 52,5% (N=203) eram do lar e 81,7% (N=316) tinham renda de menor que 1 salário-mínimo. Os resultados desse estudo mostram que a amostra apresenta características que corroboram com outros estudos realizados com gestantes atendidas nos serviços públicos de saúde do Brasil, com predomínio de mulheres jovens, pardas, que convivem com o parceiro e economicamente inativas (DOMINGUES, 2015).

Os dados socioeconômicos das gestantes de alto risco analisadas revelam que o perfil do serviço é marcado por condições sociais desfavoráveis, com poucos anos de estudo, renda precária, baixa inserção no mercado de trabalho. Estes resultados são semelhantes aos encontrados em estudos realizados em mais de um a capital no Nordeste, em Santa Catarina e no Paraná. O perfil demográfico e socioeconômico das gestantes pode influenciar a saúde obstétrica e neonatal, pois estudos associam estas características com desfechos maternos e neonatais negativos (SANTOS, 2016).

Tabela 2 - Análise dos fatores gestacionais e obstétricos das gestantes atendidas na urgência e no ambulatório de alto risco da maternidade de referência, Teresina, 2025 (n= 387).

Variáveis	N (%)
Gestações	
Uma	73 (18,9)
Duas	91 (23,5)
Três ou mais	223 (57,6)
Quantidade de partos	
0	48 (12,4)
1	116 (30,0)
2	109 (28,2)
3	67 (17,3)
4 ou mais	47 (12,1)
Quantidade de abortos	
0	242 (64,4)
1	76 (20,2)
2	36 (9,6)
3 ou mais	22 (5,9)
Idade Gestacional da 1º consulta de alto risco	
Até 13 semanas	79 (20,4)
13 a 25 semanas	198 (51,2)
26 a 29 semanas	40 (10,3)
30 a 33 semanas	28 (7,2)
34 a 36 semanas	24 (6,2)
37 a 41 semanas	17 (4,4)
42 ou mais	1 (0,3)
Idade Gestacional do Parto	
26 a 29 semanas	4 (1,0)
30 a 33 semanas	13 (3,4)
34 a 36 semanas	56 (14,5)
37 a 41 semanas	200 (51,7)
Parto ainda não ocorreu ou não ocorreu na Maternidade	114 (29,5)
Realizou pré-natal?	
Sim (pelo menos 6 consultas)	276 (71,3)
Não	82 (21,2)
Não informado	29 (7,5)
Quantidade de Fetos	
Um	369 (95,3)
Dois	18 (4,7)

Legenda: N: número absoluto, %: porcentagem.
Fonte: MEREU NE, et al., 2026.

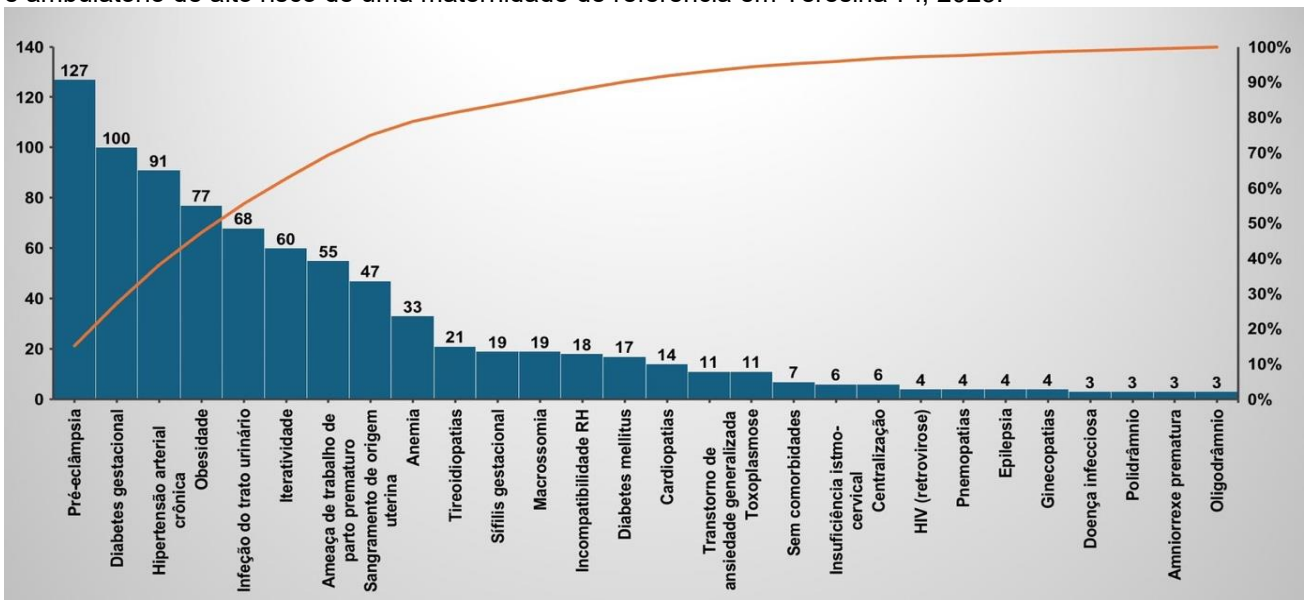
Dessa maneira, quando se analisa os fatores gestacionais e obstétricos das pacientes presentes na **Tabela 2,** observa-se predomínio de multigestas, sendo 57,6% (N=223) das gestantes com três gestações ou mais, além de 30% (N=116) com pelo menos dois partos e 64,4% (N=242) sem histórico de abortamento. Esse padrão sugere uma população com elevada experiência reprodutiva, o que pode estar associado tanto à maior exposição cumulativa a fatores de risco quanto à maior probabilidade de desenvolvimento de condições obstétricas que demandam acompanhamento especializado. Estudos têm mostrado que mulheres indígenas e pretas, baixos níveis de escolaridade, maior número de gestações e mulheres residentes na Região Norte e Nordeste são importantes barreiras para o início precoce da assistência pré-natal (DOMINGUES, 2015).

No que diz respeito à assistência pré-natal, 51,2% (N=198) estavam entre 13 e 25 semanas quando iniciaram o pré-natal de alto risco, indicando início relativamente tardio do seguimento especializado. Apesar disso, 71,3% (N=276) realizaram pré-natal, com pelo menos 6 consultas, e 51,7% (N=200) evoluíram para o parto entre 37 e 41 semanas, caracterizado como tempo ideal a termo, o que pode refletir adesão satisfatória ao acompanhamento após o ingresso no serviço. Em conjunto, esses achados evidenciam possíveis

fragilidades no acesso precoce ao pré-natal de alto risco, ao mesmo tempo em que sugerem adequada continuidade e assiduidade do cuidado entre as gestantes que conseguiram ingressar no serviço. Tal cenário reforça a importância da articulação entre os níveis de atenção à saúde, especialmente no encaminhamento correto e em tempo hábil e oportuno dessas gestantes que possuem fatores de risco, visando otimizar os desfechos maternos e perinatais. Um estudo realizado a partir de dados da Pesquisa Nascer no Brasil que analisou a assistência a assistência pré-natal oferecida às gestantes usuárias de serviços de saúde públicos e/ou privados do país, verificou que 75,8% de mulheres também iniciaram o pré-natal tardiamente, até a 16ª semana de gestação (VIELLAS, 2014).

De acordo com as recomendações da Rede Cegonha, o pré-natal deve ser iniciado até a 12ª semana de gestação com número mínimo de seis consultas. Quando iniciada precocemente, a assistência pré-natal pode contribuir para desfechos maternos e fetais favoráveis, mediada pela identificação e tratamento das afecções e o controle dos fatores de risco.

Gráfico 1 - Antecedentes clínicos e gestacionais das pacientes atendidas no setor de admissão de urgência e ambulatório de alto risco de uma maternidade de referência em Teresina-PI, 2025.



Fonte: Mereu NE, et al., 2026.

No que tange ao **Gráfico 1**, que apresenta os antecedentes clínicos e gestacionais das gestantes atendidas, foram contabilizadas um total de 835 respostas. Isso ocorre em razão da possibilidade da múltipla escolha de respostas ao responder o questionário, uma vez que cada gestante poderia apresentar mais de uma patologia vigente.

Observa-se que as condições mais prevalentes, no contexto das 5 primeiras, foram: pré-eclâmpsia com n = 127 (22,3%) de casos, diabetes melittus gestacional (DMG) com n = 100 (17,6%), hipertensão arterial crônica, n = 91 (16%), obesidade, n = 77 (13,5%), e infecção do trato urinário (ITU), n = 68 (12%). Esses cinco agravos acumulam o maior número de comorbidades pelas quais as gestantes são encaminhadas para os setores de alto risco da Maternidade, evidenciando um perfil clínico marcado pela predominância de doenças hipertensivas e metabólicas. E isso demonstra a relevância em se tratando dos riscos obstétricos da população estudada.

A comorbidade que predominou dentre todas foi a pré-eclâmpsia, a qual reflete dados estatísticos similares em relação a outras regiões nacionais. Nesse sentido, por exemplo, no estudo de Santos *et.al* (2020), as doenças hipertensivas na gestação corresponderam a 32,5% do total de casos encaminados para o setor de alto risco. Enquanto que, de acordo com Lopes et al., (2019), em Campo Grande (MS) observaram-se uma prevalência de 40% em relação a esse agravo.

Além disso, a elevada prevalência de diabetes gestacional (17,6%) também está em concordância com o perfil nacional, uma vez que, segundo dados do Ministerio da Saúde (Vigitel, 2021), o valor referente à quantidade de mulheres com diabetes está no mesmo regime crescente. Ao passo em que, o estudo de Ferreira et al. (2018), em Uberlândia (MG), revelou que DMG está presente em 20% das gestantes de alto risco, um índice relativamente próximo ao encontrado no neste estudo.

Outra comorbidade presente e em grande contingente no estudo foi a hipertensão arterial crônica (16%). Associada a isso, há o alto número de gestantes com obesidade (13,5%), revelando uma preocupação em relação aos fatores metabólicos e cardiovasculares no prejuízo da saúde materna, o que pode contribuir para maior complexidade no manejo clínico seguro. Dados da Vigitel (2021) mostraram que a prevalência da hipertensão crônica nas gestantes na população brasileira adulta é de 26,4%. Enquanto que a obesidade afeta cerca de 29,5% das mulheres, demonstrando que essas situações quando não bem tratadas e acompanhadas podem contribuir para elevação do risco obstétrico.

Outrossim, por fim, a quinta condição na qual as gestantes apresentaram maior risco foi a infecção do trato urinário (12%). Nesse viés, o estudo de Silva et al. (2021), revelou que uma porcentagem semelhante, 17%, em Belém (PA), das gestantes apresentando ITU como queixa, culminando para maiores riscos relacionados a essa patologia: parto prematuro, baixo peso ao nascer e pielonefrite.

Nesse aspecto, esses resultados estão em concordância com diferentes contextos brasileiros, apresentando que esses agravos, hipertensão e outros distúrbios metabólicos como os principais desafios no binômio mãe feto e a saúde deles (SANTOS et al., 2020; FERREIRA et al., 2018; LOPES et al., 2019; SILVA et al., 2021). Esses resultados são reflexo não apenas de determinantes biológicos, mas também de sociais e econômicos que percorrem o conjunto de agravos aos quais as classes com baixa escolaridade, erro alimentar, sedentarismo, acesso limitado aos serviços de saúde e aumento da idade materna, mais sofrem. Portanto, impactando direta e indiretamente no desenvolvimento de tais condições clínicas.

Tabela 3 - Associação do perfil sociodemográfico com os antecedentes clínicos e gestacionais das gestantes atendidas na urgência e no ambulatório de alto risco da maternidade de referência, Teresina, 2025 (n=387). (Anexo 1).

	Antecedentes clínicos e gestacionais																					
Variáveis	**Diabetes Gestacional N (%)**	**Hipertensão Arterial Crônica N (%)**	**Pré-eclâmpsia N (%)**	**DPP N (%)**	**Diabetes Mellitus N (%)**	**Ameaça de Trabalho de parto prematuro N (%)**	**Depressão / Ansiedade N (%)**	**Sífilis Gestacional N (%)**	**Idade Materna avançada N (%)**	**Incompatibilidade RH N (%)**	**Toxoplasmose N (%)**	**Anemia Falciforme N (%)**	**ITU N (%)**	**Tireoidopatia N (%)**	**Obesidade N (%)**	**Epilepsia N (%)**	**Interatividade N (%)**	**Aborto prévio/ Natimorto N (%)**	**Amniorrexe prematura N (%)**	**Malformação fetal N (%)**	**IIC N (%)**	**Outros N (%)**	**Valor de P**
Idade																							0,489
Menor de 14 anos	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,7)	1 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
15 a 25 anos	20 (25,0)	14 (18,2)	11 (18,0)	2 (7,4)	1 (20,0)	2 (15,4)	1 (10,0)	3 (37,5)	1 (14,3)	2 (28,6)	0 (0,0)	4 (57,1)	5 (17,2)	1 (33,3)	4 (30,8)	2 (66,7)	1 (33,3)	1 (12,5)	2 (66,7)	3 (42,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	
26 a 34 anos	36 (45,0)	31 (40,3)	26 (42,6)	14 (51,9)	0 (0,0)	5 (38,5)	6 (60,0)	3 (37,5)	4 (57,1)	3 (42,9)	5 (71,4)	1 (14,3)	13 (44,8)	2 (66,7)	5 (38,5)	1 (33,3)	1 (33,3)	4 (50,0)	0 (0,0)	3 (42,9)	1 (25,0)	4 (80,0)	
35 anos ou mais	23 (28,7)	32 (41,6)	24 (39,3)	11 (40,7)	4 (80,0)	5 (38,5)	2 (20,0)	2 (25,0)	2 (28,6)	2 (28,6)	2 (28,6)	2 (28,6)	10 (34,5)	0 (0,0)	4 (30,8)	0 (0,0)	1 (33,3)	3 (37,5)	1 (33,3)	1 (14,3)	3 (75,0)	1 (20,0)	
Procedência																							0,347
Capital	56 (70,0)	42 (54,5)	28 (45,9)	13 (48,1)	2 (40,0)	7 (53,8)	3 (30,0)	4 (50,0)	4 (57,1)	5 (71,4)	5 (71,4)	2 (28,6)	16 (55,2)	1 (33,3)	6 (46,2)	2 (66,7)	3 (100,0)	2 (25,0)	3 (100,0)	3 (42,9)	3 (75,0)	2 (40,0)	
Interior do Estado	20 (25,0)	32 (41,6)	32 (52,5)	14 (51,9)	3 (60,0)	6 (46,2)	6 (60,0)	3 (37,5)	3 (42,9)	1 (14,3)	1 (14,3)	4 (57,1)	11 (37,9)	2 (66,7)	7 (53,8)	1 (33,3)	0 (0,0)	6 (75,0)	0 (0,0)	4 (57,1)	1 (25,0)	3 (60,0)	
Outros Estados	4 (5,0)	3 (3,9)	1 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	1 (14,3)	1 (14,3)	1 (14,3)	2 (6,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Escolaridade																							0,069
Analfabeto/ sem escolaridade	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (9,8)	2 (7,4)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ensino fundamental incompleto	13 (16,3)	11 (16,3)	9 (14,8)	6 (22,2)	1 (20,0)	5 (38,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,3)	1 (14,3)	2 (28,6)	1 (14,3)	4 (13,8)	1 (33,3)	3 (23,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	1 (14,3)	0 (0,0)	1 (20,0)	
Ensino Fundamental completo	6 (7,5)	2 (2,6)	1 (1,6)	5 (18,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,9)	0 (0,0)	1 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (37,5)	1 (33,3)	2 (28,6)	1 (25,0)	1 (20,)	
Ensino Médio incompleto	7 (8,8)	12 (15,6)	5 (8,2)	0 (0,0)	1 (20,0)	1 (7,7)	0 (0,0)	2 (25,0)	2 (28,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,3)	5 (17,2)	0 (0,0)	2 (15,4)	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ensino Médio completo	49 (61,3)	45 (58,4)	33 (54,1)	10 (37,0)	1 (20,0)	7 (53,8)	7 (70,0)	3 (37,5)	2 (28,6)	6 (85,7)	4 (57,1)	5 (71,4)	14 (48,3)	2 (66,7)	7 (53,8)	2 (66,7)	2 (66,7)	3 (37,5)	1 (33,3)	3 (42,9)	3 (75,0)	3 (60,0)	
Ensino Superior Completo ou mais	5 (6,3)	7 (9,1)	7 (11,5)	4 (14,8)	1 (20,0)	0 (0,0)	3 (30,0)	2 (25,0)	2 (28,6)	0 (0,0)	1 (14,3)	0 (0,0)	4 (13,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Estado Civil																							0,219
Casada	29 (36,3)	26 (33,8)	22 (36,1)	12 (44,4)	3 (60,0)	2 (15,4)	6 (60,0)	3 (37,5)	1 (14,3)	4 (57,1)	3 (42,9)	2 (28,6)	8 (27,6)	0 (0,0)	3 (23,1)	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (12,5)	0 (0,0)	5 (71,4)	1 (25,0)	2 (40,0)	
Solteira	50 (62,5)	50 (64,9)	38 (62,3)	15 (55,6)	2 (40,0)	11 (84,6)	3 (30,0)	5 (62,5)	6 (85,7)	3 (42,9)	4 (57,1)	5 (71,4)	20 (69,0)	2 (66,7)	10 (76,9)	2 (66,7)	2 (66,7)	7 (87,5)	3 (100,0)	2 (28,6)	3 (75,0)	3 (60,0)	
Divorciada	1 (1,3)	1 (1,3)	1 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,4)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Raça																							0,754
Parda	71 (88,8)	68 (88,3)	52 (85,2)	24 (88,9)	5 (100,0)	11 (84,6)	10 (100,0)	7 (87,5)	5 (71,4)	6 (85,7)	7 (100,0)	7 (100,0)	28 (96,6)	3 (100,0)	13 (100,0)	2 (66,7)	3 (100,0)	8 (100,0)	2 (66,7)	7 (100,0)	4 (100,0)	5 (100,0)	
Preta	3 (3,8)	7 (9,1)	6 (9,8)	1 (3,7)	0 (0,0)	2 (15,4)	0 (0,0)	1 (12,5)	1 (14,3)	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Branca	6 (7,5)	2 (2,6)	3 (4,9)	2 (7,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Renda Familiar																							**< 0,001**
< 1 salário	66 (82,5)	72 (93,5)	44 (72,1)	16 (59,3)	4 (80,0)	11 (84,6)	9 (90,0)	6 (75,0)	4 (57,1)	6 (85,7)	4 (57,1)	7 (100,0)	25 (86,2)	2 (66,7)	11 (84,6)	2 (66,7)	2 (66,7)	7 (87,5)	2 (66,7)	7 (100,0)	4 (100,0)	5 (100,0)	
2 salários	10 (12,5)	4 (5,2)	16 (26,2)	10 (37,0)	1 (20,0)	2 (15,4)	1 (10,0)	1 (12,5)	3 (42,9)	1 (14,3)	3 (42,9)	0 (0,0)	4 (13,8)	1 (33,3)	2 (15,4)	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
3 salários	4 (5,0)	1 (1,3)	1 (1,6)	1 (3,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
4 ou mais salários	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ocupação																							**< 0,001**
Assalariada	20 (25,0)	18 (23,4)	9 (14,8)	3 (11,1)	1 (20,0)	5 (38,5)	1 (10,0)	3 (37,5)	3 (42,9)	1 (14,3)	3 (42,9)	2 (28,6)	7 (24,1)	2 (66,7)	5 (38,5)	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (37,5)	0 (0,0)	2 (28,6)	1 (25,0)	0 (0,0)	
Desempregada	47 (58,8)	16 (20,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Estudante	6 (7,5)	2 (2,6)	2 (3,3)	1 (3,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Autônoma	2 (2,5)	3 (3,9)	4 (6,6)	2 (7,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (10,3)	0 (0,0)	1 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Do lar	5 (6,3)	38 (49,4)	46 (75,4)	21 (77,8)	4 (80,0)	8 (61,5)	9 (90,0)	4 (50,0)	4 (57,1)	6 (85,7)	4 (57,1)	4 (57,1)	19 (65,5)	1 (33,3)	6 (46,2)	2 (66,7)	1 (33,3)	5 (62,5)	3 (100,0)	5 (71,4)	3 (75,0)	5 (100,0)	

Fonte: Mereu NE, et al., 2026.

A **Tabela 3** apresenta a análise estatística da associação entre variáveis sociodemográficas e os principais fatores de risco clínico-obstétricos entre gestantes de alto risco atendidas no serviço terciário de referência em obstetrícia, localizado em Teresina - PI. Observou-se associação estatisticamente significativa entre renda familiar e presença de comorbidades, com valores de $p < 0,001$. Gestantes com renda inferior a um salário-mínimo apresentaram maior prevalência de agravos como diabetes mellitus gestacional (82,5%, N=66) hipertensão arterial crônica (93,5%, N=72), ameaça de parto prematuro e infecção do trato urinário, reforçando a correlação entre vulnerabilidade econômica e maior risco gestacional.

Nesse contexto, a limitação de recursos financeiros pode impactar negativamente o acesso oportuno e contínuo aos serviços de saúde, dificultando tanto o início precoce quanto a adequada adesão. Dessa forma, o conjunto desses fatores reforça a compreensão de que o risco obstétrico ultrapassa a dimensão biológica, estando profundamente relacionado aos determinantes sociais de saúde. Resultados semelhantes foram relatados por Santos et al., *(*2020), que identificaram correlação entre baixa renda e maior ocorrência de agravos na gestação em serviços públicos do Nordeste brasileiro. De forma semelhante, a variável ocupação apresentou associação significativa com os desfechos analisados ($p < 0,001$). Gestantes desempregadas ou do lar concentraram a maior parte dos casos de hipertensão crônica, pré-eclâmpsia e diabetes gestacional. A ausência de vínculo formal de trabalho pode indicar maior dependência econômica e menor acesso à informação, cuidados e autonomia para práticas de autocuidado, como também destacado por Ferreira et al. (2018).

Já as variáveis idade materna, escolaridade, estado civil, procedência e raça/cor, apesar de serem tradicionalmente associadas a desfechos gestacionais relevantes, não apresentaram significância estatística ($p > 0,05$) neste estudo. Esses dados sugerem que, no contexto analisado, as condições socioeconômicas mostraram-se mais determinantes que aspectos demográficos isolados. Estudos anteriores também sugerem que o risco obstétrico se acentua frente à interseção entre múltiplas vulnerabilidades sociais (BARRETO et al., 2019; DOMINGUES et al., 2015).

Em suma, a associação significativa entre renda familiar e ocupação com a presença de comorbidades evidencia que a vulnerabilidade social atua como um importante determinante do risco gestacional. Gestantes com menor renda e sem vínculo formal de trabalho tendem a enfrentar barreiras estruturais, como dificuldades de acesso aos serviços de saúde, menor autonomia para o autocuidado e maior exposição a fatores de risco, como alimentação inadequada e sobrecarga física e emocional. Esse cenário contribui não apenas para o surgimento, mas também para o agravamento de condições clínicas durante a gestação. Paralelamente, o início tardio do pré-natal especializado, observado em parcela expressiva da amostra, compromete o rastreio precoce de agravos e a implementação oportuna de condutas terapêuticas, favorecendo a evolução para quadros mais complexos. Tal achado sugere fragilidades no fluxo de encaminhamento e na capacidade de identificação precoce do risco na atenção primária. Nesse sentido, os resultados reforçam a necessidade de fortalecimento da rede de atenção à saúde da mulher, com integração efetiva entre atenção primária, serviços especializados e assistência social, visando garantir acompanhamento contínuo, equitativo e centrado nas necessidades dessas gestantes.

CONCLUSÃO

Este estudo foi capaz de traçar o perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em Teresina-PI. Evidenciou a predominância de gestantes jovens, pardas, solteiras, com baixa escolaridade, renda inferior a um salário-mínimo e em sua maioria economicamente inativas, perfil que reforça a vulnerabilidade social como um fator determinante nos desfechos materno-fetais adversos. Do ponto de vista clínico, destacaram-se como principais comorbidades a pré-eclâmpsia, diabetes mellitus gestacional, hipertensão arterial crônica, obesidade e infecção do trato urinário. Este estudo também revelou associações significativas entre renda familiar e ocupação com a presença de comorbidades, evidenciando o impacto das condições socioeconômicas no agravamento do risco gestacional. Por outro lado, variáveis como idade, escolaridade e estado civil, embora tradicionalmente citadas na literatura, apresentaram uma menor associação, sugerindo que o risco obstétrico está mais diretamente vinculado à vulnerabilidade social. Diante disso, reforça-se a importância de políticas públicas voltadas à ampliação do acesso a cuidados obstétricos

de qualidade, com especial atenção à estratificação precoce do risco gestacional, à qualificação da assistência pré-natal e à atuação intersetorial voltada à melhoria das condições de vida das gestantes.

REFERÊNCIAS

1. BIREME. Importância Do Pré-Natal | Biblioteca Virtual Em Saúde MS. Disponível em: Https://Bvsms.saude.gov.br/, bvsms.saude.gov.br/importancia-do-pre-natal/. Acessado em: 1 de abril de 2024.
2. BARRETO MS, et al. Vulnerability of high-risk pregnancy in the perception of pregnant women and their families. Rev Rene, 2019; 20: e40207.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de gestação 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. Acessado em: 1 de abril de 2024.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/. Acessado em: 20 de junho de 2025.
5. BRASIL. Portaria n° 1459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acessado em: 29 de agosto de 2024.
6. COSTA LD, et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. Cogitare Enfermagem, 2016; 21(2): 1–8.
7. DOMINGUES RMSM, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. Revista Panamericana de Salud Publica, 2015; 37 (3): 140–147.
8. FERNANDES JA, et al., Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. Cadernos de Saúde Pública, 2020; 36 (5): e00120519.
9. FERREIRA MTA, et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco em hospital universitário. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2018; 18(3): 573–581.
10. FERREIRA SV, et al. Cuidado de enfermagem na ótica das gestantes de alto risco. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, 2019; 7(2).
11. GOMES RCM, et al. Análise do conceito “binômio mãe-feto” da taxonomia da NANDA-I em gestantes de alto risco: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, 2020; 73: e20190649.
12. GONÇALVE ZR, MONTEIRO DL. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. Femina, 2012; 40 (5): 275–279.
13. GRAVENA AAF, et al. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. Acta Paulista Enfermagem, 2013; 26(2): 30–135.
14. GUEDES H, et al. Vista Do Gestação de Alto Risco: Perfil Epidemiológico E Fatores Associados Com O Encaminhamento Para Serviço Especializado. Revista De Enfermagem Do Centro-Oeste Mineiro, 2022; 12.
15. LOPES ELC, et al. Perfil clínico e obstétrico de gestantes de alto risco atendidas em um hospital universitário. Revista de Enfermagem UFPE, 2019; 13(2): 491–498.
16. LUIZ RR, MAGALHÃES, M. Epidemiologia e bioestatística na pesquisa em saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2020.
17. MAGALHÃES MLC, et al. Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos? Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia, 2006; 28 (8): 446–452.
18. MENDES RB, et al. Evaluation of the quality of prenatal care based on the recommendations prenatal and birth Humanization Program. Ciênc Saúde Coletiva, 2020; 25(3): 793-804.
19. NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Sobre o nosso trabalho para alcançar os objetivos do desenvolvimento sustentável no Brasil. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/sdgs. Acessado em: 13 de abril de 2024.
20. REGO VM, et al. Percepção da puérpera sobre a assistência de enfermagem obstétrica no centro de parto normal. Enferm Foco, 2025; 16: e-2025056.
21. SAMPIERI RH, et al. Metodologia de pesquisa. 6. ed. Porto Alegre: Penso, 2021.
22. SANTOS EP, et al. Mortality among children under the age of one: analysis of cases after discharge from maternity. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2016; 50 (3): 390–398.
23. SANTOS TMR, et al. Características sociodemográficas e clínicas de gestantes de alto risco em Fortaleza-CE. Revista de Saúde Pública do Ceará, 2020; 9(1): 45–52.
24. SILVA DR, et al., Aspectos clínicos e epidemiológicos de gestantes de alto risco em um centro de referência no Norte do Brasil. Revista Pan-Amazônica de Saúde, 2021; 12: e202100364.
25. TROMBETTA JB, et al. Fatores associados à qualidade de vida em gestantes de alto risco. Arquivos Catarinenses de Medicina, 2019; 76–87.
26. VIELLAS EF, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2014; 30(1): S85–S100.