
ARTIGO ORIGINAL

PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO DO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ - DR. HOMERO DE MIRANDA GOMES NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2021 A DEZEMBRO DE 2021**PROFILE OF PREGNANT WOMEN ATTENDED AT THE HIGH-RISK PREGNANCY OUTPATIENT CLINIC OF THE REGIONAL HOSPITAL OF SÃO JOSÉ - DR. HOMERO DE MIRANDA GOMES FROM JANUARY 2021 TO DECEMBER 2021**Amanda Mallmann Piva¹Marielle Alessandra S. Marçal²Paulo Fernando Brum Rojas³Raquel Gomes Aguiar da Silva⁴DOI: <https://doi.org/10.63845/qtndzp22>**RESUMO****OBJETIVO:** Avaliar o perfil das gestantes atendidas no ambulatório de gestação de alto risco do HRSJ.**MÉTODOS:** Estudo epidemiológico observacional de delineamento transversal, realizado no ambulatório de gestação de alto risco do Hospital Regional de São José, com as pacientes que realizaram consulta pré-natal no último ano (janeiro a dezembro de 2021). O tamanho amostral total foi de 299 pacientes. A coleta de dados foi executada através do acesso eletrônico aos prontuários do banco de dados do referido ambulatório. **RESULTADOS:** O perfil traçado a partir da amostra total analisada (n=299) apresentou, nas características sociodemográficas (tabela 1), uma prevalência de 53,2% para faixa etária de entre 24 e 34 anos, ensino médio completo (41,1%), com companheiro (70,5%) e de cor da pele branca (83,9%). Quanto às comorbidades e hábitos de vida, 26,4% obesas (n=78), 42,8% com história de DM gestacional (n=128) e 60,2% (n=180) apresentaram outras comorbidades. **CONCLUSÃO:** Os resultados deste estudo mostraram que predominaram gestantes adultas, brancas, vivendo com companheiro e com idade entre 24 e 34 anos. A DMG foi a comorbidade materna com maior frequência encontrada nas gestantes.**Descritores:** Prevalência; Gestantes; Gestação de alto risco.**ABSTRACT****OBJECTIVE:** To evaluate the profile of pregnant women treated at the high-risk pregnancy clinic of the HRSJ. **METHOD:** Observational epidemiological study with a cross-sectional design, carried out at the high-risk pregnancy outpatient clinic of the Hospital Regional de São José, with patients who underwent prenatal consultations in the last year (January to December 2021). The total sample size was 299 patients. Data collection was performed through electronic access to the medical records of the¹ Acadêmica de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina – Palhoça (SC) Brasil. E-mail: amandapiva.27@gmail.com² Acadêmica de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina – Palhoça (SC) Brasil. E-mail: marielleasmrca@gmail.com³ Docente do Curso de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina – Palhoça (SC) Brasil. E-mail: paulofernandorjas@gmail.com⁴ Docente do Curso de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina – Palhoça (SC) Brasil. E-mail: raquelaguilar1203@gmail.com

outpatient clinic's database. **RESULTS:** The profile drawn from the total sample analyzed (n=299) presented, in the sociodemographic characteristics (Table 1), a prevalence of 53.2% for the age group between 24 and 34 years old, complete high school (41.1%), with a partner (70.5%) and white skin color (83.9%). As for comorbidities and lifestyle habits, 26.4% were obese (n=78), 42.8% had a history of gestational DM (n=128) and 60.2% (n=180) had other comorbidities. **CONCLUSION:** The results of this study showed that adult pregnant women, white, living with a partner and with a satisfactory level of education predominated. In addition, it obtained a significant incidence of obesity, SAH and GDM.

Keywords: Prevalence; Pregnant women; High-risk pregnancy.

INTRODUÇÃO

A gestação é um processo que ocorre de maneira fisiológica na vida da mulher. O organismo materno se modifica no aspecto biopsicossocial, no entanto, na maioria dos casos a gravidez evolui sem intercorrências. Há um determinado número de gestantes que apresentam um maior risco de desenvolver complicações neste período, e quando estas acontecem denominam-se gestantes de alto risco⁽¹⁾.

A gestação de alto risco ocorre quando a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto tem maior probabilidade de ser afetada por alguma doença ou outra condição individual que possa repercutir na evolução da gravidez. Existem características individuais e condições maternas desfavoráveis para uma gestação: extremos de vida reprodutiva (<15 anos e >35 anos), altura inferior a 1,45m, peso (<45kg e >75kg), situação conjugal instável, conflitos familiares, anormalidades nos órgãos reprodutivos, baixa escolaridade, hábitos de vida (fumo, álcool e drogas), condições ambientais inadequadas, risco ocupacionais (esforço físico, alternância de horário, carga horária, exposição a agentes químicos, físicos e biológicos nocivos e estresse, histórico reprodutivo anterior (parto pré-termo, esterilidade/infertilidade, abortamento, recém-nascido com crescimento restrito ou malformado, morte perinatal, síndrome hemorrágica, hipertensão, nuliparidade e multiparidade, intervalo entre partos menor que dois anos ou maior que cinco anos, cirurgia uterina anterior e diabetes gestacional). Além de condições clínicas já existentes: endocrinopatias, hipertensão arterial, ginecopatias, cardiopatias, hemopatias, pneumopatias, epilepsia, nefropatias, doenças autoimunes e neoplasias. As doenças na gravidez atual, como, por exemplo, ganho ponderal inadequado, diabetes gestacional, hemorragias gestacionais, doenças infectocontagiosas, trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura, aloimunização, desvio de crescimento uterino, volume de líquido amniótico, número de fetos, insuficiência istmo-cervical, óbito fetal, também são prejudiciais para a saúde das gestantes^(1,2).

O estado emocional da gestante pode ter resultados desfavoráveis, aumentando o risco de baixa adesão ao pré-natal, pré-eclâmpsia, depressão pós-parto, suicídio e mudança na relação com o recém-nascido⁽³⁾.

Os principais fatores de risco para transtorno de depressão maior durante a gestação são: ansiedade, histórico preexistente de depressão, gravidez não planejada e/ou não desejada, história de violência e abuso físico e/ou sexual do parceiro, estresse e baixo suporte social⁽⁴⁾.

Sendo assim, gestações de alto risco podem produzir emoções negativas e vulnerabilidade ^(5,6), requerendo uma maior atenção à essas pacientes, quanto à saúde mental e suas consequências.

Por várias décadas, a saúde da mulher e da criança é estudada em todo o mundo e considerada prioritária no Brasil, no entanto os óbitos por complicações na gravidez e no parto ainda são frequentes ^(7,8).

Os óbitos maternos podem dar-se por causas maternas obstétricas diretas e indiretas. A morte materna obstétrica direta é decorrente de complicações durante a gestação, intraparto ou pós-parto, por condições clínicas maternas preexistentes e/ou por um desfecho desfavorável na condução do caso. Já, a morte materna obstétrica indireta é causada por patologias pré-existentes na gravidez ou que se manifestaram neste período ⁽⁹⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou em 2015 que a taxa de mortalidade materna mundial reduziu em 44% desde o ano de 1990. No entanto, a morte de mulheres relacionada a gestação, durante o parto e pós-parto ainda representa uma parcela alta. Estima-se que 830 mulheres vão a óbito todos os dias por motivos evitáveis, sendo a grande maioria delas ocasionadas em países em desenvolvimento ⁽¹⁰⁾. De acordo com os últimos dados no Brasil, em 2019, 480 mulheres vieram a óbito por causa materna obstétrica direta e indireta, sendo a eclâmpsia uma das causas mais recorrentes. Na Região Sul foram 40 óbitos, no mesmo período. Segundo os dados preliminares de 2020, até o momento foram registradas 471 mortes maternas no Brasil, sendo 45 ocorridas na Região Sul ⁽¹¹⁾. Já em Santa Catarina, na Grande Florianópolis, em 2019, foi computado um total de 6 óbitos, sendo 1 destes ocorrido no Município de São José.

Considerando que a pesquisa foi realizada em um hospital referência em atendimento de pré-natal de alto risco, é de suma importância traçar o perfil das gestantes atendidas neste serviço. Assim, a identificação precoce das características maternas poderá favorecer o prognóstico gestacional minimizando os efeitos deletérios que tal condição traz ao binômio mãe-feto, formulando medidas preventivas e favorecendo a redução da morbidade e mortalidade. Portanto, o objetivo deste estudo é avaliar o perfil das gestantes atendidas no ambulatório de gestação de alto risco do Hospital Regional de São José – Dr. Homero de Miranda Gomes.

MÉTODOS

A presente pesquisa se trata de um estudo epidemiológico, observacional e delineamento transversal, que analisou dados registrados em prontuários do ambulatório de gestação de alto risco do Hospital Regional de São José – Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJ), localizado na Rua Adolfo Donato da Silva, S/N, no município de São José, Santa Catarina. Conforme a Portaria Nº 925 do Ministério da Saúde, em 23 de setembro de 2015, é um serviço habilitado como Referência em Atenção à Gestação de Alto Risco (GAR) ⁽¹²⁾.

A amostra foi constituída por todas as gestantes atendidas no ambulatório de gestação de alto risco do HRSJ no período de janeiro de 2021 a dezembro de 2021. O ambulatório do HRSJ é de

abrangência estadual, com média mensal de 30 novos atendimentos de pré-natal, com recorrência de três vezes por semana e exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Foram incluídas as 299 gestantes que realizaram consulta pré-natal no último ano, que representam o tamanho total da amostra utilizada neste estudo.

A coleta de dados foi executada através do acesso eletrônico aos prontuários do banco de dados do referido ambulatório, conforme disponibilização do guardião. As variáveis de interesse ao estudo foram coletadas, em instrumento específico para este estudo preparado com antecedência, a partir de registro no prontuário, o qual contempla dados clínicos, socioeconômicos, epidemiológicos e hábitos de vida das pacientes.

As variáveis independentes coletadas foram idade, escolaridade, estado civil, cor de pele, tabagismo, obesidade, alcoolismo, uso de drogas, paridade, aborto, tipos de parto, idade gestacional, início do pré-natal no 1º trimestre, número de consultas pré-natal, gestação gemelar, Transtorno Depressivo Maior (TDM), Transtorno de Ansiedade Generalizado (TAG), número de consultas no Pré-Natal de Alto Risco (PNAR).

A partir dos dados coletados dos prontuários, realizou-se a tabulação dos mesmos através do programa Microsoft 365 Excel e posteriormente realizou-se uma análise estatística mediante o programa IBM® *Statistical Package Social Science* (SPSS) – versão 20.0. Os dados foram tratados por meio da estatística descritiva (média, desvio padrão, frequência absoluta, frequência relativa, mediana e amplitude).

Toda a pesquisa obedeceu aos preceitos éticos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Res. nº 466/2012 (autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade), sendo submetida ao CEP-UNISUL e ao CEP (Hospital Regional de São José – Dr. Homero de Miranda Gomes), sendo os dados coletados após a liberação do Parecer Consubstanciado, aprovado com número de parecer 53430221.0.0000.5369.

RESULTADOS

O perfil traçado a partir da amostra total analisada (n=299) apresentou, nas características sociodemográficas (tabela 1), uma prevalência de 53,2% para faixa etária entre 24 e 34 anos, ensino médio completo (41,1%), gestantes com companheiro (70,5%) e de cor branca (83,9%). As idades menos prevalentes foram divididas em um grupo de 13 a 23 anos, que concentrou 16,7% (n=50), e outro de 35 a 45 anos, com 30,1% da amostra (n=90). Já a escolaridade variou entre 0,3% de analfabetas (n=1) e 99,7% de alfabetizadas (n=298).

Dentre as comorbidades e hábitos de vida das participantes (tabela 2), as prevalências encontradas foram 12,3% tabagistas (n=26), 26,4% obesas (n=78), 0,3% alcoólatras (n=1), 1,2% usuárias de drogas ilícitas (n=2), 14,8% com história de HAS prévia (n=44), 5,7% com história de HAS gestacional (n=17), 7% com história de DM prévia (n=21), 42,8% com história de DM gestacional

(n=128) e 2,3% HIV positivas (n=7). Além disso, um total de 60,2% (n=180) apresentaram outras comorbidades.

Nas características gestacionais (tabela 3), 9,1% tiveram gestação gemelar (n=27), 79,3% eram multigestas (n=237), 29,4% com história de aborto (n=88). Referente à idade gestacional em que a gestação de risco foi diagnosticada, 11,4% no 1º trimestre (n=34), 41,5% no 2º trimestre (n=124) e 47,2% no 3º trimestre (n=141). A investigação acerca do início do pré-natal mostrou que 88,4% (n=258) foi no 1º trimestre.

A maioria dos prontuários (98,7%) não registrou informações sobre TDM e TAG (tabela 4) (n=295). Os que continham tal informação (1,3%), era para diagnóstico positivo (n=4).

DISCUSSÃO

Na presente pesquisa constatou-se que a idade das gestantes foi de 13 a 45 anos, dados semelhantes foram observados em um estudo também realizado no Ambulatório de Gestação de Alto Risco do mesmo Hospital no ano de 2017, que identificou características sociodemográfica de 104 gestantes de alto risco, no qual a idade destas mulheres se encontrava entre as faixas etárias de 18 anos e 42 anos⁽¹³⁾. Em um estudo realizado no Acre que buscava analisar perfil clínico e epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal de alto risco da Maternidade Pública de Rio Branco, encontrou a mesma faixa etária⁽¹⁴⁾. Neste estudo do Acre, foi constatado que a maioria das gestantes tinham companheiro (81,7%) e se autodeclararam cor parda (78,5%)⁽¹⁴⁾, dados semelhantes foram analisados (70,2%) tinham companheiro, entretanto (83,9%) se declararam branca, tal fato pode-se explicar pela região etnográfica dos estudos. Observando-se os dados apresentados neste trabalho e confrontando com dados da literatura destaca-se que o fator idade é um elemento importante na gênese de patologias da gestação de alto risco.

Em relação às comorbidades e hábitos, um estudo epidemiológico elaborado com gestantes de alto risco da região central do Rio Grande do Sul demonstrou que as principais comorbidades que acometem as gestantes são a HAS atingindo cerca de 21% (n=49) e o DMG 12,9% (n=30)⁽¹⁵⁾. Tal achado corrobora os resultados encontrados nesta pesquisa onde 14,8% (n=44) dessas possui história de HAS prévia, 5,7% (n=17) com história de HAS gestacional, 7% (n=21) com história de DM prévia, 42,8% (n=128) com história de DM gestacional.

Notavelmente, as principais consequências do DMG são a cesariana, o desenvolvimento de pré-eclâmpsia e o risco de diabetes após o parto, hipoglicemia, prematuridade, macrosomia, distócia de ombro e morte perinatal⁽¹⁶⁾. Algumas mulheres desenvolvem problemas de saúde, sendo de comum ocorrência a síndrome hipertensiva (SH) entre as gestantes, podendo ocorrer em até 30% delas e é classificada como hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, hipertensão crônica sobreposta e hipertensão gestacional, representando condições maternas e perinatais, com alto risco de morbimortalidade perinatal. A SH é a segunda principal causa de morte materna em todo o mundo, depois da hemorragia

(17). Avaliando as consequências perinatais e pós-natais advindas tanto do DM prévio e do DM gestacional, bem como da HAS prévia e da HAS gestacional, ressalta-se há extrema necessidade do encaminhamento dessas gestantes para o ambulatório de gestação de alto risco, pois a detecção antecipada poderá favorecer o prognóstico gestacional minimizando os efeitos deletérios que tais condições trazem ao binômio mãe-feto

A pesquisa de Guerra, Valet e Alves, buscou avaliar o perfil de 178 gestantes atendidas no Hospital universitário de referência ao pré-natal de alto risco no Estado do Rio de Janeiro, onde foram avaliados o hábito de consumir bebida alcoólica, no qual 14 (7,9%) eram consumidoras, sendo 11 de consumo eventual e com relação ao tabagismo 11 (6,2%) eram fumantes. No caso do uso de drogas ilícitas nesta mesma pesquisa, 4 (2,25%) eram usuárias de drogas, sendo 1 usuária de crack, 2 eram usuárias de maconha e 1 era usuária de cocaína⁽¹⁸⁾. Dados semelhantes foram observados nas gestantes atendidas no ambulatório de gestação de alto risco do HRSJ, que mostrou para usuárias de drogas 1,2%, em contrapartida para consumo de álcool e tabagismo foram divergentes, respectivamente 0,3% e 12,3%. É provável que os resultados da nossa pesquisa não convergem com este estudo pela falta adequada do preenchimento dos prontuários, visto que entre população atendida na Maternidade do HRSJ estão presentes usuárias de drogas lícitas e ilícitas.

Ao se tratar de HIV, do total de 299 gestantes atendidas, 2,3% (n=7) tinham o diagnóstico de HIV e 97,7% (n= 291) não tinham a presença do vírus HIV. Ademais, um total de 60,2% (n=180) apresentaram outras comorbidades. A soropositividade para o HIV na gestação, tem diversas facetas, sendo as mais importantes, o estigma existente frente ao diagnóstico e a probabilidade de transmissão vertical⁽¹⁹⁾.

Quanto as características gestacionais 9,1% obtiveram gestação gemelar (n=27) e 90,9% feto único (n= 271), primigesta 20,4% (n=61), multigestas 79,3% (n=237) e com história de aborto 29,4% (n=88). Referente ao início do pré-natal a pesquisa demonstrou que 88,4% (n=258) foi no 1º trimestre. Em uma pesquisa realizada por Paiva, Nunes, Moreira e Ferreira com amostra de 536 prontuários, 32,1% são primigestas; 65,9% sem antecedentes de abortamento; e a idade gestacional durante a primeira consulta médica no PNAR tem predominância no 2º trimestre⁽²⁰⁾. Confrontando os dados observa-se que provavelmente tanto o sistema de referência quanto a escolaridade são fatores importantes para a adesão das gestantes ao serviço de pré-natal de alto risco, minimizando os efeitos adversos produzidos pelas patologias.

Grande parte das participantes do estudo não possuía características sociodemográficas que as tornassem vulneráveis à intercorrências durante o período gravídico, como escolaridade, idade materna e estado civil. Ademais, algumas informações não foram possíveis de serem contempladas durante a coleta de dados, devido à ausência dos registros. Com isso, algumas variáveis não foram totalizadas o valor n=299. Dessa forma, sugere-se a implementação de protocolo de atendimento que garanta a completude de todas as informações referentes às gestantes atendidas no serviço, informações estas, importantes para se saber o histórico clínico-obstétrico e sociodemográfico. Isso também foi

evidenciado na coleta dos dados quanto aos registros de TDM e TAG, onde 98,7% dos prontuários não possuía registros sobre saúde mental, dado importante para uma atenção multidisciplinar.

Diante da análise das comorbidades e hábitos de vida das gestantes atendidas, grande parte não possuíam fatores de risco para o desenvolvimento de desfechos desfavoráveis à gestação. Todavia, embora em pequeno percentual, foram encontrados registros de fatores de risco, o que reforça a assistência multiprofissional e interdisciplinar a esse público, garantindo assim a integralidade do cuidado.

Reforça-se a relevância da Estratégia Saúde da Família no contexto do pré-natal, com o devido referenciamento em tempo oportuno para o PNAR, fornecimento de orientações sobre o manejo clínico dessas gestantes e continuidade do pré-natal de alto risco no serviço de referência conjuntamente com a atenção primária e sobre a doença diagnosticada, bem como seus respectivos riscos e repercussões obstétricas.

Por fim, um pré-natal de qualidade é decisivo para a redução de comorbidades ou do agravamento de doenças prévias. A avaliação do perfil epidemiológico das gestantes auxilia no processo de identificação dos fatores de risco associados que levam a gestações de alto risco.

CONCLUSÃO

O estudo mostrou o predomínio de gestantes adultas (24 - 34 anos), multigestas, sem aborto prévio, com ensino médio completo, brancas, com companheiro, tendo iniciado o pré-natal no 1º trimestre e atendidas no ambulatório de alto risco no 3º trimestre.

A DM gestacional foi a comorbidade com maior frequência.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
2. Souza NL, Araújo ACPF, Costa ICC. **Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da grávidas e do parto prematura**. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(6): 1285 – 1292.
3. Dagklis T, Papazisis G, Tsakiridis I, Chouliara F. **Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women hospitalized in a high-risk pregnancy unit in Greece**. Soc Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2016; 51(7): 1025–1031.
4. Grigoriadis S. **Unipolar major depression during pregnancy: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis**. UpToDate [Internet]. 2019 [acesso em 2021 Out 29];1–30. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/unipolar-majordepression-in-pregnant-women-general-principles-of-treatment>.
5. Holness N. **High-risk pregnancy**. Nurs Clin N. 2018; 53: 241–51.

6. Rodrigues PB, Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB. **Particularidades da gravidez de alto risco como fatores para o desenvolvimento de sofrimento mental.** Trends Psychiatry Psychother. 2016; 38(3): 136 – 140.
7. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer M, et al. **Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.** The Lancet. 2015; 386(10010): 2287–2323.
8. Peixoto CR, Freitas LV, Teles LMR, Campos FC, Paula PF, Damasceno AKC. **O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica.** Rev. Enferm UERJ. 2011; 19(2): 286-291.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Mortalidade Materna: Manual dos Comitês.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
10. Organização Mundial da Saúde – OMS. Saúde materna [Internet]. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde** [acesso em 2021 Out 17]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS. **Estatísticas Vitais** [acesso em 2021 Out 17]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10uf.def>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde** [acesso em 2021 Out 17]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/habilitacao/4216602555646>. Apêndices
13. Trombetta JB, Traebert J, Nunes RD, Freschi LD. **Fatores associados à qualidade de vida em gestantes de alto risco.** Arq. Catarin. Med. 2019; 48 (4): 75-87.
14. Sampaio AFS, Rocha MJF da, Leal EAS. **High-risk pregnancy: clinical-epidemiological profile of pregnant women attended at the prenatal service of the Public Maternity Hospital of Rio Branco, Acre.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2018 Sep;18(3):559–66.
15. Jantsch PF, Carreno I, Pozzobon A, Adami FS, Leal CDS, Mathias TC da S, et al. **Principais características das gestantes de alto risco da região central do rio grande do sul.** Revista Destaques Acadêmicos. 2017 Nov 4;9(3).
16. Guerra, JVV., Alves, VH., Valet, COS., Rodrigues, DP., Branco, MBLR., & dos Santos, MV. **Diabetes gestacional e assistência pré-natal no alto risco.** Revista de Enfermagem UFPE on line. 2019 13(2), 449-454.
17. Antunes MB, Demitto MO, Gravena AAF, Padovani C, Pelloso SM. **Hypertensive syndrome and perinatal outcomes in high-risk pregnancies.** REME: Revista Mineira de Enfermagem. 2017;21.

18. Guerra, JVV, Valette, COS., & Alves, VH. **Perfil sociodemográfico e de saúde de gestantes em um pré-natal de alto risco.** Brazilian Journal of Health Review. 2019 2(1), 249-261.
19. Rahim, SH., Gabatz, RIB., Soares, TMDS., Milbrath, VM., & Schwartz, E. **Gestantes e puérperas soropositivas para o HIV e suas interfaces de cuidado.** Rev. enferm. UFPE on line. 2017 4056-4064.
20. Paiva DS de BS, Nunes HH de M, Moreira SF da S, Ferreira MGS. **Pré-natal de alto risco em um serviço de referência: perfil sociodemográfico e clínico.** Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2018 Dec 25;11(2):e136.

TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas das gestantes atendidas no ambulatório de gestação de alto risco do Hospital Regional de São José - Dr. Homero de Miranda Gomes, no período de janeiro de 2021 a dezembro de 2021, (n=299).

Variáveis	n	%
Faixa etária		
13 a 23 anos	50	16,7
24 a 34 anos	159	53,2
35 a 45 anos	90	30,1
Escolaridade		
Analfabeto	1	0,3
Alfabetizado	4	1,3
Ensino fundamental incompleto	56	18,7
Ensino fundamental completo	26	8,7
Ensino médio incompleto	36	12
Ensino médio completo	123	41,1
Ensino superior incompleto	21	7
Ensino superior completo	31	10,4
Pós-graduado	1	0,3
Estado civil		
Com companheiro	210	70,5
Sem companheiro	88	29,5
Cor da pele		

Branco	250	83,9
Não branco	48	16,1

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Tabela 2 - Comorbidades e hábitos de vida das gestantes atendidas no ambulatório de gestação de alto risco do Hospital Regional de São José - Dr. Homero de Miranda Gomes, no período de janeiro de 2021 a dezembro de 2021.

Variáveis	n	%
Tabagismo		
Sim	26	12,3
Não	185	87,7
Obesidade		
Sim	78	26,4
Não	218	73,6
Alcoolismo		
Sim	1	0,6
Não	171	99,4
Uso de drogas ilícitas		
Sim	2	1,2
Não	169	98,8
HAS prévia		
Sim	44	14,8
Não	254	85,2
HAS gestacional		
Sim	17	5,7
Não	282	94,3
DM prévia		
Sim	21	7
Não	278	93
DM gestacional		
Sim	128	42,8

Não	171	57,2
HIV		
Sim	7	2,3
Não	291	97,7
Outras comorbidades		
Sim	180	60,2
Não	119	39,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Tabela 3 - Características gestacionais das gestantes atendidas no ambulatório de gestação de alto risco do Hospital Regional de São José - Dr. Homero de Miranda Gomes, no período de janeiro de 2021 a dezembro de 2021.

Variáveis	n	%
Gestação gemelar		
Sim	27	9,1
Não	271	90,9
Primigesta		
Sim	61	20,4
Não	238	79,6
Multigesta		
Sim	237	79,3
Não	62	20,7
Aborto		
Sim	88	29,4
Não	211	70,6
Idade gestacional		
1º trimestre	34	11,4
2º trimestre	124	41,5
3º trimestre	141	47,2
Iniciou o pré-natal no 1º trimestre		
Sim	258	88,4

Não

34

11,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Tabela 4 - Diagnóstico de TDM e TAG entre as gestantes atendidas no ambulatório de gestação de alto risco do Hospital Regional de São José - Dr. Homero de Miranda Gomes, no período de janeiro de 2021 a dezembro de 2021.

Variáveis	N	%
TDM		
Sim	4	1,3
Não	295	98,7
TAG		
Sim	4	1,3
Não	295	98,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.