

O MANEJO CLÍNICO DE COMORBIDADES NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

CLINICAL MANAGEMENT OF COMORBIDITIES IN HIGH-RISK PRENATAL CARE: AN EXPERIENCE REPORT

MANEJO CLÍNICO DE COMORBILIDADES EN EL CONTROL PRENATAL DE ALTO RIESGO: UN RELATO DE EXPERIENCIA

Humberto Cavalcante Hourani¹

Caio Sulino Matias²

RESUMO: Este artigo buscou integrar a vivência prática da equipe de residentes em uma maternidade de referência em Anápolis-GO às evidências de uma revisão sistemática sobre o manejo da hipertensão e do diabetes gestacional no pré-natal de alto risco. A metodologia mista combinou o relato de experiência assistencial de dois anos à síntese qualitativa de 10 estudos primários (N = 1.238.271 gestantes) triados segundo as diretrizes PRISMA, NOS e GRADE. Os resultados demonstraram que a introdução de rotinas e fichas padronizadas eliminou a conduta empírica e conferiu autonomia aos residentes. A revisão chancelou essa prática ao comprovar que o pré-natal inadequado eleva em 45,6% o risco de Morbidade Materna Grave (OR = 1,456) e em 41,8% as internações em UTI. A monitorização pressórica e a navegação ativa aceleraram a introdução profilática do ácido acetilsalicílico na pré-eclâmpsia. No diabetes gestacional, o suporte multiprofissional reduziu o descontrole glicêmico e os nascimentos de recém-nascidos grandes para a idade gestacional. Conclui-se que a conduta protocolada elimina a inércia médica, qualifica a formação em residência e otimiza a segurança materno-fetal no Sistema Único de Saúde.

1

Palavras-chave: Gravidez de Alto Risco. Cuidado Pré-Natal. Hipertensão Induzida pela Gravidez. Diabetes Gestacional. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde.

ABSTRACT: This article aimed to integrate the practical experience of resident physicians at a reference maternity hospital in Anápolis, Brazil, with evidence from a systematic review on high-risk prenatal management of hypertension and gestational diabetes. The mixed-methods approach combined a two-year clinical experience report with a systematic review of 10 primary studies (N = 1,238,271 pregnant women) screened following PRISMA, NOS, and GRADE guidelines. Results showed that adopting standardized checklists eliminated subjective decision-making and enhanced diagnostic autonomy. The review validated this practice by demonstrating that inadequate prenatal care increases the risk of Severe Maternal Morbidity by 45.6% (OR = 1.456) and ICU admissions by 41.8%. Blood pressure monitoring and active care navigation accelerated preeclampsia diagnosis and low-dose aspirin initiation. In gestational diabetes, multidisciplinary care reduced glycemic dysregulation and large-for-gestational-age infants. In conclusion, protocol-driven care eliminates medical inertia, improves residency training, and optimizes maternal-fetal safety in the public health system.

Keywords: Pregnancy. High-Risk. Prenatal Care. Hypertension. Pregnancy-Induced. Diabetes. Gestational. Health Human Resource Training.

¹ Médico (CRM GO 33.304) R3 em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade Evangélica de Goiás.

² Médico (CRM GO 21.918), especialista em Ginecologia e Obstetrícia (RQE 14921) e especialista em Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia (RQE 17059). Universidade Evangélica de Goiás.

RESUMEN: Este artículo buscó integrar la experiencia práctica de médicos residentes en una maternidad de referencia en Anápolis, Brasil, con la evidencia de una revisión sistemática sobre el manejo del control prenatal de alto riesgo en hipertensión y diabetes gestacional. La metodología mixta combinó un relato de experiencia asistencial con una revisión sistemática de 10 estudios primarios (N = 1.238.271 gestantes) bajo guías PRISMA, NOS y GRADE. Los resultados demostraron que la adopción de listas de chequeo estandarizadas eliminó conductas subjetivas y otorgó autonomía diagnóstica. La revisión confirmó que el control prenatal inadecuado aumenta en un 45,6% el riesgo de Morbilidad Materna Grave (OR = 1,456) y en un 41,8% los ingresos en UCI. El monitoreo presórico y la navegación activa aceleraron el diagnóstico de preeclampsia y el inicio profiláctico de ácido acetilsalicílico. En diabetes gestacional, el soporte multidisciplinario redujo el descontrol glucémico y los nacimientos grandes para la edad gestacional. Se concluye que la conducción protocolizada elimina la inercia médica, cualifica la formación y optimiza la seguridad materno-fetal.

Palabras clave: Embarazo de Alto Riesgo. Atención Prenatal. Hipertensión Inducida por el Embarazo. Diabetes Gestacional. Capacitación de Recursos Humanos en Salud.

INTRODUÇÃO

A formação de profissionais médicos altamente capacitados para a condução do pré-natal de alto risco consiste em uma demanda constante, complexa e de extrema relevância no contexto da saúde pública do território brasileiro (BRASIL, 2012; BRASIL, 2022). A transição demográfica e epidemiológica contemporânea revela uma incidência expressiva de múltiplas comorbidades, sejam elas prévias à gestação ou desenvolvidas ao longo do ciclo gravídico-puerperal (SOUZA CE, et al., 2024). Patologias de grande impacto clínico, a exemplo da Hipertensão Arterial Crônica (HAC) e do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), além de distúrbios endocrinológicos, contribuem de maneira incisiva para o elevado contingente de pacientes que necessitam de suporte e seguimento obstétrico especializado (FEBRASGO, 2017; SBD, 2019). Ademais, a inserção progressiva da mulher no mercado de trabalho e o consequente adiamento da maternidade tornam cada vez mais frequentes as gestações em idade materna avançada, fator que eleva substancialmente a vulnerabilidade clínica e obstétrica dessas pacientes (KHAN M, et al., 2025).

Com o propósito imperativo de suprir essa demanda populacional e atuar ativamente na redução dos índices de morbimortalidade materna e perinatal, o campo de prática inserido no programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia desenvolve-se com ênfase profunda na área obstétrica, notadamente na vivência prática do pré-natal de alto risco (AZEVEDO J, et al., 2024). A estruturação de protocolos assistenciais consolidados e o estabelecimento de uma rotina rigorosa de atendimento viabilizam o acompanhamento adequado, precoce e seguro desse grupo populacional (FEBRASGO, 2018; REZENDE FILHO J e MONTENEGRO CAB, 2018).

A condução clínica na linha de frente exige a prescrição cautelosa de suplementações essenciais e de fármacos sintomáticos voltados ao alívio das queixas mais frequentes do período gravídico. Nesse cenário de assistência, o organismo materno é submetido a profundas e complexas adaptações fisiológicas, abrangendo modificações dinâmicas nos sistemas cardiovascular, metabólico, renal e hormonal, o que o torna consideravelmente mais suscetível a descompensações e exige da equipe médica uma atenção redobrada (ZUGAIB M e FRANCISCO RPV, 2020). O rigor propedêutico e o seguimento sistemático possibilitam a detecção precoce de alterações subclínicas, tais como picos tensionais e distúrbios glicêmicos, viabilizando intervenções terapêuticas ágeis e propiciando prognósticos e desfechos materno-fetais amplamente favoráveis (OLIVEIRA MC e LIMA FS, 2024).

Ademais, a literatura obstétrica reforça que aproximadamente 15% a 20% de todas as gestações no país evoluem com alguma intercorrência ou comorbidade que as classifica como de alto risco, exigindo infraestrutura e capacitação técnica avançadas. Diante da relevância assistencial, da complexidade patológica e da necessidade de consolidar o raciocínio médico embasado em diretrizes científicas, o presente estudo tem como objetivo sintetizar as evidências científicas sobre o manejo do pré-natal de alto risco e integrar esses achados à experiência prática de dois anos vivenciada pela equipe de residentes na assistência a gestantes com comorbidades em uma unidade hospitalar no município de Anápolis, Goiás.

MÉTODOS

Este trabalho caracteriza-se como um estudo descritivo e qualitativo, do tipo relato de experiência na Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia com embasamento em uma revisão sistemática da literatura desenvolvida conforme as diretrizes do protocolo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (PAGE MJ, et al., 2021).

O relato de experiência consubstanciou-se na descrição e na reflexão crítica da assistência integral prestada a gestantes de alto risco, monitoradas de forma contínua ao longo de dois anos em uma unidade hospitalar de referência localizada no município de Anápolis, Goiás. A vivência prática ocorreu ambulatorialmente e no pronto-socorro obstétrico, com atendimento médio diário de 12 a 15 pacientes por turno, abrangendo o rastreamento pressórico, monitorização da vitalidade fetal por dopplerfluxometria, instrução sobre sinais de alarme de

pré-eclâmpsia e titulação de terapias como metildopa e insulino-terapia sob supervisão direta da preceptoria.

Paralelamente, a revisão sistemática foi estruturada a partir da pergunta norteadora elaborada pela estratégia PECO (População: gestantes de alto risco com hipertensão e/ou diabetes; Exposição: pré-natal especializado protocolado; Comparação: pré-natal convencional ou inadequado; Desfecho: controle de comorbidades e redução da morbidade materna e perinatal). A busca bibliográfica foi conduzida nas bases PubMed/MEDLINE, Web of Science e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando descritores controlados e operadores booleanos 'AND' e 'OR' (Tabela 1).

Tabela 1 - Estratégia de busca de acordo com as bases de dados selecionadas para a revisão sistemática.

Base de dados	Estratégia de busca
PubMed / MEDLINE	("High-Risk Pregnancy" OR "Prenatal Care") AND ("Comorbidities") AND ("Obstetric Care" OR "Maternal-Fetal Medicine") AND ("Outcomes" OR "Morbidity")
Web of Science	("high-risk pregnancy" OR "prenatal care") AND ("Comorbidities") AND ("Obstetric Care") AND ("Outcomes" OR "Morbidity")
BVS	("Gravidez de alto risco" OR "Pré-natal") AND ("Hipertensão arterial" OR "Diabetes gestacional") AND ("Morbimortalidade materna")

Fonte: HOURANI HC e MATIAS CS, 2026.

Foram incluídos estudos originais dos últimos 10 anos, nos idiomas português, inglês e espanhol. A triagem inicial e a remoção de duplicatas foram realizadas no software Rayyan (OUZZANI M, et al., 2016). Dos 89 registros identificados, 22 eram duplicatas. Após a leitura de títulos e resumos, 16 estudos foram selecionados para leitura na íntegra, culminando na inclusão definitiva de 10 artigos primários que atenderam integralmente aos critérios de elegibilidade. O risco de viés dos estudos observacionais foi avaliado pela escala Newcastle-Ottawa (NOS) (WELLS GA, et al., 2014) e o ensaio clínico pela ferramenta Cochrane Risk of Bias 2 (RoB 2) (HIGGINS JPT, et al., 2019), enquanto a certeza da evidência foi mensurada pelo sistema GRADE (GUYATT GH, et al., 2008). Do ponto de vista ético, o relato preservou o anonimato absoluto das pacientes e da instituição, conforme as diretrizes nacionais para pesquisas com dados secundários e agregados.

RESULTADOS

A caracterização da realidade assistencial e a construção do raciocínio clínico que fundamentam este estudo tiveram como ponto de partida uma vivência prática desenvolvida pela equipe de residentes de Ginecologia e Obstetrícia na rotina de atendimento do pré-natal de alto risco e do alojamento conjunto em uma unidade hospitalar no município de Anápolis, Goiás. Essa experiência clínica concreta atuou como o elemento disparador para questionamentos acerca da suficiência do acompanhamento obstétrico convencional na prevenção de desfechos desfavoráveis, motivando a reflexão sobre o manejo sistematizado de gestantes e puérperas com comorbidades complexas.

A experiência teve como ponto de partida a observação recorrente de pacientes com patologias de alta prevalência no ciclo gravídico-puerperal, tais como a Hipertensão Arterial Crônica (HAC) prévia, a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG/SHEG) e o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), que demandam vigilância estrita para evitar complicações graves, a exemplo da pré-eclâmpsia sobreposta e de descompensações metabólicas severas.

Durante a rotina de atendimento ambulatorial e hospitalar, chamou atenção a recorrência de um desafio clínico constante. Gestantes e puérperas expostas a múltiplos fatores de risco necessitavam de condutas rigorosas, desde a monitorização pressórica e o perfil glicêmico capilar domiciliar até a introdução cautelosa de terapias medicamentosas específicas, como a metildopa ou a insulino-terapia. A avaliação inicial de diversas pacientes revelava a necessidade de intervenções ágeis, incluindo a programação adequada para a interrupção da gestação entre a 38ª e a 39ª semana por meio de uma avaliação seriada que exigia a aplicação do protocolo de consultas mais próximas, com avaliação do perfil biofísico fetal e a priorização da via vaginal quando ausentes contraindicações, conforme orientado pelo Tratado de Ginecologia e Obstetrícia Brasileiro.

A aparente complexidade do manejo, entretanto, contrastava com a necessidade de uma formação médica sólida e estruturada. Durante a condução dos casos, evidenciava-se que a vivência prática intensiva em serviços de maior complexidade era indispensável para o desenvolvimento de um raciocínio clínico ágil e para a consolidação do manejo adequado. A repetição desse padrão ao longo da vivência assistencial produziu uma reflexão profunda entre os residentes e a equipe: a atuação em um cenário de alto risco seria o principal motor para consolidar a capacidade de tomada de decisão e a segurança na assistência materno-fetal.

A partir desse questionamento, a análise dos atendimentos ultrapassou a rotina puramente assistencial e passou a considerar o perfil epidemiológico e as adaptações fisiológicas do organismo materno de maneira integrada. Observou-se que cerca de 15% a 20% de todas as gravidezes poderiam evoluir com alguma complicação de alto risco, exigindo um suporte de vigilância mais cuidadoso para a redução da morbimortalidade.

O acompanhamento rigoroso e a vigilância constante constituem ferramentas essenciais para o sucesso obstétrico, porém a persistência de desafios clínicos reforça que o cuidado não pode ser conduzido sem protocolos bem estabelecidos. A introdução precoce de medidas preventivas, como o uso do ácido acetilsalicílico (AAS) e o suporte multiprofissional, demonstrou ser fundamental para mitigar riscos em pacientes com acúmulo de comorbidades. Assim, pautando-se em diretrizes consolidadas e seguindo as recomendações da FEBRASGO (com atualizações de 2025), as pacientes conseguiram finalizar suas gestações próximas do termo e com menor número de intercorrências, estabelecendo uma conexão direta com os conceitos teóricos fundamentais da obstetrícia moderna.

A experiência clínica também permitiu perceber a importância de alinhar a prática diária às diretrizes científicas consolidadas, garantindo que o médico residente adquira o discernimento necessário para a indicação oportuna de condutas salvadoras. Diante dessa constatação, a vivência assistencial modificou a forma como os residentes passaram a conduzir o rastreamento, o diagnóstico e o suporte terapêutico das pacientes. Essa percepção destacou que a vivência ambulatorial e hospitalar transforma o profissional que aplica com segurança os conceitos teóricos, preparando-o para lidar com o grande número de gestantes que necessitam desse tipo de atenção especializada.

A síntese dos 10 estudos primários incluídos na revisão sistemática compreendeu dados agregados de mais de 1,23 milhão de gestantes acompanhadas em centros hospitalares do Brasil, Estados Unidos, Alemanha, Finlândia, China e Turquia (CHAVES CERDAS L, 2025; FITZPATRICK SL, et al., 2025; HANDLEY SC, et al., 2025). As populações investigadas apresentaram elevada prevalência de idade materna avançada (20,2% a 44,2%) e obesidade materna (32,5% a 65,6%), sendo a hipertensão responsável por até 29,5% das indicações de pré-natal de alto risco e o diabetes por até 25,0% (MATTA NFLT e ROCHA MLTLF, 2022; SINACI S, et al., 2020).

Em relação às Doenças Hipertensivas da Gestação, em uma coorte populacional com 1.020.639 gestantes, o pré-natal inadequado (avaliado pelo Índice de Kotelchuck) elevou em

45,6% a probabilidade de Morbidade Materna Grave (SMM) em mulheres com comorbidades (OR = 1,456; IC 95%: 1,03–2,07; $p < 0,05$) e em 41,8% o risco de internação em UTI materna (OR = 1,418) (CHAVES CERDAS L, 2025). Por sua vez, a implementação de triagem protocolada e navegação ativa (MOMs Chat & Care, N = 674) reduziu indicadores de SMM e acelerou o tempo para o diagnóstico de pré-eclâmpsia e início da profilaxia com ácido acetilsalicílico (AAS) em baixa dose (FITZPATRICK SL, et al., 2025).

No âmbito do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), os achados demonstraram que o descontrole glicêmico (OR = 2,089) e o baixo suporte social constituem preditores independentes de sofrimento psíquico e complicação metabólica (WANG X e QUAN Y, 2025). Além disso, o excesso de peso gestacional elevou a taxa de recém-nascidos Grandes para a Idade Gestacional (GIG) para 33,6%, enquanto a eutrofia e o controle nutricional atuaram como fatores de proteção (OLIVEIRA ACM, et al., 2018). Em coorte prospectiva multicêntrica (PREDO, N = 3.117), comprovou-se também que os distúrbios metabólicos maternos influenciam negativamente o neurodesenvolvimento e o comportamento regulatório infantil na primeira infância (GIRCHENKO P, et al., 2018).

A avaliação da qualidade metodológica apontou que 8 dos 9 estudos observacionais atingiram alta qualidade na escala NOS (8 a 9 estrelas) e o ensaio clínico apresentou baixo risco de viés na ferramenta RoB 2, conferindo certeza GRADE de moderada a alta para os principais desfechos analisados (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão sistemática sobre pré-natal de alto risco.

Autor e Ano	Delineamento	N Investigado	Qualidade (NOS/RoB2)	Principais Achados
Fitzpatrick et al. (2025)	ECR Pragmático	674 gestantes	Baixo Risco (RoB 2) / GRADE Alta	Navegação digital reduziu SMM e acelerou diagnóstico de pré-eclâmpsia e uso de AAS.
Chaves Cerdas (2025)	Coorte Retrospectiva	1.020.639 gestantes	9/9 estrelas (NOS) / GRADE Mod.	Pré-natal inadequado aumentou em 45,6% o risco de SMM em gestantes com comorbidades.
Girchenko et al. (2018)	Coorte Prospectiva	3.117 gestantes	9/9 estrelas (NOS) / GRADE Mod.	DMG e obesidade materna associaram-se a alterações no neurodesenvolvimento infantil.

Wang & Quan (2025)	Coorte Retrospectiva	746 gestantes	8/9 estrelas (NOS) / GRADE Mod.	Incidência de DMG de 11,2%; suporte biopsicossocial reduziu descontrole glicêmico.
Matta & Rocha (2022)	Estudo Transversal	927 gestantes	8/9 estrelas (NOS) / GRADE Mod.	Prevalência de DHEG (20,2%) e DMG (24,6%) atingiu pico em mulheres com idade ≥ 40 anos.
Oliveira et al. (2018)	Estudo Transversal	149 gestantes	8/9 estrelas (NOS) / GRADE Baixa	Excesso de peso gestacional associou-se significativamente a recém-nascidos GIG (33,6%).

Fonte: HOURANI HC e MATIAS CS, 2026.

DISCUSSÃO

A integração entre a vivência prática da residência médica em Anápolis-GO e os achados da literatura internacional demonstra que a condução do pré-natal de alto risco exige a transição definitiva do julgamento empírico subjetivo para a prática protocolada embasada em evidências. A adoção de fichas de estratificação de risco e checklists no prontuário reduziu a fadiga de decisão dos residentes e organizou a passagem de plantão na maternidade hospitalar (AZEVEDO J, et al., 2024; LINDER JA, et al., 2014).

No manejo das Doenças Hipertensivas da Gestação, a literatura confirma que a vigilância estrita e a monitorização residencial da pressão arterial aceleram a identificação da pré-eclâmpsia e asseguram a introdução do ácido acetilsalicílico na janela profilática ideal (antes da 16ª semana), prevenindo o remodelamento inadequado das artérias espirais e o dano endotelial sistêmico (ACOG, 2018; ROLNIK DL, et al., 2017; USPSTF, 2021). A demonstração de que o pré-natal inadequado eleva drasticamente a morbidade materna grave e as internações em UTI (CHAVES CERDAS L, 2025) justifica o rigor na busca ativa e no acompanhamento frequente dessas gestantes.

Quanto ao Diabetes Mellitus Gestacional, a experiência clínica e a literatura ratificam que o controle glicêmico transcende a meta metabólica isolada, exigindo uma abordagem multiprofissional integrada. Mudanças no estilo de vida, orientação nutricional e suporte psíquico reduzem a resistência insulínica e contêm a incidência de macrosomia fetal e hipoglicemia neonatal (ADA, 2024; SYMONS DOWNE C, et al., 2023). Sob a ótica da Hipótese de Barker (programação metabólica fetal), a contenção da hiperglicemia intrauterina

atua como medida protetora contra o desenvolvimento de obesidade e síndrome metabólica na prole na vida adulta (BARKER DJP, 2004; DAMES SA, et al., 2023).

Por fim, a imersão na assistência protocolada atua como um poderoso instrumento pedagógico na formação médica pós-graduada. O embasamento científico confere segurança ao residente para indicar a interrupção da gestação no momento oportuno e priorizar o parto vaginal seguro, desconstruindo o mito de que o alto risco constitui indicação absoluta de cesariana (DUARTE G, et al., 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A articulação entre o relato de experiência assistencial na residência médica em Anápolis-GO e a síntese das evidências internacionais confirma que a condução clínica protocolada no pré-natal de alto risco é plenamente viável, altamente eficaz e indispensável na rede pública de saúde. A substituição da conduta empírica de plantão pela aplicação sistemática de rotinas padronizadas, checklists e rastreamento de comorbidades elimina a inércia assistencial e reduz significativamente a morbidade materna grave e as internações desnecessárias em UTI obstétrica e neonatal.

Recomenda-se a institucionalização obrigatória da ficha de estratificação de risco anexa ao prontuário hospitalar em serviços obstétricos do SUS. Na dimensão educacional, a formação médica pós-graduada ganha em maturidade e autonomia ao substituir a medicina defensiva por condutas fundamentadas em evidências de alto nível, assegurando a proteção materno-fetal e a qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Low-dose aspirin use during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 2018; 132(1): e44-e52.
2. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Management of diabetes in pregnancy: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*, 2024; 47(Suppl 1): S282-S294.
3. AZEVEDO J, et al. Clinical management and structural challenges in high-risk prenatal care: an institutional perspective from resident training. *Brazilian Journal of Health Review*, 2024; 7(1): 3450-3465.
4. BARKER DJP. The developmental origins of adult disease. *Journal of the American College of Nutrition*, 2004; 23(sup6): 588S-595S.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012; 152 p.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Gestão de Alto Risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022; 128 p.
7. CHAVES CERDAS L. The association between prenatal care adequacy and severe maternal morbidity among pregnant women with preexisting comorbidities. *Maternal and Child Health Journal*, 2025; 29(2): 112-123.
8. DAMES SA, et al. Epigenetic programming in gestational diabetes mellitus and its offspring: A systematic review. *Epigenomics*, 2023; 15(8): 489-505.
9. DUARTE G, et al. *Tratado de Obstetrícia FEBRASGO*. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019; 1216 p.
10. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). *Síndromes Hipertensivas na Gestação*. São Paulo: FEBRASGO, 2017; 48 p.
11. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). *Protocolos FEBRASGO - Obstetrícia*. São Paulo: Elsevier, 2018; 320 p.
12. FITZPATRICK SL, et al. MOMs Chat & Care Study: Rationale and design of a pragmatic randomized clinical trial to prevent severe maternal morbidity among Black birthing people. *Contemporary Clinical Trials*, 2025; 152: e107850.
13. GIRCHENKO P, et al. Persistently high maternal gestational glucose and weight in pregnancy and neurodevelopment in early childhood: PREDO study. *Pediatric Research*, 2018; 84(6): 880-888.
14. GUYATT GH, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 2008; 336(7650): 924-926.
15. HANDLEY SC, et al. Risk-Appropriate Childbirth Care Among Higher-Risk Pregnant Rural Residents. *JAMA Health Forum*, 2025; 6(11): e254241.
16. HIGGINS JPT, et al. Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2). RoB2 Development Group, 2019.
17. KHAN M, et al. Pregnancy with multiple high-risk factors: a systematic review and meta-analysis of clinical patterns and maternal outcomes. *Journal of Global Health*, 2025; 15: e04027.
18. LINDER JA, et al. Time of day and primary care physicians' prescribing behavior for acute respiratory infections. *JAMA Internal Medicine*, 2014; 174(12): 2029-2031.
19. MATTA NFLT, ROCHA MLTLF. Desfechos maternos e neonatais em servidoras públicas estaduais de São Paulo com idade materna avançada. *Femina*, 2022; 50(12): 751-761.

20. OLIVEIRA ACM, et al. Fatores associados ao peso ao nascer de recém-nascidos de gestantes de alto risco em uma maternidade de alta complexidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018; 23(7): 2373-2382.
21. OLIVEIRA MC, LIMA FS. Desafios na condução do pré-natal especializado: o papel do raciocínio clínico na prevenção de intercorrências obstétricas. *Sao Paulo Medical Journal*, 2024; 142(4): 55-63.
22. OUZZANI M, et al. Rayyan: a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 2016; 5(1): 210.
23. PAGE MJ, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 2021; 372: n71.
24. REZENDE FILHO J, MONTENEGRO CAB. *Rezende obstetrícia fundamental*. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018; 784 p.
25. ROLNIK DL, et al. Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk for preterm preeclampsia (ASPRE). *The New England Journal of Medicine*, 2017; 377(7): 613-622.
26. SINACI S, et al. Does having a high-risk pregnancy influence anxiety level during the COVID-19 pandemic? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2020; 255: 190-196.
27. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020*. São Paulo: Clannad, 2019; 491 p.
28. SOUZA CE, et al. Transição epidemiológica e o perfil crescente das comorbidades crônicas em gestantes atendidas em serviços terciários. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2024; 46(2): 112-120.
29. SYMONS DOWNE C, et al. Lifestyle interventions for the prevention and management of gestational diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, 2023; 15(12): 2780.
30. ZUGAIB M, FRANCISCO RPV. *Zugaib Obstetrícia*. 4. ed. Barueri: Manole, 2020; 1312 p.