www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v.30, n.163, 2026 | DOI: 10.69849/ht2nk046

Saúde da mulher: causas de mortalidade materna — a importância da atuação do enfermeiro diante do quadro de doença hipertensiva específica da gestação (DHEG)

Women's health: causes of maternal mortality the importance of the nurse's role in cases of pregnancy-specific hypertensive disease (PSHD)

Gerusa Moura Pinheiro Brandão
João Henrique Meneghelli Daniotti
Lucas Fernando Alves Matos
Viviane Rosane da Rosa Barboza
Leandro Teixeira Ghilardi (Orientador)
Andressa Pereira Beltrame (Orientadora)

RESUMO

Introdução: a hipertensão arterial é a principal causa de mortalidade materna durante a gestação, enquanto, no puerpério, a hemorragia por atonia uterina se destaca entre as causas de óbito. A mortalidade materna também é um indicador das condições de saúde e das desigualdades sociais de uma população, havendo estreita relação entre seus índices e o desenvolvimento social, econômico e cultural de uma região. A Organização Mundial da Saúde define, ainda, a morte materna tardia como aquela decorrente de causas obstétricas diretas ou indiretas, ocorrida após 42 dias e antes de um ano do término da gravidez. **Objetivo:** identificar as principais causas de mortalidade materna, com ênfase na doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), compreendendo os fatores de risco associados, descrevendo as ações de prevenção e as estratégias de enfrentamento e identificando a importância da atuação do enfermeiro diante do quadro de DHEG. **Metodologia:** trata-se de estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo revisão narrativa da literatura, realizado por meio de consulta às bases LILACS, SciELO e Medline/PubMed e a publicações do Ministério da Saúde. **Conclusão:** na consulta de enfermagem, o enfermeiro deve abordar os fatores de risco para a DHEG, orientar a gestante sobre os sinais de alerta e encaminhá-la, quando necessário, a outros profissionais, como médicos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, para que a gestação tenha o melhor desfecho possível. Espera-se que este estudo sirva de alerta às mulheres quanto à prevenção de agravos que podem evoluir para o óbito, subsidie pesquisas futuras e contribua para uma assistência de enfermagem qualificada às gestantes e puérperas.

Palavras-chave: mortalidade materna; DHEG; gestação de alto risco; enfermagem; hipertensão; fatores de risco.

ABSTRACT

Introduction: arterial hypertension is the leading cause of maternal mortality during pregnancy, while, in the puerperium, hemorrhage due to uterine atony stands out among the causes of death. Maternal mortality is also an indicator of the health conditions and social inequalities of a population, and its rates are closely related to the social, economic and cultural development of a region. The World Health Organization also defines late maternal death as death from direct or indirect obstetric causes occurring more than 42 days but less than one year after the end of pregnancy. **Objective:** to identify the main causes of maternal mortality, with emphasis on pregnancy-specific hypertensive disease (PSHD), understanding the associated risk factors, describing prevention actions and coping strategies, and identifying the importance of the nurse's role in cases of PSHD. **Methodology:** this is a descriptive study with a qualitative approach, of the narrative literature review type, carried out through searches in the LILACS, SciELO and Medline/PubMed databases and in publications of the Brazilian Ministry of Health. **Conclusion:** during the nursing consultation, nurses should address the risk factors for PSHD, guide pregnant women about warning signs and refer them, when necessary, to other professionals, such as physicians, nutritionists, psychologists and social workers, so that the pregnancy has the best possible outcome. This study is expected to alert women to the prevention of conditions that may lead to death, support future research and contribute to qualified nursing care for pregnant and postpartum women.

Keywords: maternal mortality; pregnancy-induced hypertension; high-risk pregnancy; nursing; hypertension; risk factors.

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial está entre as principais causas de mortalidade materna durante a gestação, enquanto as hemorragias obstétricas, especialmente aquelas relacionadas à atonia uterina, representam complicações importantes no período puerperal. A mortalidade materna também constitui um indicador das condições de saúde e das desigualdades sociais de uma população. A morte materna tardia é definida como aquela decorrente de causas obstétricas diretas ou indiretas que ocorre após 42 dias e antes de um ano do término da gestação (BRASIL, 2009; SOUSA *et al.*, 2014; VEGA; SOARES; NASR, 2017).

Existe uma relação entre a mortalidade materna e as condições de desenvolvimento social, econômico e cultural de uma região. Os óbitos maternos evitáveis evidenciam fragilidades no acesso aos serviços de saúde e na qualidade da assistência oferecida às mulheres. Nesse contexto, a realização de um pré-natal adequado possibilita a identificação precoce de fatores de risco e o acompanhamento das condições que podem comprometer a saúde materna. As desigualdades sociais e as dificuldades de acesso à assistência contribuem para a persistência da mortalidade materna, especialmente em populações vulneráveis (ARAUJO *et al.*, 2010; MORSE *et al.*, 2011; REGANASSI *et al.*, 2015).

Os profissionais de enfermagem desempenham papel importante na assistência à saúde da mulher durante a gestação e o puerpério, contribuindo para o acompanhamento

pré-natal, a identificação de fatores de risco, a orientação das gestantes e o encaminhamento oportuno diante de possíveis complicações. Dessa forma, a atuação qualificada da enfermagem e a educação em saúde podem favorecer a conscientização das mulheres sobre os riscos gestacionais e a importância do acompanhamento profissional durante todo o ciclo gravídico-puerperal (FARIAS; FERNANDES; FARIAS, 2014; REGANASSI *et al.*, 2015; ROSSO *et al.*, 2014).

A assistência de enfermagem à gestante com doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) deve incluir a aferição e o monitoramento dos sinais vitais, a avaliação contínua das condições clínicas e a identificação precoce de possíveis complicações. Além dos cuidados técnicos, o enfermeiro deve proporcionar acolhimento, conforto e segurança, contribuindo para reduzir a ansiedade e fortalecer a confiança da gestante durante a assistência. O atendimento deve respeitar as necessidades individuais da paciente, garantindo privacidade, ambiente adequado e cuidados humanizados, conforme a gravidade do quadro clínico (CHAVES; MESQUITA; RAMOS, 2014; COELHO, 2014).

Para ampliar a compreensão sobre a doença hipertensiva específica da gestação e suas possíveis complicações, é fundamental orientar as gestantes quanto aos sinais de alerta, aos fatores de risco e à importância do acompanhamento pré-natal. A identificação precoce das alterações clínicas e o encaminhamento oportuno para avaliação especializada podem contribuir para a prevenção de complicações graves e para a redução dos riscos à saúde materna e fetal. Nesse contexto, a atuação do enfermeiro na educação em saúde e no acompanhamento da gestação assume papel relevante na promoção de uma assistência segura e na prevenção de desfechos maternos desfavoráveis (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008; FARIAS; FERNANDES; FARIAS, 2014).

Diante disso, formula-se a seguinte questão de pesquisa: como a doença hipertensiva específica da gestação contribui para a mortalidade materna e de que maneira a assistência de enfermagem pode atuar na prevenção de complicações?

O objetivo geral deste trabalho é identificar as principais causas de mortalidade materna, com ênfase nas doenças hipertensivas específicas da gestação e na atuação da enfermagem na prevenção de complicações. Para tanto, busca-se compreender os principais fatores de risco associados à mortalidade materna, descrever as ações de prevenção durante a gestação e o puerpério, apresentar estratégias de enfrentamento e redução dos índices de mortalidade materna e identificar a importância da atuação do enfermeiro na assistência às gestantes com doenças hipertensivas específicas da gestação, destacando a identificação precoce dos sinais de gravidade e a prevenção de complicações.

2. EMBASAMENTO TEÓRICO

2.1 Mortalidade materna

A mortalidade materna constitui um importante indicador das condições de saúde de uma população e da qualidade da assistência oferecida às mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério. Sua ocorrência está relacionada a fatores clínicos, sociais e econômicos, bem como às condições de acesso aos serviços de saúde. A análise dos óbitos maternos permite identificar falhas na assistência e subsidiar estratégias destinadas à prevenção de mortes evitáveis (MORSE *et al*., 2011; REGANASSI *et al*., 2015).

As mortes maternas podem ser classificadas em obstétricas diretas e indiretas. As mortes obstétricas diretas decorrem de complicações da gestação, do parto ou do puerpério, ou de intervenções, omissões e tratamentos inadequados relacionados a essas condições. Já as mortes obstétricas indiretas resultam de doenças preexistentes ou desenvolvidas durante a gestação que são agravadas pelas alterações fisiológicas próprias desse período (BRASIL, 2009).

Entre as causas de mortalidade materna, destacam-se as síndromes hipertensivas e as hemorragias obstétricas, que exigem reconhecimento precoce e assistência adequada. A investigação dos óbitos maternos é fundamental para identificar os fatores envolvidos e orientar medidas de prevenção e melhoria da qualidade dos serviços de saúde (SOUSA *et al*., 2014).

A mortalidade materna tardia também merece atenção, pois corresponde ao óbito por causas obstétricas diretas ou indiretas ocorrido após 42 dias e antes de completar um ano do término da gestação. Sua investigação contribui para compreender as causas dos óbitos que não se limitam ao período convencional de acompanhamento materno (BRASIL, 2009; VEGA; SOARES; NASR, 2017).

2.2 Doenças hipertensivas específicas da gestação

A hipertensão arterial está entre as principais complicações clínicas da gestação e representa uma importante causa de morbimortalidade materna e perinatal. A ocorrência de síndromes hipertensivas exige acompanhamento pré-natal adequado, reconhecimento precoce dos sinais de gravidade e tratamento oportuno para reduzir os riscos à mulher e ao bebê (CHAIM; OLIVEIRA; KIMURA, 2008; PASCOAL, 2002).

Entre os fatores associados ao desenvolvimento de síndromes hipertensivas estão a primeira gestação, a hipertensão arterial crônica, o diabetes mellitus, a gestação múltipla e o histórico pessoal ou familiar de pré-eclâmpsia. A identificação desses fatores durante o pré-natal permite estabelecer o acompanhamento adequado e avaliar a necessidade de assistência especializada (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008; CARNEIRO *et al*., 2015).

A gestação de alto risco pode estar relacionada a características individuais, condições sociodemográficas, antecedentes obstétricos e doenças preexistentes ou desenvolvidas durante a gravidez. Entre as condições que exigem atenção estão a hipertensão arterial, o diabetes, as doenças infecciosas e autoimunes, além de antecedentes de prematuridade, perdas gestacionais e outras complicações obstétricas. Essas situações podem aumentar a possibilidade de desfechos desfavoráveis e demandam avaliação individualizada e acompanhamento adequado (BRASIL, 2014).

Além das repercussões clínicas, uma gestação classificada como de alto risco pode provocar medo, ansiedade e dificuldades de adaptação emocional, especialmente quando há preocupação com a própria saúde e com a do bebê. Por isso, o cuidado deve considerar não apenas as condições físicas da gestante, mas também suas necessidades emocionais, oferecendo acolhimento, informações claras e apoio durante o acompanhamento pré-natal (MAFFEI et al., 2022).

2.3 Fatores de risco para a mortalidade materna

A mortalidade materna apresenta caráter multifatorial e pode estar relacionada a condições clínicas, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e desigualdades sociais. Entre os fatores clínicos que merecem atenção estão as síndromes hipertensivas, as hemorragias obstétricas e as infecções, além de doenças preexistentes que podem ser agravadas durante a gestação.

O acompanhamento pré-natal possibilita avaliar as condições de saúde da gestante, reconhecer fatores de risco e orientar medidas preventivas. Entretanto, a efetividade desse acompanhamento depende não apenas do número de consultas, mas também da qualidade da assistência, da realização das avaliações indicadas e do encaminhamento oportuno para serviços especializados quando necessário (ARAUJO *et al.*, 2010; DUARTE; ANDRADE, 2006).

Além dos fatores clínicos, as condições socioeconômicas, as dificuldades de transporte, a demora na procura por atendimento e as barreiras de acesso aos serviços de

saúde podem comprometer o diagnóstico e o tratamento das complicações obstétricas. Por isso, a prevenção da mortalidade materna requer ações integradas entre os diferentes níveis de atenção à saúde e estratégias que garantam assistência adequada e oportuna às mulheres (MORSE *et al.*, 2011; REGANASSI *et al.*, 2015).

2.4 Atuação da enfermagem na prevenção da mortalidade materna

A enfermagem desempenha papel importante na assistência à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério. Entre suas atribuições estão o acompanhamento das condições clínicas, a orientação sobre cuidados de saúde, a identificação de sinais de alerta e o encaminhamento oportuno diante de situações que exijam avaliação especializada.

Na assistência às gestantes com doenças hipertensivas, o enfermeiro deve contribuir para a vigilância clínica, incluindo a aferição correta da pressão arterial, a avaliação de sintomas sugestivos de agravamento e o reconhecimento de sinais que indiquem necessidade de atendimento imediato. A atuação deve respeitar as competências profissionais, os protocolos institucionais e a gravidade de cada situação clínica.

A educação em saúde também é essencial para que as gestantes compreendam a importância do pré-natal, reconheçam sinais de alerta e procurem atendimento quando necessário. Orientações sobre cefaleia intensa, alterações visuais, dor na região superior do abdome, falta de ar e convulsões devem ser acompanhadas de instruções claras para busca imediata de assistência, pois esses sinais podem indicar complicações graves.

Dessa forma, a atuação da enfermagem, associada à assistência multiprofissional e à organização adequada dos serviços de saúde, pode contribuir para o reconhecimento precoce de complicações, a redução de riscos e a melhoria da qualidade da assistência materna (CHAVES; MESQUITA; RAMOS, 2014; FARIAS; FERNANDES; FARIAS, 2014; REGANASSI *et al*., 2015).

3. DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (DHEG)

Para muitas mulheres, a gravidez é um acontecimento muito importante; porém, podem ocorrer complicações que colocam em risco a saúde da mãe e do feto. Entre essas complicações está a doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), que caracteriza a gestação como de alto risco (CHAIM; OLIVEIRA; KIMURA, 2008).

Durante a gestação, a mulher passa por importantes mudanças anatômicas, endócrinas, hemodinâmicas e imunológicas, e o organismo feminino mantém-se em equilíbrio dinâmico por meio de mecanismos compensatórios. Entretanto, o limite entre a normalidade e a doença é tênue, e a instabilidade representa risco elevado de morbimortalidade materno-fetal (PEIXOTO; MARTINEZ; VALLE, 2008).

Para as mulheres com gestação de risco, o pré-natal tem a função de identificar rapidamente qualquer situação atípica e possibilitar que os profissionais envolvidos ofereçam orientações para a manutenção da gestação e a promoção da saúde, visando a um bom resultado da gravidez e ao bem-estar do feto (FERREIRA; CAMPANA, 2004).

A DHEG define-se pelo aparecimento de hipertensão arterial, após a 20ª semana de gestação, em gestante que apresentava pressão arterial normal. Trata-se de uma doença cuja resolução definitiva ocorre apenas com o término da gravidez. Caso a interrupção não ocorra, a doença pode progredir para quadros ainda mais graves, como eclâmpsia, síndrome HELLP (*haemolysis, elevated liver enzyme activity, low platelets*) ou coagulação intravascular disseminada (CID) (DUSSE; VIEIRA; CARVALHO, 2001).

Na gestação, a elevação da pressão arterial é preocupante, pois são recorrentes os casos de mulheres cujos níveis tensionais antes da gravidez eram baixos (80/50 mmHg) e que, após a 20ª semana, passam a apresentar níveis de 115/70 mmHg; esse incremento deve ser considerado um sinal da doença (GONÇALVES; FERNANDES; SOBRAL, 2005).

Nessa enfermidade, os sintomas mais preocupantes são cefaleia, perturbações visuais, dor epigástrica e surgimento de edema significativo. Caso a gestante, alerta e consciente, comunique algum desses sintomas aos médicos e enfermeiros, o controle poderá ser feito sem hospitalização. Porém, muitos profissionais preferem manter a gestante com esses sinais em observação hospitalar até que estejam controlados (CHAIM; OLIVEIRA; KIMURA, 2008).

Alguns fatores precisam ser analisados, pois podem aumentar o risco de DHEG, como diabetes, doença renal, obesidade, gravidez múltipla, primiparidade, idade superior a 30 anos, antecedentes pessoais ou familiares de pré-eclâmpsia e/ou hipertensão arterial crônica e raça negra (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008).

De acordo com Ferreira e Campana (2004, p.40):

> O primeiro distúrbio da DHEG é a vasoconstrição arterial periférica e o espasmo dos vasos, levando a alterações em diversas funções orgânicas maternas. O espasmo das arteríolas leva ao aumento do nível de pressão sanguínea e, finalmente, ao decréscimo do fluxo sanguíneo ao útero e à placenta. Ocorre também uma alteração nos rins, onde as modificações vasculares renais vão causar uma diminuição do fluxo sanguíneo renal, uma redução na velocidade de filtração

> glomerular e a consequente proteinúria. As mudanças no sistema nervoso central podem incluir o edema cerebral, que provoca cefaleia e distúrbios de visão. Com o agravamento do problema, desenvolve-se a hiperatividade do reflexo patelar. As alterações hepáticas incluem aumento do fígado e de tensão na cápsula hepática. Essas alterações provocam dor epigástrica, podendo preceder a eclampsia. Por esta razão, o registro do peso da gestante, a verificação de sua pressão arterial e a realização de análise da urina (tendo em vista a proteinúria como um dos principais sintomas) é da maior importância durante as consultas pré-natais.

A DHEG pode apresentar evolução variável, manifestando-se como pré-eclâmpsia, quando há hipertensão acompanhada de edema e/ou proteinúria, ou como eclâmpsia, caracterizada pelo aparecimento de convulsões em paciente com pré-eclâmpsia (PEIXOTO; MARTINEZ; VALLE, 2008).

É indispensável ressaltar que a hipertensão arterial na gestação nem sempre é induzida pela gravidez. Ela pode corresponder à hipertensão arterial que antecede a gestação e persiste após o parto; à hipertensão prévia que se agrava com a gravidez; ou, ainda, à hipertensão que se desenvolve após a primeira metade da gestação e se caracteriza por elevação leve da pressão arterial, sem prejuízo para a gravidez (GONÇALVES; FERNANDES; SOBRAL, 2005).

A diminuição do volume plasmático resulta em hemoconcentração, que interfere na velocidade do fluxo sanguíneo e contribui para a ativação das plaquetas e a coagulação do sangue. Dessa forma, a hipercoagulabilidade acentua-se consideravelmente na DHEG (DUSSE; VIEIRA; CARVALHO, 2001).

3.1 Pré-eclâmpsia

A pré-eclâmpsia é uma condição própria da gestação que pode envolver a falência de diversos órgãos e está associada à hipertensão e à proteinúria. Trata-se de uma doença de etiologia desconhecida, na qual há grande aumento da resistência vascular periférica e hiper-reatividade a vasoconstritores (CAVALLI *et al.*, 2009).

Como principal sinal de alerta, considera-se a pressão arterial igual ou superior a 160 x 110 mmHg, embora qualquer elevação tensional deva ser valorizada como aviso da complicação. A progressão da pré-eclâmpsia pode ser repentina, mesmo quando a pressão arterial está apenas levemente elevada; por esse motivo, qualquer alteração pode desencadear uma série de problemas (PASCOAL, 2002).

São sintomas da pré-eclâmpsia: cefaleia intensa, vômitos e visão turva; sinais de insuficiência cardíaca, como falta de ar, cansaço e aumento da frequência cardíaca; e dor abdominal, principalmente na região do fígado (DUSSE; VIEIRA; CARVALHO, 2001).

A síndrome HELLP (*haemolysis, elevated liver enzyme activity, low platelets*) é desencadeada pela pré-eclâmpsia e está relacionada à anemia hemolítica microangiopática, produzindo hemólise, elevação das enzimas hepáticas e plaquetopenia (CAVALLI *et al.*, 2009).

Conforme Peixoto, Martinez e Valle (2008, p.211):

> A Síndrome de HELLP é caracterizada por proteinúria maior que 300 mg em 24 horas, creatinina sérica elevada, oligúria, edema pulmonar, cianose, hemólise microangiopática, trombocitopenia (diminuição do número de plaquetas no sangue e distúrbio dos fatores responsáveis pela coagulação), disfunção hepatocelular, crescimento intrauterino restrito ou oligoâmnio (diminuição do líquido amniótico na cavidade amniótica na gestação). Atenção para a diminuição do número de plaquetas no sangue e distúrbio dos fatores responsáveis pela coagulação, para o aumento de enzimas hepáticas, para a presença de líquido amniótico em quantidade diminuída, e feto pequeno para a idade gestacional (menor do que o esperado).

Um dos mecanismos compensatórios da hipertensão consiste na perda de plasma para o espaço extravascular, o que resulta no aparecimento de edema. O edema de face e mãos integra a tríade da DHEG; embora seja comum na gestação, é considerado o primeiro sinal de pré-eclâmpsia quando associado à proteinúria e à hipertensão arterial. O aumento de peso é visto como sinal de retenção de líquidos e pode ser considerado evidência de pré-eclâmpsia (DUSSE; VIEIRA; CARVALHO, 2001; GONÇALVES; FERNANDES; SOBRAL, 2005).

A eclâmpsia é caracterizada por crises convulsivas tônico-clônicas que podem acometer gestantes com pré-eclâmpsia grave ou puérperas. Trata-se de uma complicação que pode ser prevenida e que geralmente ocorre no último trimestre e/ou no puerpério imediato, sendo raros os episódios nos dois primeiros trimestres e no puerpério tardio (PEIXOTO; MARTINEZ; VALLE, 2008).

Em muitas pacientes, pode ocorrer morte materna em decorrência das convulsões, que podem desencadear hemorragia intracerebral. O tratamento principal consiste em hospitalização com repouso no leito, controle da pressão arterial, prevenção das convulsões e interrupção da gestação (PASCOAL, 2002).

3.2 Fatores de risco da DHEG

Fator de risco é a característica que aumenta a probabilidade de ocorrência de um agravo. O risco de DHEG pode ser indireto, como na gravidez de alto risco. Alguns fatores precisam ser analisados durante o pré-natal, como idade materna, gravidez múltipla, nível socioeconômico, obesidade, hipertensão arterial crônica, antecedentes familiares, diabetes mellitus e estresse, entre outros (SILVA *et al.*, 2011).

De acordo com Moura *et al.* (2010, p. 25):

> Alterações morfológicas e funcionais no organismo de gestantes portadoras da DHEG são causadas pelo espasmo arteriolar, que diminui o diâmetro dos vasos sanguíneos impedindo o fluxo de sangue aos órgãos e elevando a pressão sanguínea. Placenta, rins, fígado e cérebro têm suas funções deprimidas em até 60%, o que comprova que os distúrbios hipertensivos na gravidez são graves, pois intensificam os riscos de descolamento prematuro de placenta, prematuridade, baixo peso ao nascer e óbito materno e fetal. Todavia, são todas passíveis de profilaxia por meio de uma adequada assistência pré-natal, que inclua a identificação dos fatores de risco e o seu efetivo monitoramento.

No Brasil, mais de quatro milhões de mulheres engravidam por ano, das quais cerca de 20% são adolescentes. Em relação à idade, o risco de DHEG concentra-se nos extremos: abaixo dos 18 anos ou acima dos 30 anos. Existem controvérsias quanto ao aumento do risco de complicações obstétricas na gestação na adolescência, mas mulheres com 30 anos ou mais têm duas vezes mais chances de desenvolver DHEG (SILVA *et al.*, 2011).

A gravidade da doença é maior nos casos de gravidez múltipla. Gestantes com múltiplas placentas, como em gestações gemelares ou trigemelares, têm até três vezes mais risco de desenvolver DHEG, devido à maior quantidade de tecido placentário. O índice de massa corporal (IMC) também é fator de risco: quando superior a 35 kg/m², duplica o risco de pré-eclâmpsia, e o peso inferior a 45 kg também se torna fator de risco para essa condição (MOURA *et al.*, 2010).

De acordo com Silva (2009, p. 25):

> No caso da gestante ser portadora de hipertensão crônica, diabetes insulinodependente e a doença renal, o risco de desenvolver pré-eclâmpsia é três vezes maior. Aquelas portadoras de doença autoimune como síndrome do anticorpo antifosfolipidico ou lúpus têm risco de até nove vezes maior de serem acometidas de pré-eclâmpsia do que aquelas sem alterações imunológicas. As pesquisas consideram que a pré-eclâmpsia é o extremo de uma resposta inflamatória. Desta forma, as infecções crônicas, por aumentarem a resposta inflamatória, podem ser consideradas fatores de risco para DHEG. Infecções maternas, como as do trato urinário, periodontite, infecções por Clamídia, citomegalovírus são associadas com pré-eclâmpsia. A infecção do trato urinário e periodontite durante a gravidez estão associadas com o aumento de risco para a ocorrência, quando administrado antibióticos por 10 dias, há indícios de diminuição da incidência de pré-eclâmpsia.

Outro fator de risco muito comum para a DHEG é a ocorrência de hipertensão em gestação anterior, o que aumenta em sete vezes o risco de recorrência na gestação atual. O histórico familiar também deve ser considerado na avaliação, pois a suscetibilidade genética é herdada, mas a expressão gênica pode ser modificada por influências não genéticas, paternas e fetais (ALEXANDRE; IZABELA LORENA; SILVA, 2015).

A condição socioeconômica desfavorável, como baixa escolaridade e baixa renda familiar, tem conduzido mulheres à gestação de alto risco. Essas situações estão

normalmente associadas a deficiências nutricionais e ao estresse decorrente de necessidades básicas não atendidas, circunstâncias que contribuem para os distúrbios hipertensivos (MOURA *et al.*, 2010).

O estresse e a ansiedade também contribuem para a ocorrência da DHEG, pois, em resposta a eles, o cérebro prepara o corpo para a ação, aumentando a pressão arterial e as frequências cardíaca e respiratória. Assim, há uma relação entre as emoções e o sistema cardiovascular que representa perigo para a mulher grávida (CARNEIRO *et al.*, 2015).

Há casos de gestantes que ingerem mais de quatro xícaras de café diariamente. Dessa forma, os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados pré-natais devem observar as grávidas que apresentam pressão arterial elevada e consomem bebidas e alimentos com cafeína, pois estes podem alterar os níveis pressóricos. É necessário, portanto, orientar a dieta e verificar os alimentos consumidos, a fim de não comprometer a pressão arterial nem prejudicar a gravidez (ALEXANDRE; IZABELA LORENA; SILVA, 2015).

O tabagismo contribui para a elevação da pressão arterial. O cigarro contém mais de 4.700 substâncias, entre as quais se destaca a nicotina, componente psicoativo que gera dependência e promove vasoconstrição; diversas outras substâncias do cigarro também têm ação nociva ao organismo. Por ser um potente vasoconstritor, a nicotina eleva a pressão arterial, em média, de 5 a 10 mmHg acima do nível basal (MOURA JUNIOR *et al.*, 2011).

A gestante deve ser orientada a evitar o cigarro e a fumaça do tabaco, pois esta favorece maior agregação plaquetária, em razão da grande concentração de radicais livres, contribuindo para o enrijecimento crônico da parede arterial (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004).

3.3 Atuação do enfermeiro diante do quadro de DHEG

No período da gravidez, as mulheres necessitam de assistência e cuidados específicos prestados pela equipe de saúde. Nesse contexto, o enfermeiro desempenha função indispensável no processo gestacional, acompanhando a mulher desde o início da gravidez até o momento do parto. As consultas de pré-natal com o enfermeiro são programadas, no mínimo, uma vez por mês (FARIAS; FERNANDES; FARIAS, 2014).

A rede pública de saúde oferece o pré-natal gratuitamente, e nele as gestantes recebem orientações sobre como lidar com as transformações do corpo e sobre os primeiros cuidados com o bebê. O enfermeiro incentiva a participação dos familiares, em especial do

pai, nas consultas, o que proporciona segurança e bem-estar à mulher (CHAVES; MESQUITA; RAMOS, 2014).

Para uma assistência de enfermagem adequada, é necessário identificar e conhecer todos os fatores capazes de aumentar a morbimortalidade e atuar sobre eles precocemente (TREVISAN *et al.*, 2002).

A Resolução Cofen nº 223/1999 dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1999).

Essa assistência pode ser definida pelo cuidar, com o intuito de proteger, promover e preservar a saúde, oferecendo atenção abrangente às parturientes diante das intercorrências e complicações obstétricas verificadas no trabalho de parto e no nascimento.

É importante a avaliação do enfermeiro na identificação das distocias de progressão, do sofrimento fetal e dos partos prolongados, o que pode prevenir complicações; da mesma forma, a detecção precoce de sinais e sintomas de hemorragia no pós-parto imediato pode contribuir para a diminuição da morbidade e da mortalidade materna nesse período. O enfermeiro demonstra sua importância no monitoramento das parturientes, o que possibilita melhorar a assistência, principalmente por meio do acolhimento e da humanização (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1999 *apud* REGANASSI *et al.*, 2015, p. 325).

A atuação de enfermagem no pré-natal consiste em oferecer atendimento especial, com cuidado sensível, que facilite a aproximação entre o profissional e a paciente, além de respeitar os sentimentos da mulher, que se encontra emotiva em razão de seu estado gestacional (DUARTE; ANDRADE, 2006).

Muitas vezes, os serviços hospitalares não prestam orientação adequada, no momento da alta, sobre os sinais precoces de infecção puerperal ou de outras complicações, o que contribui para o aumento da morte materna (BRASIL, 2006).

O enfermeiro elabora o plano de assistência na consulta de enfermagem pré-natal conforme as necessidades identificadas e priorizadas, realizando o tratamento, as orientações e o encaminhamento a outros serviços de saúde. Dessa forma, estabelece-se a interdisciplinaridade das ações com profissionais da odontologia, da medicina, da nutrição e da psicologia (DUARTE; ANDRADE, 2006).

É na consulta pré-natal que o profissional de saúde pode analisar os exames realizados e observar possíveis complicações durante a gestação. Quanto mais cedo algo for

detectado, maior será a segurança da mulher e do bebê e melhor será a assistência prestada (FARIAS; FERNANDES; FARIAS, 2014).

Conforme Duarte e Andrade (2006, p. 123):

> Os exames de rotina do pré-natal também são solicitados na primeira consulta e constam de hemograma completo; tipagem sanguínea e fator RH; glicose em jejum; sorologias para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes simplex 1 e 2, sífilis, HIV 1 e 2, chagas, hepatite B, hepatite C, fenilcetonúria materna e HTLV 1 e 2; urina tipo 1, urocultura e parasitológico de fezes. A ultrassonografia deverá ser solicitada no decorrer dos meses, observando-se as rotinas de trabalho do enfermeiro. Verifica-se a data do último exame citológico (Papanicolau), caso não esteja em dia ou com história de alteração em exame anterior, agendá-lo, ressaltando a importância da sua realização.

É no pré-natal que são tomados os primeiros cuidados em relação à DHEG, especialmente quando a gestante já apresenta predisposição genética e, portanto, maior risco de desenvolver a doença. Para obter resultados satisfatórios no tratamento da DHEG, é fundamental que a gestante receba assistência adequada e de qualidade por profissionais competentes, além de compreender e aceitar a patologia, já que o quadro clínico apresenta gravidade de intensidade variável (CHAVES; MESQUITA; RAMOS, 2014).

Diante das complicações decorrentes da síndrome hipertensiva, a compreensão da patologia, o diagnóstico precoce e a conduta adequada no momento certo possibilitam a melhora do prognóstico materno e perinatal, além de diminuírem as altas taxas de mortalidade. Daí a importância de uma assistência especializada, com a formulação de um plano de cuidados individualizado, visando ao bem-estar materno-fetal e ao controle da tríade da doença (ARAUJO *et al.*, 2010).

Após o diagnóstico, os cuidados de enfermagem à paciente com pré-eclâmpsia envolvem: a aferição dos níveis pressóricos quatro vezes ao dia, preferencialmente com a paciente em decúbito lateral esquerdo, mantendo repouso no leito nessa mesma posição; a medição diária do peso; a avaliação diária da proteinúria; o controle da diurese de 24 horas; a orientação para que a mãe observe diariamente os movimentos fetais; e a observação, pelos profissionais de saúde, dos sinais e sintomas clínicos (SILVA *et al.*, 2011).

Segundo Coelho (2014, p. 22):

> O profissional deve ajudá-la a adquirir autonomia no agir, aprendendo a enfrentar situações de estresse e de crise, optando pela vida e a saúde. O enfermeiro também deve capacitar os auxiliares e técnicos de enfermagem, supervisionando suas atividades. Deve também realizar a consulta de enfermagem com atenção aos fatores de risco, auxiliando no tratamento não medicamentoso, assegurando a adesão bem como se atentando aos possíveis problemas que possam surgir com o tratamento, tomando as medidas necessárias.

Diante disso, o enfermeiro pode utilizar o diagnóstico de enfermagem, que representa a agilidade de raciocínio e o julgamento clínico do enfermeiro para identificar as respostas humanas a problemas de saúde e a processos vitais reais ou potenciais (COELHO, 2014).

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo revisão narrativa da literatura, direcionado à análise das causas da mortalidade materna, com ênfase na doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) e na importância da assistência de enfermagem na prevenção de complicações.

4.1 Estratégia de busca e coleta de dados

O levantamento dos dados científicos ocorreu por meio de consultas a bases de dados relevantes na área da saúde — Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Medline/PubMed — e a publicações e manuais do Ministério da Saúde do Brasil.

Para a busca nas plataformas, utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e palavras-chave em português e inglês: “Mortalidade Materna”, “Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG)”, “Pré-Eclâmpsia”, “Eclâmpsia”, “Assistência de Enfermagem” e “Pré-Natal”.

4.2 Critérios de elegibilidade (inclusão e exclusão)

Para a delimitação e a seleção da amostra teórica, adotaram-se critérios baseados no acrônimo PICOS:

- P (população/problema): gestantes, puérperas e mulheres em idade fértil expostas ao risco ou ao diagnóstico de DHEG e de complicações obstétricas;
- I (intervenção/interesse): ações e intervenções da assistência de enfermagem no acompanhamento pré-natal, no diagnóstico precoce e no gerenciamento de cuidados na
  DHEG;
- C (comparação/controle): não aplicável, por se tratar de revisão narrativa;

- O (desfecho/*outcome*): identificação dos fatores de risco de mortalidade materna, redução de complicações graves (pré-eclâmpsia e eclâmpsia) e promoção de estratégias de combate aos óbitos evitáveis, como a implementação da Rede Alyne;
- S (desenho do estudo): artigos originais, revisões integrativas, manuais normativos do Ministério da Saúde e relatórios de comitês de mortalidade materna publicados entre 1999 e 2026.

Critérios de exclusão: foram desconsiderados resumos de congressos, teses e dissertações não publicadas em periódico científico, artigos de acesso restrito ou pago e pesquisas que não abordavam diretamente as variáveis do estudo.

4.3 Variáveis avaliadas e análise de dados

As variáveis analisadas nos estudos selecionados englobaram dados socioeconômicos e demográficos das gestantes (idade, raça/cor, escolaridade e renda), condições clínicas associadas (hipertensão arterial, obesidade, diabetes e estresse), principais causas de mortalidade materna (diretas e indiretas) e condutas e intervenções prestadas pela enfermagem na atenção primária e especializada.

A análise e a síntese dos dados foram realizadas de forma qualitativa e descritiva, com o agrupamento das evidências em categorias temáticas para posterior discussão crítica e contextualização com as políticas públicas nacionais recentes de atenção à saúde materna.

5. RESULTADOS

Para o desenvolvimento e a fundamentação teórica desta revisão, foram selecionados e analisados 28 estudos e documentos científicos publicados entre 1999 e 2026, compreendendo artigos originais de caráter epidemiológico, revisões de literatura, diretrizes de cardiologia e de enfermagem, resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e manuais e relatórios estratégicos do Ministério da Saúde do Brasil.

5.1 Perfil epidemiológico e fatores de risco da mortalidade materna por DHEG

A análise da literatura confirma que a mortalidade materna permanece como importante indicador do nível de desenvolvimento social e econômico e da qualidade da assistência à saúde em cada região. As mortes obstétricas diretas, decorrentes de

complicações como as síndromes hipertensivas e as hemorragias puerperais, representam a grande maioria dos óbitos evitáveis no país (MORSE *et al.*, 2011; SOUSA *et al.*, 2014).

Os achados demonstraram que a DHEG afeta predominantemente gestantes expostas a fatores de risco específicos, que podem ser agrupados nas seguintes categorias:

1. Extremos de idade: mulheres com idade inferior a 18 anos e, principalmente, acima de 30 a 35 anos, que apresentam risco duplicado de desenvolver síndromes hipertensivas;

2. Histórico clínico e familiar: antecedentes pessoais ou familiares de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, hipertensão arterial crônica, diabetes mellitus e doenças renais ou autoimunes (lúpus e síndrome do anticorpo antifosfolipídio);

3. Fatores obstétricos e de estilo de vida: gestação múltipla (gemelar), obesidade (IMC > 35 kg/m²), primiparidade, estresse, tabagismo e hábitos alimentares inadequados;

4. Vulnerabilidade socioeconômica: baixa escolaridade e baixa renda familiar, que se correlacionam diretamente com atrasos no diagnóstico e com a dificuldade de acesso a exames laboratoriais e consultas especializadas.

O Quadro 1 sintetiza a categorização dos estudos e as principais variáveis identificadas na literatura consultada.

Quadro 1 – Síntese das evidências sobre os fatores de risco da DHEG e o papel da enfermagem

Categoria temática	Foco/variáveis avaliadas	Principais achados	Fontes consultadas
Mapeamento epidemiológico da mortalidade materna	Causas diretas e indiretas de óbito; condições socioeconômicas e regionais.	A hipertensão é a principal causa direta de óbito gestacional; a atonia uterina prevalece no puerpério.	Brasil (2009, 2014); Sousa *et al.* (2014); Morse *et al.* (2011).
Fatores de risco clínicos e comportamentais	Idade materna, IMC, comorbidades, tabagismo e gestação múltipla.	Idade > 30 anos, IMC > 35 kg/m² e tabagismo elevam significativamente o risco de evolução para pré-eclâmpsia.	Assis, Viana e Rassi (2008); Moura *et al.* (2010); Silva *et al.* (2011).

Cuidados e intervenções de enfermagem	Consulta pré-natal, monitoramento tensional, exames laboratoriais e acolhimento.	A identificação precoce da tríade hipertensão-proteinúria-edema previne a progressão para eclâmpsia e síndrome HELLP.	Chaves, Mesquita e Ramos (2014); Coelho (2014); Duarte e Andrade (2006).

Fonte: elaborado pelos autores (2026

5.2 Atuação do enfermeiro no acompanhamento pré-natal e no manejo da DHEG

A assistência de enfermagem desempenha papel central na redução da morbimortalidade materna. Durante a consulta de enfermagem no pré-natal, o enfermeiro atua diretamente na detecção precoce de sinais de gravidade da DHEG, como cefaleia intensa, epigastralgia, alterações visuais (visão turva), ganho de peso abrupto e edema de mãos e face (CHAVES; MESQUITA; RAMOS, 2014; COELHO, 2014).

A literatura enfatiza que as ações sistematizadas do enfermeiro devem incluir:

- aferição padronizada da pressão arterial (preferencialmente em decúbito lateral esquerdo);
- solicitação e interpretação de exames de rotina (hemograma, glicemia, urocultura e fita reagente de urina para proteinúria);
- orientação e incentivo à participação da família no processo gestacional;
- educação em saúde referente a hábitos alimentares, abstenção do tabaco e da cafeína e identificação de sinais de alarme;
- articulação multiprofissional (médicos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais) para o manejo da gestação de alto risco.

5.3 Perspectivas atuais e avanços nas políticas públicas: a Rede Alyne

Os resultados da presente investigação alinham-se às diretrizes recentes do Ministério da Saúde voltadas ao enfrentamento da mortalidade materna evitável. A instituição da Rede Alyne, que substituiu a Rede Cegonha, tem como meta reduzir em 25% os óbitos maternos por causas evitáveis no país até 2027 (BRASIL, 2024b; FREIRE, 2024).

Destacam-se cinco medidas do programa que reforçam os achados deste estudo:

1. Garantia de vaga hospitalar e regulação (Vaga Sempre): garantia de internação para gestantes e puérperas graves e qualificação do transporte inter-hospitalar de urgência (SAMU 192 e Central de Regulação) (BRASIL, 2024b);

2. Ampliação do financiamento para exames pré-natais: triplicação do repasse financeiro aos municípios (de R$ 55,00 para R$ 144,35 por gestante) e inclusão de novos testes (HTLV e hepatites B e C) (BRASIL, 2024a; FREIRE, 2024);

3. Fortalecimento da infraestrutura: expansão dos Centros de Parto Normal (CPN), ampliação de leitos neonatais (UCINCo e UCINCa) e valorização do Método Canguru;

4. Valorização do aleitamento materno: aumento do investimento financeiro nos bancos de leite humano para suprir a demanda das unidades neonatais;

5. Integração entre atenção primária e hospitalar: vínculo direto das equipes de Saúde da Família (eSF) com os serviços de referência obstétrica, evitando a peregrinação da gestante (FREIRE, 2024).

6. CONCLUSÃO

A morte materna constitui um importante problema de saúde pública, estando frequentemente relacionada a complicações que podem ser prevenidas ou identificadas precocemente durante a assistência à gestante. Nesse contexto, a doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) merece destaque por representar uma condição que pode evoluir para complicações graves, colocando em risco a vida da mulher, especialmente quando o diagnóstico e o tratamento não são realizados em tempo oportuno.

Para reverter esse cenário, torna-se fundamental reforçar a importância do acompanhamento pré-natal adequado, da identificação dos fatores de risco e do reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de alerta. A orientação das gestantes por meio de ações de educação em saúde contribui para ampliar o conhecimento sobre as possíveis complicações gestacionais e incentivar a procura por atendimento profissional diante de alterações que possam comprometer a saúde materna.

Torna-se evidente, também, o papel do enfermeiro na prevenção da mortalidade materna, por meio das consultas de enfermagem, do monitoramento da saúde da gestante, da realização de orientações e do encaminhamento oportuno para avaliação especializada, quando necessário. Além disso, a capacitação contínua dos profissionais e a atuação

integrada da equipe multiprofissional são essenciais para garantir uma assistência humanizada, segura e de qualidade durante a gestação, o parto e o puerpério.

Conclui-se que o enfrentamento da mortalidade materna exige ações conjuntas de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento adequado e acompanhamento contínuo, com atenção especial às gestantes de alto risco. Espera-se que este estudo contribua para ampliar o conhecimento sobre os fatores associados aos óbitos maternos, estimular futuras pesquisas e fortalecer as práticas de assistência de enfermagem, visando à redução das complicações evitáveis e à promoção da saúde materna.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, L. R. da S. *et al.* Análise de estudos sobre as condutas de enfermagem no cuidado à gestante com doença hipertensiva. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 7, n. 1, p. 204-215, jan./mar. 2014. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revinter/article/view/252. Acesso em: 21 out. 2026.

ALEXANDRE, A.; IZABELA LORENA, I.; SILVA, S. **A importância do papel do enfermeiro na gestação de alto risco relacionado à doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) em mães acima de 35 anos**. [*S. l.*]: ICESP, 2015. Disponível em: http://www.icesp.org.br/. Acesso em: 21 out. 2026.

ARAUJO, S. M.; SILVA, M. E. D.; MORAES, R. C.; ALVES, D. S. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **Veredas FAVIP**: Revista Eletrônica de Ciências, Caruaru, v. 3, n. 2, p. 61-67, jul./dez. 2010. Disponível em: http://veredas.favip.edu.br/ojs/index.php/veredas1/article/view/98/211. Acesso em: 21 out. 2026.

ASSIS, T. R.; VIANA, F. P.; RASSI, S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 91, n. 1, p. 11-17, jul. 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S0066-782X2008001300002. Acesso em: 21 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna**: relatório final. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd11_03estudo_mortalidade_mulher.pdf. Acesso em: 21 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 104 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf. Acesso em: 21 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013**: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 384 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf. Acesso em: 21 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.349, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento da Rede Alyne. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: https://www.conass.org.br/?p=44550. Acesso em: 27 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: https://www.conass.org.br/?p=44552. Acesso em: 27 out. 2026.

CARNEIRO, C. R. G.; GOMES, P. F. C.; GOMES, R. de L.; ALVARES, W. Fatores de risco relacionados à doença hipertensiva específica da gravidez: pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome HELLP. **Revista Educação em Saúde**, Anápolis, v. 3, supl. 1, 2015. Disponível em: https://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/1225. Acesso em: 21 out. 2026.

CARVALHO, R. V. P. de. **Perfil da mortalidade materna no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário em Salvador, Bahia no período de 2006 a 2013**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/handle/ri/16119. Acesso em: 21 out. 2026.

CAVALLI, R. de C.; SANDRIM, V. C.; SANTOS, J. E. T. dos; DUARTE, G. Predição de pré-eclâmpsia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 1-4, jan. 2009. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-72032009000100001. Acesso em: 21 out. 2026.

CHAIM, S. R. P.; OLIVEIRA, S. M. J. V. de; KIMURA, A. F. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 53-58, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000100008. Acesso em: 21 out. 2026.

CHAVES, A. P. B.; MESQUITA, S. K. da C.; RAMOS, D. K. R. Doença hipertensiva específica da gestação: conduta de enfermeiros em unidade básica de saúde. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 1, p. 648-654, jan./jul. 2014. Disponível em: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4901381.pdf. Acesso em: 21 out. 2026.

COELHO, S. F. **Assistência de enfermagem frente à doença hipertensiva específica da gestação em um hospital do município de Naviraí – MS**. 2014. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/172124. Acesso em: 21 out. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução Cofen nº 223, de 3 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal. Rio de Janeiro: Cofen, 1999. Disponível em: https://www.portalcorenrs.gov.br/docs/Legislacoes/legislacao_234ef0bec80c5b7d93f44e4862562ed0.pdf. Acesso em: 21 out. 2026.

COSTA, A. A. R. *et al.* Mortalidade materna na cidade do Recife. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 455-462, ago. 2002. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-72032002000700005. Acesso em: 21 out. 2026.

DIAS, J. M. G. *et al.* Mortalidade materna. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 173-179, 2015. DOI: 10.5935/2238-3182.20150034. Disponível em: https://rmmg.org/artigo/detalhes/1771. Acesso em: 21 out. 2026.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. de. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 121-125, abr. 2006. DOI: https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000100016. Acesso em: 21 out. 2026.

DUSSE, L. M. S.; VIEIRA, L. M.; CARVALHO, M. das G. Revisão sobre alterações hemostáticas na doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). **Jornal Brasileiro de Patologia**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 267-272, 2001. DOI: https://doi.org/10.1590/S167624442001000400008. Acesso em: 21 out. 2026.

FARIAS, A. C. de; FERNANDES, I. A.; FARIAS, L. R. de. **Pré-natal**: assistência e ação educativa desempenhada pelo profissional enfermeiro. [*S. l.*]: ICESP, 2014. Disponível em: https://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/1 c3049c39bd8cb8e8ebe9017a5007cfb.pdf. Acesso em: 21 out. 2026.

FERREIRA, M. E.; CAMPANA, H. C. R. Assistência de enfermagem na doença hipertensiva específica da gravidez. **Revista Uningá**, Maringá, n. 1, p. 39-46, jan./jun. 2004. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20131122_1808012.pdf. Acesso em: 21 out. 2026.

FREIRE, A. Lançado neste mês, Rede Alyne quer reduzir em 25% a morte por causas evitáveis de gestantes e puérperas até o ano de 2027. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, set. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/reunioes-doconselho/copy_of_resumos-executivos/2025/366a-reuniao-ordinaria/item-07/rede-alynemortalidade-materna_cns.pdf. Acesso em: 27 out. 2026.

GONÇALVES, R.; FERNANDES, R. A. Q.; SOBRAL, D. H. Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 58, n. 1, p. 61-64, jan./fev. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/mvwSyDB3NNpsLjrHSwcTvcb/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 21 out. 2026.

GOUVEIA, H. G.; LOPES, M. H. B. de M. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 175-182, mar./abr. 2004. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000200005. Acesso em: 21 out. 2026.

GUERREIRO, D. D. *et al.* Mortalidade materna relacionada à doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) em uma maternidade no Pará. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 4, p. 825-834, 2014. DOI: 10.5902/2179769213159. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13159. Acesso em: 21 out. 2026.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. de; GOTLIEB, S. L. D. Mortes maternas e mortes por causas maternas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 17, n. 4, p. 283-292, 2008. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742008000400005. Acesso em: 21 out. 2026.

LEOPÉRCIO, W.; GIGLIOTTI, A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 30, n. 2, p. 176-185, mar./abr. 2004. DOI: https://doi.org/10.1590/S1806-37132004000200016. Acesso em: 21 out. 2026.

MAFFEI, B.; MENEZES, M.; KRENKEL, S.; CREPALDI, M. A. Redes sociais significativas de gestantes de alto risco: um estudo qualitativo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 27, e48904, 2022. DOI: https://doi.org/10.4025/psicolestud.v27i0.48904. Acesso em: 21 out. 2026.

MENEZES, M. L. N.; BEZERRA, J. de F. O.; BEZERRA, J. de F. O. Perfil epidemiológico dos óbitos maternos em hospital de referência para gestação de alto risco. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 5, p. 714-721, set./out. 2015. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/14532. Acesso em: 21 out. 2026.

MORSE, M. L. *et al.* Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 623-638, abr. 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400002. Acesso em: 21 out. 2026.

MOURA, E. R. F.; OLIVEIRA, C. G. S. de; DAMASCENO, A. K. de C.; PEREIRA, M. M. Q. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 250-255, abr./jun. 2010. DOI: 10.5380/ce.v15i2.17855. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17855. Acesso em: 21 out. 2026.

MOURA JUNIOR, J. S.; NÓBREGA, T. K. S. da; BRITO, A. de F.; SILVA, A. S. Influência aguda do tabaco na pressão arterial, frequência cardíaca e na hipotensão pós-exercício em

homens jovens fumantes. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 14, n. 4, p. 57-64, 2011. DOI: 10.4034/RBCS/2010.14.04.08. Disponível em: https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/9886. Acesso em: 21 out. 2026.

PASCOAL, I. F. Hipertensão e gravidez. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, p. 256-261, jul./set. 2002. Disponível em: http://departamentos.cardiol.br/dha/edicoes_revista.asp. Acesso em: 21 out. 2026.

PEIXOTO, M. V.; MARTINEZ, M. D.; VALLE, N. S. B. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégia e cuidados de enfermagem. **Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**, [*s. l.*], v. 3, n. 1, p. 208-222, 2008. Disponível em: http://www.faculdadedofuturo.edu.br/. Acesso em: 21 out. 2026.

REGANASSI, C. *et al.* Mortalidade materna: desafios para enfermagem no enfrentamento da assistência. **Revista Fafibe On-Line**, Bebedouro, v. 8, n. 1, p. 319-331, 2015. Disponível em: https://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/30102015190 327.pdf. Acesso em: 21 out. 2026.

ROSSO, C. F. W.; CRUVINEL, K. P. S.; SILVA, M. A. S.; ALMEIDA, N. A. M.; PEREIRA, V. M.; PINHEIRO, D. C. S. (org.). **Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde no Estado de Goiás**. 2. ed. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014. 336 p. Disponível em: https://www.corengo.org.br/wpcontent/uploads/2015/02/Protocolo-de-Enfermagem-CorenGO-Site.pdf. Acesso em: 21 out. 2026.

SAVIATO, B. *et al.* Morte materna por hipertensão no Estado de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 37, n. 4, p. 16-19, 2008.

SILVA, E. F. da; CORDOVA, F. P.; CHACHAMOVICH, J. L. R.; ZÁCHIA, S. de A. Percepções de um grupo de mulheres sobre a doença hipertensiva específica da gestação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 316-322, jun. 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200015. Acesso em: 21 out. 2026.

SILVA, G. M. da. **Fatores de risco para pré-eclâmpsia**. 2009. 71 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9384. Acesso em: 21 out. 2026.

SILVA, J. C. B. da *et al.* Mortalidade materna em adolescentes no Estado de Santa Catarina, 1996 a 2013. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 3444, 2015. Disponível em: https://revista.saude.sc.gov.br/index.php/files/article/view/175. Acesso em: 21 out. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **V Diretrizes**

Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: SBC: SBH: SBN, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.
pdf. Acesso em: 21 out. 2026.

SOUSA, D. M. do N. *et al.* Mortalidade materna por causas hipertensivas e hemorrágicas: análise epidemiológica de uma década. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n.
4, p. 500-506, jul./ago. 2014. Disponível em: https://www.epublicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/15314. Acesso em: 21 out. 2026.

SOUSA, M. H. de *et al.* Sistemas de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 2, p. 161-168, abr./jun. 2006. DOI: https://doi.org/10.1590/S151938292006000200002. Acesso em: 21 out. 2026.

TREVISAN, M. do R.; DE LORENZI, D. R. S.; ARAÚJO, N. M. de; ÉSBER, K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 293-299, jun. 2002. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-72032002000500002. Acesso em: 21 out. 2026.

VEGA, C. E. P.; SOARES, V. M. N.; NASR, A. M. L. F. Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00197315, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/0102311X00197315. Acesso em: 21 out. 2026.

WANNMACHER, L. Manejo da hipertensão na gestação: o pouco que se sabe. **Uso Racional de Medicamentos**: temas selecionados, Brasília, DF, v. 1, n. 11, p. 1-6, out. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_HIP_1004.pdf. Acesso em: 21 out. 2026.