

O papel do enfermeiro na identificação e prevenção da pré eclâmpsia na consulta de pré-natal: uma revisão integrativa.

The role of nurses in the identification and prevention of pre-eclampsia during prenatal consultations: an integrative review.

Letícia Tibério Barboza Batista¹, Iara Cia Bocaletti¹, Vitória Karen Raimundo¹, Genesis Barros Agrella Reis¹, Gabrielly Destro Marcellino¹.

¹Universidade Paulista – UNIP, campus Araraquara, Araraquara – SP, Brasil

Resumo

Objetivo – Identificar as atividades desempenhadas pelo enfermeiro na consulta pré-natal para a prevenção e identificação da pré-eclâmpsia em gestantes. **Métodos** – Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com busca realizada em maio e setembro de 2025 nas bases de dados BVS (LILACS e BDENF) e SciELO, utilizando os descritores “Pré-Eclâmpsia” AND “Enfermagem”. Foram incluídos artigos em português, publicados entre 2015 e 2025, resultando em uma amostra final de 10 artigos. **Resultados** – A análise evidenciou que o enfermeiro atua por meio de estratégias como o Processo de Enfermagem, acolhimento com classificação de risco, educação em saúde, monitorização rigorosa da pressão arterial, solicitação de exames complementares, suplementação de cálcio e encaminhamento oportuno para o pré-natal de alto risco. Essas intervenções contribuem significativamente para a detecção precoce, redução de complicações e promoção de desfechos maternos e perinatais favoráveis. **Conclusão** – Conclui-se que o enfermeiro exerce um papel estratégico e multidimensional no pré-natal, sendo essencial para a qualificação da assistência, a redução da morbimortalidade associada à pré-eclâmpsia e a garantia de uma gestação segura. Investimentos em capacitação contínua e na estruturação dos serviços são necessários para potencializar essa atuação.

Descritores: Pré-eclâmpsia; Enfermagem; Consulta pré-natal; Atenção primária à saúde; Educação em saúde; Cuidados de enfermagem; Encaminhamento e consulta; Educação; Saúde; Planejamento em saúde

Abstract

Objective – To identify the activities performed by nurses during prenatal consultations aimed at preventing and identifying pre-eclampsia in pregnant women. **Methods** – This is an integrative literature review, with searches conducted in May and September 2025 in the BVS (LILACS and BDENF) and SciELO databases, using the descriptors “Pre-Eclampsia” AND “Nursing.” Articles in Portuguese published between 2015 and 2025 were included, resulting in a final sample of 10 articles. **Results** – The analysis showed that nurses act through strategies such as the Nursing Process, welcoming with risk classification, health education, strict blood pressure monitoring, requesting complementary exams, calcium supplementation, and timely referral to high-risk prenatal care. These interventions significantly contribute to early detection, reduction of complications, and the promotion of favorable maternal and perinatal outcomes. **Conclusion** – It is concluded that nurses play a strategic and multidimensional role in prenatal care, being essential for improving care quality, reducing morbidity and mortality associated with pre-eclampsia, and ensuring a safe pregnancy. Continuous training investments and improved service structure are necessary to enhance this role.

Descriptors: Pre-eclampsia; Nursing; Prenatal consultation; Primary health care; Health education; Nursing care; Referral and consultation; Prenatal consultation; Health; Education; Health planning

Introdução

Morbimortalidade materna no Brasil e no mundo

A razão de mortalidade materna (RMM) é um indicador essencial de saúde pública, pois mede o risco de morte de mulheres durante a gestação, parto e pós parto. Sua importância está em refletir a qualidade dos serviços de saúde, as condições sociais e econômicas da população e a efetividade das políticas de atenção materna. Além disso, é usada internacionalmente para monitorar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), já que a maioria das mortes maternas são evitáveis. A RMM é calculada pelo número de mortes maternas em um período específico dividido pelo número de nascidos vivos no mesmo período, geralmente expresso por 100.000 nascidos vivos¹.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2023, cerca de 260 mil mulheres morreram no mundo por complicações da gravidez e do parto, o que representa, em média, 712 mortes diárias. A maior

parte dessas mortes ocorreu em países de baixa renda e poderiam ter sido evitadas. Apesar da gravidade, houve avanços: entre 2000 e 2023, a Ásia Meridional reduziu sua razão de mortalidade materna (RMM) em mais de 70%, e a África Subsaariana conseguiu diminuir quase 40%. Outras regiões, como Ásia Central, Ásia Oriental, Europa e Norte da África, também cortaram sua RMM pela metade. Já a América Latina e o Caribe apresentaram o menor progresso, com queda de apenas 16,8% no mesmo período. No Brasil, as síndromes hipertensivas da gestação, sobretudo a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, permanecem como causas significativas de morbidade e mortalidade materna e perinatal^{1,2}. Em 2023 foram constatadas 891(100%) mortes maternas por causas obstétricas diretas no Brasil, sendo que 238 (26%) delas mortes foram provocadas por síndromes hipertensivas específicas da gestação (SHEG). A pré eclâmpsia (PE) deve ser detectada e tratada oportunamente previamente a eclâmpsia,

medicamentos como sulfato de magnésio evitam que mulheres com PE desenvolvam eclâmpsia³⁻⁵.

Um estudo (2020) identificou que, em algumas unidades de terapia intensiva obstétrica do país, até 90% das internações são decorrentes de agravos relacionados à hipertensão gestacional³. Além disso, a taxa de mortalidade perinatal associada a essas condições pode alcançar 30%, refletindo a gravidade do quadro clínico quando não identificado precocemente⁵.

A literatura aponta que fatores socioeconômicos como baixo nível de escolaridade, pobreza, acesso limitado aos serviços de saúde e início tardio do pré-natal estão diretamente relacionados à maior incidência de pré eclâmpsia e seus desfechos desfavoráveis⁶.

Segundo a Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (MS) no Brasil em 2024 foram constatadas 911(100%) mortes maternas por causas obstétricas diretas no Brasil, sendo que 271 (30%) das mortes foram provocadas por síndromes hipertensivas específicas da gestação (SHEG)⁷. Mas vale ressaltar que a maioria das mortes maternas são registradas como sem causa presumível devido uma escassez de dados, na declaração de óbito por preenchimento falho⁷.

Pré-Eclâmpsia:

Uma condição de alto risco obstétrico

A PE é uma síndrome hipertensiva específica da gestação que se caracteriza pela elevação da pressão arterial (PA) após a 20ª semana de gravidez, acompanhada de proteinúria¹ e, em alguns casos, manifestações sistêmicas multiorgânicas⁸. A PE pode ser subclassificação em precoce (34 semanas de gestação)⁸.

As classificações para melhor conduta, são:

Leve: PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 90 mmHg, sem sinais de disfunção orgânico e proteinúria moderada $>3\text{g}/\text{dia}^{5,8}$.

Grave: Se caracterizam por PA sistólica ≥ 160 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 110 mmHg, cefaleia, distúrbios visuais, edema agudo de pulmão, dor torácica, insuficiência renal identificada proteinúria $>5\text{g}/\text{dia}$ e pela elevação progressiva dos níveis séricos de (creatinina $\geq 1,2\text{mg}/\text{dL}$ e ureia $\geq 20\text{mg}/\text{dL}$), elevação de enzimas hepáticas (Transaminase Oxalacética-TGO $>40\text{U}/\text{L}$ e Transaminase Pirúvica – TGP $>56\text{U}/\text{L}$)^{5,8}.

No tocante ao binômio materno-fetal, estudos apontam que as SHEG, entre as quais a PE ocupa lugar de destaque, podem evoluir para quadros graves como eclâmpsia, que são convulsões tônico clônicas não atribuídas a doenças neurológicas e síndrome HELLP, além de aumentarem significativamente o risco perinatal^{8,9}.

Em relação ao feto, há risco aumentado para restrição do crescimento intrauterino, prematuridade, sofrimento fetal agudo, baixo peso ao nascer, óbito intrauterino e internação prolongada em unidades neonatais⁹.

Esses desfechos decorrem da insuficiência placentária gerada pela disfunção vascular, que compromete a oxigenação e a nutrição fetal. No caso materno, além das complicações clínicas já citadas, a PE pode gerar consequências a longo prazo, como aumento do risco cardiovascular e renal, sendo considerada uma condição sentinela para futuras comorbidades crônicas^{8,9}.

O pré-natal como estratégia de prevenção e a atuação do enfermeiro na identificação da pré-eclâmpsia.

A PE é considerada uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal no Brasil e no mundo, a qual demanda identificação precoce e manejo qualificado no contexto da assistência pré-natal, especialmente por profissionais da enfermagem que atuam na atenção primária à saúde (APS)^{3,9}. Mulheres que desenvolvem a condição apresentam risco até quatro vezes maior de evoluírem para hipertensão arterial crônica e doença cardiovascular, além de maior probabilidade de desenvolverem doença renal crônica^{8,10}.

A magnitude desses desfechos adversos reforça a importância de estratégias eficazes de rastreamento e prevenção, uma vez que a evolução da doença pode ser insidiosa, iniciando-se de forma assintomática e rapidamente progredindo para complicações sistêmicas severas⁵. A PA limítrofe, associada a sinais clínicos como cefaleia persistente, escotomas visuais, epigastralgia e edema acentuado, constitui um sinal de alerta que deve ser criteriosamente investigado durante as consultas de enfermagem no pré-natal^{9,10}.

A atuação da enfermagem diante da PE não se restringe à identificação dos sinais clínicos e à aferição da PA⁸. Nesse contexto, o papel do enfermeiro ganha centralidade, especialmente na APS, por ser responsável pela consulta de enfermagem, triagem de risco, educação em saúde e encaminhamento oportuno para serviços de referência^{8,10}.

Em estudo qualitativo com mulheres da região noroeste do Rio Grande do Sul, observou-se que muitas não compreendiam os sintomas que estavam experimentando e associavam a condição a causas emocionais ou familiares, o que retardou a busca por cuidados adequados¹⁰. Essa percepção revela uma lacuna significativa na educação em saúde durante o pré-natal, especialmente no que se refere à comunicação efetiva e à construção de um cuidado dialogado e culturalmente sensível¹⁰. O enfermeiro, nesse sentido, deve atuar como mediador entre o conhecimento científico e a realidade subjetiva da gestante, promovendo empoderamento e autocuidado¹¹. Conforme destacado em estudo de 2023, espera-se do enfermeiro um raciocínio clínico sensível e resolutivo, capaz de integrar informações obtidas na anamnese, exame físico e histórico familiar para construir hipóteses diagnósticas e intervir precocemente¹².

O enfermeiro, como agente de cuidado qualificado, possui papel estratégico na detecção precoce, encaminhamento oportuno e na construção de um vínculo terapêutico com a gestante, capaz de promover segurança, informação e acolhimento. Fortalecer esse protagonismo é essencial para transformar o cenário da saúde materna no Brasil, reduzindo os índices de morbimortalidade e garantindo o direito das mulheres a uma gestação segura^{11,12}.

A ausência de preparo adequado dos profissionais de saúde, sobretudo nos níveis primários de atenção, figura entre os fatores que contribuem para o subdiagnóstico e o manejo inadequado da PE¹². A revisão integrativa de 2022 revela que, embora os enfermeiros reconheçam a importância de sua atuação nas SHEG, muitos não se sentem plenamente capacitados para conduzir os casos, principalmente em contextos de maior complexidade¹¹.

A Nota Técnica Conjunta nº 251/2024 do MS, apresenta importantes recomendações sobre a suplementação de cálcio durante a gestação com ênfase na atuação dos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros. É destacada a relevância da suplementação de cálcio como uma estratégia fundamental para a prevenção de complicações graves na gestação, como a PE e a eclâmpsia, condições que representam riscos significativos à saúde materna e fetal. A nota reforça que a suplementação é recomendada principalmente para gestantes com baixa ingestão de cálcio na dieta, especialmente nas regiões mais vulneráveis do país. Um ponto central do texto é a valorização da autonomia do enfermeiro na prescrição de suplementos de cálcio, conforme previsto nas diretrizes da APS e nas normativas do exercício profissional¹³.

Ao reconhecer o papel estratégico dos enfermeiros na atenção pré-natal, a nota orienta e legitima a prescrição de cálcio por esses profissionais como parte de suas atribuições clínicas, ampliando o acesso das gestantes a essa importante medida preventiva. Portanto, a nota técnica ressalta a importância da atuação proativa dos enfermeiros na promoção da saúde materna, contribuindo para a redução da morbimortalidade e para a qualificação do cuidado durante a gestação. A prescrição de cálcio por enfermeiros não apenas fortalece as ações de saúde pública, como também promove maior resolutividade e acesso no contexto da APS¹³.

Dessa forma, destaca-se a necessidade de investimentos em formação continuada, bem como da utilização de metodologias ativas de ensino, como a simulação clínica, que tem se mostrado uma ferramenta potente para o aprimoramento da prática profissional em situações críticas, como é o caso da hipertensão gestacional¹¹.

A presente pesquisa justifica-se pela relevância social, científica e profissional de compreender como o enfermeiro atua na prevenção da PE e as intervenções que demonstram maior efetividade na prática clínica. Tal análise pode promover a qualificação do cuidado e fortalecer o papel do enfermeiro no contexto do pré-natal.

Revisão integrativa da literatura

A presente pesquisa trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método amplamente empregado nas ciências da saúde por permitir a síntese abrangente e sistematizada do conhecimento produzido sobre determinado tema, bem como a identificação de lacunas que demandam investigação adicional¹⁴. Esse tipo de estudo envolve etapas rigorosas, incluindo a definição da questão norteadora, o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, a busca estruturada nas bases de dados, a avaliação crítica da qualidade metodológica das publicações e a síntese dos achados, garantindo robustez científica e favorecendo a prática baseada em evidências¹⁵.

A busca bibliográfica foi realizada em bases de dados reconhecidas internacionalmente e integradas ao ecossistema da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), coordenado pela BIREME/OPAS/OMS. As bases consultadas foram: BVS, LILACS, BDENF e SciELO, selecionadas por seu caráter especializado e abrangência na literatura nacional e latino-americana, assegurando cobertura adequada do tema investigado¹⁶⁻¹⁹.

Foram utilizados os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “Pré-eclâmpsia” e “Enfermagem”, combinados com o operador booleano AND. A busca ocorreu em 8 de maio de 2025 e foi atualizada em 12 de setembro de 2025. Os critérios de inclusão abrangeram artigos publicados entre 2015 e 2025, em português e com disponibilidade integral gratuita. Foram excluídas publicações anteriores a 2015, em outros idiomas e de acesso restrito.

A busca resultou em 47 estudos, dos quais 37 procedentes da BVS e 10 da SciELO. Após leitura de títulos e resumos, 17 artigos foram considerados pertinentes e selecionados para leitura na íntegra. Estes foram avaliados criticamente de forma independente pelas autoras e, após consenso, 10 artigos atenderam aos critérios de elegibilidade, constituindo a amostra final. As principais razões para exclusão dos demais estudos incluíram ausência de descrição clara da atuação do enfermeiro no pré-natal e falta de alinhamento com a temática central da revisão.

Discussão

A análise dos dez artigos selecionados comprovou que a atuação do enfermeiro no pré-natal exerce papel relevante na identificação precoce e na prevenção da PE, demonstrando conformidade com as políticas públicas de atenção à saúde materna preconizadas pelo MS^{1,2,5,7,8}. Os estudos analisados apresentaram convergência quanto à importância da consulta de enfermagem como espaço de acolhimento, escuta ativa e vigilância clínica contínua, permitindo o reconhecimento dos sinais e sintomas iniciais da doença e o encaminhamento oportuno para os serviços de referência^{3,6,9,10}. Além disso, observou-se que o enfermeiro assume protagonismo nas ações de educação em saúde, fortalecendo o vínculo com

a gestante e promovendo o autocuidado e a adesão ao acompanhamento pré-natal^{11-13,23}. Com base nos achados, foram elaboradas duas categorias temáticas “Estratégias de atuação do enfermeiro na prevenção e rastreamento da PE” e “Desafios e potencialidades na atuação do Enfermeiro no contexto do Pré-Natal” incorporando dimensões relacionais, educativas e preventivas, que são essenciais para a redução da morbimortalidade materna e para a qualificação da assistência^{4,7,14-16,22,25}.

Estratégias de atuação do Enfermeiro na prevenção e rastreamento da PE

A qualidade do pré-natal é um determinante-chave para a saúde materna e fetal. A assistência eficaz durante o pré-natal pode reduzir significativamente as complicações associadas às SHEG, promover o desenvolvimento saudável da gravidez e diminuir a morbimortalidade materna e neonatal. Os achados dos artigos analisados se integram com as diretrizes nacionais⁸ e internacionais^{1,2,4}, reforçando a necessidade de que a consulta de enfermagem seja central no modelo de cuidado.

O pré-natal deve ser iniciado preferencialmente até a 12ª semana gestacional, com consultas mensais até 28ª semana, quinzenais até a 36ª semana e semanais até o parto. Cada consulta deve incluir a avaliação de queixas e riscos, aferição da PA, peso, medida da altura uterina, batimentos cardíacos fetais (BCF), movimentos fetais, além da revisão dos exames solicitados e da adesão às condutas propostas^{20,25}.

É fundamental destacar que cabe ao enfermeiro realizar a estratificação de risco nas consultas de pré-natal, desde o primeiro atendimento até o puerpério. Essa prática é essencial para garantir a detecção precoce de possíveis complicações, permitindo intervenções oportunas e eficazes. A estratificação sistemática possibilita identificar gestantes que apresentam agravos, como a hipertensão gestacional, diabetes *mellitus*, infecções ou outras condições clínicas que possam representar risco para a mãe e o feto^{3,8,12}.

Uma vez identificados esses riscos, é imprescindível que essas gestantes sejam encaminhadas ao Pré-Natal de Alto Risco (PNAR), conforme previsto nas diretrizes do MS e regulamentado pela Portaria nº 1.020/2013, que estabelece a organização da atenção às gestantes de alto risco no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)^{8,24}. Contudo, é importante salientar que o encaminhamento ao PNAR não deve romper o vínculo da gestante com a APS. A continuidade desse vínculo é indispensável, pois a APS constitui o eixo central da coordenação do cuidado, sendo responsável pelo acompanhamento longitudinal, pelo apoio à adesão ao tratamento e pela manutenção do vínculo terapêutico e comunitário^{8,20,24}. Assim, o trabalho integrado entre a APS e os serviços de atenção especializada fortalece a integralidade do cuidado, garantindo uma assistência segura, humanizada e centrada nas necessidades da mulher e do bebê^{10,11,21}.

Uma vez que iniciam o PNAR, é orientado que as consultas sejam realizadas com maior frequência, integração com a atenção primária e referência específica para maternidades de alta complexidade, conforme a condição clínica da gestante^{8,21,25}. É destacado também que a equipe de enfermagem participe ativamente do processo, inclusive na detecção precoce, estratificação de risco, planejamento de cuidados e na manutenção do vínculo da gestante com a rede de atenção^{8,21}.

As recomendações recentes da OMS propõem um modelo de “pré-natal positivo”, que eleva o número mínimo de contatos de quatro para oito visitas ao longo da gestação. Esse modelo enfatiza avaliações regulares da gestante e do feto, aconselhamento nutricional, orientação sobre exercício físico, prevenção de tabagismo e uso de substâncias, vacinação, exame de ultrassom e monitoramento de sintomas comuns da gravidez. Estudos mostram que aumentar os contatos pode reduzir mortes perinatais e melhorar desfechos clínicos²².

Nesse sentido, os artigos da presente revisão demonstram alinhamento do enfermeiro na promoção de uma experiência positiva, sobretudo no reconhecimento precoce da pré-eclâmpsia, objeto de estudo desta revisão.

Dentre as principais estratégias, evidencia-se a aplicação do Processo de Enfermagem, o acolhimento com estratificação de riscos, a escuta ativa e qualificada, a utilização de um histórico clínico e gestacional detalhado, a monitoração e aferição correta da PA, a solicitação de exames laboratoriais, a suplementação de cálcio, o acompanhamento contínuo e orientações sobre hábitos de vida saudáveis^{11,12,23}.

Os artigos e documentos utilizados nesta revisão trazem evidências e recomendações clínicas sobre o uso de medicações e o controle da proteinúria em gestantes com síndromes hipertensivas. O Manual de Gestação de Alto Risco do MS descreve a necessidade de monitorização rigorosa da pressão arterial e da proteinúria, ressaltando o papel do enfermeiro na vigilância clínica, na adesão ao tratamento e na colaboração com a equipe multiprofissional no manejo medicamentoso, que inclui o uso de anti-hipertensivos como metildopa, nifedipino oral, de acordo com a gravidade do caso. O mesmo documento reforça a importância da aferição correta da PA, da repetição periódica de exames laboratoriais (como a urina de 24 horas ou a relação proteína/creatinina) e da avaliação clínica contínua para prevenção da progressão das complicações maternas e perinatais^{3,6,8,11,13,22,25}.

Quanto à suplementação de cálcio, a Nota Técnica Conjunta nº 251/2024 do MS e o ensaio clínico randomizado de Pitilin *et al.* demonstram que a reposição adequada desse mineral em populações com baixa ingestão dietética está associada à redução significativa do risco de PE, especialmente entre gestantes em situação de vulnerabilidade nutricional. Essa conduta, já incorporada nas diretrizes nacionais

de atenção pré-natal, configura uma estratégia preventiva de baixo custo e alta efetividade, reforçando o compromisso da assistência de enfermagem com a promoção da saúde materna e a prevenção de agravos^{13,22}.

Estudos recentes demonstram que modelos de acompanhamento em que o enfermeiro mantém autonomia para decidir intervenções e encaminhamentos clínicos contribuem para redução de complicações obstétricas, maior satisfação das gestantes e otimização dos desfechos perinatais^{9,22}. Dessa forma, a autonomia do enfermeiro não apenas potencializa a eficácia das condutas preventivas, mas também fortalece seu papel como agente central de cuidado humanizado e integral no pré-natal^{3,6,11}.

Outros trabalhos^{3,6,10} reforçam o papel educativo e de vínculo do enfermeiro no pré-natal, destacando que o envolvimento familiar e o estabelecimento de vínculo favorecem maior adesão às orientações de saúde. Tais evidências estão em consonância com os princípios do pré-natal humano definidos pelo MS, que preconizam a construção de vínculo, a atenção à dimensão psicossocial da gestação e o respeito ao contexto cultural e social da gestante^{8,13}. É salientado que o acolhimento, a escuta ativa e o apoio emocional representam componentes centrais do cuidado, fortalecendo a sensação de segurança e confiança da gestante^{3,6,10}.

Em 2023 foram identificadas 238 mortes devido à SHEG, sendo esta a maior causa de mortalidade materna no Brasil, desconsiderando casos subnotificados^{1,2,4,5}. A estratificação de risco, prevista tanto nas diretrizes do Ministério da Saúde quanto no Manual da gestação de Alto risco, foi observada em dois estudos analisados, que permitem identificar precocemente gestantes que exigem cuidados intensificados, como aquelas com síndromes hipertensivas, para direcionar condutas diferenciadas. Isso inclui consultas mais frequentes, monitoramento mais rigoroso, planejamento de parto específico e articulação com serviço de referência. Por isso é importante no pré natal de risco habitual ser identificado os sinais e sintomas indicativos de SHEG para encaminhamento ao pré-natal de alto risco^{3,8,21,24}.

Em síntese, os estudos analisados articulam-se com as diretrizes da OMS e do Ministério da Saúde, é convergente o papel multidimensional do enfermeiro no pré natal, vigilância clínica, educação em saúde, relacionamento terapêutico, acolhimento humanizado, detecção precoce de risco e encaminhamento ao pré-natal de risco se necessário. Esse modelo integrado contribui para um pré-natal que não apenas detecta e trata, mas promove saúde e bem-estar para a mãe e bebê.

Desafios e potencialidades na atuação do Enfermeiro no contexto do Pré-Natal

Diversas limitações e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros e pelas equipes multiprofissionais durante a assistência pré-natal foram identificadas, especialmente no manejo das SHEG. Entre as

principais dificuldades estão a falta de capacitação técnica e atualização profissional, o que compromete o reconhecimento precoce dos sinais de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, resultando em condutas tardias ou inadequadas²⁵. Além disso, observa-se escassez de recursos materiais e humanos, sobrecarga de trabalho e infraestrutura precária nas unidades básicas de saúde (UBS), o que limita a efetividade das ações preventivas e de acompanhamento⁶. Outra limitação importante está relacionada à fragilidade na comunicação e integração entre os membros da equipe multiprofissional, gerando fragmentação do cuidado e inconsistência nas orientações às gestantes³.

Dos estudos investigados, três deles abordaram a importância da educação em saúde, entretanto não foi detalhado a forma em que ela acontece, se é diretamente na consulta de pré-natal com orientações, se é através de grupos de gestantes com palestras e dinâmicas, distribuição de panfletos, entre outros meios, sendo que seria interessante analisar os modelos de educação em saúde, ferramentas usadas para ser possível fazer um comparativo de qual meio educativo é mais eficaz^{3,6,11}. Já outros estudos que abordam a educação em saúde trazem temas que são orientados às mulheres gestantes, mas novamente não deixa explícito por qual meio é realizado estas orientações^{12,22,23}.

Pesquisas recentes também apontam desafios na implementação de protocolos assistenciais, como o Acolhimento com Classificação de Risco, que apesar de favorecer o cuidado oportuno, ainda enfrenta lacunas em sua aplicabilidade e adesão pelas equipes²¹. Assim, os estudos mostram que a qualidade do pré-natal está diretamente ligada à formação contínua dos enfermeiros, ao trabalho conjunto entre os diferentes profissionais da saúde e à melhoria da estrutura e da organização dos serviços. Quando esses fatores não estão presentes, a prevenção e o cuidado das SHEG ficam prejudicados, o que pode causar riscos maiores para a saúde da mãe e do bebê^{5,23}.

Apesar do reconhecimento da importância do cuidado relacional, a visita domiciliar não foi identificada como estratégia aplicada nas pesquisas analisadas, sugerindo que outras formas de acompanhamento e vínculo, realizadas no âmbito da APS ou em unidades de referência, ainda são predominantes na prática do enfermeiro durante o pré-natal^{12,25,26}.

Outros estudos reforçam que as principais dificuldades identificadas para a detecção precoce e o manejo adequado da hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia na APS incluem: a falta de capacitação contínua dos enfermeiros, que compromete a aplicação de protocolos baseados em evidências e a identificação oportuna de sinais de alerta; a ausência ou inadequação de protocolos clínicos padronizados, resultando em assistência fragmentada; a sobrecarga de trabalho das equipes, que limita a realização de consultas de enfermagem sistematizadas

e individualizadas; e as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, que dificultam o acompanhamento adequado das gestantes, especialmente em regiões periféricas^{27,28}.

Conclusão

O estudo evidencia que o enfermeiro possui papel central e multifacetado na prevenção e identificação precoce da pré-eclâmpsia durante o pré-natal, atuando de forma alinhada às diretrizes nacionais e internacionais. Intervenções como o processo de enfermagem, a classificação de risco, a educação em saúde, a vigilância clínica rigorosa especialmente na aferição correta da pressão arterial e solicitação de exames e a prescrição de cálcio mostram-se fundamentais para a redução da morbimortalidade materna e perinatal.

Além das ações técnicas, destaca-se a importância do vínculo terapêutico baseado na escuta qualificada e no acolhimento humanizado, favorecendo a adesão das gestantes e o reconhecimento precoce dos sinais de alarme. Para ampliar a efetividade dessas práticas, torna-se essencial investir na capacitação contínua dos profissionais, no fortalecimento da infraestrutura e na integração entre os níveis de atenção.

Através do exposto, valorizar o protagonismo do enfermeiro no pré-natal configura-se como medida estratégica e ética para qualificar o cuidado obstétrico e contribuir para o alcance das metas de saúde materna.

Agradecimentos

A Deus, pela força, proteção e sabedoria concedidas ao longo desta caminhada, iluminando nossos passos diante dos desafios e guiando-nos até a conclusão deste trabalho.

Às nossas famílias, pelo amor incondicional, incentivo diário e compreensão diante das ausências necessárias durante o processo de construção deste estudo. Cada palavra de apoio e cada gesto de carinho foram fundamentais para que permanecêssemos firmes até o fim.

Aos nossos professores, que contribuíram de maneira significativa para nossa formação acadêmica e humana. Em especial, agradecemos à nossa orientadora, **Profa. Dra. Bruna Felisberto de Souza**, pela dedicação, disponibilidade, paciência e pelas valiosas contribuições que enriqueceram este trabalho. Seu compromisso com o ensino e a pesquisa foi essencial para o desenvolvimento deste estudo.

Agradecemos também à **Universidade Paulista – UNIP**, ao Instituto de Ciências da Saúde e ao curso de Enfermagem, por nos proporcionarem conhecimento, estrutura e oportunidades que fizeram parte da nossa formação.

Aos colegas de turma e aos profissionais que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste TCC, nosso sincero reconhecimento. O apoio mútuo, a troca de experiências e a parceria nos momentos difíceis foram essenciais para concluirmos esta etapa.

Por fim, expressamos gratidão a todos que, de alguma forma, fizeram parte desse percurso. Cada contribuição, por menor que pareça, teve grande importância para chegarmos até aqui.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Mortalidade materna. Brasília: OPAS/OMS Brasil, 2023. Acesso 3 agosto 2025. Disponível em: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/maternal-mortality-ratio-\(per-100-000-live-births\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/maternal-mortality-ratio-(per-100-000-live-births)).
2. Organização Mundial da Saúde. Mortalidade materna [Internet]. Genebra: OMS; 2025. Acesso 30 agosto 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
3. Abrahão ACM, Santos RFS, Viana SRG, Viana SM. Atuação do enfermeiro a pacientes portadoras de Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação. Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás “Candido Santiago”, 2020. Acesso 30 agosto 2025. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095878/a_tuacao-do-enfermeiro-a-pacientes-portadoras-de-sindrome-hiper_W0k9SYR.pdf.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Mortalidade materna. Brasília: OPAS/OMS Brasil, 2023. Acesso 30 agosto 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-materna>.
5. Ferreira BES, Nascimento AJ, Veloso BVR, Hezrom DAS, Freitas DV, Rosário HF, et al. Hipertensão arterial na gestação. Rev Nursing. 2024. Acesso 30 agosto 2025;28(318):10240–7. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3222/3976>. doi: 10.36489/nursing.2024v28i318p102402-7.
6. Guimarães NO, Barbosa JMP, Abreu AN, Viana MRP, Veras JMMF, Carvalho CMS, et al. Atuação do enfermeiro na prevenção das toxemias gravídicas. Rev Enferm Atual In Derme, 2022; Acesso 31 agosto 2025. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1417265>. doi: 10.31011/reaid-2022.v.96-n.39art.1409.
7. Ministério da Saúde (BR). Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde. Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2025. Acesso 29 agosto 2025. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/mortalidade/materna/>.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Acesso 28 agosto 2025. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf.
9. Cassiano AN, Vitorino ABF, Oliveira S, Silva MLC, Souza NML, Souza NL. Desfechos perinatais em gestantes com síndromes hipertensivas: revisão integrativa. Rev Enferm UFSM. 2020; 10:23.
10. Machado NCB, Welter I, Rodrigues AP, Machado MTK, Cardoso SMM, Rocha LS, et al. Pré-eclâmpsia na gravidez sob a ótica das mulheres da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. O Mundo da Saúde. 2020; 44:498-505.e0232020. doi: 10.15343/0104-7809.202044498505.
11. Damasceno AAA, Cardoso MA. O papel da Enfermagem nas síndromes hipertensivas da gravidez: revisão integrativa. Nursing. 2022;25(289). doi: 10.36489/nursing.2022v25i289p7930-9.

12. São José LKP, Silva SCN, Fernandes DS, Viduedo AFS, Ponce de Leon CGR, Ribeiro LM, et al. Manejo da hipertensão gestacional no pré-natal: validação de cenário para a simulação clínica. *Av. Enferm.* 2023; 41(1):10.5044. doi: 10.15446/av.enferm.v41n1.105044.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Mulheres; Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. Nota Técnica Conjunta nº 251/2024-COEMM/CGESMU/DGCI/SAPS/MS e CGAN/DEPPROS/SAPS/MS: recomendações para a suplementação de cálcio durante a gestação [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024. Acesso 06 set 2025. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/notas-tecnicas/nota-tecnica-conjunta-no-251-2024-coemm-cgesmu-dgci-saps-ms-e-cgan-deppros-saps-ms/&ved=2ahUKEwj3hp7drsWPaxXVrpUCHZJUGecQFnoECCIQAQ&usg=AOvVaw004-SG6AlzM42ryLDh6ZeXr>>.
14. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein.* 2010; 8(1pt1):102–6. doi: 10.1590/s1679-45082010rw1134.
15. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005;52(5):546-53. Acesso 10 set 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268861/>. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.
16. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O que é a BVS? [Internet]. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS; c2024. Acesso 10 set 2025. Disponível em: <https://brasil.bvs.br/sobre-a-bvs/o-que-e-a-bvs/>.
17. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde [Internet]. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS; c2024. Acesso 10 set 2025. Disponível em: <https://brasil.bvs.br/lilacs/>.
18. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Base de Dados em Enfermagem - BDENF: Sobre a BDENF [Internet]. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS; c2024. Acesso 10 set 2025. Disponível em: <https://bvsalud.org/bdenf/sobre-a-bdenf/>.
19. Scientific Electronic Library Online (SciELO). Sobre a SciELO [Internet]. São Paulo: SciELO; c2024. Acesso 10 set 2025. Disponível em: <https://scielo.org/sobre-o-scielo/>. Acesso em: 02 out 2025.
20. Ministério da Saúde (BR). Saúde Materna- Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Acesso 02 out 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/saude-da-mulher/saude-materna>.
21. Silva SCSB, Brandão PS, Cardoso GCP, Paes GO, Trotte LAC, Stipp MAC. Logical Model of Reception and Risk Classification for women with pre-eclampsia and eclampsia. *Rev Esc Enferm USP.* 2023;57:e20230264. Acesso 02 out 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0264en>.
22. Pitilin EB, Bagatini MD, Gasparin VA, Oliveira PP, Lentsck MH, Baratieri T, et al. Efeitos da suplementação do cálcio sobre marcadores da pré-eclâmpsia: ensaio clínico randomizado. *Acta Paul Enferm [Internet].* 2024;37:eAPE01622. Acesso 01 out 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0001622>.
23. Chaves Thuler ACM, Wall ML, Benedet DCF, Kissula SRR, De Souza MAR. Medidas preventivas das síndromes hipertensivas da gravidez na atenção primária. *Rev Enferm UFPE on line* 2018;12(4):1060-71. doi: 10.5205/1981-8963-v12i4a234605p1060-1071-2018.
24. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha, Brasília: 2013.
25. Oliveira GS, Paixão GPN, Fraga CDS, Santos MKR, Andrade MS. Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico. *Rev Cuidarte [Internet].* 2017; 1561-72. doi: 10.15649/cuidarte.v8i2.374.
26. Dutra Sehnem G, Saldanhade Saldanha L, Arboit J, Cammarano Ribeiro A, Morais de Paula F. Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. *Rev Enferm Referência.* 2020;5(1): doi: 10.12707/RIV19050.
27. Santana AS, Menezes JL. Atuação do enfermeiro na detecção precoce da hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. *Rev Iber-Amer Human Ciênc Educ. REASE.* 2024; 10(12). doi: 10.51891/rease.v10i12.17282.
28. Santos MA, Lopes JM. Atuação do enfermeiro na detecção precoce da hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. *Rev Iber-Amer Human Ciênc Educ.* 2024; 10(12):203-11. doi: 10.51891/rease.v10i12.17264.

Endereço para correspondência:

Leticia Tibério Barboza Batista
Av Luiz Lapena, nº43 – Jardim São Bento
Araraquara – SP, CEP 14804-040
Brasil

E-mail: leticia.tbbatista@gmail.com
Recebido em 30 de setembro de 2025
Aceito em 30 de outubro de 2025