v7.n11.2026

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

THE IMPORTANCE OF NURSING CARE IN THE PREVENTION OF MATERNAL MORTALITY

LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

Juan da Guarda Carvalho[1], Caio Vinícius da Costa Silva[1], Bruna Carolina Neves Ferreira[2]

https://doi.org/10.47820/recima21.v7i11.9696

PUBLICADO: 11/2026

RESUMO

A morte materna, óbito da mulher durante a gestação, o parto ou até 42 dias após o término da gravidez, por causas relacionadas ou agravadas por esse ciclo, é um problema de saúde pública, associado a causas potencialmente evitáveis por meio de assistência qualificada. A assistência de enfermagem tem papel nessa prevenção, ao acompanhar integralmente a mulher, identificar precocemente sinais de risco e articular o cuidado multiprofissional. Este estudo objetivou analisar a importância da assistência de enfermagem na prevenção da mortalidade materna, considerando as ações da equipe e sua contribuição para prevenir complicações potencialmente fatais e evitáveis. Trata-se de revisão bibliográfica, descritiva e qualitativa, realizada entre agosto e outubro de 2026 nas bases LILACS, SciELO, BDENF e MEDLINE/PubMed, com consulta complementar a documentos oficiais. Foram incluídos 12 artigos publicados entre 2014 e 2026. Hemorragias (27%), causas indiretas (23%) e distúrbios hipertensivos (16%) predominaram entre as mortes, concentradas no pós-parto. Pacotes integrados de detecção precoce ampliaram a detecção da hemorragia pós-parto (93,1% *versus* 51,1%) e reduziram desfechos graves de infecção (1,4% *versus* 1,9%); intervenções de enfermagem em gestantes hipertensas diminuíram pressão arterial, ansiedade e tempo de internação. Destacaram-se como desafios falhas de encaminhamento e registro, desigualdades raciais e regionais, e limitações de recursos e profissionais à disposição, capacitação e comunicação. Conclui-se que a assistência de enfermagem integral e contínua é essencial para reduzir a mortalidade materna, mas nenhum estudo avaliou isoladamente seu efeito, sendo necessárias novas pesquisas e melhores condições de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade materna; Assistência de enfermagem; Saúde materna; Gestação; Puerpério.

ABSTRACT

Maternal death, the death of a woman during pregnancy, childbirth, or within 42 days after the end of pregnancy, from causes related to or aggravated by this cycle, is a significant public health problem associated with causes potentially preventable through qualified care. Nursing care plays an important role in this prevention by providing comprehensive follow-up, identifying warning signs early, and coordinating multidisciplinary care. This study aimed to analyze the importance of nursing care in preventing maternal mortality, considering the actions of the nursing team and their contribution to preventing potentially fatal and avoidable complications.

[1] Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), graduando em Enfermagem.
[2] Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), mestre em Ciências da Saúde pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/UnDF), especialista em Obstetrícia, Saúde da Família, Docência em Enfermagem e Direitos Humanos, Participação Social e Promoção da Saúde das Mulheres pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

This is a descriptive, qualitative bibliographic review conducted between August and October 2026 in the LILACS, SciELO, BDENF, and MEDLINE/PubMed databases, with complementary consultation of official documents. Twelve articles published between 2014 and 2026 were included. Hemorrhage (27%), indirect causes (23%), and hypertensive disorders (16%) predominated among deaths, which were concentrated in the postpartum period. Integrated packages of early detection improved the detection of postpartum hemorrhage (93.1% versus 51.1%) and reduced severe infection-related outcomes (1.4% versus 1.9%); nursing interventions for pregnant women with hypertension lowered blood pressure, anxiety, and length of hospital stay. Challenges highlighted were referral and recordkeeping failures, racial and regional inequalities, and limited availability of resources and professionals, training, and communication. It is concluded that comprehensive, continuous nursing care is essential for reducing maternal mortality; however, no study evaluated its isolated effect, so further research and better working conditions are needed.

KEYWORDS: *Maternal mortality; Nursing care; Maternal health; Pregnancy; Puerperium.*

RESUMEN
La muerte materna, fallecimiento de la mujer durante el embarazo, el parto o hasta 42 días después de su finalización, por causas relacionadas o agravadas por este ciclo, es un problema de salud pública asociado a causas potencialmente evitables mediante atención calificada. La atención de enfermería tiene un papel en esta prevención, al realizar seguimiento integral, identificar tempranamente señales de riesgo y articular la atención multiprofesional. Este estudio analizó la importancia de la atención de enfermería en la prevención de la mortalidad materna, considerando las acciones del equipo y su contribución para prevenir complicaciones potencialmente mortales y evitables. Se trata de una revisión bibliográfica, descriptiva y cualitativa, realizada entre agosto y octubre de 2026 en LILACS, SciELO, BDENF y MEDLINE/PubMed, con consulta complementaria de documentos oficiales. Se incluyeron 12 artículos publicados entre 2014 y 2026. Hemorragias (27%), causas indirectas (23%) y trastornos hipertensivos (16%) predominaron entre las muertes, concentradas en el posparto. Paquetes integrados de detección temprana ampliaron la detección de hemorragia posparto (93,1% versus 51,1%) y redujeron desenlaces graves de infección (1,4% versus 1,9%); intervenciones de enfermería en gestantes hipertensas disminuyeron presión arterial, ansiedad y hospitalización. Se destacaron como desafíos fallas de derivación y registro, desigualdades raciales y regionales, y limitaciones de recursos y profesionales disponibles, capacitación y comunicación. Se concluye que la atención de enfermería integral y continua es esencial para reducir la mortalidad materna; sin embargo, ningún estudio evaluó aisladamente su efecto, por lo que se requieren nuevas investigaciones y mejores condiciones laborales.

PALABRAS CLAVE: *Mortalidad materna; Atención de enfermería; Salud materna; Embarazo; Puerperio.*

1. INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um grande problema de saúde pública e possui um indicador inaceitavelmente alto. Mesmo com a diminuição global dos óbitos maternos nas últimas décadas e com avanços alcançados na assistência à saúde da mulher, uma grande parcela desses óbitos está relacionada a causas evitáveis. Isso porque em algumas regiões do mundo encontram-se desigualdades no acesso a serviços de saúde de qualidade. Grande parte dessas mortes pode

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

ser evitada por meio da oferta de cuidados de qualidade durante o ciclo gravídico-puerperal, principalmente quando se identificam precocemente complicações (World Health Organization, 2025).

No Brasil, a mortalidade materna é uma preocupação e um grande desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), apesar dos avanços observados nas últimas décadas. De 2012 até 2019 o Brasil teve um momento de estabilidade relativa no indicador de RMM. Entretanto, durante a pandemia houve um aumento acentuado nesse indicador. Em 2023, a RMM apresentou redução para 55,3/100 mil NV, mas ainda se encontra acima da meta estabelecida pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que projeta a redução da RMM brasileira para menos de 30/100 mil NV até 2030. Observa-se também que a RMM pode variar de acordo com a idade, raça/cor e classe social. As maiores incidências são em mulheres de idade avançada, pretas e indígenas e mulheres que se encontram em situações de maior vulnerabilidade (Brasil, 2025).

Nesse contexto evidencia-se que a assistência de enfermagem desempenha um papel relevante, especialmente no acompanhamento pré-natal, que é uma estratégia fundamental na prevenção do óbito materno, prestando assistência à gestante, principalmente na identificação precoce de situações que possam representar risco à saúde da mãe e do feto. O objetivo do pré-natal é garantir o desenvolvimento da gestação, permitindo o nascimento de um recém-nascido saudável, e sem causar prejuízo à saúde materna, isso inclui também aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas. O Ministério da Saúde recomenda que o pré-natal seja iniciado preferencialmente até a 12ª semana de gestação e que o acompanhamento seja feito de forma contínua. Diante disso, a atuação do enfermeiro envolve o acompanhamento da gestante, a avaliação das condições clínicas, identificar e classificar riscos, realizar práticas educativas, orientação sobre sinais de alerta e a articulação com outros profissionais quando for necessário cuidado especializado (Brasil, 2022). Além disso, o Ministério da Saúde destaca a qualificação da enfermagem obstétrica e o fortalecimento das boas práticas na assistência, como estratégias voltadas à redução da morbimortalidade materna (Brasil, [s.d.]a; Cofen, 2016).

Embora a importância da assistência de enfermagem na saúde materna seja reconhecida, torna-se necessário compreender de maneira integrada como suas ações se relacionam com a prevenção da mortalidade materna nas diferentes etapas do ciclo gravídico puerperal. O diferencial desta revisão consiste em reunir e discutir as contribuições da enfermagem desde o acompanhamento pré-natal até a assistência ao parto e o puerpério, considerando as intervenções realizadas, a continuidade do cuidado e os fatores que podem limitar sua efetividade. Nesse contexto, estabelece-se a seguinte questão norteadora: de que

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

maneira a assistência de enfermagem contribui para a prevenção da mortalidade materna durante o ciclo gravídico-puerperal? Dessa forma, o objetivo geral deste estudo é analisar a importância da assistência de enfermagem na prevenção da mortalidade materna durante todo o ciclo gravídico puerperal, com base na literatura científica.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Conceitos, panorama epidemiológico e principais causas evitáveis

A mortalidade materna é um indicador da situação da saúde que reflete as condições de vida e qualidade à saúde da mulher, tanto no planejamento reprodutivo quanto na atenção ao ciclo gravídico-puerperal. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a morte materna pode ser definida como a morte de uma mulher, ocorrida durante a gestação ou até 42 dias após, independente da duração ou local da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, excluindo acidentes ou incidentes (Brasil, 2025).

No cenário mundial, a mortalidade materna permanece como um problema de saúde pública, mesmo com avanços importantes observados nas últimas décadas. Segundo a OMS cerca de 260 mil mulheres morreram durante e após a gravidez e o parto no ano de 2023. Cerca de 92% desses óbitos ocorrem em países de média-baixa renda, e a grande parte poderia ter sido evitada. Isso evidencia a relação entre a mortalidade materna, desigualdades sociais e acesso a serviços de saúde de qualidade e destaca que a oferta oportuna de cuidados qualificados durante a gestação, o parto e o puerpério seria capaz de evitar grande parte dos óbitos (World Health Organization, 2025).

No Brasil, a mortalidade materna também representa um importante desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS). Dados do Ministério da Saúde (MS) indicam que houve um declínio significativo da mortalidade materna entre os anos de 1990 e 2015, atingindo uma razão de mortalidade materna (RMM) de 62/100.000 nascidos vivos (NV). Mesmo assim não atingiu a meta dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), de uma RMM de 35/100.000 NV projetada para o ano de 2015.

Diante da necessidade urgente de melhorias desse indicador, o Brasil assumiu novo compromisso com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (2016 a 2030), visando a redução da RMM para 30/100.000 NV. Houve mudanças nos principais determinantes sociais de saúde, bem como na organização dos serviços de saúde no Brasil, que melhoraram o acesso à maioria das intervenções de saúde materna e infantil, alcançando uma cobertura ampla. Porém, persistem ainda problemas como alta prevalência de cesarianas, as mortes maternas

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

causadas por abortamento e uma alta frequência de partos prematuros (Brasil, 2025). Entre os anos de 2012 e 2019 o indicador de mortalidade materna apresentou relativa estabilidade. Entretanto, nos anos de 2020 e 2021, durante o ápice da pandemia da Covid-19, houve um aumento expressivo, apresentando a maior quantidade de óbitos maternos do período. O mesmo aconteceu com a RMM no mesmo período de 2012 a 2019. Conforme apresentado na Nota Técnica Conjunta 227/2025 (SVSA/SAPS/SAES/SESAI/MS), o Brasil apresentou um período de estabilidade no indicador. Durante a pandemia houve um crescimento acentuado na RMM, variando de 57,9/100.000 NV em 2019 para 74,7/100.000 NV em 2020 e para 117,4/100.000 NV em 2021. Neste período a RMM aumentou cerca de 102%. Em 2023 a RMM nacional apresentou menores índices, com 55,3/100.000 NV. Assim, durante a pandemia, o Brasil distanciou-se ainda mais da meta acordada nos ODS para esse indicador (Brasil, 2025).

A distribuição da mortalidade materna no território brasileiro também demonstra desigualdades relacionadas à raça/cor, idade, classe social e região. Em 2023 a RMM foi maior em mulheres de 40 anos ou mais. Destaca-se que 9% dos óbitos ocorrem em adolescentes. Além disso, o Ministério da Saúde (MS) identifica maior vulnerabilidade entre as mulheres pretas e indígenas, variando entre 100 e 200/100.000 NV. No ano de 2021, houve um aumento na RMM em mulheres de todas as raças/cores, com exceção em mulheres amarelas. Quando comparado, a porcentagem de mulheres nesses grupos étnico-raciais foi desproporcionalmente afetada. Em 2023, as maiores RMM foram observadas em Roraima, Maranhão, Amapá e Amazonas, já o maior número de óbitos foi registrado nos estados mais populosos, como São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Minas Gerais e Pará. Isso mostra que, mesmo com RMM relativamente menor, houve uma grande contribuição desses estados para o número total de óbitos maternos no Brasil.

Assim, evidencia-se que, para que a redução da mortalidade materna no Brasil seja possível, é necessário que haja uma estratégia abrangente, de forma mais intensa em estados com RMM maior, mas também atendendo a necessidade de estados mais populosos (Brasil, 2025).

Entre as principais causas da mortalidade materna destacam-se sangramento intenso (hemorragias graves), infecções, pressão arterial elevada (pré-eclâmpsia e eclampsia), complicações relacionadas ao parto e o aborto inseguro. Segundo a OMS, essas causas correspondem a cerca de 75% de todas as mortes maternas. Muitas dessas condições são preveníveis, pois as soluções são de conhecimento geral, principalmente se identificadas precocemente e quando a mulher recebe o cuidado adequado. É fundamental que todos os partos sejam assistidos por um profissional qualificado, já que o manejo e o tratamento oportuno podem significar que a mulher e a criança vivam ou morram (World Health Organization, 2025).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

No contexto brasileiro, as causas de morte materna podem ser classificadas em causas diretas e indiretas. As causas de morte materna direta são mais predominantes, ocorrem devido a complicações obstétricas durante o ciclo gravídico-puerperal, consequentes de intervenções, omissões ou tratamento inadequado durante esse período. As causas diretas mais prevalentes são hipertensão, hemorragia, infecção puerperal, aborto, outras complicações predominantes no puerpério, outras complicações predominantes nos trabalhos de parto e parto, que juntos representam aproximadamente 91,4% dos óbitos deste grupo. Já as causas de morte materna indiretas são aquelas que decorrem de complicações preexistentes que se manifestam ou se agravam pelas mudanças fisiológicas da gravidez, parto ou puerpério. Dentre as principais causas indiretas encontram-se doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, anemia e outras doenças do sangue, doença hipertensiva pré-existente, diabetes e outras doenças endócrinas complicando a gravidez, que representam 84,0% dos óbitos maternos indiretos. Observar essa distinção ajuda a orientar a vigilância quanto aos óbitos e planejar ações preventivas para cada condição (Brasil, 2025).

Diante disso, o cuidado de enfermagem assume um papel importante na prevenção da morte materna, já que participa ativamente nas diferentes etapas do ciclo gravídico-puerperal, desde o acompanhamento pré-natal até a assistência prestada durante o parto e o puerpério. Entre as atividades relacionadas à prevenção estão a avaliação clínica da gestante, identificação de sinais e sintomas de risco, orientações sobre cuidados, identificação precoce de complicações e o encaminhamento para o atendimento especializado sempre que necessário. O cuidado integral de enfermagem juntamente com a equipe multiprofissional contribui para identificação e o cuidado adequado de situações que podem levar à morte (World Health Organization, 2025; Brasil, 2025).

2.2. Assistência de enfermagem no pré-natal e identificação precoce de riscos

A assistência pré-natal é uma etapa importante quando se trata da prevenção da morte materna e o bem-estar do bebê. Com o pré-natal é possível acompanhar de forma contínua todo ciclo gravídico-puerperal da mulher, monitorando o desenvolvimento e identificando precocemente complicações que possam comprometer a saúde da mãe e do feto. O pré-natal tem como objetivo certificar que a gestação tenha um desenvolvimento saudável, de forma que permita o parto com o mínimo de risco possível para mãe e o bebê. É indicado que a gestante busque a unidade de atenção básica mais próxima para avaliar sua inclusão nas consultas de pré-natal. A recomendação é que a mulher gestante inicie o pré-natal até a 12ª semana de

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

gestação e seguir com o acompanhamento até o final do ciclo gravídico-puerperal, com intervalos preestabelecidos (mensalmente, até a 28ª semana; quinzenalmente, da 28ª até a 36ª semana; semanalmente, no termo) (Brasil, [s.d.]b).

Nesse contexto, a assistência de enfermagem voltada à mulher gestante envolve muito mais do que consultas rotineiras. O cuidado do enfermeiro nesse aspecto está presente de forma integral, desde o acolhimento à mulher e seus familiares e acompanhantes até a participação de ações interdisciplinares e intersetoriais que promovam a saúde materna e fetal. A atuação do profissional qualificado deve considerar todas as condições de saúde materna, clínicas e obstétricas, assim como também as do feto. Além disso, compete ao enfermeiro garantir que a mulher gestante tenha atendimento no pré-natal, no parto e no nascimento, isso inclui também prestar assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distocia) e ao recém-nascido. Todas as atribuições relacionadas à assistência à mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal reforçam a importância de um cuidado qualificado, humanizado e oportuno.

Para que seja feita a identificação precoce de fatores de risco gestacionais é necessário colocar em prática uma avaliação sistemática durante as consultas de pré-natal. O atendimento deve ser realizado de forma multiprofissional, com escuta qualificada, dando a oportunidade para que tanto a gestante quanto o pai ou parceiro(a) participem ativamente. Além disso, o atendimento deve incluir: orientações acerca do parto e amamentação, alimentação adequada e saudável, peso, prática de bons hábitos, avaliar riscos sociais e vulnerabilidades, os direitos na gestação, no âmbito social e trabalhista (Brasil, 2013). As consultas regulares também são importantes para prevenir riscos, já que é por meio delas que o enfermeiro pode abordar condutas e sinais de alerta à gestante. Durante as consultas de pré-natal, a comunicação deve ir além de uma avaliação clínica rotineira: deve haver uma comunicação clara e eficaz para cada tipo de situação e acompanhamento individualizado das necessidades em cada etapa da gestação. Outra maneira relevante de prevenção é por meio da educação em saúde durante o pré-natal. É fundamental a criação de espaços de educação que falem acerca do pré-natal, afinal é o espaço ideal para que as gestantes possam falar e ouvir sobre as diferentes experiências e obter informações relevantes, ajudando na prevenção de muitas situações prejudiciais (Brasil, 2013).

Com o objetivo de redução da morbimortalidade materno-infantil surge a necessidade de identificar precocemente fatores de risco gestacionais. A classificação de risco deve estar presente desde o início do acompanhamento e reavaliada durante a gravidez. Devido a alguns fatores de risco, algumas gestantes podem apresentar maiores chances de complicações, o que pode classificá-las como gestantes de alto risco. Por isso, é indispensável que haja a avaliação

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

de risco em toda consulta, já que fatores de risco associados a um pior prognóstico exigem não só a identificação precoce, mas também um manejo diferenciado, com avaliações mais frequentes e que seja feito o encaminhamento para o serviço de referência e a atenção especializada (Brasil, 2013). Além do cuidado clínico contínuo, o acompanhamento depende também da atualização e do registro das informações na caderneta da gestante e no prontuário e na comunicação entre os profissionais e serviços envolvidos. Isso contribui para que informações essenciais sejam identificadas facilmente e ajuda na detecção de necessidades ainda não atendidas, além de reduzir o risco de descontinuidade do acompanhamento (Brasil, [s.d.]b).

Portanto, a prevenção da mortalidade materna por meio do pré-natal exige uma assistência que leve em conta aspectos fisiológicos da gestação e também outros pontos importantes, como condições sociais, emocionais e econômicas que podem influenciar a saúde da mulher durante a gestação. O cuidado de enfermagem contribui para a prevenção quando promove o acolhimento, escuta qualificada, orientações individualizadas e a articulação com o serviço multiprofissional.

2.3. Atuação da enfermagem durante o parto e o puerpério

A enfermagem tem papel importante no cuidado à mulher durante o parto e o puerpério. Os profissionais acompanham a gestante, oferecem apoio emocional, orientam sobre o trabalho de parto e incentivam a participação ativa da mulher no processo. Eles monitoram sinais vitais, avaliam a evolução do parto e identificam possíveis complicações. Também prestam cuidados imediatos ao recém-nascido, como a limpeza das vias aéreas, o aquecimento e o incentivo ao aleitamento materno. No puerpério, a enfermagem orienta sobre amamentação, higiene, sinais de alerta e autocuidado. O acompanhamento próximo ajuda a prevenir infecções, hemorragias e outros problemas comuns nesse período.

O trabalho da enfermagem durante o trabalho de parto, o parto e o período pós-parto é muito importante para garantir um atendimento seguro para a mulher e o recém-nascido. Nessa fase, a mulher passa por mudanças físicas e emocionais. Por isso, os profissionais precisam ficar atentos às necessidades dela e aos sinais de possíveis complicações. O enfermeiro deve acompanhar a evolução do trabalho de parto. Ele deve observar as condições da mãe e do bebê e orientar durante todo o atendimento. Além dos cuidados clínicos, é importante que o atendimento seja feito de forma humanizada. É preciso respeitar as escolhas, os limites e os direitos da mulher durante o parto (Brasil, 2017).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Durante o trabalho de parto, a equipe de enfermagem deve acompanhar a evolução do parto e observar possíveis mudanças no estado da gestante. Avaliar os sinais vitais, a frequência e intensidade das contrações, a presença de dor e o estado geral da mulher são alguns dos cuidados que podem ser feitos nesse período. Também é importante acompanhar as condições do bebê e observar mudanças que possam mostrar algum risco. O enfermeiro deve ficar atento a sinais de complicações e, quando for preciso, avisar a equipe responsável para que tomem as medidas certas. Assim, o acompanhamento contínuo permite identificar mudanças mais rápido e evitar que algumas situações virem problemas mais graves.

Outro cuidado importante durante o parto está ligado à prevenção das hemorragias. A mulher pode perder muito sangue durante ou depois do parto. Isso é um risco para sua saúde. Por isso, a equipe de enfermagem deve ficar atenta ao sangramento, acompanhar os sinais vitais e verificar o estado geral da paciente. Depois que o bebê nasce, é importante continuar observando a mulher, principalmente nas primeiras horas. Algumas complicações podem surgir nesse período. Se a equipe de saúde percebe rápido um sangramento anormal, deve tomar as medidas necessárias e buscar atendimento para evitar que a situação piore (Brasil, 2022).

A análise feita por Vogel *et al.* (2024) evidencia a efetividade de intervenções organizadas em protocolos, em uma revisão sistemática que reuniu 22 estudos sobre conjuntos de cuidados destinados à prevenção e ao tratamento de hemorragia pós-parto. Foi identificado pelos autores que a estratégia E-MOTIVE, voltada à detecção precoce do sangramento e à aplicação conjunta de medidas terapêuticas, reduziu a morbidade materna e a necessidade de transfusão de sangue. Achados como esses reforçam a importância da capacitação da equipe de enfermagem em reconhecer precocemente a hemorragia, realizar o monitoramento adequado e participar ativamente da execução de protocolos assistenciais (Vogel *et al.*, 2024).

As síndromes hipertensivas também precisam de atenção durante o trabalho de parto e o período após o nascimento. Os profissionais devem acompanhar a pressão arterial e avaliar qualquer alteração. Além da hipertensão, sintomas como cefaleia, mudanças na visão, epigastralgia e convulsões podem mostrar uma situação mais grave. Nesses casos, a mulher precisa passar por avaliação rápida e receber o atendimento certo. A enfermagem tem papel importante nesse cuidado, pois participa diretamente da verificação dos sinais vitais e da observação das condições da paciente. Assim, pode ajudar na articulação com a equipe multiprofissional, contribuindo para evitar a evolução de quadros hipertensivos para complicações graves, como a eclampsia e o AVC (Brasil, 2022).

Essas intervenções foram analisadas por Tumkaya, Sen e Eroglu (2025), em uma revisão sistemática com metanálise que incluiu 13 estudos e 1.458 mulheres com hipertensão

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

gestacional. Avaliaram-se estratégias como educação em saúde, acompanhamento domiciliar, gerenciamento de casos, programas de capacitação e intervenções de enfermagem individualizadas. Como resultados, foi apontada redução significativa nos níveis de pressão arterial sistólica e diastólica, ansiedade, depressão e no tempo de internação. Foi possível evidenciar que o acompanhamento sistemático e a atuação qualificada de enfermagem são importantes no controle de quadros hipertensivos na gestação (Tumkaya; Sen; Eroglu, 2025).

Os cuidados para evitar infecções também fazem parte do atendimento durante o parto e o puerpério. O uso correto dos equipamentos de proteção, a higiene das mãos, a atenção ao realizar procedimentos e a manutenção de um ambiente limpo ajudam a reduzir o risco de infecção. Depois do parto, a mulher também deve receber orientações sobre como cuidar do próprio corpo e sobre os sinais que podem indicar algum problema. Febre, dor forte, mudanças no local dos procedimentos ou secreções diferentes do normal devem ser observadas (Anvisa, 2025).

A eficácia de estratégias voltadas para a prevenção de infecções maternas foi demonstrada no ensaio clínico randomizado por conglomerado de Lissauer *et al.* (2026), realizado em 59 unidades de saúde do Malawi e Uganda, envolvendo 431.394 mulheres gestantes. A intervenção denominada APT-Sepsis reuniu práticas como higiene das mãos, implementação de ações baseadas em evidências para a prevenção e o manejo de infecções e identificação precoce da sepse, com aplicação de um conjunto de medidas de tratamento. Durante a fase de intervenção, identificou-se que 1,4% das mulheres que receberam a intervenção sofreram condições graves relacionadas à infecção severa, contra 1,9% das mulheres que receberam cuidados habituais. A diferença demonstra a relevância da implementação de protocolos integrados e capacitação dos profissionais de saúde (Lissauer *et al.*, 2026).

Em paralelo, Abwao *et al.* (2026), em uma revisão sistemática sobre intervenções para prevenção de infecções maternas no período periparto em países de baixa renda, analisaram 24 estudos que envolveram 55.982 participantes. As intervenções incluíram profilaxia antibiótica, treinamento para autocuidado, preparação da pele, capacitação de parteiras tradicionais e utilização de materiais para partos limpos. Onze estudos mostraram redução significativa do risco de infecção, em comparação com outros, que não demonstraram mudança significativa. Os autores destacaram a importância das intervenções realizadas com estratégias integradas aos diferentes componentes dos serviços de saúde, já que as intervenções avaliadas, em sua maioria, abordavam medidas isoladas. Evidencia-se a partir disso que a prevenção das infecções

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

depende das práticas individuais dos profissionais, da organização dos serviços e da disponibilidade de recursos adequados (Abwao *et al.*, 2026).

Após o parto, a assistência de enfermagem deve continuar com a avaliação dos sinais vitais, do sangramento, da involução uterina, da dor, da hidratação e das condições gerais da puérpera. Nessa fase, a enfermagem deve continuar acompanhando a puérpera e observando como ela se recupera. Também é preciso fornecer orientações sobre os cuidados depois do parto. Além disso, é importante atentar-se ao estado emocional da mulher. O cuidado deve considerar não só os aspectos físicos, mas também as necessidades emocionais e sociais da puérpera.

A amamentação também faz parte dos cuidados de enfermagem durante o puerpério. O profissional pode mostrar à mãe por que a amamentação é importante e ajudar a colocar o bebê na posição certa. Também é importante prestar atenção a possíveis problemas que a mulher pode ter, como dor, posicionamento inadequado do bebê e dificuldades na pega. As orientações da enfermagem podem ajudar a mãe a se sentir mais segura nesse período. Isso pode facilitar o começo e a continuidade da amamentação (Brasil, 2015).

Durante o puerpério, a mulher também precisa receber informações sobre os sinais de alerta que mostram quando deve procurar um serviço de saúde. Sangramento intenso, febre, algia, dispneia, cefaleia, mudanças na visão e outros sintomas precisam ser avaliados por um profissional. Explicar de forma clara é importante porque algumas complicações podem aparecer depois da alta do hospital. Assim, a enfermagem ajuda a mulher e a família a reconhecer possíveis mudanças e buscar atendimento mais rápido quando for preciso.

Portanto, a atuação da enfermagem durante o parto e o puerpério é importante para acompanhar a recuperação da mulher e identificar possíveis complicações. A observação dos sinais vitais, o acompanhamento do sangramento, a identificação de alterações na pressão arterial, a prevenção de infecções, o auxílio na amamentação e as orientações realizadas durante o período após o parto são cuidados que fazem parte da assistência de enfermagem. Assim, um acompanhamento atento e humano durante o parto e o puerpério pode ajudar na segurança da mulher. Também contribui para prevenir complicações e diminuir os riscos ligados à mortalidade materna.

2.4. Desafios da assistência de enfermagem na prevenção da mortalidade materna

A prevenção da mortalidade materna ainda enfrenta desafios relacionados ao acesso aos serviços de saúde, em relação à qualidade da assistência e ao identificar precocemente complicações durante a gestação que podem colocar em risco a saúde da mãe e

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

do feto. Esses obstáculos não atingem todas as mulheres da mesma maneira, já que fatores raciais, socioeconômicos e regionais influenciam as oportunidades de acesso ao acompanhamento pré-natal, ao atendimento especializado e à assistência obstétrica. Portanto, desigualdades sociais e regionais ainda apresentam um grande desafio para que a assistência de enfermagem de fato faça a diferença na prevenção da mortalidade materna (World Health Organization, 2025; Ferreira; Guedes; Moreira, 2024).

As desigualdades raciais representam um importante desafio para a saúde materna no Brasil. Foram evidenciadas, por meio de estudos, diferenças expressivas na mortalidade materna segundo cor/raça. Dantas-Silva *et al.* (2024), ao analisarem dados nacionais do período de 2017 a 2022, identificaram que a TMM (taxa de mortalidade materna) entre mulheres negras foi duas vezes maior em comparação com mulheres brancas e pardas. Em todas as regiões geográficas a TMM foi maior entre as mulheres negras, sendo a maior diferença observada na região Sudeste. Além disso, foram identificados piores indicadores de acesso ao pré-natal entre mulheres negras (Coelho *et al.*, 2022), o que reforça que as desigualdades não se limitam apenas aos desfechos fatais de mortalidade, mas também a todo trajeto de acesso aos serviços de saúde.

Nesse contexto é necessário reconhecer que o racismo estrutural e quaisquer tipos de discriminação nos serviços de saúde podem comprometer a assistência, a escuta e a qualidade do serviço ofertado às mulheres negras. Um atendimento respeitoso, com escuta qualificada por parte da enfermagem pode contribuir para o enfrentamento dessas desigualdades.

As condições socioeconômicas também interferem nas possibilidades de acompanhamento da gestação. Renda baixa, dificuldade de transporte, baixa escolaridade, falta de apoio familiar podem dificultar ainda mais o acesso a consultas, exames e continuidade de tratamento. Situações como essa exigem que o profissional de enfermagem considere todas as condições da gestante durante o planejamento da assistência, assim pode evitar atribuir exclusivamente à mulher a responsabilidade por faltas ou atrasos. Para reduzir as desigualdades raciais e sociais nos indicadores de acesso a cuidados pré-natais e as taxas de mortalidade é necessário o aprimoramento da Atenção Básica, programas relacionados à saúde da mulher negra e gestante, além da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que traz diretrizes para garantir um olhar especial para a saúde de mulheres negras. Medidas como essas facilitam a continuidade do cuidado e podem favorecer o reconhecimento oportuno de situações que necessitam de acompanhamento especializado (Coelho *et al.*, 2022).

As desigualdades regionais são também outro ponto de atenção. Em estudo sobre a distribuição espaço-temporal da mortalidade materna no Brasil entre 2000 e 2019, foi possível

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

identificar grupos de maior risco principalmente nas regiões Norte e Centro-Oeste, além de áreas do Nordeste e do estado do Rio de Janeiro. A distribuição dos óbitos foi relacionada a desigualdades socioeconômicas do país. Em locais afastados de unidades de saúde, a escassez de profissionais, a dificuldade de deslocamento e a oferta limitada de serviços podem comprometer a assistência obstétrica (Ferreira; Guedes; Moreira, 2024).

Além dos desafios identificados como desigualdade social e territorial, a prevenção da mortalidade materna depende das condições de funcionamento dos próprios serviços de saúde. A escassez de profissionais, falta de treinamento, sobrecarga de trabalho e falta de recursos essenciais podem colocar em risco a capacidade dos profissionais de saúde de identificar complicações e atrasar a assistência. A educação permanente e a atualização das equipes, bem como a comunicação clara entre os profissionais e os diferentes níveis de atenção e o registro adequado são fundamentais para garantir a continuidade e a segurança do cuidado (World Health Organization, 2025; Brasil, 2025).

Para superar desafios como esses é necessário investimento na qualificação dos profissionais, a melhora das condições de trabalho e o fortalecimento da rede de atenção. Mesmo que a equipe de enfermagem contribua de forma ativa na prevenção e orientação das mulheres, é necessário também que as equipes multiprofissionais atuem de forma integrada e com compromisso, oferecendo assistência segura, humanizada e com base científica (Brasil, 2025; World Health Organization, 2025).

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, desenvolvida com o objetivo de reunir, organizar e analisar produções científicas relacionadas à assistência de enfermagem na prevenção da mortalidade materna. A escolha deste método possibilitou examinar conhecimentos publicados acerca do tema, considerando práticas assistenciais, as principais complicações relacionadas ao óbito materno e os fatores que interferem na qualidade do cuidado durante o ciclo gravídico-puerperal. Foi adotada a abordagem qualitativa por possibilitar a interpretação de conteúdo, das práticas e dos aspectos relacionados à organização da assistência, considerando elementos que não se limitam à análise quantitativa dos dados.

O levantamento bibliográfico foi feito entre agosto e outubro de 2026, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medical Literature Analysis

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

and Retrieval System Online (MEDLINE), com acesso por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e do portal PubMed. Além disso foram consultados documentos técnicos e institucionais do Ministério da Saúde, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), usados como fontes complementares para contextualizar as recomendações e as diretrizes relacionadas à assistência materna.

Para a busca dos artigos científicos, foram considerados descritores cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH), incluindo “Mortalidade Materna”, “Cuidados de Enfermagem”, “Enfermagem Obstétrica”, “Cuidado Pré-Natal” e “Período Pós-Parto”, além de seus correspondentes em inglês e espanhol. Os termos foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, conforme a relação entre os assuntos pesquisados. Entre as combinações utilizadas, destacaram-se: “Mortalidade Materna AND Cuidados de Enfermagem”; “Mortalidade Materna AND Enfermagem Obstétrica”; e “Cuidado Pré-Natal AND Mortalidade Materna”.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos científicos originais e de revisão, disponíveis na íntegra e gratuitamente, publicados em português, inglês ou espanhol, no período de 2013 a 2026, que abordassem a mortalidade materna e apresentassem relação com a assistência de enfermagem em alguma etapa do ciclo gravídico-puerperal. Foram excluídos artigos duplicados, editoriais, cartas ao editor, resumos de eventos, monografias, dissertações, teses e publicações que não respondessem ao objetivo da pesquisa. Documentos institucionais, marcos legais e referências clássicas foram consultados de forma complementar, não sendo contabilizados como artigos científicos incluídos na revisão.

A seleção das publicações ocorreu em três etapas. Inicialmente, foram identificados os registros nas bases de dados e retiradas as duplicidades. Em seguida, realizou-se a leitura dos títulos e resumos para verificar a relação dos trabalhos com o tema e os critérios de elegibilidade. Na etapa final, os textos potencialmente relevantes foram lidos na íntegra, considerando sua pertinência para o objetivo da revisão. Conforme o procedimento descrito no levantamento, a avaliação dos textos completos foi realizada pelos dois autores, de forma independente, e as divergências quanto à inclusão foram discutidas em conjunto, com participação da orientadora quando necessário.

Para a extração e organização das informações, foi elaborado um quadro de caracterização dos estudos incluídos, contendo autoria, ano de publicação, título, periódico, objetivo, delineamento metodológico e principais resultados relacionados à assistência de enfermagem e à prevenção da mortalidade materna. A organização desses dados possibilitou

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

comparar os achados, identificar aproximações e diferenças entre as publicações e reconhecer os aspectos mais recorrentes na literatura analisada.

A análise do material foi fundamentada na análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2016), desenvolvida em três fases. Na pré-análise, realizou-se a leitura dos estudos selecionados para reconhecimento do conteúdo e identificação dos aspectos relacionados ao objetivo da pesquisa. Na exploração do material, foram destacados e agrupados trechos e resultados que apresentavam sentidos semelhantes, considerando as ações de enfermagem, as complicações maternas e as condições que interferem na assistência. Na etapa de tratamento dos resultados e interpretação, os conteúdos agrupados foram comparados e analisados criticamente, considerando convergências, divergências e limitações das evidências apresentadas pelos autores.

A partir desse processo, foram organizadas quatro categorias temáticas: (1) causas evitáveis de mortalidade materna; (2) assistência de enfermagem no pré-natal e identificação precoce de riscos; (3) atuação da enfermagem durante o trabalho de parto, parto e puerpério; e (4) fatores que limitam a efetividade da assistência de enfermagem. Essas categorias orientaram a organização da seção de Resultados e Discussão e permitiram relacionar os achados dos estudos aos objetivos da pesquisa.

Por utilizar exclusivamente publicações científicas e documentos de domínio público, sem participação direta de seres humanos ou acesso a informações pessoais identificáveis, o estudo não envolveu coleta de dados com participantes. Foram respeitados os princípios de integridade acadêmica e de reconhecimento da autoria das fontes consultadas. As citações e referências foram organizadas conforme as normas ABNT NBR 10520:2023, referente à apresentação de citações, e ABNT NBR 6023:2025, referente à elaboração de referências, observadas também as orientações editoriais da RECIMA21.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Reuniram-se na amostra 12 artigos científicos, publicados entre 2014 e 2026 (Quadro 1): dois ensaios randomizados por conglomerado, cinco revisões sistemáticas e cinco estudos epidemiológicos ou avaliativos brasileiros. A nota técnica do IEPS (Coelho *et al.*, 2022) e os documentos oficiais foram usados como fonte complementar e não entram na contagem, conforme a metodologia.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Quadro 1. Caracterização dos artigos incluídos

Autor/ano	Periódico	Delineamento e cenário	Principais resultados
Ferreira; Guedes; Moreira (2024)	Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.	Ecológico; 450 regiões de saúde, Brasil, 2000-2019	Cinco clusters de alto risco (Norte, Centro-Oeste, parte do Nordeste e RJ); RMM de 107,06 no Norte e 47,23 no Sudeste
Dantas-Silva et al. (2024)	Rev. Saúde Pública	Transversal retrospectivo; bases do MS, 2017-2022	RMM maior em mulheres pretas em todos os anos, regiões, faixas etárias e causas
Carvalho et al. (2020)	Epidemiol. Serv. Saúde	Descritivo; Recife, 2006–2017; 171 óbitos	81,9% evitáveis ou provavelmente evitáveis; 57,3% no puerpério precoce; falhas de encaminhamento e registro
Viellas et al. (2014)	Cad. Saúde Pública	Inquérito hospitalar nacional (Nascer no Brasil), 2011-2012	Cobertura de pré-natal de 98,7%; 75,8% iniciaram antes da 16ª semana; 73,1% fizeram 6 ou mais consultas
Cresswell et al. (2025)	Lancet Glob. Health	Revisão sistemática; 129 países; 139.381 mortes (2009–2020)	Hemorragia 27%, causas indiretas 23%; hipertensão 16%; maior proporção de hipertensão na América Latina
Gallos et al. (2023)	N. Engl. J. Med.	Ensaio por conglomerados; 80 hospitais na África; 210.132 mulheres	Detecção de HPP em 93,1% vs. 51,1%; risco 60% menor do desfecho primário
Vogel et al. (2024)	Am. J. Obstet. Gynecol.	Revisão sistemática; 22 estudos	Alta certeza só para o pacote E-MOTIVE (RR 0,40 para morbidade grave); demais pacotes com baixa certeza
Tumkaya; Sen; Eroglu (2025)	Nurs. Health Sci.	Revisão e metanálise; 13 estudos; 1.458 mulheres	Menor pressão arterial, ansiedade, depressão e tempo de internação
Sandall et al. (2024)	Cochrane Database Syst. Rev.	Revisão; 17 ensaios; 18.533 mulheres (Austrália, Canadá, China, Irlanda, Reino Unido)	Continuidade de cuidado: mais parto vaginal espontâneo, menos cesariana e parto instrumental; sem diferença clara em HPP
Gama et al. (2021)	Ciênc. Saúde Colet.	Avaliativo transversal; 606 maternidades da Rede Cegonha, 2017	Enfermeiras assistiram 30% dos partos vaginais (46% no Norte); mais partograma,

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

			menos ocitocina, litotomia, episiotomia e cesariana
Lissauer et al. (2026)	N. Engl. J. Med.	Ensaio por conglomerados; 59 serviços em Malawi e Uganda; 431.394 partos	Desfecho infeccioso grave em 1,4% vs. 1,9% (RR 0,68; IC 95%: 0,55–0,83)
Abwao et al. (2026)	BMC Women's Health	Revisão; 24 estudos; 55.982 participantes	11 estudos com menos infecção, 6 sem mudança; intervenções isoladas

4.1. Causas evitáveis de mortalidade materna

Na análise global de Cresswell *et al.* (2025), a hemorragia representa 27% das mortes maternas, seguida pelas causas indiretas, que respondem por 23% e os distúrbios hipertensivos por 16%. Estes últimos tiveram maior proporção na América Latina e no Caribe, e a maioria das mortes por hemorragia e sepse se deram após o parto. No Brasil, no município de Recife, avaliou-se 171 óbitos e classificou-se 81,9% como sendo evitáveis ou possivelmente evitáveis. Como principal causa de morte materna direta encontra-se a hipertensão, que corresponde a cerca de 9,9% dos óbitos. No puerpério, as infecções são mais prevalentes, e representam cerca de 24% e hemorragias 23,2% (Carvalho *et al.*, 2020). Além disso, a maior RMM encontra-se em mulheres pretas e com maiores vulnerabilidades (Dantas-Silva *et al.*, 2024). Estima-se que ocorram cerca de 8 mortes a mais para cada 100.000 nascidos vivos em mulheres negras do que entre outras raças (médias de 2014 a 2019) (Coelho *et al.*, 2022).

Entre as análises existe a convergência de dois pontos: o conjunto de hemorragia, hipertensão e infecção e a concentração das mortes no pós-parto (Cresswell *et al.*, 2025; Carvalho *et al.*, 2020). Há duas ressalvas, sendo a primeira: o informe da OMS (World Health Organization, 2025), usado no referencial teórico, tem Cresswell *et al.* (2025) como uma de suas bases, logo ambas não são confirmações independentes. A segunda é que no referencial, apoiado em Brasil (2025), descreve predomínio de causas diretas no país, enquanto em Recife as indiretas (48,8%) e as diretas (46,2%) tiveram pesos equivalentes. A diferença pode mostrar o recorte local, o pequeno número de casos e a inclusão de mortes tardias (Carvalho *et al.*, 2020).

As causas clínicas são conhecidas e comuns a várias fontes. O que muda entre os grupos de mulheres é a chance de que complicações sejam identificadas e tratadas em tempo hábil, o que traz a discussão para a qualidade e o acesso ao cuidado.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

4.2. Assistência de enfermagem no pré-natal e identificação precoce de riscos

O pré-natal é acessível para quase todas as mulheres no Brasil. Registros indicam cobertura de 98,7%, início antes da 16ª semana em 75,8% e seis ou mais consultas em 73,1% (Viellas *et al.*, 2014). Entretanto, estudos mostram que isso não é o suficiente. Entre as mulheres que vieram a óbito em Recife, 72,2% tiveram acesso ao pré-natal, na maior parte em unidades de Saúde da Família (59,1%). Somente 34,8% das mulheres que tiveram o acompanhamento pré-natal iniciaram no primeiro trimestre. Entre as 56 encaminhadas ao pré-natal de alto risco, 85,7% foram atendidas, e a pressão arterial estava elevada na primeira consulta de 7,6% (Carvalho *et al.*, 2020). 13 estudos foram reunidos e evidenciaram que as ações de enfermagem reduziram sintomas como hipertensão, ansiedade, depressão e o tempo de internação em 1.458 gestantes hipertensas (Tumkaya; Sen; Eroglu, 2025). Além disso, modelos de continuidade com a mesma parteira ou equipe mostraram aumento do parto vaginal espontâneo e redução de cesariana e parto instrumental, sem diferença clara em hemorragias pós-parto (Sandall *et al.*, 2024).

As análises mostram que cobertura não é sinônimo de assistência de qualidade, e que o início oportuno do pré-natal, classificação de risco e referência efetiva fazem diferença (Viellas *et al.*, 2014; Carvalho *et al.*, 2020). Vale destacar os benefícios do acompanhamento sistemático e contínuo, mas de formas individualizadas para cada situação.

A estratégia prescrita nos documentos oficiais (classificação de risco a cada consulta, registro na caderneta, orientação sobre sinais de alerta) é justamente o que Carvalho *et al.* (2020) encontram frágil. Ainda assim, nenhum estudo da amostra avaliou essas ações da enfermagem tendo a mortalidade como desfecho. Observam-se resultados positivos em ao menos um desfecho em todos os estudos incluídos, o que pode indicar viés de relato (Tumkaya; Sen; Eroglu, 2025). Também se nota que a maioria das consultas de pré-natal foi feita por médicos (75,6%) em 2011-2012, o que evidencia que a parcela atribuível à enfermagem não pode ser isolada nesses dados (Viellas *et al.*, 2014).

4.3. Ações da enfermagem durante o trabalho de parto, parto e puerpério

Em relação a hemorragias, o ensaio E-MOTIVE combinou detecção precoce com o campo calibrado e um pacote de primeira resposta. A detecção precoce de hemorragia pós-parto (HPP) subiu de 51% para 93%, e o risco de desfechos desfavoráveis causados pela HPP foi 60% menor (Gallos *et al.*, 2023). Acerca das infecções, benefícios foram mostrados em intervenções sobre higiene das mãos e detecção precoce de sepse, com ressalva para as medidas isoladas (Lissauer *et al.*, 2026; Abwao *et al.*, 2026). No Brasil, foram avaliadas 606 maternidades da Rede

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Cegonha. Maternidades que tinham enfermeiros na assistência utilizaram mais o partograma (OR 1,9) e menos ocitocina (OR 0,7), litotomia (OR 0,6), episiotomia (OR 0,7) e cesariana (OR 0,8). A equipe de enfermagem esteve presente em 30% dos partos vaginais, chegando a 46% na região Norte (Gama *et al.*, 2021). Ressalta-se que 57,3% das mortes ocorreram no puerpério precoce. Entre as mulheres vítimas de complicações no puerpério, cerca de 10,4% não receberam tratamento (Carvalho *et al.*, 2020).

Cresswell *et al.* (2025) e Carvalho *et al.* (2020) convergem em que o pós-parto imediato concentra as mortes por hemorragia e infecção. Gama *et al.* (2021) e Sandall *et al.* (2024) convergem ao mostrar que há menos intervenções quando há enfermagem obstétrica ou parteira, com resultados de segurança comparáveis. A divergência está no tipo de desfecho: Gama *et al.* (2021) medem processos de cuidado, e Gallos *et al.* (2023) e Lissauer *et al.* (2026) medem morbidade grave e mortes, mas em compostos e em países africanos. Quanto à enfermagem, o E-MOTIVE é descrito pelos pesquisadores como aplicável por parteiras (News-Medical, 2023), mas os estudos de intervenção não comparam categorias profissionais.

Conectam-se de forma coerente os dados brasileiros. Em Recife, a maioria dos partos foram conduzidos por obstetras, e o partograma não foi registrado em 59,5% dos partos (Carvalho *et al.*, 2020). Nas maternidades da Rede Cegonha, onde havia a presença da equipe de enfermagem, o uso do partograma foi mais presente (Gama *et al.*, 2021). Pode-se sugerir que a equipe de enfermagem inserida melhora o monitoramento do parto, mesmo não evidenciando a redução dos óbitos. Também não é possível comparar mortalidades entre modelos de assistência (Gama *et al.*, 2021; Carvalho *et al.*, 2020). O apoio ao aleitamento e a orientação sobre sinais de alerta, descritos no referencial, não foram avaliados quanto à mortalidade materna em nenhum estudo da amostra.

4.4. Fatores que limitam a efetividade da assistência de enfermagem

Ferreira, Guedes e Moreira (2024) identificaram *clusters* de alto risco no Norte, no Centro-Oeste e em partes do Nordeste, associados à desigualdade socioeconômica, e discutem a escassez de profissionais e a dificuldade de deslocamento nas áreas mais pobres. Dantas-Silva *et al.* (2024) e Coelho *et al.* (2022) mostram a dimensão racial. No município de Recife, 68,4% das mulheres que vieram a óbito eram negras e 60,2% não eram casadas. Ainda foi possível apontar falhas dos serviços de saúde, onde 15,4% das mulheres foram transferidas durante o parto ou aborto, a referência ao pré-natal de alto risco foi incompleta e identificou-se limitações nos registros nas causas de óbitos (Carvalho *et al.*, 2020). A OMS identifica insuficiência do cuidado, profissionais em número reduzido ou com baixa qualificação e falta de

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

insumos como desafios (World Health Organization, 2025). Observa-se, ainda, que as intervenções avaliadas foram, em sua maioria, isoladas, sem integração com os demais componentes do sistema (Abwao *et al.*, 2026), enquanto Lissauer *et al.* (2026) obtiveram efeito consistente com um programa multicomponente.

As evidências mostram que o cuidado apenas é possível quando associado com acesso oportuno e com a organização nos serviços de saúde. As fontes divergem nos fatores explicativos: Ferreira, Guedes e Moreira (2024) enfatizam o perfil socioeconômico regional, enquanto Dantas-Silva *et al.* (2024) colocam a raça/cor como determinante central. Os estudos cobrem períodos distintos (2000–2019, 2014–2020 e 2017–2022), e a pandemia atravessa os dois últimos, o que limita comparações diretas.

A equipe de enfermagem esteve presente em quase metade dos partos vaginais no Norte, região com maior RMM. Isso pode ser atribuído à menor oferta de médicos. Portanto, a enfermagem contribui onde a assistência apresenta mais fragilidades e o efeito da assistência de enfermagem não pode ser separado das condições de serviço (Gama *et al.*, 2021). Com isso, pode-se reforçar que a prevenção não deve ser atribuída apenas a uma única categoria de profissionais. A sobrecarga de trabalho e falta de educação continuada, já mencionadas, aparecem como desafios, mas nenhum estudo da amostra as mediu.

4.5. Síntese e limitações das evidências

O Quadro 2 compara o que o referencial descreve como ação de enfermagem com o que a amostra efetivamente avaliou.

Quadro 2. Ações de enfermagem preconizadas e evidências encontradas

Ação preconizada	O que a amostra mostra	Tipo de evidência
Aferição da pressão arterial e manejo de hipertensão	Melhora de PA, ansiedade e internação (Tumkaya; Sen; Eroglu, 2025)	Revisão com metanálise; desfechos intermediários
Monitorar sangramento e responder à HPP	Pacote E-MOTIVE reduziu morbidade grave (Gallos et al., 2023; Vogel et al., 2024)	Ensaio e revisão; alta certeza só para esse pacote
Higiene das mãos e prevenção de infecção	Menos infecção grave (Lissauer et al., 2026); resultados heterogêneos (Abwao et al., 2026)	Ensaio e revisão

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Monitorar o trabalho de parto (partograma)	Maior uso com enfermeira (Gama et al., 2021); ausência de registro em óbitos (Carvalho et al., 2020)	Estudos observacionais; processo
Classificar risco e encaminhar	Falhas de referência em óbitos (Carvalho et al., 2020)	Descritivo
Orientar sinais de alerta e acompanhar o puerpério	Mortes concentradas no puerpério precoce (Carvalho et al., 2020)	Sem estudo de intervenção
Apoiar o aleitamento	Nenhum estudo com desfecho de mortalidade	Sem evidência na amostra

As evidências apresentadas nesta revisão possuem algumas limitações que devem ser consideradas. Nenhum dos estudos avaliou isoladamente o efeito da assistência de enfermagem sobre a mortalidade materna. Nos ensaios realizados, o óbito foi incluído como parte de desfechos compostos, enquanto as revisões sobre a atuação da enfermagem utilizaram, principalmente, desfechos intermediários. Além disso, os estudos de intervenção foram desenvolvidos em países de baixa e média renda da África e em modelos de continuidade do cuidado em países de alta renda, o que limita a aplicação direta de seus resultados à realidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Outra limitação refere-se aos estudos brasileiros, que apresentam delineamentos observacionais e descritivos, baseados em dados secundários sujeitos a falhas e incompletudes nos registros, incluindo o sub-registro de informações sobre as causas de óbito (Ferreira; Guedes; Moreira, 2024; Carvalho *et al.*, 2020). Destaca-se também que apenas um estudo realizado em Recife fundamentou a análise do acompanhamento pré-natal e puerperal a partir de óbitos investigados. Somam-se a isso a heterogeneidade dos períodos analisados, dos cenários e dos desfechos avaliados, além das restrições relacionadas aos idiomas e às bases de dados estabelecidas na metodologia.

Em conjunto, as evidências analisadas indicam que o reconhecimento precoce de complicações e a organização da assistência diante de quadros de hemorragia, hipertensão e infecção representam estratégias importantes para a prevenção de óbitos maternos. As intervenções integradas apresentaram resultados mais consistentes em comparação às ações isoladas, enquanto as desigualdades regionais e raciais demonstraram influenciar as condições de acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, a contribuição específica da enfermagem está fundamentada em documentos normativos e estudos que abordam os processos assistenciais. Entretanto, a comprovação direta de seu impacto sobre a redução da mortalidade materna ainda

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

depende da realização de novas pesquisas que avaliem essa relação de maneira mais específica.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão bibliográfica possibilitou entender a importância da assistência de enfermagem na prevenção da mortalidade materna, destacando o quanto é importante a atuação desses profissionais durante todo o ciclo gravídico-puerperal. Nesse sentido, o objetivo do estudo foi alcançado ao analisar as contribuições da enfermagem para a identificação precoce de risco, a prevenção de complicações e a promoção de uma assistência materna segura e integral.

Os resultados mostram que a atuação de enfermagem se relaciona de forma pertinente à prevenção de óbitos maternos evitáveis, por meio do acompanhamento pré-natal, da identificação de sinais de alerta, do monitoramento das condições clínicas, da orientação à saúde materna e fetal e do cuidado durante o parto e o puerpério. Essa conclusão tem como base ensaios e revisões sistemáticas, que mostram que pacotes integrados de detecção precoce e resposta reduziram a morbidade grave por hemorragia (Gallos *et al.*, 2023; Vogel *et al.*, 2024) e infecção (Lissauer *et al.*, 2026); uma metanálise de intervenções de enfermagem em gestantes hipertensas encontrou redução da pressão arterial, da ansiedade e do tempo de internação (Tumkaya; Sen; Eroglu, 2025); e estudos brasileiros mostraram que parte dos óbitos ocorreu mesmo com pré-natal, em meio a falhas de referência, de registro e a desigualdades regionais e raciais (Carvalho *et al.*, 2020; Ferreira; Guedes; Moreira, 2024; Dantas-Silva *et al.*, 2024). Entretanto, nenhum dos estudos incluídos avaliou somente o efeito da enfermagem sobre a mortalidade materna, de modo que os achados indicam associações e recomendações, e não possibilitam afirmar uma relação de causa e efeito. Vale destacar o quanto é importante a identificação precoce das principais causas de morte materna, como distúrbios hipertensivos, hemorragias e infecções, associadas ao encaminhamento adequado e à articulação da equipe multiprofissional. Assim, a assistência de enfermagem de forma integral e de qualidade representa um fator importante para a redução de riscos e de melhoria da qualidade de vida durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

Todavia, a análise também mostra que a qualidade dessas ações depende de condições adequadas de trabalho, disponibilidade de recursos, capacitação profissional contínua, acesso aos serviços de saúde e comunicação clara e efetiva entre a equipe multiprofissional e os diferentes níveis de atenção. Dessa forma, a prevenção da mortalidade materna não deve ser

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

de responsabilidade exclusiva dos cuidados de enfermagem, mas também como resultado do cuidado integrado, organizado e com compromisso.

Como contribuição prática deste estudo tem-se o reforço da importância de: (1) adotar protocolos integrados de detecção e resposta às complicações obstétricas, com monitoramento sistemático do sangramento e da pressão arterial; (2) realizar a classificação de risco a cada consulta e garantir referência e registro efetivos; (3) manter vigilância atenta no puerpério precoce, período em que se concentraram os óbitos nos estudos analisados; (4) considerar as desigualdades raciais e regionais no planejamento do cuidado; e (5) investir na educação permanente das equipes. Para investigações futuras recomendam-se estudos que analisem de forma isolada o efeito das ações de enfermagem sobre o desfecho como a morbidade materna grave e mortalidade, sobretudo em cenários brasileiros; a avaliação da orientação sobre sinais de risco e alerta durante o puerpério e do apoio ao aleitamento, que não foram avaliados quanto à mortalidade nos estudos incluídos; e a pesquisa sobre a jornada de trabalho e a adesão de educação continuada para melhor capacitar os profissionais.

Vale ressaltar que como limitação encontra-se a utilização de fontes bibliográficas, o que restringe a análise às informações disponíveis na literatura consultada, sem permitir a avaliação direta das práticas profissionais e das condições de trabalho específicas. Também há limitações relacionadas ao processo de busca e seleção: a busca foi feita em quatro bases de dados (LILACS, BDENF, SciELO e MEDLINE), entre agosto e outubro de 2026, com descritores e combinações definidos, o que pode ter deixado de fora estudos indexados em outras bases ou com outros termos. Os critérios de inclusão restringiram a análise a artigos disponíveis na íntegra e gratuitamente, em português, inglês ou espanhol, e a exclusão de monografias, dissertações e teses pode ter retirado estudos relevantes. Além disso, não foi realizada avaliação formal do risco de viés dos estudos incluídos, e a heterogeneidade de cenários, delineamentos e desfechos limitou a comparação direta entre as publicações, sendo que poucos estudos tratam especificamente da atuação da enfermagem. Pode-se concluir que o aprimoramento do cuidado de enfermagem, junto com a organização dos serviços e a atuação multiprofissional, é uma estratégia promissora para a prevenção de mortes maternas evitáveis e para uma assistência mais segura, humanizada e igualitária, cuja efetividade ainda precisa ser demonstrada por estudos específicos.

REFERÊNCIAS

ABWAO, R. *et al.* Health systems interventions for prevention of maternal peripartum infection in low and middle-income countries: a systematic review. BMC Women's Health, 2026. DOI: 10.1186/s12905-026-04710-w.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Higienização das mãos**. Brasília, DF: Anvisa, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/higienizacao-das-maos-1/copy_of_higienizacao-das-maos. Acesso em: 10 nov. 2026.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 10 nov. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em: 10 nov. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 10 nov. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de gestação de alto risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 10 nov. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 227/2025-SVSA/SAPS/SAES/SESAI/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-conjunta-no-2272025-svsa-saps-saes-sesai-ms.pdf/view. Acesso em: 10 nov. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Mulher. **Frentes de ação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/coordenacao-de-saude-da-mulher/frentes-de-acao/frentes-de-acao. Acesso em: 10 nov. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado**: pré-natal de baixo risco: unidade de atenção primária: planejamento terapêutico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]b. Disponível em: https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/pre-natal-baixo-risco/unidade-de-atencao-primaria/planejamento-terapeutico/. Acesso em: 10 nov. 2026.

CARVALHO, P. I. *et al.* Perfil sociodemográfico e assistencial da morte materna em Recife, 2006-2017: estudo descritivo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 29, n. 1, e2019185, 2020. DOI: 10.5123/S1679-49742020000100005.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

COELHO, R. *et al.* **Desigualdades raciais na saúde**: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2022. (Nota Técnica, n. 27). Disponível em: https://ieps.org.br/nota-tecnica-27/. Acesso em: 10 nov. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 516, de 23 de junho de 2016**. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência, e estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2016. Alterada pelas Resoluções Cofen nº 524/2016 e nº 672/2021. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016. Acesso em: 10 nov. 2026.

CRESSWELL, J. A. *et al.* Global and regional causes of maternal deaths 2009–20: a WHO systematic analysis. **The Lancet Global Health**, London, v. 13, n. 4, p. e626-e634, 2025. DOI: 10.1016/S2214-109X(24)00560-6.

FERREIRA, R. C. G.; GUEDES, S. C.; MOREIRA, R. S. Mortalidade materna no Brasil: análise espaço-temporal entre 2000 e 2019. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 24, e20230231, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/MQgWXxB3pd6z8pgJnhfTCjS/?lang=pt. Acesso em: 10 nov. 2026.

GALLOS, I. *et al.* Randomized trial of early detection and treatment of postpartum hemorrhage. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 389, n. 1, p. 11-21, 2023. DOI: 10.1056/NEJMoa2303966.

GAMA, S. G. N. *et al.* Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil – 2017 . **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 919-929, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021263.28482020.

LISSAUER, D. *et al.* A multicomponent intervention to improve maternal infection outcomes. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 394, n. 17, p. 1685–1695, 2026. DOI: 10.1056/NEJMoa2512698.

NEWS-MEDICAL. **New solution could provide a major breakthrough in reducing deaths from postpartum bleeding**. [S. l.]: News-Medical, 9 maio 2023. Disponível em: https://www.news-medical.net/news/20230509/New-solution-could-provide-a-major-breakthrough-in-reducing-deaths-from-postpartum-bleeding.aspx. Acesso em: 10 nov. 2026.

SANDALL, J. *et al.* Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [Oxford], n. 4, CD004667, 2024. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub6.

DANTAS-SILVA, A. *et al.* Racial disparities and maternal mortality in Brazil: findings from a national database. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 58, 25, 2024. DOI: 10.11606/s1518-8787.2024058005862.

TUMKAYA, M. N.; SEN, S.; EROGLU, K. The effect of nursing interventions in women with gestational hypertension: a systematic review and meta-analysis. **Nursing & Health Sciences**, Hoboken, v. 27, e70074, 2025. DOI: 10.1111/nhs.70074.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00126013.

VOGEL, J. P. *et al.* Effectiveness of care bundles for prevention and treatment of postpartum hemorrhage: a systematic review. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 231, n. 1, p. 67-91, 2024. DOI: 10.1016/j.ajog.2024.01.012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal mortality**. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality. Acesso em: 10 nov. 2026.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.