

SAÚDE E AMBIENTE
V.10 • N.2 • 2026 - Fluxo Contínuo

ISSN Digital: 2316-3798
ISSN Impresso: 2316-3313
DOI: 10.17564/2316-3798.2026v10n2p55-70



MORTE MATERNA: ANÁLISE DO ACESSO AOS SERVIÇOS OBSTÉTRICOS A PARTIR DO MODELO DOS TRÊS ATRASOS¹

MATERNAL DEATH: ANALYSIS OF ACCESS TO OBSTETRIC SERVICES BASED ON THE THREE DELAYS MODEL

MUERTE MATERNA: ANÁLISIS DEL ACCESO A LOS SERVICIOS OBSTÉTRICOS BASADO EN EL MODELO DE LOS TRES RETRASOS

Régia Maria Batista Leite²
Thália Velho Barreto de Araújo³
Sandra Valongueiro Alves⁴
Maria do Socorro Veloso de Albuquerque⁵

1 O artigo é baseado na tese de doutorado da autora principal. Morte materna na macrorregião de saúde II de Pernambuco: uma análise a partir do acesso. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Recife, PE, Brasil. 2019.

RESUMO

Este estudo analisou o acesso aos serviços obstétricos no interior de Pernambuco. Foi estudado um óbito materno por meio de entrevistas em profundidade com profissionais de saúde e com a pessoa que esteve mais próxima da mulher durante o percurso assistencial, além de análise documental. As categorias de análises foram previamente estabelecidas a partir do *Three Delays Model* e de o modelo de acesso. A busca por cuidado de uma adolescente parda, com pouca escolaridade e baixa renda evidenciou problemas na acessibilidade por dificuldades em perceber que poderia obter cuidado e de aceitabilidade pelas experiências negativas com o serviço, caracterizando o primeiro atraso; o segundo atraso se deu por disponibilidade/acomodação, pela inexistência de serviço próximo, ausência de equipe completa na maternidade, indisponibilidade de leitos de UTI, hemoderivados e dificuldades de transferência adequada, levando à peregrinação assistencial. O terceiro atraso se configurou pela falta de adequação do serviço, diante da ineficiência do sistema de regulação, da não responsabilização dos profissionais de se envolverem e compartilharem o cuidado. Conclui-se que o acesso aos serviços obstétricos no interior de Pernambuco é fragmentado e não resolutivo ferindo o direito à saúde das mulheres. É necessária a reorganização da rede e requalificação do modelo de atenção obstétrica, garantindo o acesso desde o planejamento reprodutivo até o cuidado no puerpério. Esse processo deve considerar dimensões como acessibilidade, aceitabilidade, disponibilidade e adequação dos serviços de saúde em todas as regiões do país, considerando a implantação da Rede Alyne, de modo a contribuir para a redução da mortalidade materna em 25% até 2027.

PALAVRAS-CHAVE

Acesso aos serviços de saúde; Mortalidade materna; Estudo qualitativo

ABSTRACT

This study analyzed access to obstetric services in the interior of Pernambuco. A maternal death was studied through in-depth interviews with health professionals and the person who was closest to the woman during the care journey, in addition to a documentary analysis. The categories of analysis were previously established based on the Three Delays Model and on one access model. The search for care by a brown adolescent with little education and low income revealed problems in accessibility due to difficulties in perceiving that she could obtain care and in acceptability due to negative experiences with the service, characterizing the first delay; the second delay was due to availability/accommodation, the lack of a nearby service, the absence of a full team in the maternity ward, the unavailability of ICU beds, blood products and difficulties in adequate transfer, leading to the care pilgrimage. The third delay was caused by the lack of adequacy of the service, due to the inefficiency of the regulatory system, and the lack of accountability of professionals to get involved and sharing care. It is concluded that access to obstetric services in the interior of Pernambuco is non-resolutive and fragmented, violating women's right to health. It is necessary to reorganize the healthcare network and requalify the obstetric care model, ensuring access from reproductive planning to postpartum care. This process must consider dimensions such as accessibility, acceptability, availability, and adequacy of health services in all regions of the country, in line with the implementation of the Alyne Network, in order to contribute to reducing maternal mortality by 25% by 2027.

KEYWORDS

Access to health services; Maternal mortality; Qualitative study

RESUMEN

Este estudio analizó el acceso a los servicios obstétricos en el interior de Pernambuco. Se investigó una muerte materna mediante entrevistas en profundidad con profesionales de la salud y con la persona que estuvo más cercana a la mujer durante su recorrido asistencial, además del análisis documental. Las categorías de análisis fueron previamente establecidas a partir del Three Delays Model y del modelo de acceso. La búsqueda de atención por parte de una adolescente mestiza, con

baja escolaridad e ingresos reducidos, evidenció problemas de accesibilidad debido a dificultades para percibir que podía recibir atención y de aceptabilidad por experiencias negativas con el servicio, caracterizando el primer retraso. El segundo retraso se debió a problemas de disponibilidad y acomodación, como la inexistencia de un servicio cercano, ausencia de equipo completo en la maternidad, falta de camas en la UCI, hemoderivados y dificultades para una transferencia adecuada, lo que llevó a una peregrinación asistencial. El tercer retraso se configuró por la falta de adecuación del servicio, dada la ineficiencia del sistema de regulación y la falta de compromiso de los profesionales para involucrarse y compartir el cuidado. Se concluye que el acceso a los servicios obstétricos en el interior de Pernambuco es fragmentado y no resolutivo, vulnerando el derecho a la salud de las mujeres. Es necesario reorganizar la red de atención y recalificar el modelo de cuidado obstétrico, garantizando el acceso desde la planificación reproductiva hasta la atención posparto. Este proceso debe considerar dimensiones como accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y adecuación de los servicios de salud en todas las regiones del país, en consonancia con la implementación de la Red Alyne, con el fin de contribuir a la reducción de la mortalidad materna en un 25% para 2027.

PALABRAS CLAVE

Acceso a servicios de salud; Mortalidad materna; Estudio cualitativo

1 INTRODUÇÃO

A morte materna é inaceitável por decorrer, na maioria das vezes, de causas quase sempre evitáveis (FARIA *et al.*, 2012) concentradas nos países com média e baixa renda e decorrente, em grande parte, de desigualdades socioeconômicas e culturais de cada país/região (WHO, 2025).

No Brasil, tem se observado redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM), desde 1990, atingindo 57 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2019; em Pernambuco essa chegou a 48 por 100.000 nascidos vivos no mesmo ano (BELONE; CALDAS JUNIOR, 2024). Com a pandemia COVID-19 estes indicadores regrediram três décadas (SOUZA; RIBEIRO, 2025), alcançando em 2021, 117 por 100.000 nascidos vivos no Brasil e 73 por 100.000 nascidos vivos em Pernambuco (OLIVEIRA, 2022; CASTRO *et al.*, 2021). Essas RMM estão bem acima das metas pactuadas pelos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável que é 30/100.000 NV (WHO, 2019). Neste período, as causas obstétrica indiretas, nas quais estavam classificadas as causas COVID-19, foram as mais frequentes.

Em 2022 no Brasil, as causas obstétrica diretas retornaram aos padrões pré- pandêmicos (em torno de 67%), lideradas pelas hipertensões gestacionais, hemorragias e infecções e complicações relacionadas a abortos inseguros (BRASIL, 2023); em Pernambuco, dados do Sistema de Vigilância mostram as hipertensões gestacionais, hemorragias e infecções puerperais mantendo-se como as principais causas (PERNAMBUCO, 2022).

Para reverter o cenário, torna-se indispensável a adoção de esforços coordenados que enfrentem as fragilidades ainda presentes na atenção à saúde das mulheres durante o pré-natal, o parto, o puerpério e no acesso ao planejamento reprodutivo. Evidências recentes apontam que a melhoria da qualidade da assistência, incluindo disponibilidade de serviços, práticas baseadas em evidências, continuidade do cuidado e respostas oportunas às intercorrências, são fundamentais para reduzir desfechos desfavoráveis (KARP, 2024).

No contexto brasileiro, estudo destaca que a organização das redes de atenção, a garantia de acesso oportuno aos serviços e a qualificação das equipes de saúde são elementos centrais para prevenir óbitos maternos, especialmente nas regiões mais vulneráveis (KARP, 2024). Além disso, a Rede Alyne reforça a necessidade de assegurar cuidado integral, humanizado e territorialmente adequado, contemplando as especificidades de cada região e etapas da vida reprodutiva (BRASIL, 2024).

Para organizar territorialmente os serviços de saúde, Pernambuco está estruturado em 12 regiões de saúde, agrupadas em quatro macrorregiões. As diretrizes estaduais estabelecem que essas macrorregiões sejam autossuficientes, capazes de planejar e ofertar os serviços necessários, pactuar referências e reduzir vazios assistenciais. Entre esses serviços, incluem-se as referências para parto de risco habitual, parto de alto risco e atendimento às emergências obstétricas. Assim, a política de regionalização busca garantir capacidade assistencial adequada em cada território (PERNAMBUCO, 2018).

O acesso aos serviços de saúde torna-se elemento central para compreender as barreiras assistenciais enfrentadas pelas mulheres. O modelo teórico “Three Delays Model”, proposto por Thaddeus e Maine (1994), tem se mostrado útil para explicar os obstáculos vivenciados por mulheres, familiares e comunidades na busca por assistência diante de complicações obstétricas (PACAGNELLA *et al.*, 2014; THORSEN *et al.*, 2012). Tal modelo identifica três momentos críticos, denominados atrasos (delays), que influenciam o acesso e a efetividade do cuidado.

Diante disso, este estudo tem como objetivo analisar o acesso aos serviços obstétricos no interior de Pernambuco, a partir da reconstrução da trajetória assistencial de uma morte materna a partir do modelo dos três atrasos.

2 MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO

Realizou-se um estudo de caso para analisar a trajetória assistencial de uma mulher em busca do acesso ao cuidado obstétrico. Foi estudado, em profundidade, um óbito materno obstétrico direto (pré-eclâmpsia grave), a primeira causa de óbito materno no Brasil e em Pernambuco ao longo dos anos.

2.2 LOCAL DO ESTUDO

Pernambuco possui 12 regiões de saúde, agrupadas em quatro macrorregiões de saúde, estas correspondem a um agregado de mais de uma região de saúde com o objetivo de organizar ações de serviços de média e alta complexidade. A macrorregião de saúde II está localizada no Agreste do Estado, abrange 53 municípios e possui uma população de aproximadamente 1.878.938 (IBGE, 2022).

2.3 SELEÇÃO DO CASO

A seleção do caso foi realizada a partir da identificação da morte, por meio da Vigilância do Óbito. Em seguida, iniciou-se o percurso pelas unidades de saúde onde a mulher recebeu assistência, para reconstrução da trajetória assistencial.

2.4 COLETA DOS DADOS E INSTRUMENTO UTILIZADO

A coleta dos dados foi realizada por meio de extração de dados dos prontuários e do cartão da gestante e de entrevistas semiestruturadas, a partir de um roteiro prévio, possibilitando a inclusão de novos temas e/ou aspectos não previstos. Essas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Foram realizadas seis entrevistas com um enfermeiro e um Agente Comunitário de Saúde da Atenção Básica e uma médica clínica plantonista da unidade de saúde do município de residência da gestante e com as médicas obstetras do primeiro e do segundo serviço de alto risco por onde ela passou; e uma entrevista com a mãe da mulher falecida, pelo fato desta tê-la acompanhado durante seu caminho em busca de assistência.

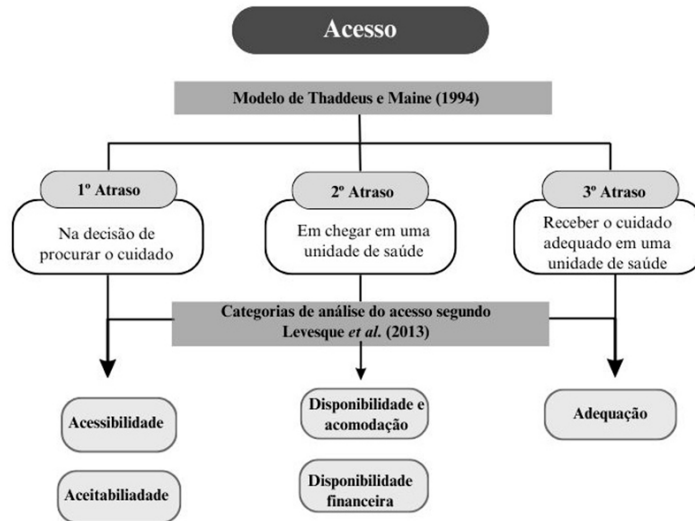
Para evitar viés de memória, os profissionais que atenderam a mulher foram entrevistados logo após a ocorrência do óbito. Todos os profissionais preferiram realizar a entrevista no seu local de trabalho. A entrevista com a mãe/família foi conduzida 60 dias após a morte e realizada na residência da mesma.

Este estudo preservou a confidencialidade da mulher atribuindo um nome fictício: Maria da Glória (MG), também preservou o nome do município e de todos os entrevistados.

2.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a interpretação do material, utilizou-se a análise da narrativa de conteúdo manifesto (BARDIN, 2011). As categorias de análises foram previamente estabelecidas por meio do modelo dos três atrasos, conforme proposto por Thaddeus e Maine (1994) e do modelo teórico de acesso proposto por Levesque *et al.* (2013) conforme figura 1.

Figura 1 - Modelo conceitual de acesso aos cuidados de saúde adaptado pelas autoras, a partir dos modelos teóricos de Thaddeus e Maine (1994) e Levesque *et al.* (2013)



Fonte: Elaborado pelos autores

1º - Atraso na decisão de procurar o cuidado: pode ser por parte da mulher, do companheiro, da família e de outros parentes, e, muitas vezes, pode estar relacionado aos fatores socioculturais, e à percepção da gravidade do problema, à possibilidade de arcar com os custos financeiros, à proximidade e efetividade dos serviços de saúde ou à experiência anterior com o serviço de saúde.

No modelo teórico de Levesque *et al.* (2013) duas dimensões são identificadas nesse primeiro atraso: a acessibilidade, que se relaciona com o fato de que frente as necessidades de saúde as pessoas podem identificar que o serviço existe, pode ser alcançado e ter um impacto na saúde e, a aceitabilidade que pode ser analisada a partir de indicadores como crenças e atitudes com relação à saúde, conhecimento e fontes de informação sobre o cuidado e, confiança nos serviços e no sistema de saúde.

2º - Atraso em chegar ao serviço de saúde adequado: a disponibilidade e distribuição geográfica das unidades de saúde com complexidade adequada ao atendimento de emergências obstétricas, o tempo de deslocamento entre a casa e o serviço de saúde, a disponibilidade e o custo dos transportes e condições das estradas podem ser barreiras para as mulheres que precisam utilizar o serviço de saúde;

Nesse segundo atraso observa-se no conceito de Levesque *et al.* (2013): a disponibilidade-acomodação que se referem ao fato de que serviços de saúde podem ser alcançados fisicamente e em tempo hábil e a acessibilidade financeira - reflete a capacidade econômica das pessoas utilizarem recursos financeiros e tempo para usarem serviços.

3º - Atraso em receber o cuidado adequado em uma unidade de saúde: a existência de sistema efetivo de referência e contrarreferência, a disponibilidade de suprimentos, de equipamentos e de pessoal capacitado, o tipo de serviço e o intervalo de tempo gasto para ser atendida.

A dimensão adequação relacionando-se a aspectos como qualidade técnica e interpessoal, coordenação e continuidade do cuidado (LEVESQUE *et al.*, 2013). Portanto, a adequação diz respeito a forma de organização do processo de trabalho, a qualificação dos profissionais, as barreiras atitudinais, a capacidade de se responsabilizar ou não pelo usuário, os processos de regulação de acesso, a ausência de fluxos bem definidos, a comunicação entre os serviços e entre os profissionais, o cuidado longitudinal e o exercício da coordenação do cuidado pela atenção básica.

2.6 ASPECTOS DE ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, sob CAAE nº: 63796717.4.0000.5190 e parecer substanciado 3.445.987.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Maria da Glória (MG), 17 anos, parda, ensino fundamental completo, agricultora, casada, primeira gravidez, morava com seu companheiro na zona rural de um pequeno município do Agreste de Pernambuco, com renda familiar em torno de um salário mínimo.

MG pretendia engravidar, iniciou o pré-natal com o enfermeiro da Unidade de Saúde da Família (USF) com 13 semanas de gestação, realizou sete consultas, todas com registro no cartão da gestante. A mãe de MG se queixava da qualidade da assistência pré-natal:

“E quando chegava lá, ele [referindo-se ao enfermeiro da USF] media a pressão [...] e dizia que tava normal” (mãe de MG).

MG comparecia regularmente às consultas e apresentou ganho de peso progressivo, chegando a cerca de 3 kg por mês após a 23ª semana de gestação.

Mulheres com menor escolaridade (FIGUEIREDO *et al.*, 2024), pardas/negras (MARTINS *et al.*, 2006) e em situação de pobreza apresentam maior risco de mortalidade materna devido aos altos índices de vulnerabilidade social e ao difícil acesso aos serviços de saúde (LEITE *et al.*, 2023), perpetuando iniquidades em saúde. O racismo estrutural, por sua vez, contribui para o retardo na busca e no acesso dessas mulheres aos cuidados obstétricos, agravando complicações e intercorrências clínicas que poderiam ser evitadas (LIMA *et al.*, 2021).

Apesar do aumento excessivo do peso e da elevação da PA, o enfermeiro não registrou a presença de edema no cartão da gestante, e não compartilhou com a médica da USF, mesmo considerando o histórico familiar (sua mãe já havia tido um feto morto em consequência de eclampsia no ano anterior) e ser uma adolescente.

“Essa mesma pessoa que fez o pré-natal dela fez o meu. Foi o que me mandou pro hospital para tomar uma injeção, porque minha pressão tava muito alta, [...] no outro dia o menino não mexeu mais. Aí [...] me mandaram pro Recife [...] e perdi minha criança” (mãe de MG sobre a sua experiência de pré-natal e parto).

Além de desconsiderar as complicações que foram surgindo durante o pré-natal e apesar da insistência da mãe de MG para realização de uma consulta em pré-natal de alto risco, esse acesso foi negado e isso aconteceu porque o profissional não fez uma avaliação de gravidade do caso:

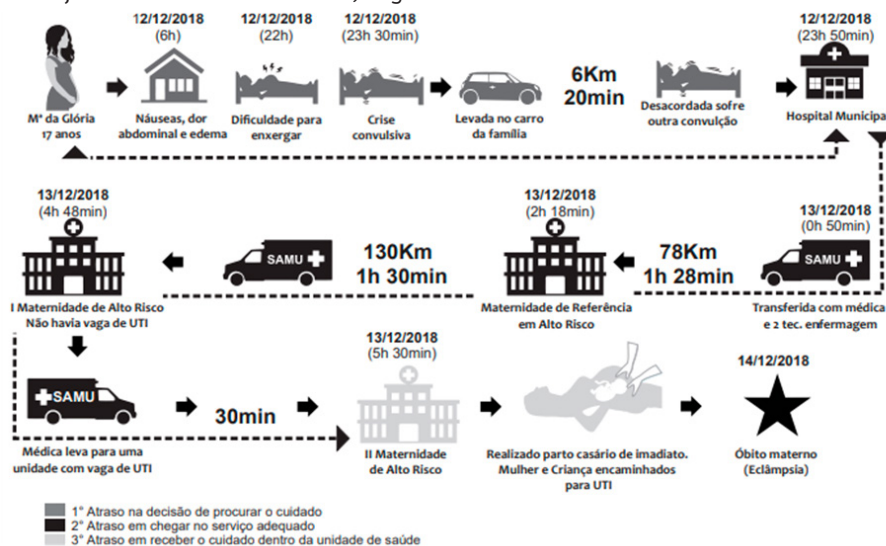
“Eu fui procurar a ACS, aí ela disse assim: eu sou só agente de saúde [...] não posso enviar ninguém pra médico”. O enfermeiro disse: “eu só sou do pré-natal, procure a médica” (mãe de MG).

Nesse caso, observou-se a ausência de cuidado compartilhado entre os profissionais da USF. A Pesquisa Nascer Brasil I já evidenciou que um quinto das gestantes de risco encaminhadas para serviços de referência tiveram dificuldade de acesso. Essas mulheres tiveram seu pré-natal realizado exclusivamente por enfermeiros (VIELLAS *et al.*, 2014), quando esse cuidado deveria ser compartilhado com os outros profissionais da equipe.

Estudo realizado em São Paulo com 3.111 puérperas observou que gestantes atendidas por médico e enfermeiro conjuntamente foram as que mais receberam orientações sobre os sinais de riscos na gestação (MARQUES, *et al.*, 2021).

A trajetória assistencial de MG, a partir do momento da complicação obstétrica, foi criteriosamente avaliada, segundo o modelo dos três atrasos (Figura 2).

Figura 2 – Trajetória assistencial de MG, segundo o modelo dos três atrasos



Fonte: Elaborado pelos autores

1º: Atraso na decisão de procurar o cuidado

Faltando 13 dias para a data provável do parto, MG amanheceu com dores no estômago e passou o dia todo com náuseas. Às 21h se automedicou para dor e retornou e foi para sua casa, vizinha à casa

da sua mãe. Após às 22h seu marido chamou a sogra, porque MG referia não estar enxergando. A mãe orientou esperar até o rompimento da bolsa.

[...] ela começou a se sentir mal umas seis horas da noite, com uma dor no estômago. O padraço falou: “vamos levar ela ao hospital”. A mãe disse: “não, não tem necessidade de ir agora, deixa vê se a bolsa estoura”. Ai quando foi perto de meia noite deu essa convulsão e já não tinha muito o que fazer, né? (ACS).

“Aí, quando foi umas nove horas: “ô mãe, tô com uma dor no meu estômago”. Aí eu dei o remédio. Depois o marido dela me chamou: “venha aqui, ela disse que não tá enxergando nada” (Mãe de MG).

Mesmo diante desse quadro grave sua mãe ainda demorou a decidir buscar assistência. Somente após MG apresentar uma crise convulsiva, é que sua família resolveu levá-la, em carro próprio, ao único hospital municipal, localizado a 30 minutos de sua residência. Há claramente a existência da barreira de acessibilidade que é a capacidade em perceber que realmente precisa de cuidado, sendo esta condição influenciada pela educação, conhecimento sobre sua condição de saúde e crenças relacionadas à saúde e à doença.

Por volta da meia-noite a família chegou ao hospital, com MG já inconsciente, quando teve outra crise convulsiva na porta do hospital municipal.

“Ela chegou totalmente inconsciente, convulsionando” (médica da emergência do hospital municipal).

Percebeu-se o desconhecimento de sinais de complicações obstétricas por MG e seus familiares, mesmo que sua mãe já tenha vivenciado complicação semelhante, bem como a dificuldade dela e de seu companheiro tomarem decisões, provavelmente por ela ser adolescente, deixando a responsabilidade apenas para sua mãe.

Nesse sentido, a mãe de MG tinha problemas de aceitabilidade para com o serviço de saúde, dada suas experiências negativas com os profissionais e os serviços de saúde, inclusive com perda fetal. A não aceitabilidade pode desestimular as mulheres a procurarem e usarem os serviços de saúde. Um ponto chave no conceito de aceitabilidade é o respeito mútuo entre profissionais de saúde e usuários.

Alguns estudos destacaram que a percepção incorreta da gravidade de um evento e a experiência negativa com os serviços de saúde têm resultado no adiamento da decisão de procurar assistência em unidades de saúde, o que leva as mulheres a chegar aos serviços de saúde (PACAGNELLA *et al.*, 2014) em condições graves (NAHAR *et al.*, 2011).

Um estudo realizado em Bangladesh observou que os principais motivos que dificultaram a decisão das pessoas/comunidade de buscar o cuidado foram o desconhecimento sobre as complicações maternas, a inexistência de pessoas qualificadas nas emergências obstétricas, a falta de informação, a ausência de transporte para realizar as transferências emergenciais e a indisponibilidade financeira das pessoas (ABDULLAH *et al.*, 2017).

2º: Atraso em chegar no serviço de saúde adequado

O segundo atraso pode ser considerado a partir do momento em que MG chegou, já grave, em um serviço de saúde não preparado para lidar com a sua condição. Este só dispunha de emergência clínica, atendendo por parto apenas mulheres que chegavam em período expulsivo (uma das razões pela qual a mãe de MG colocou a necessidade do rompimento da bolsa).

Ao chegar no hospital municipal, a médica que estava de plantão se surpreendeu com a gravidade do quadro de MG, o que dificultou, inclusive, seu acesso ao setor de emergência do hospital.

Eu escutei um barulho e vim pra porta do hospital. [...] então eu chamei a enfermeira e disse: “é uma idosa [...], convulsionando. Quando colocou ela aí na cama, a mãe disse: “ela tá gestante. Quando eu vi a ficha: ela tinha apenas 17 anos. Ela tava muito inchada, a PA 230 x 140 mmHg (médica da emergência do hospital municipal).

A médica e outro médico de plantão realizaram os primeiros cuidados, administraram drogas para reverter a crise convulsiva, realizaram intubação orotraqueal e solicitaram uma senha à central de leitos para transferi-la a uma unidade de saúde adequada à severidade do quadro clínico-obstétrico apresentado.

A senha foi concedida para uma maternidade de referência em alto risco no Recife, distante aproximadamente 200 km do hospital municipal, com orientação de parar em qualquer maternidade em caso de intercorrência.

Não havia aparelho de ventilação mecânica no hospital municipal, nem na ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Assim, os profissionais (médica e duas técnicas de enfermagem) foram realizando ventilação manual durante todo o percurso. Apesar do direito das parturientes a um transporte adequado quando de uma transferência entre unidades de saúde estar regulamentado pelo MS (BRASIL, 2011), MG teve esse direito também negado.

A organização dos serviços de atenção materna na Macrorregião de Saúde II de Pernambuco se constitui numa barreira concreta do acesso a muitas mulheres a serviços de emergência obstétrica potencialmente resolutivos. A disponibilidade-acomodação são dimensões do acesso e se referem ao fato de que os serviços de saúde podem ser alcançados, tanto fisicamente quanto em tempo hábil (LEVESQUE *et al.*, 2013).

Segundo Whitehead (1992), o acesso é restrito se os recursos disponíveis forem distribuídos de maneira desigual. Nesse sentido, isso já vem ocorrendo em Pernambuco com os serviços de emergência obstétrica, muitas vezes de risco habitual, que estão concentrados na Macrorregião de Saúde I, mais especificamente na cidade do Recife (ROHR *et al.*, 2016). Além disso, mesmo que conste no desenho da rede de atenção materna uma maternidade que realize esse atendimento na Macrorregião II, não há garantia de assistência naquele estabelecimento, devido a plantões incompletos e outras dificuldades de mantê-los em pleno funcionamento (LEITE *et al.*, 2023). Essa situação reflete as desigualdades regionais e macrorregionais dentro do próprio estado, com persistência de peregrinação de gestantes em busca de cuidado adequado em tempo oportuno. Existem evidências de que muitas gestantes estão expostas a sequelas decorrentes da peregrinação (BRILHANTE *et al.*, 2024), sendo esta considerada, inclusive, uma violência obstétrica (LANSKY *et al.*, 2019).

Como o quadro clínico de MG se agravou muito, e seguindo a orientação do profissional da central de leitos, a médica que a acompanhava decidiu parar na maternidade mais próxima. O obstetra da unidade não quis atendê-la, alegando que estava sozinho e o plantão estava fechado. Uma enfermeira da maternidade cedeu um ventilador mecânico para facilitar o trabalho da equipe, que já estava muito cansada. Essa parada durou aproximadamente uma hora, atrasando ainda mais o atendimento de MG.

Quando cheguei lá, tava todo mundo dormindo. O plantão estava fechado. A técnica não queria chamar o médico nem a enfermeira. Aí eu disse: “Olhe, a central orientou que eu parasse em alguma maternidade. Eu sou a clínica e aqui tem um especialista, e ele tem que me ajudar de alguma forma”. O médico apareceu no corredor e disse: “Siga! Siga!”. E eu falei: Mas o senhor não vai nem olhar a paciente? Ele não olhou de jeito nenhum. A enfermeira veio, disponibilizou um ventilado. [...] Mas isso foi uma hora de atraso (médica da emergência do hospital municipal).

MG poderia ter tido acesso a esse serviço potencialmente adequado, mas que estava com equipe médica incompleta. Entretanto, mesmo com a equipe incompleta não há justificativas para um obstetra se negar a examinar uma gestante em condição grave (pós convulsão, intubada e com respiração manual assistida). Ainda nessa mesma Macrorregião de Saúde observou-se que em 2018, na maternidade de referência para o alto risco obstétrico 30,4% dos plantões diurnos e 38,9% dos noturnos estavam fechados para admissão de gestantes e o principal motivo foi a incompletude das equipes de plantão (LEITE *et al.*, 2023), elemento fundamental para garantir cuidados às mulheres em momento oportuno, podendo levar ao aumento de complicações obstétricas, *near miss* e mortes maternas (LEITE *et al.*, 2023). O acesso aos serviços de saúde torna-se restrito quando não há uma equidade na distribuição desses recursos disponíveis na região ou entre os níveis de atenção.

A equipe seguiu por mais 130 km, aproximadamente 1h30, para a maternidade de referência indicada.

3º: Atraso em receber o cuidado adequado em uma unidade de saúde

O terceiro atraso se iniciou quando a Central de Leitos cedeu uma senha para uma unidade de saúde que não tinha as condições necessárias para atender MG, pois foi disponibilizada vaga para uma maternidade que não tinha leito de UTI disponível. Ao chegar nessa unidade, a médica obstetra, que já sabia da gravidade do caso, decidiu levá-la para um outro hospital com vaga de UTI disponível.

No momento a gente não tinha vaga de UTI aqui. Inclusive já estava com uma paciente precisando de vaga [...]. Na hora que ela chegou, eu liguei pra Central de Leitos e eu perguntei como tinham dado uma senha pra uma paciente naquele estado, sabendo que a gente não tinha vaga de UTI (médica da emergência do 1º hospital de alto risco).

Naquele momento, a médica articulou com equipe de outra maternidade de referência de alto risco obstétrico em que também trabalhava. Ao chegar lá, foram direto para o bloco cirúrgico e realizaram uma cesariana.

E aí na mesma hora eu liguei pro [nome do hospital] e vi que tinha vaga de UTI. Conversei com o pessoal do plantão e eles já organizaram tudo [...]. Aí eu fui com a médica que a trouxe. Ela estava meio angustiada, acho que quem lida com gestante assim e sem ser obstetra, fica meio apreensiva (médica da emergência do 1º hospital de alto risco).

[...] a gente chegou lá e o pessoal já estava esperando: a sala da cesárea já estava pronta, anestesista, todo mundo já esperando a paciente e o leito de UTI já reservado (médica da emergência do 1º hospital de alto risco).

A restrição do acesso pode ser claramente observada nessa história. A oferta de leitos de UTI é muito desigual no estado de Pernambuco, não existem leitos de UTI obstétrica na Macrorregião II. A peregrinação de MG continuou pelos serviços de saúde, por indisponibilidade desses leitos.

A inadequação dos serviços de saúde, emerge como fator crucial nesse contexto, visto que o estado de Pernambuco não consegue manter serviços adequados em cada Macrorregião de Saúde para as demandas obstétricas. Observou-se tempo prolongado para alcançar serviços adequados para atendimento, falta de fluxos bem definidos que priorizem o acesso a serviço de alta complexidade.

Verificou-se também que a central de leitos não foi capaz de identificar o serviço adequado para MG, ficando essa responsabilidade a cargo da profissional médica, que conseguiu um leito de UTI em outro serviço, onde tinha conhecimento. Um estudo observou que muitas barreiras no terceiro atraso estavam relacionadas ao referenciamento deficitário, demora no atendimento, escassez de recursos humanos, de equipamentos e de suprimentos e medicamentos, condições estruturais precárias, falta de diretrizes para tratamento e falhas no gerenciamento (SANTOS *et al.*, 2022).

O caminho que MG foi percorrendo a partir de seus primeiros sintomas foi além da regulação governamental e seus serviços de referência pré-estabelecidos, sendo incorporado elementos de uma regulação via profissionais de saúde, dimensão do chamado “saber leigo” (CECILIO *et al.*, 2014).

Um dia após a chegada nessa unidade, MG morreu, tendo como causa básica eclampsia.

5 CONCLUSÕES

A análise da trajetória assistencial evidencia como as barreiras no acesso à assistência obstétrica seguem impactando mulheres em diferentes contextos do Brasil, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade social, econômica, racial e de gênero. O uso do *Three Delays Model* mostrou-se fundamental para compreender a complexa rede de fatores que contribuem para os óbitos maternos, revelando como os atrasos se interligam e são atravessadas pelas dimensões de acessibilidade, aceitabilidade, disponibilidade, acomodação e adequação do cuidado.

Os achados demonstram que as dificuldades não se limitam à ausência de serviços, mas também à precariedade na sua organização, na responsabilização dos profissionais, nas fragilidades da regulação e na desarticulação entre os níveis de atenção, especialmente entre o pré-natal, a atenção hospitalar e as situações de emergência.

O *Three Delays Model* se consolida como uma ferramenta potente para evidenciar como as mortes maternas não decorrem apenas de complicações obstétricas, mas da combinação de fatores sociais, econômicos e institucionais que produzem atrasos desde a decisão de buscar o cuidado até a qualidade da assistência prestada. Contudo, também se identificam limitações no modelo, uma vez que ele se centra, prioritariamente, na análise das emergências obstétricas, não incorporando de forma robusta os desafios relacionados ao acesso e à qualidade do pré-natal e do planejamento reprodutivo, aspectos fundamentais, considerando que muitas complicações, são construídas ao longo da gestação, antes de uma emergência.

Portanto, é urgente fortalecer políticas públicas que enfrentem as desigualdades sociais e estruturais, qualifiquem a rede de atenção à saúde e promovam um cuidado obstétrico integral, seguro e acessível a todas as mulheres, em qualquer território do país.

REFERÊNCIAS

ABDULLAH, A.S.M. *et al.* Community delay in decision making and transferring complicated mothers at facilities caused maternal deaths: a qualitative study in rural Bangladesh. **Int J Glob Health**, v. 1, n. 3, p. 15, 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BELONE, J.C.S.; CALDAS JUNIOR, A.F. Mortalidade materna e indicadores sociais: uma análise de distribuição espacial. **Hygeia**, v. 20, p. 2035–2049, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de junho de 2011**. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Vigilância da Saúde Materna e Perinatal**. 2025. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/painel-saude-materna-e-perinatal/>. Acesso em: 4 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024**. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saudeleis/gm/2024prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 29 jun. 2025.

BRILHANTE, A. *et al.* Entre a busca por assistência e sua efetivação: peregrinação de gestantes e puérperas com quadro de near miss materno. **Saude Soc**, v. 33, n. 1, p. e220633pt, 2024.

CASTRO, A.P.B. *et al.* Mortality and years of potential life lost due to COVID-19 in Brazil. **Int J Environ Res Public Health**, v. 18, n. 14, p. 1-17, 2021.

CECILIO, L.C.O. *et al.* O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cad Saude Publica**, v. 30, n. 7, p. 1502–1514, 2014.

FARIA, D.R. *et al.* Mortalidade materna em cidade-polo de assistência na região Sudeste: tendência temporal e determinantes sociais. **Rev Med Minas Gerais**, v. 22, n. 1, p. 1–128, 2012.

FIGUEIREDO, E.R.L. *et al.* Influence of sociodemographic and obstetric factors on maternal mortality in Brazil from 2011 to 2021. **BMC Womens Health**, v. 24, n. 84, p. 1–14, 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@**. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 23 dez. 2024.

KARP, C. *et al.* Quality improvement in maternal and reproductive health services. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 24, n. 21, p. 1–21, 2024.

LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Cien Saude Colet**, v. 24, n. 8, p. 2811–2824, 2019.

LEITE, R.M.B. *et al.* Access to childbirth care services in the interior of Pernambuco, Northeast region of Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 57, n. 7, p. 1–12, 2023.

LEVESQUE, J.F. *et al.* Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. **Int J Equity Health**, v. 12, n. 18, p. 1–9, 2013.

LIMA, K.D. *et al.* Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Cien Saude Colet**, v. 26, supl. 3, p. 4909–4918, 2021.

MARQUES, B.L. *et al.* Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Esc Anna Nery**, v. 25, n. 1, p. e20200098, 2021.

MARTINS, A.L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 11, p. 2473–2479, 2006.

NAHAR, S. *et al.* Women-focused development intervention reduces delays in accessing emergency obstetric care in urban slums in Bangladesh: a cross-sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 11, n. 11, p. 1–10, 2011.

OLIVEIRA, H.J.P. **Mortalidade materna e a pandemia da Covid-19 no Recife, Pernambuco, Brasil.** (Trabalho de conclusão de curso) Especialização em Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.

PACAGNELLA, R.C. *et al.* Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 14, n. 159, p. 1-15, 2014.

PERNAMBUCO. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB-PE nº 4.086, de 11 de junho de 2018**. 2018. Disponível em: <https://portal.saude.pe.gov.br/>. Acesso em: 29 mai. 2025.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Boletim epidemiológico morte materna em Pernambuco**. 2022. Disponível em: <https://portal.saude.pe.gov.br/>. Acesso em: 29 mai. 2025.

ROHR, L.K. *et al.* Delivery care and the inadequacy of the obstetric care network in Pernambuco. **Rev Bras Saude Mater Infant**, v. 16, n. 4, p. 447-455, 2016.

SANTOS, P.S.P. *et al.* Aplicabilidade do Three Delays Model no contexto da mortalidade materna: revisão integrativa. **Saude Debate**, v. 46, n. 135, p. 1187-1201, 2022.

SOUZA, V.T.F.; RIBEIRO, JM. Análise das implicações da pandemia COVID-19 na mortalidade materna no Brasil em 2020-2021. **Cien Saude Colet**, v. 30, p. e01092024, 2025.

THADDEUS, S.; MAINE, D. Too far to walk: maternal mortality in context. **Soc Sci Med**, v. 38, n. 8, p. 1091-1110, 1994.

THORSEN, V.C. *et al.* Piecing together the maternal death puzzle through narratives: the three delays model revisited. **PLoS One**, v. 7, n. 12, p. e52090, 2012.

VIELLAS, E.F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **Int J Health Serv**, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

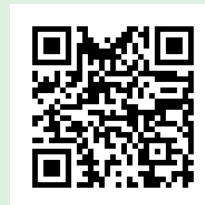
WHO. World Health Organization. **Maternal mortality**. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Acesso em: 15 mai. 2025.

WHO. World Health Organization. **Trends in maternal mortality estimates 2000 to 2023**. 2025. Disponível em: <https://www.who.int/>. Acesso em: 29 mai. 2025.

Recebido em: 1 de Agosto de 2025

Avaliado em: 18 de Novembro de 2025

Aceito em: 29 de Janeiro de 2026



**A autenticidade desse artigo
pode ser conferida no site
<https://periodicos.set.edu.br>**

2 Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Programa de Pós-graduação em Psicologia Práticas e Inovação em Saúde Mental. Universidade de Pernambuco – UPE, Garanhuns, PE. Brasil. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-8235-5021>. Email: regia.leite@upe.br

3 Médica. Doutora em Saúde Coletiva. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, PE. Brasil. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-9956-4145>. Email: thalia.araujo@ufpe.br

4 Médica. Doutora em Sociologia. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, PE. Brasil. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-8532-5346>. Email: svalong@gmail.com

5 Serviço Social, Doutora em Saúde Pública. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Recife, PE. Brasil. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1520-700X>. Email: msoveloso@gmail.com

Copyright (c) 2026 Revista Interfaces
Científicas - Saúde e Ambiente



Este trabalho está licenciado sob uma
licença Creative Commons Attribution-
NonCommercial 4.0 International License.

