

# Demoras obstétricas em pacientes com condições potencialmente ameaçadoras à vida em uma maternidade de referência

Obstetric delays in patients with potentially life-threatening conditions in a referral maternity hospital

Lívia Mara de Araújo<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0001-8312-6319>  
 Ana Jéssica Silveira Rios<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0001-7524-2504>  
 Niele Duarte Ripardo<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-1857-3750>  
 Nathanael de Souza Maciel<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-5088-011X>  
 Francisco Herlânio Costa Carvalho<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-6400-4479>  
 Alana Santos Monte<sup>2</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-8626-3527>  
 Camila Chaves da Costa<sup>2</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-6996-1200>  
 Ana Kelve de Castro Damasceno<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0003-4690-9327>

## Artigo original

### Como citar

Araújo LM, Rios AJ, Ripardo ND, Maciel NS, Carvalho FHC, Monte AS, Costa CC, Damasceno AKC. Demoras obstétricas em pacientes com condições potencialmente ameaçadoras à vida em uma maternidade de referência. Rev Científica Integrada 2025, 8(1):e202510. DOI: <https://doi.org/10.59464/2359-4632.2025.3345>.

### Conflito de interesses

Não há conflito de interesses.

Enviado em: 04/05/2024

Aceito em: 30/12/2024

Publicado em: 12/02/2025

<sup>1</sup>Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

### Autor correspondente

Nathanael de Souza Maciel  
 Nathanael.souza.inf@gmail.com

Revista Científica Integrada (ISSN 2359-4632)

<https://revistas.unaerp.br/rci>

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar os tipos de demoras obstétricas em pacientes com condições potencialmente ameaçadoras à vida em maternidade de referência em uma cidade do nordeste brasileiro. **Método:** Estudo transversal realizado nas enfermarias do setor Maternidade Sant'Ana, no período de janeiro a maio de 2022, com 108 puérperas internadas no referido setor que estavam no período puerperal até 42 dias e que sofreram alguma condição potencialmente ameaçadora à vida (CPAV), tais como síndromes hipertensivas e síndromes hemorrágicas. O instrumento para coleta de dados foi um questionário elaborado pelo autor da pesquisa, que categorizou a Demora I – Na decisão de procurar atendimento (familiares/paciente); Demora II – Para acesso ao atendimento/cuidado; Demora III – Para receber cuidado no serviço de saúde. Os dados foram analisados por meio do software Microsoft Excel 2019 e R versão 4.1.0, e descrita a frequência, média e desvio padrão das variáveis. **Resultados:** Houve prevalência da demora III, para receber cuidado no serviço de saúde, com 33 (30,56%) dos casos, seguido da demora obstétrica I, decisão de procurar atendimento (familiares e paciente), em 25 (23,15%) das participantes e demora obstétrica II, para acesso ao atendimento/cuidado, em 18 (16,67%) dos casos. **Conclusão:** Houve predomínio das demoras III e I nos achados deste estudo diante disso, a redução de demoras, tais como, provimento de insumos e equipamentos, melhor sistema de referenciamento e disponibilidade de transporte poderiam contribuir para a redução de CPAV, desfechos maternos graves e, até mesmo, de óbitos maternos.

**Descritores:** Saúde materna. Morbidade. Complicações na gravidez.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the types of obstetric delays in patients with potentially life-threatening conditions in a referral maternity hospital in a city in northeastern Brazil. **Method:** Cross-sectional study carried out in the wards of the Sant'Ana Maternity sector, from January to May 2022, with 108 postpartum women admitted to the sector who were in the puerperal period up to 42 days and who suffered some potentially life-threatening condition (PLC), such as hypertensive syndromes and hemorrhagic syndromes. The data collection instrument was a questionnaire prepared by the author of the research, which categorized Delay I – In the decision to seek care (family members/patient); Delay II – For access to care/access; Delay III – For receiving care in the health service. The data were analyzed using Microsoft Excel 2019 and R version 4.1.0 software, and the frequency, mean, and standard deviation of the variables were described. **Results:** There was a prevalence of delay III, to receive care in the health service, with 33 (30.56%) of the cases, followed by obstetric delay I, decision to seek care (family and patient), in 25 (23.15%) of the participants and obstetric delay II, to access care/service, in 18 (16.67%) of the cases. **Conclusion:** There was a predominance of delays III and I in the findings of this study; therefore, the reduction of delays, such as the provision of supplies and equipment, a better referral system and the availability of transportation could contribute to the reduction of CPAV, serious maternal outcomes and even maternal deaths.

**Descriptors:** Maternal health. Morbidity. Pregnancy complications.

## Introdução

De acordo com uma estimativa feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS), só no ano de 2020, todos os dias, aproximadamente 800 mulheres morreram de causas evitáveis relacionadas a complicações na gravidez, parto e pós-parto. Quase 99% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento<sup>1</sup>. No Brasil, verificou-se um aumento acentuado da Razão de Mortalidade Materna (RMM), variando de 57,9 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos em 2019 para 74,7 em 2020. Salienta-se que 17% (n=335) de todos os óbitos maternos ocorridos no Brasil em 2020 tinham associação com a covid-19<sup>2</sup>.

Os fatores que podem contribuir para a mortalidade e morbidade maternas, em muitos países em desenvolvimento, estão associados às demoras obstétricas caracterizadas como: primeira demora da mãe na busca por atendimento; segunda demora na chegada ao serviço de saúde adequado e a terceira demora no acesso à assistência adequada<sup>3</sup>.

As demoras obstétricas podem influenciar diretamente na morbidade e mortalidade materna, além de causar impacto nas condições físicas, mentais, sociais e econômicas não apenas para a mãe, como também para toda a família, bem como envolver questões socioeconômicas e sobre o desempenho dos serviços de saúde<sup>4</sup>.

Tendo em vista a associação dos óbitos maternos às causas evitáveis tem-se enfatizado a análise retrospectiva das condições que contribuem para a mortalidade materna, a fim de identificar precocemente e realizar intervenções oportunas às complicações relacionadas à gravidez, que podem expor a mulher a um resultado materno grave capaz de afetá-la pelo resto de sua vida<sup>5</sup>.

Ainda nesse íterim, entre as condições de gravidade durante a gestação, parto e puerpério emerge a classificação de condições potencialmente ameaçadoras à vida (CPAV), que se caracterizam pelo maior risco de evolução para gravidade e risco de vida, apresentando critérios estabelecidos pela OMS relacionados às desordens hemorrágicas, hipertensivas, outras desordens sistêmicas e indicadores de manejo<sup>6</sup>.

O estudo sobre as demoras obstétricas associado ao conhecimento sobre a relevância das CPAV no desenvolvimento da gestação, parto e pós-parto, desponta como ferramenta para identificação e direcionamento dos agravantes à saúde materna a fim de realizar intervenções e prevenir que as morbidades maternas se compliquem<sup>7</sup>.

Nesse sentido, a maioria dos óbitos maternos pode ser evitada com a disponibilidade de acesso ao cuidado adequado e em tempo hábil durante a gravidez e durante e após o parto. A abordagem do modelo das três demoras abrange os contextos individuais, comunitários e da gestão em saúde, favorecendo a investigação dos

fatores relacionados à morbidade e mortalidade materna e proporcionando identificação de lacunas e direcionamento de ações para acesso à assistência obstétrica.

Além disso, pode fornecer informações aos gestores e profissionais de saúde acerca das barreiras que impedem o acesso à assistência adequada e oportuna, no contexto das demoras, contribuindo para o desenvolvimento de ações com foco nos agravantes à saúde materna. Dessa maneira, a pesquisa pode proporcionar ao profissional direcionamento das ações para a promoção do cuidado no âmbito da saúde materna e favorecer para melhoria do cuidado e redução dos agravos à saúde materna no sistema de saúde.

Diante de tal relevância e uma escassez de estudos voltados à região norte do Ceará, este estudo tem como objetivo identificar os tipos de demoras obstétricas em pacientes com condições potencialmente ameaçadoras à vida em maternidade de referência em uma cidade do nordeste brasileiro.

## Método

Trata-se de uma pesquisa transversal com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no período de janeiro a maio de 2022 na Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS), referência em obstetrícia, localizada na cidade de Sobral, no interior do Estado do Ceará, nordeste do Brasil. A SCMS é uma instituição filantrópica de grande relevância para a região, especialmente reconhecida pelas suas especialidades, como a obstetrícia.

A população do estudo foi composta por puérperas que estavam internadas nas enfermarias do setor maternidade, no período de coleta de dados. Para a definição da amostra realizou-se uma estimativa do tamanho da população segundo cálculo amostral para população finita, utilizando a fórmula  $n = (Z^2 * P * (1-P)) / e^2$ , onde n é o tamanho da amostra, Z corresponde ao nível de confiança (95%), P à prevalência estimada e e ao erro amostral (5%). Obteve-se o tamanho amostral de 108 participantes, utilizando o método de amostragem Aleatória Simples. Foram incluídas mulheres no período puerperal até 42 dias, que estavam internadas nas enfermarias do setor maternidade e que apresentavam alguma das CPAV. As mulheres que estavam em estado grave de saúde (hemodinamicamente instável), apresentavam desconforto físico (dor, incômodo) ou psicológico (ansiedade, agitação), impossibilitadas de participar, foram excluídas.

Através do sistema de admissão e de prontuários, foi possível identificar as mulheres elegíveis para o estudo. Ao serem identificadas, as participantes foram localizadas e esclarecidas quanto à pesquisa e os objetivos do estudo. O contato inicial foi realizado de maneira cuidadosa e reservada, respeitando o estado

físico e emocional das puérperas, para assegurar o conforto delas durante todo o processo. Subsequentemente foram convidadas a participarem da pesquisa e após aceitarem participar verbalmente, seguiu-se com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

Os pesquisadores passaram por treinamento específico para a aplicação do questionário composto de quatro partes, sendo eles dados sociodemográficos, dados obstétricos/pré-natal/peregrinação, dados de CPAV e demoras obstétricas. Para obter informações sobre as demoras I e II foi possível extrair usando o questionário, já para a demora tipo III complementou-se usando informações advindas dos prontuários hospitalares. Foi realizada uma análise de consistência dos dados coletados para assegurar a confiabilidade dos resultados, incluindo a verificação de respostas inconsistentes ou incompletas e a comparação dos dados das entrevistas com registros hospitalares, sempre que possível.

Os dados foram analisados com o auxílio do software Microsoft Excel 2019. Foi realizada uma análise descritiva de forma univariada e bivariada, descrevendo frequência, média e desvio padrão das variáveis. Além da análise descritiva também foram realizados testes de hipótese, como o teste de Qui-quadrado, Fisher, Mann-Whitney e Student, para análise das associações entre as variáveis. Para testes estatísticos mais complexos, foi utilizado o software R.

A pesquisa respeitou os preceitos éticos de realização de pesquisa com seres humano e foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o número do parecer: 5.237.490.

## Resultados

A frequência da demora obstétrica I foi de 25 (23,15%) das participantes, das quais 21 (84,00%) foi devido ao desconhecimento dos sinais de alerta/complicações na gravidez seguidas de 2 (8,00%) que passaram por dificuldade para procurar atendimento e 2 (8,00%) que se recusaram ao atendimento.

A demora obstétrica II apresentou-se em 18 (16,67%) dos casos, dentre os quais, 13 (72,22%) tiveram como principal motivo para tal demora as barreiras geográficas no percurso até o serviço de saúde, 9 (50,00%) apresentou dificuldade ou ausência de transporte, e 2 (11,11%) relataram ausência ou inadequação do cuidado pré-natal. Vale ressaltar que nesse caso poderiam ser marcados mais de um motivo para a referida demora.

Quanto à frequência da demora obstétrica III, do total de mulheres entrevistadas 33 (30,56%) passaram por esse tipo de demora, sendo esta a demora mais

frequente dentre as três. Em 32 desses casos de demora (96,97%), o motivo foi por ausência de medicamento e em 5 (15,15%) ocorreu a demora para o início do tratamento.

**Tabela 1.** Distribuição das demoras obstétricas em mulheres internadas. Sobral, Ceará, Brasil, 2023. (n= 108)

Variáveis	n	%
<b>Demora I - Na decisão de procurar atendimento (familiares/paciente)</b>		
Sim	25	23,15
Não	83	76,85
<b>Motivo Demora I</b>		
Desconhecia os sinais de alerta/complicações da gravidez	21	84,00
Dificuldade para procurar atendimento	2	8,00
Recusa do cuidado	2	8,00
<b>Demora II - Para acesso ao atendimento/cuidado</b>		
Sim	18	16,67
Não	90	83,33
<b>Motivo Demora II</b>		
Ausência ou inadequação do cuidado pré-natal	2	11,11
Dificuldade ou ausência de transporte	9	50,00
Barreiras geográficas no percurso até o serviço de saúde	13	72,22
<b>Demora III - Para receber cuidado no serviço de saúde</b>		
Sim	33	30,56
Não	75	69,44
<b>Motivo Demora III</b>		
Ausência de medicamento	32	96,97
Demora para o início do tratamento	5	15,15

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

Na Tabela 2, demonstra-se a distribuição das variáveis sociodemográficas (segundo as variáveis demoras obstétricas I, II e III). Observou-se que metade das participantes (n= 54; 50%) tinha união estável, a maioria era parda (n= 84; 77,77%), com renda de até um salário mínimo (n= 94; 87,04%), a média de idade foi de 28,9 anos (DP= 7,33), e a média da escolaridade foi de 13,29 anos de estudo (DP= 3,73), não havendo associação significativa entre as variáveis sociodemográficas e as demoras.

As demoras ocorreram em 12,03% das mulheres que apresentaram distúrbios hemorrágicos, sendo que 3 (23,08%) apresentaram demora II, e outras 3 (23,08%) apresentaram demora III. daquelas com distúrbios hipertensivos (n= 95; 87,96%), 22 (23,16%) apresentaram demora I, e 29 (30,53%) apresentaram demora III (Tabela 3).

No que se refere aos cruzamentos realizados, analisando proporcionalmente, as pacientes que apresentaram distúrbios hemorrágicos (n= 3; 23,08%) tiveram maior percentual de demora II do que as que não tiveram (n= 15; 15,79%).

**Tabela 2.** Distribuição das variáveis sociodemográficas, segundo as demoras obstétricas entre as mulheres internadas. Sobral, Ceará, Brasil, 2023. (n= 108)

Variáveis	Total	Demora I			Demora II			Demora III		
		Sim (%)	Não (%)	p	Sim (%)	Não (%)	p	Sim (%)	Não (%)	p
<b>Estado civil</b>				0,373 <sup>b</sup>			0,356 <sup>b</sup>			0,878 <sup>b</sup>
Solteira	25	3 (12,00)	22 (88,00)		7 (28)	18 (72)		7 (28)	18 (72)	
Casada	28	6 (21,43)	22 (78,57)		3 (10,71)	25 (89,29)		10 (35,71)	18 (64,29)	
União estável	54	16 (29,63)	38 (70,37)		8 (14,81)	46 (85,19)		16 (29,63)	38 (70,37)	
Divorciada	1	-	1 (100)		-	1 (100)		-	1 (100)	
<b>Raça</b>				0,911 <sup>b</sup>			0,492 <sup>b</sup>			0,921 <sup>b</sup>
Branco	10	2 (20)	8 (80)		2 (20)	8 (80)		3 (30)	7 (70)	
Pardo	84	20 (23,81)	64 (76,19)		13 (15,48)	71 (84,52)		26 (30,95)	58 (69,05)	
Negro	10	3 (30)	7 (70)		3 (30)	7 (70)		2 (20)	8 (80)	
Amarelo	1	-	1 (100)		-	1 (100)		-	1 (100)	
Vermelho	2	-	2 (100)		-	2 (100)		1 (50)	1 (50)	
Prefere não declarar	1	-	1 (100)		-	1 (100)		1 (100)	-	
<b>Renda Familiar</b>				1,000 <sup>b</sup>			0,743 <sup>b</sup>			0,676 <sup>b</sup>
Até 1 salário	94	22 (23,4)	72 (76,6)		17 (18,09)	77 (81,91)		28 (29,79)	66 (70,21)	
2-3 salários	13	3 (23,08)	10 (76,92)		1 (7,69)	12 (92,31)		5 (38,46)	8 (61,54)	
4-5 salários	1	-	1 (100)		-	1 (100)		-	1 (100)	
<b>Idade</b>				0,836 <sup>d</sup>			0,543 <sup>d</sup>			0,772 <sup>d</sup>
Média (DP)	28,94 (7,33)	29,20 (7,18)	28,86 (7,41)		30,06 (8,67)	28,71 (7,07)		28,64 (6,86)	29,07 (7,57)	
Mínimo	14	16	14		18	14		18	14	
Máximo	44	43	44		43	44		43	44	
<b>Escolaridade (anos)</b>				0,985 <sup>c</sup>			0,107 <sup>c</sup>			0,625 <sup>c</sup>
Média (DP)	13,29 (3,73)	13,52 (3,95)	13,22 (3,68)		11,78 (4,49)	13,59 (3,51)		13,45 (3,57)	13,21 (3,81)	
Mínimo	-	5	-		-	4		4	-	
Máximo	21	19	21		15	21		19	21	

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

## Discussão

Neste estudo observa-se que as três demoras estão presentes, das quais prevaleceu a demora III com 33 (30,56%) dos casos, no que concerne principalmente à falta de medicamentos e à demora para início de tratamento. Este resultado corrobora com os achados em estudos realizados na Etiópia, Gana, Eritreia, Uganda e Egito, que evidenciaram a prevalência da demora III, os quais ainda apontam a falta de medicamentos, indisponibilidade de profissionais qualificados e ainda, fragilidades no sistema de referenciamento<sup>8-12</sup>.

A ocorrência de desfechos maternos graves pode ter como preditores as demoras obstétricas, assim como foi

evidenciado na pesquisa realizada em hospitais públicos e terciários de Adis Abeba, Etiópia, no qual as três demoras estavam presentes, das quais a demora obstétrica III foi estatisticamente associada ao desfecho materno grave<sup>4</sup>.

Quanto à demora I, neste estudo tendo ocorrência em 25 (23,15%) dos casos, notabiliza a falta de conhecimento por parte da mulher sobre os sinais de alerta/complicações da gravidez, com 21 (84,00%) ocorrências. De modo semelhante, outros estudos em países como Etiópia, Índia e Somália, corroboram com esse achado, novamente predominante em países em desenvolvimento e, na Etiópia associou-se ainda ao desconhecimento da mulher quanto aos fluxos de acesso aos serviços de saúde, e na Somália, associou-se à gestão precária dos serviços de saúde<sup>13-16</sup>.

**Tabela 3.** Distribuição das condições potencialmente ameaçadoras à vida, segundo as variáveis demoras obstétricas I, II, e III de mulheres internadas. Sobral, Ceará, Brasil, 2023.

Variáveis	Total	Demora I			Demora II			Demora III		
		Sim (%)	Não (%)	p	Sim (%)	Não (%)	p	Sim (%)	Não (%)	p
<b>Apresentou distúrbios hemorrágicos</b>										
Não	95	23 (24,21)	72 (75,79)	0,728 <sup>b</sup>	15 (15,79)	80 (84,21)	0,451 <sup>b</sup>	30 (31,58)	65 (68,42)	0,750 <sup>b</sup>
Sim	13	2 (15,38)	11 (84,62)		3 (23,08)	10 (76,92)		3 (23,08)	10 (76,92)	
<b>Tipo de distúrbio hemorrágico</b>										
Descolamento prematuro de placenta	7	1 (14,29)	6 (85,71)	1 <sup>b</sup>	2 (28,57)	5 (71,43)	1 <sup>b</sup>	1 (14,29)	6 (85,71)	0,673 <sup>b</sup>
Hemorragia pós-parto	6	1 (16,67)	5 (83,33)	1 <sup>b</sup>	1 (16,67)	5 (83,33)	1 <sup>b</sup>	2 (33,33)	4 (66,67)	1 <sup>b</sup>
<b>Apresentou distúrbios hipertensivos</b>										
Sim	95	22 (23,16)	73 (76,84)	1 <sup>b</sup>	15 (15,79)	80 (84,21)	0,451 <sup>b</sup>	29 (30,53)	66 (69,47)	1 <sup>b</sup>
Não	13	3 (23,08)	10 (76,92)		3 (23,08)	10 (76,92)		4 (30,77)	9 (69,23)	
<b>Tipo de distúrbio hipertensivo</b>										
Pré-eclâmpsia grave	88	22 (25,00)	66 (75)	0,557 <sup>b</sup>	13 (14,77)	75 (85,23)	0,557 <sup>b</sup>	25 (28,41)	63 (71,59)	0,310 <sup>a</sup>
Eclâmpsia	4	-	4 (100)	0,571 <sup>b</sup>	2 (50)	2 (50)	0,571 <sup>b</sup>	2 (50)	2 (50)	0,584 <sup>b</sup>
Hipertensão grave	1	-	1 (100)	1 <sup>b</sup>	-	1 (100)	1 <sup>b</sup>	1 (100)	-	0,305 <sup>b</sup>
Síndrome de HELLP	2	-	2 (100)	1 <sup>b</sup>	-	2 (100)	1 <sup>b</sup>	1 (50)	1 (50)	0,520 <sup>b</sup>
<b>Apresentou outras complicações</b>										
Sim	6	1 (16,67)	5 (83,33)	1 <sup>b</sup>	3 (50)	3 (50)	0,057 <sup>b</sup>	3 (50)	3 (50)	0,367 <sup>b</sup>
Não	102	24 (23,53)	78 (76,47)		15 (14,71)	87 (85,29)		30 (29,41)	72 (70,59)	

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

Ter em destaque a falta de conhecimento da gestante sobre sinais de alerta e fluxo de acesso aos serviços de saúde torna-se um achado inquietante, no entanto, pode ser de acessível intervenção. Desse modo, reconhece-se a relação direta entre um pré-natal realizado holisticamente, onde a educação em saúde é uma ferramenta eficiente, quando exercida com ação integral à gestante, para a diminuição de ocorrência de CPAVs e desfechos maternos graves<sup>17</sup>.

A demora II, embora a menos prevalente neste estudo com 18 (16,67%) ocorrências, ainda traz à preocupação as barreiras geográficas. O Brasil é um país de grande área territorial, onde a população nas zonas rurais muitas vezes apresenta condição financeira vulnerável, tornando-as dependentes dos serviços públicos de saúde e transporte<sup>18</sup>. Assim, ações dos gestores em saúde e transporte tornam-se essenciais para a otimização de atendimento profissional qualificado e do sistema de referenciamento para uma assistência obstétrica adequada e em tempo hábil.

Considerando-se a análise das características sociodemográficas segundo as variáveis obstétricas, observa-se que quanto ao estado civil considerando-se a presença de um parceiro e somando-se à quantidade de mulheres em união estável 16 (29,63%) e casadas 6 (21,43%) torna-se significativa a quantidade de puérperas que apresentaram a demora do tipo I e III.

A falta de conhecimento por parte dos homens é considerada como barreira no envolvimento quanto a decisão de procurar atendimento, e um dos fatores que mais contribui para a mortalidade materna é a demora da família em procurar medidas em tempo oportuno<sup>19</sup>.

Tendo em vista a influência do parceiro na decisão da busca por atendimento, revela-se a importância da presença do parceiro nas consultas de pré-natal, pois

contribuiria para o acesso às informações necessárias ao reconhecimento de sinais de alerta, auxiliando a mulher na tomada de decisão e na busca por atendimento de forma oportuna.

No que concerne à raça, embora haja estudo em que não identificou associação de complicações maternas à raça/cor ou aos aspectos sociodemográficos<sup>20</sup>, também, foram encontradas pesquisas em que a maioria das mulheres que apresentaram complicações obstétricas graves eram de cor parda/negra<sup>7,21</sup>.

Referente à renda familiar, em que um salário mínimo foi prevalente entre as participantes do estudo, porém não apresentou associação entre as demoras, estudo aponta que os fatores associados ao comportamento das puérperas quanto à busca por atendimento são multidimensionais, nesse sentido aspectos socioculturais e econômicos podem influenciar na decisão de busca por atendimento, tempo para acesso ao estabelecimento de saúde e assistência em tempo oportuno<sup>4</sup>.

Referente à escolaridade, as puérperas que tiveram média de 13,52 anos apresentaram demora I, não havendo uma diferença entre as médias dos diferentes tipos de demora. Em estudo realizado em cinco hospitais na zona de South Gondar, Etiópia, observou-se que as mães sem instrução tinham 4,6 vezes mais chances de apresentarem atraso no atendimento de emergência em comparação com as mães instruídas. Isso pode ocorrer devido à acessibilidade dos serviços a informações sobre complicações relacionadas à gravidez e conscientização dos sinais de perigo<sup>22</sup>.

Neste estudo, a demora III ocorre com maior prevalência em mulheres com distúrbios hemorrágicos (31,58%) e hipertensivos (30,53%). Estudo aponta a hemorragia seguida por distúrbios hipertensivos da gravidez como principais causas de desfecho materno

grave e mortalidade materna, e que nesse contexto as demoras influenciam para aumento na incidência de condições potencialmente ameaçadoras à vida e, às vezes, até mesmo à morte<sup>23</sup>.

Pesquisa realizada em cinco hospitais terciários no Sul da Etiópia e em hospitais públicos da zona oeste de Arsi evidenciaram que a demora II aumenta a probabilidade do near miss materno; a falta de transporte e infraestrutura rodoviária precária resultam na demora de acesso ao atendimento no serviço de saúde em tempo adequado (demora III), contribuindo, dessa forma, para possíveis complicações maternas graves<sup>24,25</sup>.

Observa-se neste estudo que não foi encontrada associação significativa entre condições potencialmente ameaçadoras à vida no que concerne a distúrbios hemorrágicos, hipertensivos e outras complicações e demoras obstétricas, entretanto, estudos realizados na Etiópia, Uganda e Moçambique apontam a relação dessas variáveis como fatores que podem influenciar nos desfechos maternos graves<sup>4,26,27</sup>.

Fato também observado em um estudo de caso-controle realizado em hospitais da zona de Gurage, sul da Etiópia, em que se evidenciou associação significativa das demoras II e III com casos de complicações maternas graves ou near miss materno<sup>28</sup>, em consonância com estudo realizado no nordeste da África em que houve associação positiva entre a demora e os desfechos maternos graves<sup>10</sup>.

Evidenciou-se que os atrasos para assistência obstétrica podem contribuir para a evolução de desfechos maternos graves, podendo ocasionar até mesmo óbito neonatal, influenciando para condições potencialmente ameaçadoras à vida, causando complicações maternas, tais como distúrbios hemorrágicos e necessidade de intervenção crítica.

A assistência em tempo oportuno é fundamental para a condução dos casos de complicações maternas, podendo evitar desfechos maternos negativos e até mesmo óbitos maternos e neonatais, além disso, pode contribuir para redução ou impedimento de transtornos futuros, pois também poderá evitar possíveis sequelas. Para reduzir a demora no acesso aos serviços de saúde é necessário revisar o acesso às unidades de saúde e ao sistema de transporte<sup>29</sup>, medidas que poderiam favorecer a redução da demora à assistência obstétrica.

Portanto, para que as complicações obstétricas menores não evoluam para as formas mais graves de complicação, elas devem ser tratadas em tempo hábil, e isso está diretamente relacionado com os eventos adversos que influenciam na demora pela procura, acesso e assistência obstétrica<sup>28</sup>. Dessa forma, atuar de maneira mais eficaz no contexto sociocultural dessas mulheres contribuiria para a redução de desfechos maternos graves.

Reconhece-se como limitação deste estudo que pode ter sofrido viés de memória os dados das variáveis socioeconômicas e acesso ao atendimento nas entrevistas com as mulheres e a análise da demora III, pois algumas informações não foram possíveis por meio dos registros dos prontuários, nem as pacientes tinham conhecimento. Esse viés pode impactar os resultados, uma vez que as respostas das participantes podem não refletir fielmente a realidade, levando a possíveis distorções nos dados analisados. Para mitigar essa limitação, recomenda-se validar dados com registros adicionais, realizar entrevistas próximas ao evento e usar perguntas com períodos específicos para facilitar a recordação.

## Conclusão

As demoras obstétricas em seus diferentes tipos ainda são bastante prevalentes, acometendo mulheres em diferentes situações sociais e de saúde. Há predomínio da demora III no que concerne à ausência de medicamentos e demora para o início do tratamento; seguido da demora I com desconhecimento dos sinais de alerta/complicações na gravidez como motivo prevalente; e por último, a demora II, predominando as barreiras geográficas no percurso até o serviço de saúde.

A saúde materna permeia por diversos contextos que incluem aspectos psicológicos, físicos e sociais. A redução de demoras, tais como provimento de insumos e equipamentos, aprimoramento da educação em saúde e a capacitação dos e melhor sistema de referenciamento e disponibilidade de transporte poderiam contribuir para a redução de ocorrências de condições potencialmente ameaçadoras à vida e desfechos maternos graves.

## Referências

1. World Health Organization (WHO). Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: WHO; 2023.
2. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico - Casos graves e óbitos por dengue no Brasil, 2019 a 2022. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022; 53(20).
3. Wanaka S, Hussen S, Alagaw A, Tolosie K, Boti N. Maternal Delays for Institutional Delivery and Associated Factors Among Postnatal Mothers at Public Health Facilities of Gamo Zone, Southern Ethiopia. *Int J Womens Health*. 2020;12:127-38. DOI: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S240608>
4. Assefa EM, Berhane Y. Delays in emergency obstetric referrals in Addis Ababa hospitals in Ethiopia: a facility-based, cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020;10(6):e033771. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033771>

5. Pandit R, Jain V, Bagga R, Sikka P. Using Near Miss Model to Evaluate the Quality of Maternal Care at a Tertiary Health-Care Center: A Prospective Observational Study. *J Obstet Gynaecol India*. 2019;69(5):405-11. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13224-019-01237-z>
6. Santana D, Guida JPS, Pacagnella RC, Cecatti JG. Near miss materno - entendendo e aplicando o conceito. *Rev Med (São Paulo)*. 2018;97(2):187-94. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i2p187-194>
7. Andrade MS, Bonifácio LP, Sanchez JAC, Oliveira-Ciabati L, Zaratini FS, Franzon ACA, et al. Morbidade materna grave em hospitais públicos de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2020; 36(7):1-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00096419>
8. Tiruneh GA, Asaye MM, Solomon AA, Arega DT. Delays during emergency obstetric care and their determinants among mothers who gave birth in South Gondar zone hospitals, Ethiopia. A cross-sectional study design. *Glob Health Action*. 2021; 14(1):p 1-7. DOI: <https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1953242>
9. Daniels AA, Abuosi A. Improving emergency obstetric referral systems in low and middle income countries: a qualitative study in a tertiary health facility in Ghana. *BMC Health Serv Res*. 2020; 20(32):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4886-3>
10. Zewde HK. Quality and timeliness of emergency obstetric care and its association with maternal outcome in Keren Hospital, Eritrea. *Sci Rep*. 2022;12(14614):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-18685-9>
11. Alobo G, Ochola E, Bayo P, Muhereza A, Nahurira V, Byamugisha J. Why women die after reaching the hospital: a qualitative critical incident analysis of the 'third delay' in postconflict northern Uganda. *BMJ Open*. 2021;11(3):e042909. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042909>
12. Mohammed MM, Gelany SE, Eladwy AR, Ali EI, Gadelrab MT, Ibrahim EM, et al. A ten years analysis of maternal deaths in a tertiary hospital using the three delays model. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020; 20(585):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03262-7>
13. Mitikie KA, Wassie GT, Beyene MB. Institutional delivery services utilization and associated factors among mothers who gave birth in the last year in Mandura district, Northwest Ethiopia. *PLoS One*. 2020;15(12):1-17. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243466>
14. Teshome HN, Ayele ET, Hailemeskel S, Yimer O, Mulu GB, Tadese M. Determinants of maternal near-miss among women admitted to public hospitals in North Shewa Zone, Ethiopia: A case-control study. *Front Public Health*. 2022;10:996885. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.996885>
15. Sk MIK, Paswan B, Anand A, Mondal NA. Praying until death: revisiting three delays model to contextualize the socio-cultural factors associated with maternal deaths in a region with high prevalence of eclampsia in India. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(314):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2458-5>
16. Aden JA, Ahmed HJ, Östergren Per-Olof. Causes and contributing factors of maternal mortality in Bosaso District of Somalia. A retrospective study of 30 cases using a Verbal Autopsy approach. *Glob Health Action*. 2019;12(1):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1672314>
17. Ferreira GE, Fernandes ITGP, Flores PCB, Conceição KM, Caetano SA, Souza LN. A atenção do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco. *Braz J Dev*. 2021;4(1):2114-27. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-172>
18. Magalhães DL, Matos RS, Souza AO, Neves RF, Costa MMB, Rodrigues AA, et al. Access to health and quality of life in the rural area. *Res Soc Dev*. 2022;11(3):1-12. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26906>
19. Greenspan JA, Chebet JJ, Mpembeni R, Moshia I, Mpunga M, Winch PJ, et al. Men's roles in care seeking for maternal and newborn health: a qualitative study applying the three delays model to male involvement in Morogoro Region, Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(293). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2439-8>
20. Soares FM, Guida JP, Pacagnella RC, Souza JP, Parpinelli MÂ, Haddad SM, et al. Use of Intensive Care Unit in Women with Severe Maternal Morbidity and Maternal Death: Results from a National Multicenter Study. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(3):124-32. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1708095>
21. Hummel JR, Busanello J, Hatmann AE, Evaldt RCFS, Cabral TS. Emergências obstétricas: estudo de caso múltiplo em terapia intensiva. *J. nurs. health*. 2022;12(2):1-13. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v12i2.3405>
22. Tiruneh GA, Asaye MM, Solomon AA, Arega DT. Delays during emergency obstetric care and their determinants among mothers who gave birth in South Gondar zone hospitals, Ethiopia. A cross-sectional study design. *Glob Health Action*. 2021;14(1):1953242. DOI: <https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1953242>
23. Chainani EG, Nandanwar YS. An analysis of the levels of delay seen in maternal near miss cases in India. *Int J Reprod Contrac Obstet Gynecol*. 2022; 11(4):1122-6. DOI: <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20220890>
24. Habte A, Wondimu M. Determinants of maternal near miss among women admitted to maternity wards of tertiary hospitals in Southern Ethiopia, 2020: A hospital-based case-control study. *PLoS One*. 2021;16(5):e0251826. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251826>

25. Dessalegn FN, Astawesegn FH, Hankalo NC. Factors Associated with Maternal Near miss among Women Admitted in West Arsi Zone Public Hospitals, Ethiopia: Unmatched Case-Control Study. *J Pregnancy*. 2020;2020:6029160. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/6029160>
26. Kanyesigye H, Kabakyenga J, Mulogo E, Fajardo Y, Atwine D, MacDonald NE, et al. Improved maternal–fetal outcomes among emergency obstetric referrals following phone call communication at a teaching hospital in south western Uganda: a quasi-experimental study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(648)1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05007-0>
27. Chavane LA, Bailey P, Loquiha O, Dgedge M, Aerts M, Temmerman M. Maternal death and delays in accessing emergency obstetric care in Mozambique. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(71):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1699-z>
28. Kasahun AW, Wako WG. Predictors of maternal near miss among women admitted in Gurage zone hospitals, South Ethiopia, 2017: a case control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018; 18(260):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1903-1>
29. Worke MD, Enyew HD, Dagne MM. Magnitude of maternal near misses and the role of delays in Ethiopia: a hospital based cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2019;12(585):1-6. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4628-y>

#### **Contribuições do autor**

Todos os autores foram responsáveis pela concepção, redação e aprovação da versão final do artigo.

#### **Editor chefe**

José Cláudio Garcia Lira Neto

#### **Copyright © 2025 Revista Científica Integrada.**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença Creative Commons CC BY. Esta licença permite que terceiros distribuam, remixem, modifiquem e desenvolvam seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe deem crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. Recomenda-se maximizar a divulgação e utilização de materiais licenciados.