



OBJN
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidad Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Adecuación de la atención prenatal en Brasil y asociación con la raza/color: estudio transversal

Millani Souza de Almeida Lessa¹, Enilda Rosendo do Nascimento¹, Edméia de Almeida Cardoso Coelho¹, Isa Maria Nunes¹, Iêda Jesus Soares¹, Quessia Paz Rodrigues¹

¹ Universidad Federal de Bahía

RESUMEN

Objetivo: estimar la magnitud de los indicadores globales de atención prenatal y verificar la asociación entre el índice estandarizado de adecuación prenatal y la raza/color de las mujeres. **Método:** estudio transversal de base poblacional realizado con datos de la Encuesta Nacional de Salud. El análisis bivariado se realizó mediante un modelo multinomial utilizando *odds ratio* (OR) como medida de asociación y su respectivo intervalo de confianza del 95%. **Resultados:** la prevalencia global de atención prenatal adecuada para las mujeres brasileñas es del 10,8%. La adecuación de la atención prenatal se mostró baja tanto en el grupo de mujeres blancas como en el de mujeres negras, siendo de 15,51% y 8,56%, respectivamente; sin embargo, hubo una asociación positiva entre ser negra y haber tenido una atención prenatal inadecuada. **Discusión:** aunque tenemos una cobertura prenatal cada vez mayor, al considerar aspectos relacionados con la adecuación de la atención, hay una reducción importante en este porcentaje. **Conclusión:** las mujeres negras poseen menos probabilidades de realizar una atención prenatal adecuada.

Descriptor: Cuidado Prenatal; Desigualdades en Salud; Salud Pública.

INTRODUCCIÓN

La atención prenatal consiste en monitorear y hacer un seguimiento del embarazo con el objetivo de identificar e intervenir oportunamente en caso de posibles situaciones de riesgo y/o complicaciones en el embarazo, evitando daños a la salud materna y fetal e impactar sobre la reducción de resultados perinatales negativos. Sin embargo, los estudios han demostrado que existen desigualdades en el acceso de las gestantes a este tipo de asistencia, y las mujeres en condición de vulnerabilidad racial/étnica, social y económica son las que obtienen los peores resultados en la atención prenatal brindada en Brasil y en el mundo, especialmente en países subdesarrollados o en desarrollo^(1,2,3). Con el propósito de estandarizar la conducta en la atención prenatal y obstétrica en Brasil y proporcionar un alcance igualitario de acciones, en el año 2000 el Gobierno Federal creó el Programa para la Humanización del Prenatal y el Nacimiento (PHPN) y en 2006 reiteró la directrices a través del Manual Técnico sobre Atención Calificada y Humanizada en Atención Prenatal, ambos documentos destinados a definir criterios y procedimientos mínimos para que la asistencia en esta área se lleve a cabo adecuadamente y alcance su objetivo en toda la población de mujeres, independientemente de su raza/color, clase, origen nacional o cualquier otra condición. Sin embargo, debido a la persistencia de resultados negativos evitables en el período de gestación y parto, muchos estudios han dedicado atención al término "adecuación de la atención prenatal", que se refiere al éxito de los efectos deseados en la salud de las mujeres en el período de gestación y

posparto^(4,5,6,7). Las altas tasas de mortalidad materna y perinatal, además de complicaciones como el bajo peso al nacer, en el momento en que llegamos a casi el 100% de la cobertura de atención prenatal, han generado cuestionamientos sobre la calidad de la atención ofrecida y el acceso de la población a este servicio^(8,5,9).

Considerando la definición de conductas que pueden aplicarse en diferentes contextos socioculturales y de salud, el uso de parámetros predefinidos de indicadores prenatales adecuados y la creación de índices de adecuación son herramientas que operan para facilitar la comparabilidad de los resultados obtenidos y promover el uso de criterios más uniformes⁽¹⁰⁾.

Con respecto a las inequidades en la atención de la salud de la mujer, la literatura ha demostrado que las mujeres negras, con baja escolaridad y condición económica desfavorable, están más expuestas a tratamientos inadecuados y poseen menos acceso a atención y procedimientos preventivos, especialmente en el área de la salud reproductiva^(3,11). En este sentido, los indicadores de salud confirman que las mujeres negras son las principales víctimas de enfermedades y muertes debido a causas obstétricas y experimentan una mayor inadecuación en la atención prenatal^(4,5,2).

Teniendo en cuenta que el tipo de atención prenatal recibida puede verse condicionada por el color de la piel de las mujeres, las investigaciones han resaltado que, además de una asistencia menos adecuada que se brinda a las mujeres negras, existe una fuerte asociación entre el color de la piel y los ingresos familiares, educación y uso de los servicios

de salud pública, siendo estas mujeres las que componen el sector social menos favorecido^(11,12). En este sentido, estudios de base poblacional con datos nacionales y locales han señalado la estrecha relación entre la discriminación y algunos problemas de salud prevalentes entre las negras en Brasil^(2,7).

Reconociendo la importancia de los estudios que abordan la desigualdad racial en el uso de servicios adecuados y la identificación de toda y cualquier forma de discriminación en la atención médica, este estudio tiene como objetivo estimar la magnitud de los indicadores globales de atención prenatal y verificar la asociación entre el índice de adecuación prenatal estandarizado y la raza/color de las mujeres.

Método

En este estudio, utilizamos las directrices mínimas propuestas por el Programa para la Humanización del Prenatal y el Nacimiento (PHPN) y el Manual Técnico para la Atención Prenatal de Bajo Riesgo (BRASIL, 2012b) para construir el índice de adecuación de la atención prenatal, estandarizado sobre la base de puntuación estándar (*z score*). Este es un estudio transversal de base poblacional, realizado con datos de la Encuesta Nacional de Salud (*Pesquisa Nacional de Saúde*, PNS), publicado a través del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE). El objetivo principal de este tipo de investigación y de los estudios que lo utilizan para producir conocimiento es proporcionar datos representativos a nivel nacional sobre la situación de salud y los estilos de vida de la población brasileña, así como sobre la dinámica de la atención médica, destacando el acceso y uso de ser-

vicios, acciones preventivas, continuidad de la atención y financiamiento de la atención médica.

El PNS es una investigación domiciliar realizada mediante un conglomerado de muestras en tres etapas: los sectores censales o conjunto de sectores, que son las unidades primarias de muestreo; los domicilios, que forman las unidades secundarias y los residentes de 18 años o más que representan la tercera etapa, entre estos, destacamos, las mujeres que hubiesen tenido un parto en el período que se extiende desde el 28/10/2011 hasta el 27/07/2013, considerando el último parto.

La población de estudio consistió en 1851 mujeres que recibieron atención prenatal entre los años 2011 y 2013, distribuidas en todo Brasil, sin embargo, hubo una pérdida del 2,1% relacionada con la falta de respuesta a preguntas específicas en el cuestionario de investigación, siendo el análisis realizado con 1812 mujeres. La variable de exposición del estudio fue la raza/color de las mujeres que recibieron atención prenatal. Se consideró la definición de raza/color utilizada por IBGE, que actualmente consiste en colores/raza/etnia: blanca, negra, parda, indígena y amarilla, y para este estudio, las mujeres negras y pardas auto declaradas se clasifican como "negras".

Los indicadores de atención prenatal adecuada se definieron de acuerdo con la orientación de la PHPN, del Manual Técnico de Atención Prenatal de Bajo Riesgo y se complementaron con preguntas sobre asesoramiento durante el seguimiento de mujeres gestantes, provenientes de las respuestas presentes en el cuestionario del PNS. Estos, en su conjunto,

conformaron la variable politómica de resultado "índice de adecuación prenatal", con las categorías de respuesta clasificadas como: adecuadas, intermedias e inadecuadas. Se consideró que la atención prenatal adecuada cumplía los criterios de las 21 variables binarias utilizadas, a saber: realización de la primera consulta hasta la 12^o semana de embarazo, un mínimo de 6 consultas, solicitud de prueba de VIH, solicitud de examen de orina, pruebas de laboratorio (recuento sanguíneo, serología de sífilis -*venereal disease research laboratory test* -VDRL y prueba anti-VIH), evaluación clínico-obstétrica (medición de presión arterial, peso, altura uterina, evaluación de frecuencia cardíaca y examen físico de mama), provisión de asesoramiento sobre el uso de tabaco, alcohol, tinte para el cabello, ausencia de citas, alimentación saludable; y orientación sobre signos de parto, signos de riesgo obstétrico, orientación sobre lactancia materna y sobre la maternidad de referencia para asistencia en el parto.

La creación del índice de adecuación prenatal se realizó mediante la obtención de una puntuación estandarizada basada en la puntuación *z*, también conocida como puntuación estándar. En ella, a partir de las 21 variables binarias utilizadas como indicadores, se generó una puntuación que varió de 0 a 21 puntos para la *i*-ésima mujer, $i=1,2,3, \dots, 1851$ y estas notas se transformaron en unidades de desviación estándar o puntuación *z*(*a*). El cálculo de puntuación *z* se ocupa de la distancia de cada mujer en relación con el promedio. La distribución teórica de la puntuación *z* tiene una media de cero ($\mu=0$) y una desviación estándar de 1,0 ($\sigma=1.0$), lo que significa que un valor original igual a la media es equivalente a una $z=0$. Para fines de análisis, el punto de corte se adoptó a 1,0 desviación estándar (DE) y las puntuaciones creadas se clasificaron en tres niveles: a) inadecuado ($<-1de$), b) intermedio ($-1 de a + 1de$) y, c) adecuado ($>+1de$).

La **figura 1** presenta la curva normal que

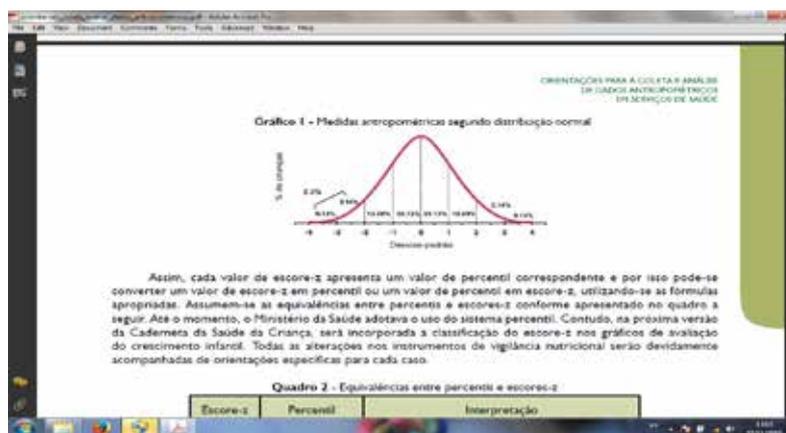


Fig1. Distribución del índice de adecuación de la atención prenatal según la curva normal estándar (Z SCORE). Brasil, 2011-2013.

- a) $<-1de$ (inadecuado): se espera que en una población con atención prenatal adecuada, el 15,9% de las mujeres se encuentren por debajo de este valor.
- b) $-1de a +1de$ (intermedio): se espera que en una población con atención prenatal adecuada, el 68,26% de las mujeres se encuentren entre estos valores.
- c) $> + 1de$ (adecuado): se espera que en una población con atención prenatal adecuada, se encuentre el 15,9% de las mujeres por encima de este valor.

muestra la puntuación estándar creada, que representa la distancia, en desviaciones estándar, de la nota original de la *i*-ésima mujer en relación con la media muestral del estudio. El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva, obteniéndose medidas de tendencia central (medias, medianas y desviación estándar), frecuencias y porcentajes. El análisis tabular bivariado se realizó utilizando un modelo multinomial para verificar la asociación de la variable raza/color (grupo blanco y negro) con el índice de adecuación prenatal. Los *odds ratio* (OR) crudos y ajustados y sus respectivos intervalos de confianza del 95% se utilizaron como medida de asociación. La categoría "inadecuado" fue el nivel del resultado adoptado como referencia, así se comparó y se obtuvo el OR de la raza/color negro en relación con el blanco de acuerdo con los niveles intermedios y adecuado, respectivamente.

Para este estudio, los datos utilizados provienen de una fuente de dominio público, originarios de una investigación aprobada por la Comisión Nacional de Ética de Investigación - Conep, del Consejo Nacional de Salud - CNS, en junio de 2013, como requisito previo para la divulgación de los datos de la Encuesta Nacional de Salud. En estas disposiciones, el presente estudio no requirió la consideración de un comité de ética local.

RESULTADOS

La **tabla 1** muestra la distribución de las mujeres según las características sociodemográficas. La población de estudio presenta edad promedio de 27 años (DE 6,2), principalmente negra (65,9%). Predominaron las mujeres con una pareja estable (78,1%),

educación secundaria (44,8%), empleadas por una empresa pública o privada (26,7%) y con ingresos entre 1 y 3 sueldos mínimos (25,9%). Poco más de un tercio de las mujeres eran primíparas antes de la gestación que investigó las características de la atención prenatal (37,5%) y el 70,8% utilizaron el SUS para realizar el seguimiento.

El índice de adecuación prenatal que se muestra en la **tabla 2** demostró que hubo una mayor concentración de mujeres en la categoría prenatal intermedia, 73,04%, seguidas de aquellas cuya asistencia se clasificó como inadecuada (16,15%) según los requisitos del PHPN y el Manual Técnico para Atención Prenatal de Bajo Riesgo. La proporción general más baja se relacionó con el desempeño de la atención prenatal considerada adecuada para las mujeres brasileñas en el período de 2011 a 2013, solo el 10,8%.

En la **tabla 3** se muestra el índice de adecuación creado a partir de la estandarización basada en la puntuación *z*, de acuerdo con la raza/color de las mujeres que recibieron atención prenatal en Brasil entre 2011 y 2013. La adecuación de la atención prenatal fue baja tanto para el grupo de mujeres blancas como para el grupo de mujeres negras, 15,51% y 8,56%, respectivamente; sin embargo, hubo una asociación positiva entre ser negra y haber tenido una atención prenatal inadecuada.

Con respecto al nivel de adecuación "intermedio", se observó una diferencia estadística entre los grupos. Las mujeres negras registraron una probabilidad 25% menor de recibir atención prenatal intermedia en comparación

Tabla 1. Distribución de mujeres que recibieron atención prenatal en Brasil, según características sociodemográficas. Brasil, 2013.

Característica Sociodemográfica	Mujeres que recibieron atención prenatal en Brasil entre 2011 y 2013	
	n	%
Rango de edad (1851)		
18 a 24 años	606	33,4
25 a 35 años	980	54,1
≥ 36 años	226	12,5
Situación conyugal (1812)		
Con pareja	1416	78,1
Sin pareja	396	21,8
Educación (1812)		
Sin instrucción	120	6,6
Educación primaria	572	31,6
Educación secundaria	812	44,8
Educación superior	308	17,0
Ocupación (1812)		
Sin remuneración	21	1,2
Autónoma	149	8,2
Trabajadora domestica	83	4,6
Empleada publica/privada	483	26,7
Empleadora	14	0,8
No informado	1062	58,6
Ingresos mensuales (1812)		
≤ 1 sueldo mínimo	170	9,4
1 a 3 sueldos mínimos	470	25,9
≥ 4 sueldos mínimos	87	4,8
No informado	1085	59,9
Paridad (1812)		
1 parto	680	37,5
2 partos	590	32,6
≥ 3 partos	542	29,9
Tipo de atención (1786)		
Exclusivamente pública	1310	70,8
Pública y privada	79	4,3
Exclusivamente privada	435	23,5

a. Ingreso mensual de 678,00 reales en 2013

Fuente: Encuesta Nacional de Salud/ IBGE. 2013

Tabla 2. Distribución de las mujeres que recibieron atención prenatal de acuerdo con el índice de adecuación prenatal global. Brasil, 2013

Índice de adecuación	puntaje Z	n	(%)
Inadecuado (2-14)	< -1de	299	16,15
Intermedio (15-20)	-1de a +1	1.352	73,04
Adecuado (21)	>+1de	200	10,80

Fuente: Encuesta Nacional de Salud/ IBGE. 2013

Tabla 3. Asociación entre el índice estandarizado de adecuación de la atención prenatal y la raza/color de las mujeres, ajustado por edad, educación y estado civil. Brasil, 2013.

	Blanca (n=593)	Negra (n=1.219)		
Índice de adecuación (puntaje z)	n Prev%	n Prev%	OR crudo (IC 95%)	OR (IC 95%) ajustado a
Inapropiado	77 (12,98)	217 (17,80)		
Intermedio	424 (71,50)	897 (73,58)	0,75 (0,57-0,99)	0,82 (0,61- 1,10)
Adecuado	92 (15,51)	105 (8,61)	0,40 (0,28-0,59)	0,45 (0,30-0,67)

a. Ajustado por variables de edad, educación y del estado civil
Fuente: Encuesta Nacional de Salud/ IBGE. 2013

con las mujeres blancas (OR=0,75; IC 95%: 0,57-0,99). Con respecto a la atención prenatal adecuada, se encontró que las mujeres blancas son más prevalentes en este nivel de seguimiento, y ser negra significó, en este estudio, una reducción de 60% en la posibilidad de obtener asistencia considerada adecuada de acuerdo con los criterios predefinidos por el Ministerio de Salud, evidenciando diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (OR=0,40; IC del 95%: 0,28-0,59). En el modelo ajustado, las categorías mostraron el mismo sentido que el modelo no ajustado (crudo), pero con una disminución en los efectos sobre el resultado. Mientras que el nivel de adecuación intermedia perdió magnitud en asociación con la raza/color, la categoría "adecuada" permaneció estadísticamente significativa al nivel del 5%. En la primera categoría hubo una pérdida de efecto del 7% y en la segunda, refiriéndose al nivel "adecuado", la reducción fue de apenas 5%.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio indican que, aunque la cobertura del prenatal ha aumentado en todo Brasil, solo el 10,8% de las mujeres recibieron asistencia considerada adecuada de acuerdo con los criterios

mínimos establecidos por el Programa de Humanización para Prenatal y Nacimiento. Estudios previos similares a este también indican bajas tasas de adecuación global, aunque sean más altos que los encontrados en nuestro estudio, 21,6%, 25,7% y 22,6% respectivamente^(6,14,12). En este sentido, los datos institucionales y estudios desarrollados en Brasil resaltan que aunque tenemos una cobertura prenatal creciente, al considerar aspectos relacionados con la adecuación de la atención, hay una reducción importante en este porcentaje^(15,2,6). En un estudio realizado en México, también se destacaron las diferencias en la cobertura de la atención por áreas geográficas identificadas entre los estados, enfatizando que la probabilidad de recibir atención prenatal adecuada es mayor en lugares con mujeres de mayor nivel socioeconómico, con más años de escolaridad y seguro de salud, un escenario similar al brasileño^(11,15).

En una investigación llevada a cabo con mujeres usuarias del servicio de salud pública en la Amazonía Legal y en ciudades del Noreste, se demostró, de manera similar a nuestros hallazgos, que el porcentaje más bajo de usuarias comprendía el grupo que realizó una atención prenatal considerada

adecuada, presentando, sin embargo, una tasa más baja que nuestra investigación, de solo 1,5% en Acre y 6,3% en Rio Grande do Norte. La tasa de insuficiencia en nuestro estudio, a su vez, fue dos veces mayor que la identificada en estas localidades, 16,15% y 8% respectivamente; el nivel intermedio de adecuación estuvo representado por el porcentaje más alto de mujeres, así como nuestros resultados, lo que demuestra que la mayoría de las gestantes, tanto a nivel regional como nacional, aún experimentan una atención parcialmente inadecuada⁽⁴⁾.

Las diferencias en los conceptos de adecuación de la atención prenatal pueden variar según la inclusión de los componentes utilizados en la creación de los índices y, por lo tanto, generan limitaciones en la comparación de los indicadores de adecuación^(16,17). Sin embargo, cuando se utilizan los mismos parámetros e índices estandarizados en los estudios, es posible establecer paralelos entre las investigaciones y la provisión de resultados pasibles de comparación y generalización. Los estudios que también utilizaron el PHPN han convergido con nuestros resultados ya que, utilizando este programa como un protocolo mínimo de acciones que busca estandarizar la conducta en la atención obstétrica en Brasil, demuestran su alcance cualitativo y las diferencias en la distribución de la asistencia en la población⁽¹⁰⁾.

La literatura científica nacional e internacional ha puesto de relieve que la atención prenatal se distribuye de manera desigual entre las mujeres, y los niveles de adecuación están fuertemente asociados con problemas sociodemográficos^(1,2,6,12,3,11). En este sentido, llamamos la atención sobre el aspecto racial

como un punto destacado en el tema del acceso a una atención adecuada, sobre lo cual nuestro estudio destaca que el mayor porcentaje de mujeres que experimentaron una atención prenatal inadecuada en Brasil se declararon negras, mientras que para la asistencia considerada adecuada, las mujeres blancas representaban casi el doble de la población en comparación con las mujeres negras.

Para Leal y sus colaboradores, el escenario de desigualdad entre negros y blancos está relacionado tanto con la discriminación racial como con factores estructurales, como el ingreso y la educación⁽⁶⁾. Con respecto a este último factor, un estudio en Bangladés denuncia la relación entre el bajo estatus social de las mujeres y la dificultad de tomar decisiones sobre el uso de la atención materna⁽¹⁾. En un estudio, con una mayoría de la población negra, las mujeres investigadas asociaron la baja calidad de la atención recibida con la discriminación racial y social, denunciando la atención superficial, con más tiempo dedicado al cuidado de las mujeres blancas. En consecuencia, Massignam enfatiza que, además de la raza/color, el bajo poder adquisitivo y la clase social son razones comunes para la discriminación en la atención médica y también deben considerarse entre los marcadores sociales de la desigualdad⁽¹⁸⁾. Un estudio a nivel nacional sobre las diferencias raciales en el acceso a la atención durante el periodo de gestación y parto mostró que, en términos socioeconómicos y acceso a la salud, las mujeres negras presentaban desventajas, ocupando las clases económicas más bajas, poseían años más bajos de escolaridad, los peores ingresos y tenían un acceso

inadecuado a los procedimientos prenatales, además de exhibir peores experiencias durante el parto, con menos apego a la maternidad, mayor ausencia de un acompañante y peregrinación para el parto, además de antecedentes de menos anestesia local para episiotomía^(2,5). Estas mujeres están expuestas, al menos, a la triple discriminación de género, raza y clase, lo que dificulta el acceso a los servicios de salud e interfiere en sus procesos de enfermedad y muerte.

Con respecto a la investigación sobre la adecuación de la atención prenatal, centrada en la investigación de las características que marcan las inequidades sociales, con énfasis en el color de la piel, se destaca que las mujeres con piel negra, poca educación y bajos ingresos son a menudo las que padecen más asistencia inadecuada⁽¹²⁾. Hecho confirmado por estudios que evaluaron la adecuación de la atención prenatal en Brasil y en el mundo, con resultados que se refieren a la población de los Estados Unidos de América, datos nacionales y en regiones específicas de Brasil, donde el mayor porcentaje de mujeres no blancas correspondió a aquellas cuya atención prenatal fue clasificada como inadecuada, tanto en el aspecto global como en la realización de procedimientos aislados^(19,2,12, 13).

Varios estudios han reiterado la asociación de raza/color con el ingreso familiar y el uso de los servicios de salud pública, mostrando que las mujeres negras, menos favorecidas económicamente, tienen menos acceso a un seguro privado y, por lo tanto, son las que más usan los servicios públicos, incluso para atención prenatal^(2,4). En una investigación realizada en África subsahariana, Sierra

Leona, que analizó la atención materna en el servicio público de salud, se concluyó que las desigualdades estructurales influyen en el grado en que las mujeres de diferentes clases sociales pueden acceder y utilizar los servicios de salud materna a un nivel calidad adecuada⁽²⁰⁾.

Por lo tanto, las mujeres negras, usuarias prioritarias del Sistema Público de Salud (*Sistema Único de Saúde, SUS*), están más expuestas a las limitaciones del funcionamiento de la red pública, principalmente porque enfrentan las iniquidades en la atención, obteniendo los peores resultados en el uso de los servicios. Almeida y colaboradores señalan, en una investigación de base poblacional, que las barreras de acceso son razones importantes para no recibir la atención prenatal⁽²⁾. Otros estudios destacan el carácter insuficiente de la asistencia deriva de múltiples factores que contribuyen al fracaso en lo que se refiere al uso del servicio de salud, como los problemas estructurales y organizativos del sistema y/o los aspectos individuales de las usuarias, lo que hace que las mujeres más afectadas por la ocurrencia de resultados negativos sean las menos beneficiadas por la atención prenatal^(15,11,20).

CONSIDERACIONES FINALES

Nuestros hallazgos apuntan a una adecuación global de atención prenatal del 10,8%, por debajo de lo que ha sido señalado por la literatura nacional. Los resultados también muestran una asociación entre el nivel de adecuación prenatal y la raza/color, lo que demuestra que las mujeres negras tienen menos probabilidades de tener una atención prenatal considerada adecuada de acuerdo

con los criterios de adecuación propuestos por el Ministerio de Salud. También mostramos que gran parte de las mujeres brasileñas se encuentran en el rango que establece una atención prenatal intermedia en cuanto a la adecuación, lo que demuestra que, incluso después del gran aumento en la cobertura de la atención prenatal habido en los últimos años, la mayoría de las mujeres brasileñas todavía experimentan atención superficial y sin garantía de calidad, situación que se acentúa cuando estas mujeres son negras y pobres. El ajuste del modelo según la edad, la educación y el estado civil muestra que las categorías de respuesta permanecen en la misma dirección que el modelo no ajustado (crudo), con una pequeña disminución en los efectos sobre el resultado. En este sentido, el nivel "adecuado" con respecto a la atención prenatal se mantuvo estadísticamente significativo incluso después del ajuste, lo que permite inferir que las mujeres negras no pueden lograr la adecuación de la atención prenatal incluso cuando se ajustan los factores socioeconómicos para no interferir en este resultado, lo que demuestra que el racismo puede ser el factor que opera en el acceso de las mujeres a servicios de salud calificados.

El presente estudio propuso la creación de un índice de adecuación prenatal basado en las pautas del PHPN y el Manual Técnico para la Atención Prenatal de Bajo Riesgo, señalándolos en la descripción metodológica, y utilizó la estandarización del índice a través del puntaje Z, que trabaja con medidas de tendencia central como la media y la desviación estándar, facilitando la comparación, para remediar la limitación del estudio sobre la diversidad de conceptos relacionados con

la adecuación de la atención prenatal, lo que puede generar limitaciones en la comparabilidad entre los estudios. Debido a que son datos nacionales recientes, se destaca su importancia para monitorear la aplicabilidad y efectividad de PHPN y la implementación de acciones guiadas por estándares y manuales técnicos, por lo que es una herramienta importante, capaz de generar acciones programáticas y estratégicas.

Es importante discutir los problemas raciales y sociales que involucran a la población general y femenina en particular, y fomentar estudios y acciones sobre los procesos de exclusión social causados por el racismo y el empobrecimiento en nuestra sociedad. Sus implicaciones para la atención son fundamentales para comprender la dinámica de los procesos de salud/enfermedad.

REFERENCIAS

1. Bhowmik KR, Das S, Islam MA. Modelling the number of antenatal care visits in Bangladesh to determine the risk factors for reduced antenatal care attendance. *PloS One* [Internet] 2020. [Cited 2020 apr 12]; 15 (1e0228215): 1-17. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0228215>. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228215>
2. Almeida AHV, Gama SGN, Costa MCOI, Viellas EF, Martinelli KG, Leal MC. Economic and racial inequalities in the prenatal care of pregnant teenagers in Brazil, 2011-2012. *Rev Bras Saude Mater Infant* [Internet]. 2019 [Cited 2020 Apr 13]; 19(1):43-52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292019000100043&lng=en doi: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100003>

3. Okedo-Alex IN, Akamike IC, Ezeanosike OB, Uneke CJ. Determinants of antenatal care utilisation in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [Cited 2020 Apr 13];9(e031890):1-14. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/10/e031890> doi:10.1136/bmjopen-2019-031890
4. Leal MC, Theme-Filha MM, Moura EC, Cecatti JG, Santos LMP. Prenatal and childbirth care for women using the public health system resident in Amazonia Legal and the Northeast Region of Brazil 2010. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2015 [Cited 2018 Dec 17];15(1):91-104. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000100091&lng=pt&tlng=pt doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000100008>
5. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. El color del dolor: inequidades raciales en la atención pre-natal y partos en Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [Cited 2018 Dec 19];33 (Supl.1:e00078816):1-17. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=pt doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00078816>
6. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2015 [Cited 2018 Dec 15];37(3):140-7. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9248>
7. Mendes RB, Santos JM, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. Evaluation of the quality of prenatal care based on the recommendations Prenatal and Birth Humanization Program. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 [Cited 2020 Apr 13];25(3):793-804. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000300793&lng=en&nrm=iso&tlng=en doi: <https://doi.org/10.1590/141381232020253.13182018>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. [Cited 2015 Dec 15]; 318p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
9. Gomes JO, Vieira MCA, Mistura C, Andrade GG, Barbosa KMG, Lira MOSC, et al. Sociodemographical and clinical profile of maternal mortality. *J Nurs UFPE* [Internet]. 2018 [Cited 2020 Apr 13]; 12(12):3165-71. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237316> doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a237316p3165-3171-2018>
10. Lima SS, Braga MC, Vanderlei LCM, Luna CF, Frias PG. Assessment of the impact of prenatal, childbirth, and neonatal care on avoidable neonatal deaths in Pernambuco State, Brazil: an adequacy study. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [Cited 2020 Apr 13];36(2):1-12. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000205011&lng=en doi:<https://doi.org/10.1590/0102-311x00039719>
11. Heredia-Pi I, Servan-Mori E, Darney BG, Reyes-Morales H, Lozano R. Measuring the adequacy of antenatal health care: a national cross-sectional study in Mexico. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2016 [Cited 2018 Dec 15];94(6):452-61. Available from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/94/6/15-168302.pdf> doi:<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.168302>
12. Fonseca SC, Kale PL, Silva KS. Prenatal care in women using the Brazilian National Health System (SUS) in two maternity hospitals in the State of Rio de Janeiro, Brazil: does color matter? *Rev Bras Saúde*

- de Matern Infant [Internet]. 2015 [Cited 2018 Dec 19]; 15(2):209-217. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000200209&lng=pt&tlng=pt doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000200007>
13. Silva EPD, Leite AFB, Lima RT, Osório MM. Avaliação pré-natal na atenção básica no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2019 [Cited 2020 Apr 12];53(43):1-13. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/pt_0034-8910-rsp-53-43.pdf
14. doi: 10.11606/S1518-8787.2019053001024
15. Reis PAGD, Pereira CCA, Leite IC, Theme-Filha MM. Factors associated with adequate prenatal care and delivery in São Tomé and Príncipe, 2008-2009. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [Cited 2018 Dec 14];31(9):1929-1940. Available from: <https://www.scielosp.org/article/csp/2015.v31n9/1929-1940/pt/> doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115914>
16. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, et al. Quality of prenatal services in primary healthcare in Brazil: indicators and social inequalities. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2020 May 19];33(3): e00195815. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en. Epub Apr 03, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00195815>.
17. Kotelchuck M. An evaluation of kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. *Am J Public Health* [Internet]. 1994 [Cited 2015 Dec 30];84(9):1414-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1615177/pdf/amjph00460-0056.pdf>
18. Jiwani SS, Amouzou-Aguirre A, Carvajal L, Chou D, Keita Y, Moran AC, et al. Timing and number of antenatal care contacts in low and middle-income countries: Analysis in the Countdown to 2030 priority countries. *J Saúde Glob* [Internet]. 2020 [Cited 2020 Apr 13];10 (1):010502. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32257157> doi:10.7189/jogh.10.010502
19. Massignam FM, Bastos JLD, Nedel FB. Discrimination and health: a problem of access. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet] 2015 [Cited 2018 Dec 18];24(3):541-544. Available from: <https://www.scielosp.org/article/ress/2015.v24n3/541-544/> doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300020>
20. Gadson A, Akpovi E, Mehta PK. Exploring the social determinants of racial/ethnic disparities in prenatal care utilization and maternal outcome. *Semin Perinatol* [Internet]. 2017 [Cited 2018 Dec 18];41(5):308-317. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28625554> doi: 10.1053/j.semperi.2017.04.008
- Koroma MM, Kamara SS, Bangura EA, Kamara MA, Lokossou V, Keita N. The quality of free antenatal and delivery services in Northern Sierra Leone. *Health Res Policy Syst* [Internet]. 2017 [Cited 2018 Dec 18];15(Suppl 1):49. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28722561> doi: <https://doi.org/10.1186/s12961-017-0218-4>

Contribución de los autores:

- Millani Souza de Almeida Lessa: Redacción del manuscrito, concepción, diseño, análisis e interpretación de datos, revisión y aprobación de la versión final.
- Enilda Rosendo do Nascimento: Redacción del manuscrito, revisión y aprobación de la versión final.

- Edméia de Almeida Cardoso Coelho: Redacción del manuscrito, revisión y aprobación de la versión final.
- Isa Maria Nunes: Redacción del manuscrito, revisión y aprobación de la versión final.
- Iêda Jesus Soares: Redacción del manuscrito, revisión y aprobación de la versión final.
- Quessia Paz Rodrigues: Revisión y aprobación de la versión final.

Recibido: 25/04/2019

Revisado: 24/04/2020

Aprobado: 24/04/2020

**Copyright © 2020 Online
Brazilian Journal of Nursing**



This article is under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY-NC-ND, which only permits to download and share it as long the original work is properly cited.