

Perfil sociodemográfico y acceso a la asistencia prenatal de las puérperas de un hospital público

Perfil sociodemográfico e acesso à assistência pré-natal das puérperas de um hospital público

Sociodemographic profile and access to prenatal care of puerperae of a public hospital

Recibido: 21/01/2018
Aprobado: 05/09/2018
Publicado: 29/01/2019

Márcia Regina Campos Costa da Fonseca¹
Paola Visnardi²
Maria Cristina Traldi³

Este estudio tiene como objetivo verificar la asociación entre perfil sociodemográfico y acceso al prenatal de puérperas que hicieron sus partos en un hospital público del interior de São Paulo, SP, Brasil. Se trata de un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, realizado con 261 puérperas en el segundo semestre de 2016, de las cuales: 99,6% tuvieron acceso al prenatal, 87,3% iniciaron el acompañamiento durante el primer trimestre de la gestación y 91,9% realizaron seis o más consultas. Las puérperas sin ocupación en el mercado de trabajo tuvieron menor acceso a las consultas del prenatal. La participación de acciones de educación en salud se dio apenas con 18% de las investigadas. El acceso al prenatal camina para la universalización en los aspectos de la captación precoz y número de consultas. Persisten desigualdades en el acceso en grupos específicos, exigiendo acciones estratégicas efectivas para inclusión de estos contingentes.

Descriptor: Salud de la mujer; Atención prenatal; Factores socioeconómicos; Salud materno-infantil; Educación en salud.

Este estudo tem como objetivo verificar a associação entre perfil sociodemográfico e acesso ao pré-natal de puérperas que tiveram seus partos em um hospital público do interior de São Paulo. Trata-se de estudo descritivo, transversal, quantitativo, realizado com 261 puérperas, no segundo semestre de 2016, das quais: 99,6% tiveram acesso ao pré-natal, 87,3% iniciaram o acompanhamento durante o primeiro trimestre da gestação e 91,9% realizaram seis ou mais consultas. As puérperas sem ocupação no mercado de trabalho tiveram menor acesso às consultas pré-natal. A participação de ações de educação em saúde se deu apenas com 18% das pesquisadas. O acesso ao pré-natal caminha para a universalização nos aspectos da captação precoce e número de consultas. Persistem desigualdades no acesso em grupos específicos, exigindo ações estratégicas efetivas para inclusão desses contingentes.

Descriptor: Saúde da mulher; Cuidado pré-natal; Fatores socioeconômicos; Saúde materno-infantil; Educação em saúde.

This study aims to assess the association between the socio-demographic profile and access to prenatal of puerperae who gave birth in a public hospital in the countryside of São Paulo, SP, Brazil. This is a descriptive, cross-sectional and quantitative study, conducted with 261 puerperae, in the second half of 2016, of which 99,6% had access to prenatal, 87,3% initiated care during the first trimester of pregnancy and 91,9% underwent six or more medical consultations. Women without work had less access to prenatal checkups. The participation in health education activities appeared only on 18% of the participants. Access to prenatal is heading to universalization, in the aspects related with early identification and the number of consultations. Inequalities in the access of specific groups can still be observed, requiring effective strategies for their inclusion.

Descriptors: Woman's health; Prenatal care; Socioeconomics factors; Maternal and child health; Health education.

1. Enfermera. Magister en Farmacología. Doctora en Ciencias Médicas. Profesora Adjunta del Departamento de Salud Colectiva y profesora y colaboradora de la Maestría Académica en Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de Jundiaí y Profesora de la Carrera de Medicina de la Facultad São Leopoldo, São Paulo, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-8983-9974 E-mail: fONSECA100@uol.com.br

2. Enfermera. Jundiaí, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-8983-9974 E-mail: paola.visnardi93@gmail.com

3. Enfermera. Especialista en Salud Pública. Magister y Doctora en Educación. Profesora Adjunta del Departamento de Enfermería y de la Maestría Académica en Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de Jundiaí, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-0533-6633 E-mail: mcristraldi@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La asistencia prenatal tiene como fin amparar a la mujer desde el inicio de su embarazo para asegurar una evolución normal de la gestación; identificar lo más precozmente posible las situaciones de riesgo, prevenir complicaciones del embarazo y del ciclo puerperal, así como preparar a la madre para un parto, puerperio y lactación seguros^{1,2}.

Durante la gestación ocurren diversas transformaciones que pueden generar miedos, dudas, angustias, fantasías o simplemente la curiosidad de saber lo que sucede en el interior del cuerpo de la gestante. En una consulta de prenatal de calidad está implícita la valorización de estos aspectos, pues para ser adecuada, la asistencia prenatal debe estar organizada a partir de las necesidades y del contexto socio ambiental de la gestante, sin restringirse a los factores biológicos. Para esto, es importante que los profesionales de salud estén preparados para oír las quejas de las gestantes y aclarar sus dudas, valorizando el proceso pedagógico de educación en salud con participación activa de la gestante en su prenatal^{1,2}.

En cada año ocurren cerca de 120 millones de gestaciones en el mundo, así como también de más de medio millón de fallecimientos de gestantes y puérperas relacionados a las complicaciones ligadas al ciclo gravídico-puerperal y son registradas más de 50 millones de enfermedades o deficiencias graves relacionadas al embarazo. Casi 95% de estas complicaciones ocurren en países subdesarrollados o en desarrollo³.

Con el objetivo de mejorar la asistencia ofrecida a las gestantes, el Ministerio de la Salud implantó, en el año 2000, el Programa de Humanización del Prenatal y Nacimiento (PHPN), pues, hasta entonces, no había un modelo que normalizase la asistencia a las gestantes en Brasil. La humanización del atendimento es uno de los objetivos del Programa, que busca, entre otros, aumentar la adhesión de las mujeres al prenatal y al parto, a través de la recepción efectiva. El programa se focaliza, también, en acciones educativas dirigidas a las gestantes, pues la falta de informaciones puede acarrear inseguridad,

influyendo de forma negativa a lo largo de todo el acompañamiento prenatal^{4,5}.

El PHPN establece que el número mínimo de consultas de prenatal deberá ser de seis, siendo preferencialmente, una en el primer trimestre, dos en el segundo semestre y tres en el último trimestre, e inicio del acompañamiento como límite hasta el cuarto mes de gestación. También prevé una rutina de exámenes laboratoriales con dosificación de hemoglobina y hematocrito (Hb/Ht), grupo sanguíneo y factor Rh, serología para sífilis (VDRL), glucemia en ayunas, análisis de orina tipo I y serología anti-HIV, pudiendo, además, otros exámenes ser adicionados a esta rutina mínima, tales como serologías para hepatitis B, rubeola y toxoplasmosis, coproparasitológico, examen de colpocitología oncológica, bacterioscopia de la secreción vaginal, urocultivo, electroforesis de hemoglobina y ultrasonografía obstétrica. Se destaca también la importancia del acompañamiento materno-fetal en todas las consultas, así como de la situación de vacunas de la gestante^{4,5}.

Otra estrategia en pro de la salud materno-infantil fue la implantación, por el Ministerio de Salud, en 2011, de la Red Cigüeña, dirigida a implementar una red de cuidados que asegure a las mujeres el derecho al planeamiento reproductivo y a la atención humanizada en el embarazo, en el parto y en el puerperio, y a los niños el derecho al nacimiento seguro y al crecimiento y desarrollo saludables. Esta estrategia tiene como objetivo estructurar y organizar la atención a la salud materno-infantil en el país^{6,7}.

Después de la creación de estas políticas públicas hubo un aumento considerable en el acceso al prenatal, así como de su adecuación. Datos de la Investigación Nacional de Salud, 2013, revelaron que 97,4% de las mujeres realizaron acompañamiento prenatal, 83,7% lo iniciaron con menos de 13 semanas de gestación, 75,2% declararon haber recibido orientación sobre señales de riesgo en el embarazo y 82,4% tuvieron orientación sobre amamentación⁸.

En lo que respecta a los exámenes realizados en el prenatal, 97,3% de las

gestantes declararon haber hecho examen de sangre: 64,8% la serología para sífilis, 88,8% la de HIV; 98,1% realizaron examen de orina. Fue estimado en 97,7% el porcentaje de mujeres que durante el prenatal hicieron al menos un examen de ultrasonografía⁸.

Aunque se observe mejoría en los indicadores de acceso y adecuación del prenatal, estos no son igualitarios, siendo varios los factores que contribuyen a estas diferencias, destacando las variables sociales⁹⁻¹¹. Así, este estudio tiene como objetivo verificar la asociación entre perfil sociodemográfico y acceso al prenatal de púerperas que hicieron sus partos en un hospital público del interior de São Paulo.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, realizado con las púerperas, de un hospital de referencia materno-infantil del interior de São Paulo, en el período de agosto a octubre de 2016.

El cálculo de las muestras se basó en el número de partos realizados por la institución de salud (aproximadamente 4.000 partos anuales) en la mayor variabilidad posible basada en la prevalencia (50,0%), en el nivel de significancia de 5% y error de muestreo de 10%. De este modo, se estipuló una muestra de 253 púerperas, acrecentada de 3% de margen de seguridad, lo que resultó en 261 participantes. Se excluyeron del estudio las púerperas que no expresaron deseo de participar en la investigación y aquellas cuyas condiciones clínicas inviabilizaron la participación.

A las púerperas internadas por ocasión de parto fue aplicado un cuestionario que contenía preguntas cerradas abordando aspectos sociodemográficos, retratados por las variables: edad, procedencia, escolaridad, situación conyugal, ocupación e ingreso familiar; y aspectos reproductivos, por medio de las variables: número de gestaciones, partos, abortos y nacidos vivos; y aspectos relativos al acceso al prenatal, medido por medio de las siguientes variables: número de consultas, trimestre de inicio del acompañamiento prenatal y participación en actividades educativas. El instrumento

también permitió conocer las informaciones más frecuentemente obtenidas por las gestantes en las actividades educativas, así como la naturaleza jurídica del servicio de salud donde estas realizaron el prenatal.

Para los análisis estadísticos se utilizó el paquete SAS 9.2, siendo inicialmente realizada la descripción del perfil de la muestra, con el uso de frecuencias absolutas y relativas y para las variables cuantitativas, medidas de tendencia central y de dispersión. Para evaluar el grado de dependencia de las variables de interés del estudio fue utilizado el test de chi-cuadrado, siendo el nivel de significancia asumido en los análisis estadísticos de 5%.

El estudio fue sometido y aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos y Dictamen 1.624.548, que siguió rigurosamente las recomendaciones de la Resolución MS/CNS 466/12 y la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Participaron 261 púerperas. El perfil de las púerperas participantes de este estudio reveló que se trataban de mujeres residentes en el municipio donde la investigación fue realizada (81,2%), con promedio etario de 26,2±6,9, que viven con sus compañeros (82,4%), poseen enseñanza media completa (42,1%), ingreso familiar de hasta dos salarios mínimos (39,8%), y sin actividad formal (54,0%) en el mercado de trabajo (Tabla 1).

En relación a los antecedentes obstétricos el promedio de gestaciones fue de 2,19±1,37, de partos 0,96±1,15, de abortos de 0,25±0,61. La mediana de nacidos vivos fue igual a 2. Entre las participantes, 44,4% eran primíparas y 55,6% multíparas.

La mayoría de las púerperas (99,6%) tuvo acceso a la asistencia prenatal, siendo que 90,8% utilizaron la red pública de salud, ya que el hospital donde la investigación fue realizada atiende, predominantemente, usuarios del SUS (Sistema Único de Salud). Iniciaron el acompañamiento prenatal en el 1º trimestre de gestación 87,3% de las gestantes. El promedio de consultas por gestante fue 8,76±2,25 y 91,6% presentaron seis o más consultas durante el prenatal (Tabla 2).

Tabla 1. Puérperas según aspectos sociodemográficos. São Paulo, 2016.

Variable	N	%
Grupo Etario		
≤ 19 años	48	18,4
20 - 35 años	188	72,0
> 35 años	25	9,6
Escolaridad		
Analfabeta	2	0,7
Primaria incompleta	32	12,3
Primaria completa	25	9,6
Media incompleta	37	14,2
Media completa	110	42,1
Superior incompleta	14	5,4
Superior completa	41	15,7
Situación Conyugal		
Con compañero	215	82,4
Sin compañero	46	17,6
Ocupación		
Ama de casa	141	54,0
Remunerada	120	46,0
Ingresos		
Sin ingresos	5	1,9
Hasta 1 salario	32	12,3
De 1 a 2 salarios	104	39,8
De 3 a 4 salarios	99	37,9
Más de 4 salarios	21	8,0

La participación en actividades educativas fue baja (18,5%) y de las 48 que refirieron haber recibido orientaciones de los profesionales de salud en el prenatal, 56,3% indicaron temas relativos a: modificaciones físicas y psicológicas resultantes del proceso gestacional; manejo de los problemas más frecuentes en la gestación; señales de alerta en la gestación que exigen la búsqueda de un servicio de salud; tipos de partos y sus respectivos beneficios y riesgos; la referencia hospitalaria para el parto o emergencia; y, amamantamiento materno.

En las asociaciones entre acceso al prenatal (medido a través del número de consultas) y variables maternas, se observó mayor porcentaje de seis consultas o más en puérperas de más edad, mayor escolaridad,

con compañero y ocupación remunerada. Sin embargo, solo este último dato fue significativo para el mayor número de consultas de prenatal (Tabla 3).

En los análisis de asociación entre acceso al prenatal (medido a través del trimestre de inicio del prenatal) y variables maternas, aunque sin significancia estadística, se observó mayor porcentaje de inicio precoz en puérperas con el mismo perfil: mujeres en grupo etario más elevado, mayor escolaridad, con compañero y que poseían ocupación remunerada y registrada (Tabla 4).

Tabla 2. Puérperas según aspectos relacionados a la asistencia prenatal. São Paulo, 2016.

Variable	N	%
Prenatal		
Sí	260	99,6
No	1	0,4
Institución		
Pública	236	90,8
Convenio	19	7,3
Privada	5	1,9
Número de consultas		
< 6 consultas	22	8,4
≥6 consultas	239	91,6
Trimestre de inicio		
1º trimestre	227	87,3
2º trimestre	30	11,5
3º trimestre	3	1,2
Participación en grupos educativos		
Sí	48	18,5
No	212	81,5

Tabla 3. Puérperas de acuerdo con aspectos sociodemográficos y número de consultas de prenatal, São Paulo, 2016.

Variables	Número de consultas				Valor p*
	< 6		≥ 6		
	N	%	N	%	
Edad					
≤ 19 años	6	12,5	42	87,5	0,9424
20 – 35 años	15	8,0	173	92,0	
> 35 años	1	4,0	24	96,0	
Escolaridad					
0 – 8 años	11	11,5	85	88,5	0,7373
9 – 11 años	10	8,1	114	91,9	
≥ 12 años	1	2,4	40	97,6	
Situación conyugal					
Con compañero	16	7,4	199	92,6	0,3427
Sin compañero	6	13,0	40	87,0	
Ocupación					
Ama de casa	18	12,8	123	87,2	0,0120
Remunerada	4	3,3	116	96,7	
Con ocupación remunerada (n=120)					
Con registro	3	3,3	88	96,7	0,5793
Sin registro	1	3,4	28	96,6	
Rendimiento					
De cero hasta 1 salario	2	5,4	35	94,6	0,9877
1 a 4 salarios	19	9,4	184	90,6	
Más de 4 salarios	1	4,8	20	95,2	

*Test chi-cuadrado

Tabla 4. Puérperas según aspectos sociodemográficos y trimestre de inicio de prenatal São Paulo, 2016.

Variables	Trimestre de inicio PN				Valor p
	1º		2º e 3º		
	N	%	N	%	
Edad					0,3123
≤ 19 años	38	79,2	10	20,8	
20 – 35 años	164	87,7	23	12,3	
> 35 años	25	100,0	0	-	
Escolaridad					0,5129
0 – 8 años	82	85,4	14	14,6	
9 – 11 años	106	85,5	18	14,5	
≥ 12 años	39	97,5	1	2,5	
Situación conyugal					0,0738
Con compañero	191	89,3	23	10,7	
Sin compañero	36	78,3	10	21,7	
Ocupación					0,1632
Ama de casa	118	84,3	22	15,7	
Remunerada	109	90,8	11	9,2	
Con ocupación remunerada (n=120)					0,1735
Con registro	85	93,4	6	6,6	
Sin registro	24	82,8	5	17,2	
Rendimiento					0,9083
De cero hasta 1 salario	30	81,1	7	18,9	
1 a 4 salarios	179	88,6	23	11,4	
Más de 4 salarios	18	85,7	3	14,3	

*Test chi-cuadrado

En relación al vínculo con el sistema de salud se observó significancia estadística entre escolaridad y acceso al servicio público; cuanto menor la escolaridad mayor es la

presencia en el Sistema Único de Salud; mujeres con mayor escolaridad utilizan más la red privada de salud (Tabla 5).

Tabla 5. Puérperas según aspectos sociodemográficos e institución de realización del prenatal São Paulo, 2016.

Variables	Institución de PN				Valor p
	Pública		Privada		
	N	%	N	%	
Edad					0,5684
≤ 19 años	46	95,8	2	4,2	
20 – 35 años	167	89,3	20	10,7	
> 35 años	25	100,0	0	-	
Escolaridad					0,0045
0 – 8 años	94	97,9	2	2,1	
9 – 11 años	112	90,3	12	9,7	
≥ 12 años	30	75,0	10	25,0	
Situación conyugal					0,3269
Con compañero	192	89,7	22	10,3	
Sin compañero	44	95,7	2	4,3	
Ocupación					0,057
Ama de casa	132	94,3	8	5,7	
Remunerada	104	86,7	16	13,3	
Con ocupación remunerada					0,8181
Con registro	79	86,8	12	13,2	
Sin registro	25	86,2	4	13,8	
Rendimiento					0,7979
De cero hasta 1 salario	33	89,2	4	10,8	
1 a 4 salarios	186	92,1	16	7,9	
Más de 4 salarios	17	81,0	4	19,0	

Test chi-cuadrado

DISCUSIÓN

El perfil sociodemográfico de las puérperas participantes de este estudio muestra que el promedio etario de las participantes se asemeja al estudio de base poblacional "Nascer no Brasil"¹² (Nacer en Brasil) en que el promedio fue de 25,7 años, inclusive en la distribución entre los dos grupos etarios de mayor riesgo, es decir, la de adolescentes (18,4%) y las mayores de 35 años (9,6%), en que la encuesta nacional reveló ser de 18,2% y 10,5%, respectivamente¹².

El nivel de escolaridad fue mayor que el promedio nacional y sugiere una mejor condición de desarrollo social de la región Sudeste del país. Más de la mitad de las puérperas participantes cursaron más de ocho años de estudio al paso de que el mismo indicador para el país muestra que la mitad de las gestantes posee enseñanza primaria¹².

En el estado de São Paulo el nivel de escolaridad de las madres viene aumentando en las últimas décadas; en 2004, 35,4% de las madres tenían menos de 8 años de estudio y 64,6% más de 8 años; diez años más tarde, en 2014, el porcentaje de madres con menos de 8 años de estudio cayó para 13,8% y subió en un 86,2% para aquellas con más de 8 años¹³.

En relación al estado conyugal se observó que 82,4% de la población vivía con compañero. La presencia del compañero puede ser un factor importante de apoyo en este periodo, cuando la pareja comparte los momentos de embarazo y del parto¹⁴.

El dato de esta investigación guarda semejanza con una encuesta realizada anteriormente en la misma institución de salud en 2011, con 886 puérperas, cuyo porcentaje de mujeres con compañero fue de 81,2%¹⁵. Mayores diferencias porcentuales fueron observadas en la comparación con otros estudios, como el realizado en Porto Alegre, entre 238 gestantes (75,2% con compañero)¹⁶, en Fortaleza con 310 gestantes (75,8% con compañero)¹⁷ y en Piauí, con 376 puérperas (66,2%)¹⁸.

Aunque notable, la inserción de la mujer en el mercado de trabajo, en este estudio, la mayoría (54,0%) se consideró como ama de casa, dato observado también en los estudios antes mencionados, Porto Alegre

(60,0%)¹⁶, Fortaleza (58,4%)¹⁷, así como en Recife, con 1.021 madres (63,7%)¹⁹.

Con relación al ingreso familiar, poco más de la mitad de las participantes (54,0%) tenía un ingreso de hasta dos salarios mínimos, 22,7% de las cuales era de hasta un salario mínimo. El perfil de ingreso familiar se asemeja a las madres de Recife, en que 22,2% poseían ingreso familiar mensual de hasta un salario mínimo¹⁹ y se demuestra dispar en relación a las participantes de un estudio realizado en otra capital del Noreste, Fortaleza, donde 90,9% tenía ingreso familiar de hasta un salario mínimo mensual¹⁷.

Varios estudios han apuntado que las características maternas interfieren en el acceso al prenatal, inadecuaciones fueron relacionadas a la edad más joven, piel de color negra, multíparas, sin compañero, sin trabajo remunerado, con menor escolaridad, de clases económicas más bajas y residencia en las regiones Norte y Noreste del país²²; baja escolaridad y ser adolescente²⁵, menor ingreso⁹, mayor número de hijos¹⁰, baja escolaridad materna, bajo ingreso familiar, ausencia de compañero, atendimento en los servicios públicos de salud, alta paridad y edad materna de 35 años o más¹¹, sin embargo, en este estudio solamente la ocupación "ama de casa" fue significativa para el acceso ($p=0,0120$).

En este estudio se observó, también, que el acceso en instituciones públicas estuvo relacionado a las puérperas con menos escolaridad ($p=0,0045$). En el estudio de base poblacional "Nascer no Brasil", la mayoría de las consultas fue realizada en servicios públicos, siendo la realización del prenatal en estos servicios más frecuente en residentes en las regiones Norte y Noreste, en mujeres con menor edad y escolaridad, de piel color negra o indígena, sin compañero, con mayor número de gestaciones y con desenlaces anteriores negativos¹².

En cuanto al perfil obstétrico, los resultados revelaron que la expresiva mayoría de las participantes (99,6%) tuvo acceso a la asistencia prenatal, realizó seis o más consultas (87,3%) e inició el acompañamiento en el 1º trimestre de gestación.

La asistencia prenatal realizada en 99,6% de la muestra acompaña el indicador nacional de cobertura de prenatal de 98,7%¹², con pequeñas variaciones porcentuales en estudios realizados en diferentes regiones del país: 96,6% en Criciúma-SC⁹, 95,4% en Caxias do Sul-RS¹⁰, 89,5% en São Luís-MA¹¹, 97,8% en Iguatu-CE², 98,8% norte de Espírito Santo²¹, y en un estudio previo realizado en el mismo municipio, 99,7%²⁰.

El acceso al prenatal de las gestantes, medido por medio de la captación precoz (en el 1º trimestre de gestación) y con seis o más consultas se mostró mayor que los obtenidos en investigación nacional de base poblacional "Nascer no Brasil", en el cual los indicadores fueron 75,8% y 73,1%, respectivamente¹², en Porto Alegre de 75,2% y 87,0%, respectivamente¹⁶ y en hospital de Caxias do Sul, con 702 puérperas, 34,7% y 90,3%¹⁰. Este estudio corrobora resultados que indican la expresiva cobertura nacional de la asistencia prenatal, aunque persistan desigualdades regionales y sociales a un acceso adecuado²².

En la perspectiva de la reducción de las desigualdades de acceso, se impone a los servicios de salud, especialmente a los de atención primaria, el desafío de incluir en la asistencia prenatal este persistente porcentaje de gestantes que aún se encuentra sin acompañamiento durante la gestación. Aunque parezca modesto (0,4% en este estudio), este grupo depende de estrategias efectivas que puedan mejorar el índice de captación para el prenatal, pues estas mujeres probablemente pertenezcan a grupos en riesgo social, población más propensa a no adherir a los programas de salud en función de cada propia situación en vulnerabilidad.

Las usuarias de drogas constituyen uno de esos grupos y fueron retratadas en estudio como teniendo promedio etario de 29 años, mayoritariamente no blanca (78,56%), soltera (54,04%), que frecuentemente cambia sexo por dinero o droga (55,36%) y sin techo (45,66%). Este grupo vulnerable tiene perfil reproductivo que se destaca con relación al promedio de las mujeres brasileras, respectivamente, 3,82 gestaciones y 2,56 nacidos vivos por usuaria de crack y/o similares en contraste con la proyección

nacional de fecundidad, con promedio de 1,9 hijos para el conjunto de las brasileras²⁶.

Otro aspecto de este estudio que merece ser destacado por el resultado estar muy inferior a otros ya publicados en el país es lo que se relaciona a las actividades educativas, sea en participación individual o en grupos. Sólo 18,5% de las entrevistadas refirieron recordar de haber participado en alguna acción educativa durante el prenatal. La baja adhesión a grupos educativos también fue observada en otros estudios, no obstante, con mejores indicadores de adhesión: 34%²⁴, 41,2%¹⁶ y 28,2%².

Privilegiar los procedimientos protocolares centrados en los fenómenos fisiológicos y relegar al segundo plano las actividades de educación en salud son actitudes referidas en estudios en el área de enfermería, así como la necesidad de adoptarse estrategias metodológicas más eficaces a punto de hacer que sus resultados no sean olvidados inmediatamente por las gestantes después de la realización de las mismas²⁷⁻²⁸.

Las acciones educativas son la diferencia en la asistencia y tienen el propósito de incentivar el cambio de actitud y provocar una reacción propositiva con el fin de la promoción de prácticas más saludables con relación a la propia salud, del concepto y de la familia e, inclusive en el prenatal, no debe restringirse a la gestante como también al compañero y a la familia²⁷.

Pertenecer al grupo poblacional de mujeres con color de piel no blanca está entre otras características sociodemográficas asociadas al bajo acceso a la salud²⁹, siendo un aspecto de limitación de este estudio, que dejó de abordar esta característica en el perfil de las mujeres entrevistadas. No obstante, la falta del referido detallamiento no compromete al análisis de los resultados o la propuesta inicial del estudio.

CONCLUSIÓN

El estudio mostró que entre las participantes existe el acceso a la asistencia prenatal iniciada hasta el 1º trimestre de la gestación y con seis o más consultas, lo que camina para la universalidad y predomina entre las gestantes con mayor escolaridad, que viven con sus compañeros, no trabajan de forma remunerada y poseen ingreso familiar de hasta dos salarios mínimos, siendo la ocupación un factor de significancia estadística.

Hay menor acceso al número adecuado de consultas en el grupo de mujeres sin actividad económica, situación que impone al equipo de salud el desafío de conocer su territorio de responsabilidad sanitaria e identificar los grupos de mayor necesidad y vulnerabilidad para proveer medios de captación precoz de estas gestantes para el inicio del prenatal, así como garantizar la realización de al menos seis consultas a lo largo de la gestación.

El estudio también mostró que las actividades educativas, aunque destacadas en las políticas públicas de salud, aún no constituyen un foco en la asistencia prenatal y este es un desafío más para los equipos de salud.

Al enfermero que es el profesional más envuelto con la actividad de educación en salud cabe entre otros aspectos, buscar metodologías educativas que contribuyan para que el proceso enseñanza-aprendizaje se torne interesante para la gestante y su familia y auxilien efectivamente en el desarrollo de una gestación, parto y puerperio saludables.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2000.
2. Gonçalves MLC, Silva HO, Oliveira TA, Rodrigues LV, Campos ALA. Perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas assistidas no município de Iguatu - CE, Brasil. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2012; 25(Supl2):33-9.
3. Macdonald M, Starrs A. La atención calificada durante el parto: un cuaderno informativo para salvar la vida de las mujeres y mejorar la salud de los recién nacidos [Internet]. New York: Family Care Internacional; 2003 [citado en 11 may 2016]. Disponible en:

[http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Skill ed%20Care%20Info%20Kit%20PDFs/Spanish/spanish%20policy.pdf](http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Skill%20Care%20Info%20Kit%20PDFs/Spanish/spanish%20policy.pdf)

4. Ministério da Saúde (Br), Secretaria Executiva. Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
5. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
6. Ministério da Saúde (Br). Portaria 1459 de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
7. Cruz RSBLC, Caminha MFC, Batista Filho M. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal, Brasil. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2014; 18(1):87-94.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de Trabalho e Desenvolvimento. Pesquisa nacional de saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
9. Neumann NA, Tanaka OY, Victora CG, Cesar JA. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2003; 4(1):307-18.
10. Trevisan MR, Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002; 24(5):293-9.
11. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(4):456-62.
12. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30:S85-S100.
13. Ministério da Saúde (Br). DATASUS. Informações de Saúde. Nascidos vivos por residência da mãe segundo regiões e unidade de federação 2004-2014 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [201-] [citado en 11 oct 2016]. Disponible en: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
14. Oliveira SC, Ferreira JG, Silva PMP, Ferreira JM, Seabra RA, Fernando VCN. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. *Cogitare Enferm*. 2009; 14(1):73-8.
15. Traldi MC, Galvão P, Fonseca MRCC. Avaliação do pré-natal de gestantes da região de Jundiaí-SP, Brasil: índice de Kotelchuck. *Rev Saúde UnG* [Internet]. 2014 [accedido en 26 set 2015]; 8:(1/2). Disponible en: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/1727/1530>
16. Gomes RMT, César JA. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade

- básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(27):80-9.
17. Peixoto CR, Lima TM, Costa CC, Freitas LV, Oliveira AS, Damasceno AKC. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE. *REME Rev Min Enferm*. 2012; 16(2):171-7.
18. Ribeiro CDS, Souza JCO, Cunha KJB, Santos TMG, Moura MEB. Caracterização sócio demográfica das mães dos recém-nascidos admitidos na UTI de uma maternidade pública de Teresina-PI. *Rev Interdisciplin NOVAFAPI [Internet]*. 2011 [citado en 26 set 2015]; 4(2):46-50. Disponible en: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v4n2/pesquisa/p7_v4n2..pdf
19. Lima MLLT, Assis ABR, Mercês GB, Barros PF, Griz SMS. Triagem auditiva: perfil socioeconômico de mãe. *Rev CECAF [Internet]*. 2008 [citado en 26 set 2015]; 10(2):254-60. [Citado en 14 oct 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v10n2/a16v10n2>
20. Fonseca MRCC, Laurenti R, Marin CR, Traldi MC. Ganho de peso gestacional e peso ao nascer do concepto: estudo transversal na região de Jundiá, São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2014; 19(5):1401-7.
21. Leite FMC, Barbosa TKO, Mota JS, Nascimento LCN, Amorim MHC, Primo CC. Perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade filantrópica. *Cogitare Enferm*. 2012; 18(2):334-50.
22. 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 Pública*. 2015; 37(3):140-7.
23. Paris GF, Pelloso SM, Martins PM. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013; 35(10):447-52.
24. Cicuto AG, Belisário CRL, Tavares BB. A satisfação das puérperas com o seu parto. *Invest Educ Enferm*. 2012; 30(2):208-14.
25. Pereira PHG, Antón AGS, Vieira Junior WS, Domingues RAD, Melo AL, Farias CS, et al. Fatores associados ao acesso tardio ao pré-natal do Centro de Saúde nº 1 do Paranoá, 2005. *Comun Ciênc Saúde*. 2006; 17(2):101-10.
26. Bastos FI, Bertoni N, organizadores. Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? [Internet]. Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ; 2014 [citado en 13 jul 2017]. Disponible en: <http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>
27. Vilas Boas LMFM, Araújo MBS, Timóteo RPS. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. *Ciênc Saúde Colet*. 2008; 13(4):1355-60.
28. Rios CTF, Vierira NFC. As ações educativas no pré-natal: reflexões sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2007; 12(2):477-86.
29. Marcondes MM, Pinheiro L, Queiroz C, Querino AC, Valverde D, organizadoras. Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil [Internet]. Brasília: IPEA; 2013 [citado en 15 jul 2017]. Disponible en: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_dossie_mulheres_negras.pdf

CONTRIBUCIONES

Márcia Regina Campos Costa da Fonseca contribuyó en la concepción del proyecto de investigación, en el análisis y discusión de los resultados y en la redacción. **Paola Visnardi** actuó en la colecta y análisis de los datos. **Maria Cristina Traldi** participó en la discusión y en la revisión crítica.

Cómo citar este artículo (Vancouver)

Fonseca MRCC, Visnardi P, Traldi MC. Perfil sociodemográfico y acceso a la asistencia prenatal de las puérperas de un hospital público. *REFACS [Internet]*. 2019 [citado en *agregar día, mes y año de acceso*]; 7(1):4-13. Disponible en: *agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

Cómo citar este artículo (ABNT)

FONSECA, M. R. C. C.; VISNARDI, P.; TRALDI, M. C. Perfil sociodemográfico y acceso a la asistencia prenatal de las puérperas de un hospital público. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 7, n. 1, p. 4-13, 2019. Disponible en: *<agregar link de acceso>*. Accedido en: *agregar día, mes y año de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

Cómo citar este artículo (APA)

Fonseca, M.R.C.C., Visnardi, P. & Traldi, M.C. (2019). Perfil sociodemográfico y acceso a la asistencia prenatal de las puérperas de un hospital público. *REFACS*, 7(1), 4-13. Recuperado en: *agregar día, mes y año de acceso de agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.