Rev. Latino-Am. Enfermagem
2021;29:e3481
DOI: 10.1590/1518-8345.4964.3481
www.eerp.usp.br/rlae

RLAE Revista Latino-Americana de Enfermagem

Artículo Original

Atención prenatal en Mozambique: número de consultas y edad gestacional al inicio del control prenatal*

Belarmina Reis-Muleva[1,2]
https://orcid.org/0000-0001-6697-6872
Luciane Simões Duarte[3]
https://orcid.org/0000-0001-9173-607X
Carla Marins Silva[1]
https://orcid.org/0000-0002-6467-6267
Luciana Magnoni Reberte Gouveia[1]
https://orcid.org/0000-0002-7105-313X
Ana Luiza Vilela Borges[1]
https://orcid.org/0000-0002-2807-1762

Objetivo: 1) analizar la edad gestacional al inicio del control prenatal y aspectos asociados; 2) analizar el número de consultas realizadas y aspectos asociados; y 3) identificar las razones del inicio tardío del control prenatal y de la realización de menos de cuatro consultas por parte de las mujeres posparto que residen en Nampula, Mozambique. **Método:** estudio transversal con 393 puérperas, que respondieron a un instrumento estructurado en entrevistas presenciales. Se utilizó regresión logística para analizar aspectos asociados a haber iniciado el control prenatal como máximo en la semana 16 de gestación, haber asistido a cuatro o más consultas prenatales y reportar ambas situaciones simultáneamente. **Resultados:** todas las puérperas realizaron el control prenatal, pero solo el 39,9% lo inició como máximo en la semana 16 de gestación; el 49,1% realizó cuatro o más consultas y el 34,1% informó ambos eventos. La educación secundaria (ORaj=1,99; IC95%=1,19-3,31) o la educación superior (ORaj=3,87; IC95% 1,47-10,18) fueron aspectos asociados al informe de ambas situaciones. Las razones del inicio tardío del control prenatal y de la realización de menos de cuatro consultas fueron: no considerar que fuera importante realizar varias consultas, no tener fácil acceso al centro de salud, no saber que estaba embarazada y no tener acompañante para las consultas. **Conclusión:** la edad gestacional para iniciar el control prenatal y el número de consultas realizadas son inferiores a las recomendaciones vigentes en el país.

Descriptores: Atención Prenatal; Salud Materna; Salud de la Mujer; Atención de Enfermería; Edad Gestacional; Mozambique.

* Artículo parte de la disertación de maestría "Qualidade da assistência pré-natal em Nampula, Moçambique", presentada en la Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

[1] Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.
[2] Bolsista da Universidade Lúrio, Nampula, Moçambique.
[3] Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Coordenadoria de Controle de Doenças, Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, São Paulo, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Reis-Muleva B, Duarte LS, Silva CM, Gouveia LMR, Borges ALV. Antenatal care in Mozambique: Number of visits and gestational age at the beginning of antenatal care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3481. [Access ___ (mes) ___ (día) ___ (año)]; Available in: _____ (URL). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4964.3481

Introducción

La atención prenatal consiste en un conjunto de procedimientos y medidas dirigidas al diagnóstico, tratamiento y prevención de situaciones indeseables para la salud de la mujer - durante el embarazo, parto, puerperio - y también para el bebé[1]. Actualmente, se reconoce que dicha atención es una estrategia importante para prevenir o reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad de mujeres y niños. Los diversos autores que estudian este tema ya han demostrado que la existencia de una atención prenatal adecuada está íntimamente ligada a mejores resultados perinatales y a una reducción de la morbimortalidad materna y neonatal[1-4].

La atención prenatal abarca varias pautas, recomendaciones, medidas y procedimientos que, de alguna manera, difieren entre las naciones. Aun así, existen dos elementos fundamentales que son la base de una atención prenatal de buena calidad: el inicio temprano del control prenatal y un número mínimo de consultas[1,5].

La gran mayoría de los países de ingresos altos y medianos recomiendan al menos seis consultas prenatales; también recomienda iniciar el control prenatal entre la octava y la duodécima semana de gestación[6-7]. Sin embargo, algunos países de bajos ingresos tienen diferentes recomendaciones con respecto al número de consultas, que a menudo son cuatro, como mínimo; y orientar la edad en la que se inicia la atención prenatal con mayor flexibilidad, como máximo en la semana 16 de gestación[8-10]. Aunque existen diferencias en las recomendaciones en diferentes contextos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la realización de al menos ocho consultas prenatales, que deben dan inicio como máximo la semana 12 de gestación[1,5]. Cabe destacar que dichas recomendaciones se pueden adaptar al contexto socioeconómico y a las necesidades de la población y del sistema de salud de cada país.

Esto es lo que hizo el Ministerio de Salud (*Ministério da Saúde*, MISAU) de Mozambique, país ubicado en África subsahariana y escenario de este estudio, que recomienda un número mínimo de cuatro consultas durante la atención prenatal y considera adecuado el inicio del control prenatal como máximo en de la semana 16 de gestación[11-12]. En ese país, pocos estudios han evaluado la edad gestacional al inicio del control prenatal y el número de consultas realizadas[13-14]. Una encuesta nacional mostró que aproximadamente el 90% de las mujeres embarazadas en Mozambique concurre a control prenatal, pero solo el 55% realiza el número mínimo de cuatro consultas recomendado por el MISAU[12]. Al parecer, el inicio tardío se debe, entre otras causas, a las pautas de los mismos profesionales de la salud, quienes informan a las mujeres que se debe iniciar el control prenatal cuando se sientan los movimientos fetales o cuando se pueda palpar al bebé; otro motivo es la experiencia de las mujeres multíparas que, como ya conocen los lineamientos de las unidades de salud, inician el control prenatal tardíamente[14].

Por lo tanto, parece que el acceso al control prenatal en Mozambique no es necesariamente el principal problema en el campo de la salud reproductiva, pero sí la calidad de la atención. El país tiene una alta tasa de mortalidad materna, que es de 452 por 100.000 nacidos vivos[15], lo que revela que es necesario mejorar la calidad de la atención de la salud materna, y la atención prenatal no parece ser una excepción. Dada la importancia de la atención prenatal para la promoción de la salud materna, especialmente en un país con altas tasas de mortalidad materna, este estudio tiene los siguientes objetivos: 1) analizar la edad gestacional al inicio del control prenatal y aspectos asociados; 2) analizar el número de consultas realizadas y aspectos asociados; y 3) identificar las razones del inicio tardío del control prenatal y de la realización de menos de cuatro consultas por parte de las mujeres posparto que residen en Nampula, Mozambique.

Método

Diseño del estudio

Estudio cuantitativo, transversal y analítico, guiado por la herramienta STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* - Fortalecimiento del Informe de Estudios Observacionales en Epidemiología), desarrollado para evaluar la calidad de los estudios observacionales (casos y controles, cohortes y transversales)[16].

Escenario

El estudio se realizó en la ciudad de Nampula, ubicada en el interior de la provincia del mismo nombre, al norte de Mozambique, África. Según el Informe sobre Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en 2015 Mozambique se encontraba entre los nueve países del mundo con los Índices de Desarrollo Humano (IDH) más bajos, ocupando el lugar 180 de un total de 188[17]. Los datos del censo de población realizado en 2017 indican que hay casi 28 millones de habitantes y que alrededor del 67% de la población vive en áreas rurales[15]. La esperanza de vida media es de 56,5 años[15] y la tasa de fecundidad total es de 5,3 hijos por mujer[12].

Periodo

La investigación se llevó a cabo de agosto a diciembre de 2019.

Población

La población de estudio estuvo compuesta por mujeres de entre 18 y 49 años.

Criterios de selección

Los criterios de inclusión fueron todas las mujeres cuyo parto hubiera tenido lugar en las últimas 24 horas en maternidades y mujeres cuyo parto hubiera tenido lugar en los últimos 15 días en su casa, siempre y cuando manifestaran estar física y emocionalmente dispuestas a responder el cuestionario. El criterio de exclusión fue mujeres con diagnóstico de embarazo de alto riesgo.

Definición de la muestra

El tamaño de la muestra consideró la proporción de mujeres mozambiqueñas con cuatro o más consultas prenatales: p=54,6[12], la población femenina de Nampula al momento del estudio que era de 337,839 mujeres[15], un nivel de significancia del 95% y un margen de error del 5%. El cálculo de la muestra indicó que era necesario entrevistar a 381 mujeres.

Variables de estudio

Las variables dependientes fueron la edad gestacional al inicio del control prenatal (como máximo en la semana 16 y después de la semana 16), el número de consultas realizadas (hasta tres y cuatro o más) y control prenatal básico, definido aquí como el control iniciado por las mujeres como máximo en la semana 16 de gestación y que tuvo cuatro o más consultas prenatales (dicotómicas).

Las variables independientes correspondientes a las características sociodemográficas fueron franja etaria en años (18-24; 25-29; ≥30); educación en años: educación primaria (≤7), educación secundaria (8-12) o educación terciaria (> 12); religión (islámica, católica u otras); lugar de residencia: región periférica (barrios Marrere, Murrapaniua, Mutauanha, Mutava rex, Memória, Muatala, Natikiri, Namicopo, Namutequeliua/Nampaco, Carrupeia) o región urbana (barrios Napipine, Muhala/ Muhala expansão, Muahivire, Bairro Central); trabajo remunerado (sí o no); utiliza el sistema de salud privado (sí o no); y vive en pareja (sí o no). En cuanto a la historia reproductiva, se evaluó el número de embarazos, incluido el actual (1-3 o ≥4); y la realización de controles prenatales en gestaciones anteriores (primera gestación, en algunas gestaciones o en todas las gestaciones). En cuanto a la planificación del último embarazo, se utilizó el instrumento *London Measure of Unplanned Pregnancy* (LMUP), validado para el idioma portugués[18]. En cuanto a la situación del último control prenatal, se evaluó la realización del control prenatal en el último embarazo (no o sí); las razones del inicio tardío del control prenatal [opción múltiple: no sabía que estaba embarazada, no pensé que fuera importante iniciar el control prenatal tempranamente, no había nadie que me acompañara (pareja), la atención demoraba mucho, el centro de salud estaba lejos o era de difícil acceso, dificultades relacionadas con el trabajo/escuela (falta de tiempo para ir a las consultas), no tenía con quien dejar a mis hijos, estaba enferma y no podía ir al hospital, consideré que mi panza era pequeña, no quería este embarazo, entre otros]; y las razones para tener menos de cuatro consultas [opción múltiple: no quería este embarazo, no tenía a nadie que me acompañara (pareja), no tenía con quien dejar a mis hijos, la atención demoraba mucho, no pensé que fuera importante hacer muchas consultas prenatales, el centro de salud estaba lejos o era de difícil acceso, no me gustaban los profesionales del servicio, dificultad en el transporte, entre otros].

Instrumentos utilizados para recopilar información

El instrumento utilizado para la recolección de datos consistió en un formulario específico, elaborado por la investigadora principal, que contenía preguntas sobre las variables dependientes e independientes, además del LMUP. Este es un instrumento que mide la planificación del embarazo, independientemente del resultado del embarazo, parto o aborto, y se puede utilizar de forma retrospectiva. La clasificación con respecto a la planificación del último embarazo se obtiene por la sumatoria de puntos de cada pregunta, cuyo puntaje total puede oscilar entre cero y 12. Las mujeres que obtuvieron entre 0 y 3 puntos se clasifican como con embarazo no planeado, entre 4 y 9 como ambivalente, es decir, prevalencia simultánea de sentimientos y acciones aparentemente contradictorias sobre embarazo planificado y no planificado, y entre 10 y 12 puntos como embarazo planificado.

Recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo en una maternidad y en los hogares de las mujeres. La selección de mujeres se realizó por medio de información del libro de registro de puerperio disponible en la Facultad de Ciencias de la Salud/UniLúrio y de la maternidad, donde se encuentra la información de todos los partos ocurridos en la ciudad. Las mujeres fueron entrevistadas utilizando un instrumento estructurado creado en *Google Forms*, preprobado y aplicado a través de una *tablet*, respetando su privacidad. El cuestionario incluyó información sobre características sociodemográficas, antecedentes reproductivos, planificación del último embarazo y atención prenatal.

Tratamiento y análisis de datos

Todos los análisis se realizaron con el *software* Stata 15.0. Para la descripción de las características sociodemográficas, los antecedentes reproductivos y la atención prenatal, se utilizaron números absolutos y relativos, media, mediana y desviación estándar. Se aplicó la prueba de diferencia entre dos proporciones (Chi-Cuadrado o Exacto de Fisher) para verificar las diferencias entre la edad gestacional al inicio del control prenatal, el número de consultas realizadas y haber asistido al control prenatal básico con las características sociodemográficas, la historia reproductiva de mujeres y la planificación del último embarazo. El análisis de los aspectos asociados se realizó mediante regresión logística univariante y múltiple. En el análisis de regresión logística múltiple, las variables se insertaron simultáneamente en el modelo. Se consideró estadísticamente significativo un nivel de significancia del 5%.

Aspectos éticos

El proyecto fue aprobado por el Comité Institucional de Bioética para la Salud de la Universidad Lúrio (CIBSUL) de Nampula, Mozambique, bajo n. 26/agosto/CIBSUL/19.

Resultados

Se invitó a un total de 416 mujeres a participar en el estudio, pero 17 se negaron a participar del mismo. A otras seis no se las pudo encontrar en sus domicilios para realizar la entrevista luego de tres intentos, por lo que la muestra final estuvo conformada por 393 mujeres. La edad promedio fue de 26,0 años (de=5,8), la mayoría tenía educación primaria (52,4%), vivía en la región periférica de la ciudad (75,3%), usaba el sistema público de salud (91,1%) y vivía en pareja (88,8%). Aproximadamente una de cada 10 mujeres tenía un trabajo remunerado (10,9%). Casi la mitad informó religión islámica (43.4%), número de embarazos mayor o igual a cuatro (44.5%) y su embarazo se clasificó como planificado (41,0%) (Tabla 1).

Tabla 1 - Número y proporción de mujeres, según características sociodemográficas, historia reproductiva y planificación del último embarazo. Nampula, Nampula, Mozambique, 2019

Características	N	%
Franja etaria (años)		
Media (de)	26,0 (5,8)	
18-24	170	43,3
25-29	103	26,2
≥30	120	30,5
Educación (años)		
Educación primaria (≤7)	206	52,4
Educación secundaria (8-12)	152	38,7
Educación superior (>12)	35	8,9
Religión*		
Islámica	169	43,4
Católica	137	35,2
Otras	83	21,4
Lugar de residencia		
Región periférica	296	75,3
Región urbana	97	24,7
Trabajo remunerado		
No	350	89,1
Sí	43	10,9
Utiliza sistema privado de salud		
No	358	91,1
Sí	35	8,9
Vive en pareja		
No	44	11,2
Sí	349	88,8
Número de embarazos, incluido el actual		
Media (de)	3,3 (1,7)	
1-3	218	55,5
≥4	175	44,5
Realización de control prenatal en gestaciones anteriores†		
Primera gestación	88	22,6
En algunas gestaciones	44	11,3
En todas las gestaciones	257	66,1
Planificación del último embarazo		
No planificado	122	31,0
Ambivalente	110	28,0
Planificado	161	41,0
Total	**393**	**100,0**

*4 mujeres fueron excluidas por no informar la religión; †4 mujeres fueron excluidas por no haber realizado control prenatal en gestaciones anteriores

(continúa en la columna siguiente...)

Todas las mujeres informaron haber realizado el control prenatal en su último embarazo (el que se está considerando en este estudio) y el 39,9% (n=157) inició el control prenatal como máximo en la semana 16 de embarazo; 49,1% (n = 193) asistieron al menos a cuatro consultas prenatales; y 34,1% (n = 134) fueron categorizadas como realizaron control prenatal básico, es decir, iniciaron el control prenatal como máximo en la semana 16 de gestación y asistieron al menos a cuatro consultas prenatales (datos que no figuran en la tabla).

Entre las mujeres que iniciaron el control prenatal después de la semana 16 de gestación (n=236, 60,1%), las principales razones para que esto ocurriera fueron pensar que la panza era pequeña (42,6%), que el marido no las acompañara a las consultas (24,1%) y no saber que estaban embarazadas (19,8%), entre otras. Entre las mujeres que realizaron menos de cuatro consultas prenatales (n = 200, 50,9%), las principales razones para que esto ocurriera fueron no considerar que fuera importante tener varias consultas prenatales (36,0%), que el marido no las acompañara a las consultas (25,5%) y no tener fácil acceso al centro de salud o vivir lejos del servicio de salud (24,5%), entre otras (Tabla 2).

Tabla 2 - Número y proporción de mujeres según los motivos por los que iniciaron tardíamente el control prenatal y tienen menos de cuatro consultas. Nampula, Nampula, Mozambique, 2019

Razones	n	%
Razones para iniciar el prenatal después de la 16ª semana de gestación (n=236)		
Considerar pequeña la panza	101	42,6
No contar con el esposo como acompañante en las consultas	57	24,1
No saber que estaba embarazada	47	19,8
No considerar importante el inicio temprano del control prenatal	38	16,0
No desear el embarazo	36	15,2
No tener fácil acceso al centro de salud o vivir lejos del servicio de salud	24	10,1
Estar cansada/enferma y no poder concurrir al centro de salud	18	7,6
No tener con quien dejar a los hijos	12	5,1
Tener dificultades para realizar el control prenatal por trabajo/escuela	6	2,5
Informar demoras en la atención en el centro de salud	4	1,7
Informar descuido sobre los cuidados de su salud	4	1,7
Informar inseguridad y miedo de llevar el embarazo a término y de ser vacunada en el hospital	2	0,8
Informar falta de conocimiento sobre el período de inicio de la primera consulta	1	0,4
Informar exigencia, por parte de las enfermeras, de la presencia de la pareja en las consultas	1	0,4
Razones para la realización de menos de cuatro consultas prenatales (n=200)		
No considerar importante realizar varias consultas prenatales	72	36,0
No contar con el esposo como acompañante en las consultas	57	25,5
No tener fácil acceso al centro de salud o vivir lejos del servicio de salud	49	24,5
No desear el embarazo	38	19,0
Informar dificultades de transporte para concurrir al centro de salud	33	16,5
Informar demoras en la atención en el centro de salud	19	9,5
No tener con quien dejar a los hijos	16	8,0
Informar que no le gustan los profesionales de la salud	7	3,5
Considerar pequeña la panza	4	2,0

(continúa en la página siguiente...)

Razones	n	%
Estar cansada/enferma y no poder concurrir al centro de salud	3	1,5
Informar estar cansada de concurrir a las consultas o cansada de caminar hasta las consultas	2	1,0
Informar miedo de ser vacunada en el hospital	2	1,0
Informar descuido en el cuidado de los hijos, porque tiene muchos hijos	1	0,5
Haber permanecido internada por mucho tiempo	1	0,5
Esperar que pasen los primeros seis meses del embarazo	1	0,5
No poder caminar por la hinchazón de los pies	1	0,5
No saber que estaba embarazada	1	0,5
Informar esposo fallecido	1	0,5
Informar prohibición de la pareja para realizar las consultas prenatales	1	0,5

El análisis de los aspectos asociados al inicio del control prenatal como máximo en la semana 16 se muestra en la Tabla 3. Las mujeres con educación secundaria (OR=1,89; IC95% 1,23-2,92) o superior (OR=4,25; IC95% 1,99-9,07) tenían más probabilidades de comenzar el control prenatal como máximo en la semana 16, en comparación con las mujeres que tenían educación primaria. Las mujeres que informaron haber utilizado el sistema de salud privado (OR=2,45; IC95% 1,20-4,98) presentaron más probabilidades de iniciar el control prenatal como máximo en la semana 16, en comparación con las mujeres que utilizaron el sistema público, al igual que las mujeres con trabajo remunerado (OR=2,56; IC95% 1,34-4,89). En el modelo múltiple, ajustado para todas las variables ingresadas simultáneamente, solo la educación estuvo asociada al inicio del control prenatal como máximo en la semana 16, al comparar a las mujeres con educación secundaria (ORaj=1,66; IC95% 1,02-2,69) y educación superior (ORaj=2,70; IC95% 1,05-6,96) con las mujeres que tenían educación primaria.

Tabla 3 - Aspectos asociados al inicio del control prenatal como máximo en la semana 16 de gestación. Nampula, Nampula, Mozambique, 2019

Características	Inicio del prenatal hasta la 16ª semana		Análisis univariado		Análisis múltiple*	
	n	%	OR	IC95%	ORaj†	IC95%
Franja etaria (años)	0,910					
18-24	69	40,6	1,00	-	1,00	-
25-29	42	40,8	1,00	0,61-1,66	1,07	0,58-1,99
≥30	46	38,3	0,91	0,56-1,47	1,08	0,51-2,27
Educación (años)	<0,001					
Educación primaria (≤7)	64	31,1	1,00	-	1,00	-
Educación secundaria (8-12)	70	46,0	1,89	1,23-2,92	1,66	1,02-2,69
Educación superior (>12)	23	65,7	4,25	1,99-9,07	2,70	1,05-6,96
Religión‡	0,249					
Islámica	63	37,3	1,00	-	1,00	-
Católica	63	46,0	1,43	0,91-2,27	1,30	0,80-2,13
Otras	31	37,3	1,00	0,58-1,73	0,97	0,54-1,73

(continúa en la página siguiente...)

Características	Inicio del prenatal hasta la 16ª semana		Análisis univariado		Análisis múltiple*	
	n	%	OR	IC95%	ORaj†	IC95%
Lugar de residencia	0,210					
Región periférica	113	38,2	1,00	-	1,00	-
Región urbana	44	45,4	1,34	0,85-2,14	1,04	0,63-1,73
Vive en pareja	0,135					
No	13	29,6	1,00	-	1,00	-
Sí	144	41,3	1,67	0,85-3,31	1,77	0,83-3,75
Utiliza sistema privado de salud	0,011					
No	136	38,0	1,00	-	1,00	-
Sí	21	60,0	2,45	1,20-4,98	1,32	0,58-3,00
Trabajo remunerado	0,004					
No	131	37,4	1,00	-	1,00	-
Sí	26	60,5	2,56	1,34-4,89	1,50	0,70-3,21
Número de embarazos, incluido el actual	0,152					
1-3	94	43,1	1,00	-	1,00	-
≥4	63	36,0	0,74	0,49-1,12	0,72	0,39-1,36
Realización de control prenatal en gestaciones anteriores§	0,403					
Primera gestación	40	45,4	1,00	-	1,00	-
En algunas gestaciones	19	43,2	1,25	0,66-2,40	1,14	0,57-2,30
En todas las gestaciones	97	37,7	1,37	0,84-2,24	1,26	0,69-2,33
Planificación del embarazo	0,105					
No planificado	46	37,7	1,00	-	1,00	-
Ambivalente	37	33,6	0,84	0,49-1,43	0,80	0,45-1,40
Planificado	74	46,0	1,41	0,87-2,27	1,19	0,71-2,00

*Prueba de Hosmer y Lemeshow: p=0,3785; †*Odds Ratio* ajustado; ‡4 mujeres fueron excluidas por no informar la religión; §4 mujeres fueron excluidas por no haber realizado control prenatal en gestaciones anteriores

La asociación entre las características de las mujeres y haber asistido al menos a cuatro consultas prenatales se presenta en la Tabla 4. Las mujeres que tenían más probabilidades de haber asistido al menos a cuatro consultas prenatales fueron las que tenían educación secundaria (OR=2,50; IC95% 1,63-3,85) o educación superior (OR=2,50; IC95% 1,63-3,85), que vivían en pareja (OR= 2,87; IC95% 1,43-5,76), que usaban el sistema de salud privado (OR=2,83; IC95%=1,32-6,06) y que tenían trabajo remunerado (OR=9,56; IC95% 3,68-24,87). Entre estas características, en el modelo ajustado simultáneamente para todas las variables, permanecieron asociadas a la educación, y las mujeres que tenían más probabilidades de haber asistido al menos a cuatro consultas prenatales fueron aquellas que contaban con educación secundaria (ORaj=2,12; IC95% 1,29-3,46) o superior (ORaj=11,78; IC95% 2,91-47,71), que vivían en pareja (ORaj= 3,11; IC95% 1,39-6,92), y que tenían trabajo remunerado (ORaj=4,80; IC95% 1,65-13,96).

Tabla 4 - Aspectos asociados a tener al menos cuatro consultas prenatales. Nampula, Nampula, Mozambique, 2019

Características	Realización de cuatro o más consultas		Análisis univariado		Análisis múltiple*	
	n	%	OR	IC95%	ORaj†	IC95%
Franja etaria (años)	0,830					
18-24	81	47,7	1,00	-	1,00	-
25-29	53	51,5	1,16	0,71-1,90	1,69	0,87-3,29
≥30	59	49,2	1,06	0,66-1,70	1,89	0,85-4,21
Educación (años)	<0,001					
Educación primaria (≤7)	73	35,4	1,00	-	1,00	-
Educación secundaria (8-12)	88	57,9	2,50	1,63-3,85	2,12	1,29-3,46
Educación superior (>12)	32	91,4	19,43	5,75-65,65	11,78	2,91-47,71
Religión‡	0,121					
Islámica	79	46,8	1,00	-	1,00	-
Católica	77	56,2	1,46	0,93-2,30	1,40	0,83-2,34
Otras	36	43,4	0,88	0,51-1,48	0,72	0,39-1,33
Lugar de residencia	0,085					
Región periférica	138	46,6	1,00	-	1,00	-
Región urbana	55	56,7	1,50	0,94-2,38	0,91	0,53-1,58
Vive en pareja	0,002					
No	12	27,3	1,00	-	1,00	-
Sí	181	51,9	2,87	1,43-5,76	3,11	1,39-6,92
Utiliza sistema privado de salud	0,006					
No	168	46,9	1,00	-	1,00	-
Sí	25	71,4	2,83	1,32-6,06	0,85	0,31-2,29
Trabajo remunerado	<0,001					
No	155	44,3	1,00	-	1,00	-
Sí	38	88,4	9,56	3,68-24,87	4,80	1,65-13,96
Número de embarazos, incluido el actual	0,069					
1-3	116	53,2	1,00	-	1,00	-
≥ 4	77	44,0	0,69	0,46-1,03	0,49	0,25-0,96
Realización de control prenatal en gestaciones anteriores§	0,260					
Primera gestación	50	56,8	1,00	-	1,00	-
En algunas gestaciones	22	50,0	1,14	0,60-2,16	0,92	0,42-1,98
En todas las gestaciones	120	46,7	1,50	0,92-2,45	1,68	0,88-3,19
Planificación del embarazo	0,049					
No planificado	58	47,5	1,00	-	1,00	-
Ambivalente	45	40,9	0,76	0,45-1,29	0,54	0,30-0,97
Planificado	90	55,9	1,40	0,87-2,24	0,97	0,56-1,66

*Prueba de Hosmer y Lemeshow: p=0,2508; †*Odds Ratio* ajustado; ‡4 mujeres fueron excluidas por no informar la religión; §4 mujeres fueron excluidas por no haber realizado control prenatal en gestaciones anteriores

El análisis de los aspectos asociados a la realización del control prenatal básico se muestra en la Tabla 5. Las mujeres que tuvieron más probabilidades de tener control prenatal básico fueron aquellas con educación secundaria (OR=2,33; IC95% 1,48-3,68) o superior (OR=6,31; IC95% 2,92-13,61), religión católica (OR=1,74; IC95% 1,08-2,80), que usaba el sistema privado de salud (OR=2,51; IC95% 1,24-5,06) y tenía un trabajo remunerado (OR=3,43; IC95% 1,79-6,58). En el modelo final ajustado simultáneamente para todas las variables, la característica que siguió asociada fue solo la educación. Por ende, las mujeres con educación secundaria (ORaj=1,99; IC95%=1,19-3,31) o educación superior (ORaj=3,87; IC95% 1,47-10,18) tenían una mayor probabilidad de haber realizado el control prenatal básico.

Tabla 5 - Aspectos asociados a la realización del control prenatal básico. Nampula, Nampula, Mozambique, 2019

Características	Prenatal básico		Análisis univariado		Análisis múltiple*	
	n	%	OR	IC95%	ORaj†	IC95%
Franja etaria (años)	0,971					
18-24	59	34,7	1,00	-	1,00	-
25-29	35	34,0	0,97	0,57-1,62	1,16	0,60-2,24
≥30	40	33,3	0,94	0,57-1,54	1,27	0,57-2,83
Educación (años)	<0,001					
Educación primaria (≤7)	48	23,3	1,00	-	1,00	-
Educación secundaria (8-12)	63	41,4	2,33	1,48-3,68	1,99	1,19-3,31
Educación superior (>12)	23	65,7	6,31	2,92-13,61	3,87	1,47-10,18
Religión‡	0,069					
Islámica	49	29,0	1,00	-	1,00	-
Católica	57	41,6	1,74	1,08-2,80	1,67	0,99-2,80
Otras	28	33,7	1,25	0,71-2,19	1,18	0,64-2,17
Lugar de residencia	0,144					
Región periférica	95	32,1	1,00	-	1,00	-
Región urbana	39	40,2	1,42	0,89-2,28	1,00	0,59-1,69
Vive en pareja	0,091					
No	10	22,7	1,00	-	1,00	-
Sí	124	35,5	1,87	0,90-3,92	1,98	0,88-4,45
Utiliza sistema privado de saúde	0,008					
No	115	32,1	1,00	-	1,00	-
Sí	19	54,3	2,51	1,24-5,06	1,07	0,46-2,51
Trabajo remunerado	<0,001					
No	108	30,9	1,00	-	1,00	-
Sí	26	60,5	3,43	1,79-6,58	1,89	0,87-4,09
Número de embarazos, incluido el actual	0,153					
1-3	81	37,2	1,00	-	1,00	-
≥4	53	30,3	0,73	0,48-1,12	0,73	0,37-1,43

(continúa en la página siguiente...)

Características	Prenatal básico		Análisis univariado		Análisis múltiple*	
	n	%	OR	IC95%	ORaj†	IC95%
Realización de control prenatal en gestaciones anteriores§	0,117					
Primera gestación	38	43,2	1,00	-	1,00	-
En algunas gestaciones	16	36,4	1,26	0,65-2,47	1,07	0,51-2,26
En todas las gestaciones	80	31,1	1,68	1,02-2,76	1,76	0,93-3,31
Planificación del embarazo	0,073					
No planificado	41	33,6	1,00	-	1,00	-
Ambivalente	29	26,4	0,71	0,40-1,25	0,62	0,34-1,14
Planificado	64	39,8	1,30	0,80-2,13	1,01	0,59-1,73

*Prueba de Hosmer y Lemeshow: p=0,3922; †*Odds Ratio* ajustado; ‡4 mujeres fueron excluidas por no informar la religión; §4 mujeres fueron excluidas por no haber realizado control prenatal en gestaciones anteriores

Discusión

Este estudio tuvo como objetivo analizar la edad gestacional al inicio del control prenatal y el número de consultas realizadas y sus aspectos asociados; así como identificar los motivos del inicio tardío del control prenatal y tener menos de cuatro consultas, de acuerdo con las recomendaciones del MISAU[11]. Se corroboró que la cobertura de atención prenatal era universal en el municipio de Nampula, Mozambique. Sin embargo, la adecuación de dicha atención era baja, dado que menos de la mitad de las mujeres comenzaron el control prenatal tempranamente y realizaron el número mínimo de consultas recomendadas. Cuando estos dos indicadores se analizan juntos, la condición de acceso al control prenatal básico parece aún más baja.

Nuestros hallazgos son similares a los encontrados en los pocos estudios ya realizados en Mozambique sobre el tema. En un estudio cualitativo realizado en las provincias de Cabo Delgado, Tete y Maputo, que representan las tres regiones del país (Norte, Centro y Sur), se observó que, en general, las mujeres iniciaban el control prenatal al final del segundo trimestre de gestación, es decir, con edad gestacional superior a la semana 16, y que los motivos de este inicio tardío fueron la falta de pruebas de embarazo en los servicios de salud y la espera de la presencia de signos visibles de embarazo[13]. Se identificaron hallazgos similares en otro estudio realizado en cinco provincias de Mozambique, en el que el 55% de las mujeres comenzaron el control prenatal con una edad gestacional entre 20 y 28 semanas[14]. Por lo tanto, parece que se ha avanzado poco en la posibilidad de que las mujeres mozambiqueñas hagan pleno uso de la atención prenatal, iniciándola de forma temprana y accediendo a un mayor número de contactos con los profesionales de la salud.

Tales resultados también se observaron en otros países que adoptaron parámetros similares de calidad del control prenatal: variación del 9% al 48% en la adecuación de la edad gestacional al inicio del control prenatal y del 27% al 45% en el número de consultas realizadas, considerando otros países del continente africano, así como también países de los continentes americano y asiático[3,8,19]. Cabe destacar que, a pesar de los diferentes contextos políticos, económicos y sociales entre estos países, los resultados son similares. Aunque nuestros hallazgos no pueden compararse directamente con los de otros estudios que evalúan la calidad del control prenatal, considerando que solo analizamos dos indicadores, y los otros estudios a menudo también consideran otros indicadores, como la realización de exámenes, la adecuación de la atención prenatal (aquí lo definimos control prenatal básico) en Mozambique se observó en el 45% de las gestaciones[13]. Por ende, se observa que aún existe una debilidad en la capacidad de los servicios de salud para la captación temprana de las mujeres embarazadas del país.

Considerando que un inicio temprano del control prenatal y un mayor número de consultas permiten una atención más calificada y mejores resultados, tanto maternos como fetales[1,5], también se investigaron en este estudio las razones del inicio tardío del control prenatal y la realización de menos consultas de las recomendadas. Considerando los relatos de las mujeres, las razones que más se destacaron fueron el hecho de que no creían que fuera importante realizar varias consultas, no tenían fácil acceso al centro de salud, tenían la panza pequeña, no sabían que estaban embarazadas y no tenían acompañante para las consultas. Se encontraron datos similares en estudios realizados en Mozambique[13-14] y en

otras regiones del mundo[10,19]. Este es un hallazgo muy preocupante, ya que demuestra la influencia de creencias y valores sobre el acceso y la continuidad de la atención prenatal en la ciudad de Nampula, como considerar pequeña la panza y que no es importante realizar varias consultas prenatales[20]. Por lo tanto, además de promover el acceso a métodos de diagnóstico rápido del embarazo que permitan la concurrencia más temprana de la gestante a la consulta, incentivar la participación de la pareja en los controles prenatales, apoyar a las mujeres que no desean el embarazo y pensar en estrategias que faciliten el acceso a las instituciones de salud, es fundamental desmitificar ciertos aspectos culturales relacionados con el embarazo.

Además, un estudio de revisión sistemática sobre la percepción de la importancia del control prenatal y las barreras de acceso con 1230 mujeres de 15 países de bajos ingresos, incluido Mozambique[10], demostró que las mujeres perciben el embarazo como un evento de vida normal, es decir, como un evento fisiológico en el que la atención prenatal solo es necesaria en situaciones de enfermedad. Eso demuestra la poca comprensión que hay de los beneficios de la atención prenatal y la preferencia por los métodos populares de atención. Además, las consultas prenatales requieren una larga espera en los servicios de salud, y ese tiempo podría ser usado para trabajar y para cuidar a otros hijos; por otro lado, el sistema de transporte en algunas regiones de Mozambique representa una exposición a riesgos de embarazo[10]. Nuestros resultados confirman los hallazgos de dicha revisión.

Las mujeres con más educación tenían una mayor probabilidad de realizar un control prenatal temprano, contar con el número adecuado de consultas e informar ambas situaciones simultáneamente, lo que está ampliamente documentado en muchos otros estudios[8-9,21-26]. La educación les permite a las mujeres desarrollar la confianza necesaria para tomar decisiones sobre su salud y comprender más fácilmente la importancia de los servicios prenatales; además de que un mayor nivel educativo se relaciona generalmente con una mayor autonomía en la decisión de buscar atención prenatal. Otros estudios también han demostrado que las mujeres con más educación son las que realizan más control preconcepcional y las que experimentan menos embarazos no planeados[27-28], eventos que están significativamente relacionados con mejores niveles de salud materna. Por lo tanto, invertir en la educación de las mujeres producirá beneficios para su bienestar y el de su feto.

Tener un trabajo remunerado se asoció con tener cuatro o más consultas prenatales, y este hallazgo fue similar al encontrado en otros estudios[8,24]. Se entiende que las mujeres con trabajo remunerado suelen ser las que tienen mayor autonomía en la decisión de buscar atención prenatal y una mejor educación. Además, el trabajo remunerado le permite a la mujer tener la independencia económica para asumir los costos de transporte al servicio de salud, lo que facilita el acceso a la atención médica.

Además, las mujeres que vivían en pareja tenían más probabilidades de tener cuatro o más consultas en comparación con las que no vivían en pareja, resultado similar a los obtenidos en estudios realizados en Brasil[29-30]. Por lo tanto, la ausencia de pareja puede representar un problema potencial para el acceso a la atención prenatal. Esto se debe a que la presencia de la pareja fomenta la realización de un control prenatal de calidad, ya que la presencia del hombre en las consultas prenatales le brinda seguridad a la mujer y fomenta, de alguna manera, la adherencia al tratamiento y las medidas preventivas[1,5].

Por otro lado, la falta de apoyo de la pareja o de los familiares deja a la mujer más frágil y vulnerable y, a su vez, afecta negativamente la búsqueda de una atención prenatal adecuada. Culturalmente, los embarazos fuera del matrimonio pueden considerarse desaprobados y considerados un acto vergonzoso en muchas sociedades africanas, y esto puede disuadir a las mujeres solteras o no acompañadas de concurrir a las consultas prenatales[31]. El apoyo social de la familia y/o amigos puede fortalecer a las mujeres embarazadas que no están en una pareja estable.

Si bien solo consideramos variables relacionadas con las características individuales de las mujeres en nuestro análisis de aspectos asociados al inicio del control prenatal como máximo en la semana 16 y la realización de un número mínimo de cuatro consultas, es necesario destacar que el MISAU es el responsable de brindar una atención prenatal de calidad y acceso a ella, así como también lo son los servicios de salud, que deben reorganizarse para identificar y responder a las necesidades de salud de las mujeres embarazadas o que planean quedar embarazadas.

Hasta donde se conoce, este es el primer estudio en Nampula, Mozambique, que analiza aspectos asociados con la edad gestacional al inicio del control prenatal, con el número de consultas realizadas y con la simultaneidad de estos dos eventos. Otro potencial de nuestro estudio radica en el hecho de que utilizamos un instrumento validado para medir la planificación del embarazo. El conocimiento del perfil de las mujeres con acceso al llamado control prenatal básico contribuye a la creación propuesta de políticas sociales y de salud pública que mejoren efectivamente la salud de la mujer, así como también la de los futuros hijos. Por ende, es necesario pensar en estrategias para que las mujeres con baja escolaridad y sin trabajo remunerado puedan, a través del servicio público de salud, detectar precozmente el

embarazo y acceder a información sobre la importancia de iniciar un control prenatal adecuado y, por consiguiente, un mayor número de consultas.

Los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras y las enfermeras maternas, comunes en Mozambique, también pueden intervenir en la desmitificación de creencias y valores, como considerar pequeña la panza y que no es importante hacer más consultas; pueden contribuir a ampliar el acceso a la planificación reproductiva, dado que algunas mujeres informaron que no sabían que estaban embarazadas y que no sabían cómo cuidar un futuro embarazo.

Además, Mozambique adopta un sistema con un número de consultas menor al recomendado por la OMS. Cabe destacar que los países que adoptan un número reducido de consultas prenatales tienen una reducción de costos asociada sin cambios en las tasas de mortalidad materna, con el agravante de que tienen también una mayor mortalidad perinatal y una menor satisfacción por parte de las mujeres[32].

Este estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar, se evaluó a mujeres residentes en un solo municipio y usuarias del Sistema Nacional de Salud de Mozambique, por lo que los hallazgos no pueden generalizarse a las mujeres mozambiqueñas en general, ni a las que utilizan el sistema de salud privado. Sin embargo, considerando que el acceso a la atención prenatal debe ser universal, investigar su calidad en los servicios de salud pública puede mejorar la calidad de la atención prenatal para todas las mujeres, tanto usuarias del sistema público como privado. En segundo lugar, la información se obtuvo de las declaraciones de las mujeres, lo que puede implicar un sesgo de memoria, ya que algunas mujeres pueden haber omitido u olvidado algunos datos durante la entrevista. Para minimizar este sesgo, las entrevistas a las mujeres se realizaron en el periodo de posparto (24 horas para el caso de las mujeres que dieron a luz en la sala de maternidad, y hasta 14 días después del parto para quienes dieron a luz en su casa).

El estudio contribuye a identificar las debilidades en la atención prenatal en un país del África subsahariana, lo que puede justificar la implementación de iniciativas dirigidas a incrementar el número de consultas realizadas y anticipar el inicio del control prenatal, como por ejemplo, aumentar la escolarización de los niños, adolescentes y mujeres, brindar apoyo para que puedan llegar a la unidad de salud sin mayores dificultades e información para que las embarazadas comprendan la importancia de la atención prenatal. Estas iniciativas no son necesarias solamente en los países de ese continente, sino también en los países de bajos y medianos ingresos que aún tienen dificultades para lograr los mejores niveles de salud reproductiva.

Conclusión

Los hallazgos de este estudio demostraron que, a pesar de que existe una cobertura universal de la atención prenatal en Mozambique, la edad gestacional al inicio del control prenatal y el número de consultas realizadas son inferiores a las recomendaciones vigentes en el país. Se sugiere que los hacedores de políticas sociales y de salud pública, implementen mejoras en el acceso, la captación temprana de las gestantes, la desmitificación de creencias para la adherencia al control prenatal y la provisión de atención en planificación reproductiva para apoyar a las mujeres que planean tener hijos.

Referencias

1. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2019 Aug 10]. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/

2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2019 Aug 10]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustetantavel.pdf

3. Benova L, Tunçalp Ö, Moran AC, Campbell OMR. Not just a number: examining coverage and content of antenatal care in low-income and middle-income countries. BMJ Glob Health. 2018 Mar;3(2):e000779. doi: http://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000779

4. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). Ciênc Saúde Colet. 2018 Mar;23(6):1915-28. doi: http://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018

5. World Health Organization. WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO guidelines review committee [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2019 Aug 10]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/259268

6. Garnelo L, Horta BL, Escobar AL, Santos RV, Cardoso AM, Welch JR, et al. Assessment of prenatal care for indigenous women in Brazil: findings from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition. Cad Saúde Pública. 2019 Aug;35(Suppl 2):e00181318. doi: http://doi.org/10.1590/0102-311x00181318

7. Heaman MI, Martens PJ, Brownell MD, Chartier MJ, Derksen SA, Helewa ME. The Association of Inadequate and Intensive Prenatal Care With Maternal, Fetal, and Infant Outcomes: A Population-Based Study in Manitoba, Canada. J Obstet Gynaecol Can. 2018 July;000(000):1-13. doi: http://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.09.006

8. Kassaw A, Debie A, Geberu DM. Quality of prenatal care and associated factors among pregnant women at public health facilities of Wogera District, Northwest Ethiopia. J Pregnancy. 2020 Jan;2020:9592124. doi: http://doi.org/10.1155/2020/9592124

9. Afulani P, Buback L, Essandoh F, Kinyua J, Kirumbi L, Cohen CR. Quality of antenatal care and associated factors in a rural county in Kenya: an assessment of service provision and experience dimensions. BMC Health Serv Res. 2019 Oct;19:684. doi: http://doi.org/10.1186/s12913-019-4476-4

10. Finlayson K, Downe S. Why do women not use antenatal services in low- and middle-income countries? A meta-synthesis of qualitative studies. PLoS Med. 2013;10(1):e1001373. doi: http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001373

11. Ministério da Saúde (MOZ). Normas para atenção pré-natal e cuidados pós-natal para mulheres e recém-nascidos. Maputo: MISAU; 2016 [cited 2019 Aug 10]. Available from: https://pt.scribd.com/document/321740258/Normas-Para-a-Atencao-Pre-Natal-e-Cuidados-Pos-Natal-Para-Mulheres-e-Recem-Nascidos

12. Ministério da Saúde (MOZ). Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique - 2015 [Internet]. Maputo: MISAU; 2018 [cited 2019 Aug 10]. Available from: https://dhsprogram.com/publications/publication-ais12-ais-final-reports.cfm

13. Biza A, Jille-Traas I, Colomar M, Belizan M, Harris JR, Crahay B, et al. Challenges and opportunities for implementing evidence-based antenatal care in Mozambique: A qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth. 2015 Sep;15:200. doi: http://doi.org/10.1186/s12884-015-0625-x

14. Zanconato G, Msolomba R, Guarenti L, Franchi M. Antenatal care in developing Countries: the need for a tailored model. Semin Fetal Neonatal Med. 2006 Feb;11(1):15-20. doi: http://doi.org/10.1016/j.siny.2005.10.002

15. Instituto Nacional de Estatística. IV Recenseamento Geral da População e Habitação 2017: resultados definitivos: Moçambique [Internet]. Maputo: INE; 2019 [cited 2019 Aug 10]. Available from: http://www.ine.gov.mz/iv-rgph-2017/mocambique/censo-2017-brochura-dos-resultados-definitivos-do-iv-rgph-nacional.pdf

16. Cheng A, Kessler D, Mackinnon R, Chang TP, Nadkarni VM, Hunt EA, et al. Reporting Guidelines for Health Care Simulation Research. Simul Healthc J Soc Simul Healthc. 2016 Aug;11(4):238-48. doi: http://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000150

17. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório do Desenvolvimento Humano 2015: o trabalho como motor do desenvolvimento humano [Internet]. Brasília: PNUD; 2015 [cited 2019 Aug 10]. Available from: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr15_overview_pt.pdf

18. Borges ALV, Barrett G, Santos OA, Nascimento NC, Cavalhieri FB, Fujimori E. Evaluation of the psychometric properties of the London Measure of Unplanned Pregnancy in Brazilian Portuguese. BMC Pregnancy Childbirth. 2016 Aug;16(1):244. doi: http://doi.org/10.1186/s12884-016-1037-2

19. Kanyangarara M, Munos MK, Walker N. Quality of antenatal care service provision in health facilities across sub-Saharan Africa: evidence from nationally representative health facility assessments. J Glob Health. 2017 Dec;7(2):021101. doi: http://doi.org/10.7189/jogh.07.021101

20. Dias EG, Oliveira CKN, Souza ELS. Barriers found by adolescent moms for early adherence to prenatal care. J Health NPEPS. 2020;5(1):160-73. doi: http://doi.org/10.30681/252610104435

21. Mekonnen T, Dune T, Perz J, Ogbo FA. Trends and determinants of antenatal care service use in Ethiopia between 2000 and 2016. Int J Environ Res Public Health. 2019 Mar;16(5):748. doi: http://doi.org/10.3390/ijerph16050748

22. Mário DN, Rigo L, Boclin KMS, Malvestio LMM, Anziliero D, Horta BL et al. Quality of Prenatal Care in Brazil: National Health Research 2013. Ciênc Saúde Coletiva. 2019 Mar;24(3):1223-32. doi: http://doi.org/10.1590/1413-81232018243.13122017

23. Okedo-Alex IN, Akamike IC, Ezeanosike OB, Uneke CJ. Determinants of antenatal care utilisation in sub-Saharan Africa: a systematic review. BMJ Open. 2019;9:e031890. doi: http://doi.org/10.1136/ bmjopen-2019-031890

24. Muchie KF. Quality of antenatal care services and completion of four or more antenatal care visits in Ethiopia: a finding based on a demographic and health survey. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17:300. doi: http://doi.org/10.1186/s12884-017-1488-0

25. Fagbamigbe AF, Idemudia ES. Assessment of quality of antenatal care services in Nigeria: evidence from a population-based survey. Reprod Health. 2015 Sep;12:88. doi: http://doi.org/10.1186/s12978-015-0081-0

26. Bagambe PG, Umubyeyi A, Luginaah I. Effect of pregnancy intention on the timing and sustained use of antenatal care services in Rwanda. Afr J Reprod Health. 2021 Feb;25(1):90. doi: http://doi.org/10.29063/ajrh2021/v25i1.11

27. Borges ALV, Gonçalves RRS, Chofakian CBN, Nascimento NC, Figueiredo RMMD, Fujimori E, et al. Uso da anticoncepção de emergência entre mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde em três capitais Brasileiras. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2020 Jan [cited 2020 Jul 07]. Available from: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/uso-da-anticoncepcao-de-emergencia-entre-mulheres-usuarias-de-unidades-basicas-de-saude-em-tres-capitais-brasileiras/17487?id=17487&id=17487&id=17487

28. Nascimento NC, Borges ALV, Fujimori E. Preconception health behaviors among women with planned pregnancies. Rev Bras Enferm. 2019 Dec;72(Suppl 3):17-24. doi: http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0620

29. Goudard MJF, Simões VMF, Batista RFL, Queiroz RCS, Alves MTSSB, Coimbra LC, et al. Inadequacy of the content of prenatal care and associated factors in a cohort in the northeast of Brazil. Ciênc Saúde Coletiva. 2016 Apr;21(4):1227-38. doi: http://doi.org/10.1590/1413-81232015214.12512015

30. Saavedra JS, Cesar JA. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2015 May;31(5):1003-14. doi: http://doi.org/10.1590/0201-311X00085014

31. Mohammed S, Yakubu I, Awal I. Sociodemographic factors associated with women's perspectives on male involvement in antenatal care, labour, and childbirth. J Pregnancy. 2020;2020:6421617. doi: http://doi.org/10.1155/2020/6421617

32. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio G. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015 July;(7):CD000934. doi: http://doi.org/10.1002/14651858.CD000934.pub3

Contribución de los autores:

Concepción y dibujo de la pesquisa: Belarmina Reis-Muleva, Ana Luiza Vilela Borges. **Obtención de datos:** Belarmina Reis-Muleva. **Análisis e interpretación de los datos:** Belarmina Reis-Muleva, Luciane Simões Duarte, Ana Luiza Vilela Borges. **Análisis estadístico:** Luciane Simões Duarte, Ana Luiza Vilela Borges. **Obtención de financiación:** Ana Luiza Vilela Borges. **Redacción del manuscrito:** Belarmina Reis-Muleva, Luciane Simões Duarte, Carla Marins Silva, Luciana Magnoni Reberte Gouveia, Ana Luiza Vilela Borges. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Luciane Simões Duarte, Carla Marins Silva, Luciana Magnoni Reberte Gouveia, Ana Luiza Vilela Borges.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Autor de correspondencia:
Belarmina Reis-Muleva
E-mail: belarminareis@gmail.com
https://orcid.org/0000-0001-6697-6872

Recibido: 11.10.2020
Aceptado: 17.04.2021

Editora Asociada:
Lucila Castanheira Nascimento

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.
Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.