

Proceso y resultado del cuidado prenatal según los modelos de atención primaria: estudio de cohorte*

Renata Leite Alves de Oliveira¹

 <https://orcid.org/0000-0003-3310-4175>

Anna Paula Ferrari^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-5370-4349>

Cristina Maria Garcia de Lima Parada¹

 <https://orcid.org/0000-0002-9597-3635>

Objetivo: evaluar los indicadores de proceso y resultado del cuidado prenatal desarrollado en la atención primaria, comparando los modelos de atención tradicional y Estrategia Salud de la Familia. **Método:** estudio de cohorte, realizado con una muestra intencional de 273 madres/bebés captados en el período neonatal y acompañados por un año. Se adoptó un referencial de evaluación de Donabedian y los datos fueron discutidos a partir de la Determinación Social de la Salud. La variable independiente fue el modelo de atención. Las variables dependientes, en la evaluación de proceso, se relacionaban a la calidad del prenatal y al puntaje de calidad creado y en la evaluación de resultado, a las condiciones de nacimiento y primer año de vida. La evaluación de proceso fue realizada por estimativa del riesgo relativo y la de resultado, por Modelo de Regresión Múltiple de Cox. **Resultados:** fueron identificados menores rentas y riesgo de bajo puntaje de calidad pre-natal en las Unidades de Salud de la Familia, donde ocurrió más consulta de puerperio y acciones de educación en salud. No hubo diferencia en los indicadores de resultado. **Conclusión:** posiblemente, la mejor calidad de la atención prenatal fue capaz de minimizar efectos socioeconómicos negativos encontrados en la salud de la familia, de modo que los indicadores de resultado fueron semejantes en ambos modelos de atención primaria.

Descriptor: Cuidado Pre-Natal; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud; Atención Primaria a la Salud; Estrategia Salud de la Familia; Salud del Niño; Salud de la Mujer.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "Resultado do cuidado pré-natal considerando os diferentes modelos de atenção primária", presentada en la Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, SP, Brasil. Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil, proceso nº 2015/03256-1.

¹ Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, SP, Brasil.

² Becario de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

Cómo citar este artículo

Oliveira RLA, Ferrari AP, Parada CMGL. Process and outcome of prenatal care according to the primary care models: a cohort study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3058. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2806.3058>. mes día año
URL

Introducción

El período perinatal se mantiene entre las prioridades de las políticas públicas globales, pues a pesar del progreso significativo alcanzado en los últimos 15 años en la reducción de las muertes en ese período, se mantienen números inaceptablemente altos de óbitos maternos y neonatales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone dos agendas complementarias: Estrategias para acabar con las muertes maternas evitables y el Plan de acción para todos los recién nacidos, tanto articulada a la nueva Estrategia Mundial de la Salud de las Mujeres, Niños y Adolescentes en la época de Objetivos de Desarrollo Sostenible después de 2015⁽¹⁾.

En Brasil, la atención de calidad al grupo materno-infantil todavía constituye desafío y así, cuestiones como acceso precoz al prenatal y constante búsqueda activa de gestantes sin atención; la identificación de riesgo en la gestación, con integración de programas y actividades en redes de atención y desarrollo de acciones de educación en salud deben ser consideradas prioritarias en el ámbito de la atención primaria⁽²⁾. En este sentido, la Salud de la Familia es considerada una nueva forma de organización del trabajo en salud y estrategia prioritaria para la consolidación y expansión de los servicios de salud, sin romper totalmente con el modelo tradicional, pero buscando perfeccionar las prácticas, para resultar en mejoría de las acciones asistenciales y en los determinantes de morbimortalidad⁽³⁾. Enfatiza el vínculo entre profesional y usuario y, así, cuenta con acciones que posibilitan conocer la realidad particular de cada individuo y familia, lo que constituye una de las herramientas para su consolidación⁽⁴⁻⁵⁾.

Las Unidades Básicas de Salud de la Estrategia de Salud de la Familia (UBS-SF) cuentan con equipos compuestas por médicos, enfermeros, auxiliares o técnicos de enfermería y agentes comunitarios de salud y se dirigen al favorecimiento del vínculo entre los profesionales y usuarios, potenciando responsabilidad sanitaria de los equipos y posibilitando la continuidad del cuidado. Las Unidades Básicas de Salud de modelo tradicional (UBS-T) tienden a mantener profesionales fuertemente orientados por el modelo biomédico y curativo, centrado en el individuo y cuentan con equipos de acuerdo con las características y necesidades de cada municipio. La presencia del profesional agente comunitario de salud no es solicitada en la estructuración mínima de los equipos de modelo tradicional, a diferencia de lo que se preconiza para los equipos de Estrategia Salud de la Familia. En ambos modelos de atención los profesionales actúan con adscripción de la clientela en área de alcance delimitado⁽⁶⁾.

Ambos modelos de atención: UBS-SF y UBS-T desarrollan acciones dirigidas al grupo materno infantil.

Específicamente, con relación a la asistencia prenatal, un estudio realizado en el sur de Brasil comparando los modelos tradicional y la Estrategia de la Salud de la Familia encontró en este último, más orientaciones sobre lactancia materna, anticoncepción postparto, consulta de puerperio, cuidados con el recién nacido, tipo de parto y sobre la realización del examen para detectar el Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH). También las gestantes atendidas en la Estrategia tuvieron más frecuentemente las mamas examinadas y procedimientos como la verificación de la presión arterial y altura uterina realizados, donde los autores refuerzan la importancia de este modelo para la atención a la salud de la mujer⁽⁷⁾.

En el municipio de Botucatu/SP, donde el presente estudio fue desarrollado, coexisten los modelos UBS-T y UBS-SF. En comparación con la calidad del cuidado prenatal, la investigación publicada en 2013, con datos relativos al año 2010, indicó similitud en la estructura e indicadores-síntesis de proceso más favorables en las UBS-SF: conjunto de exámenes preconizados para el primero y el tercer trimestres (OR=6,68, IC=3,78-11,87); seis consultas y conjunto de exámenes (OR=4,26, IC=2,46-7,39) y orientación nutricional y sobre los signos de alerta en el término (OR=12,26, IC=6,36-23,94). En el caso de las UBS-SF, se observó una serie de actividades preconizadas, que consideró la realización de seis consultas, del conjunto de exámenes, de la vacuna contra el tétano y de la consulta puerperal (OR=4,02, IC=2,04 -8,01)⁽⁸⁾.

Varios estudios brasileños evalúan la atención prenatal a partir de las actividades desarrolladas, o proceso de atención^(7,9-10); sin embargo, no se identificaron investigaciones dirigidas a la evaluación de los resultados de ese cuidado que buscaban relaciones con indicadores del primer año de vida y que considerasen los diferentes modelos de atención. Así, el presente estudio, tuvo por objetivo evaluar indicadores de proceso y resultado del cuidado prenatal desarrollado en la atención primaria, comparando los modelos de atención tradicional y Estrategia Salud de la Familia.

Método

Estudio de cohorte prospectiva, dirigido a la evaluación del cuidado prenatal. La fuente de datos fue el estudio Cohorte de Lactantes de Botucatu CLaB, que tuvo por objetivo conocer datos, eventos y situaciones relacionadas a la salud de niños residentes en dicho municipio, a lo largo del primer año de vida.

Se desarrolló en un municipio situado en la región centro-sur del estado de São Paulo, con una población estimada de 144.820 habitantes⁽¹¹⁾ para el año 2018. Pertenece al Departamento Regional de Salud VI (DRS VI), Bauru, con otros 67 municipios. Para atención al prenatal de riesgo habitual en el Sistema Único de Salud, cuenta con ocho UBS-T y 12 UBS-SF, con quince

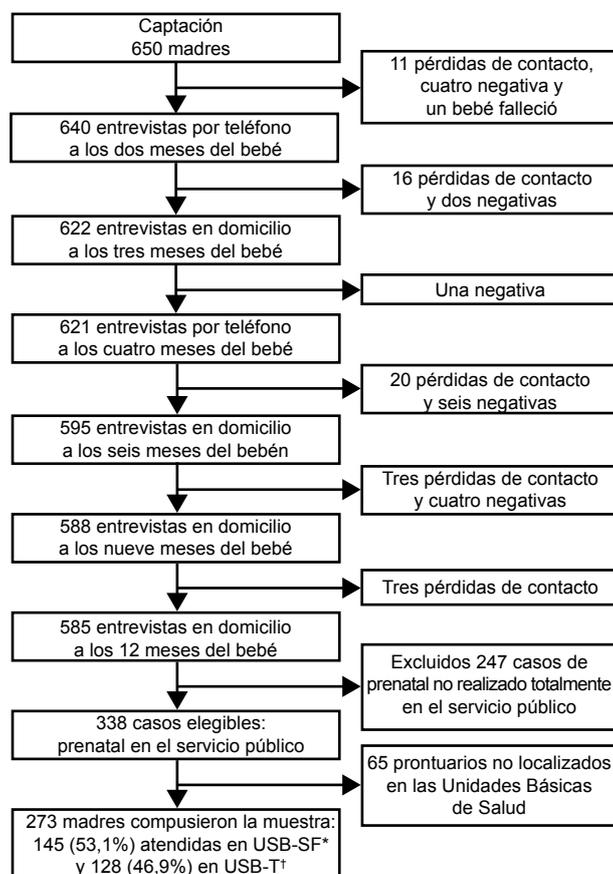
equipos. El seguimiento prenatal patológico se realiza en el Hospital de Enseñanza, referencia para otros municipios del DRS VI y único servicio público para atención al parto, tanto de riesgo habitual como de alto riesgo, en el municipio de Botucatu.

Los criterios de inclusión en la cohorte fueron: ser madre de recién nacido, residir en Botucatu y tener condición de responder a las entrevistas. El reclutamiento fue realizado en el período del 27 de julio de 2015 al 2 de febrero de 2016, en servicio de atención básica de triaje neonatal, responsable por la atención de todos los recién nacidos del municipio en el primer mes de vida, independientemente de que el parto haya sido en el servicio público o privado. Cuando la inclusión en la cohorte, constituyeron fuentes de datos: entrevista con la madre, ficha de atención en el servicio de triaje neonatal, la tarjeta de la gestante y la libreta del niño. Se recogieron datos para caracterización de las participantes relativos al proceso de atención prenatal, al parto y nacimiento. La cohorte fue seguida en otros seis momentos para la recolección de datos referentes a la lactancia materna e introducción de alimentación complementaria: a los dos y cuatro meses, a partir de entrevista telefónica y a los tres, seis, nueve y 12 meses de vida del niño, por visita domiciliaria. El seguimiento terminó en febrero de 2017.

En total, 650 madres ingresaron a la cohorte. En el seguimiento se produjeron 65 pérdidas/rechazos (10%), resultando en 585 binomios (madres y bebés) acompañados hasta el 12º mes de vida, de los cuales 338 casos eran elegibles para ese estudio, por haber sido acompañados exclusivamente en el servicio público durante el transcurso de atención prenatal. Se analizó una muestra intencional constituida por 273 madres, cuyos prontuarios fueron localizados en las Unidades Básicas de Salud (Figura 1).

Se destaca que las proporciones intencionalmente obtenidas, 128 binomios madres/bebés (46,9%) atendidos en UBS-T y 145 (53,1%) en UBS-SF, son semejantes a aquellas encontradas cuando se considera el lugar de seguimiento de las gestantes de Botucatu del año 2017: 48,4% en UBS-T y 51,6% en UBS-SF⁽¹²⁾. También se destaca que el lugar en que el reclutamiento ocurrió atiende a mujeres de todas las unidades básicas de salud del municipio.

Todos los instrumentos utilizados en la recolección de datos fueron construidos específicamente para este estudio y testados en 12 púrpas no incluidas en la muestra, para ajustar las cuestiones que podrían presentar dificultades. La recolección de datos fue realizada por un equipo debidamente capacitado y remunerado, supervisado por una de las autoras de este



*UBS-SF = Unidades Básicas de Salud de la Estrategia de la Salud de la Familia; †UBS-T = Unidades Básicas de Salud de modelo tradicional

Figura 1 – Diagrama de flujo de la formación de la cohorte y de la composición de la muestra intencional de este estudio. Botucatu, 2015-2017

estudio. La integridad de las entrevistas fue verificada por teléfono, en una muestra aleatoria del 5% de los participantes, por intermedio de re-entrevistas realizadas por la supervisora de campo, también responsable por la verificación de inconsistencias y corrección de la base de datos.

Los datos obtenidos fueron discutidos a la luz del marco teórico de la determinación social de la salud, cuyos estudios iniciaron en la década de 1970, a fin de subsidiar la comprensión de las relaciones sociales existentes en el proceso salud-enfermedad y la causalidad de los problemas de salud. En esta perspectiva, analizar los servicios de salud y la extensión de la cobertura de los cuidados auxilia en la búsqueda por la mejora de la calidad de la asistencia prestada⁽¹³⁾.

Se adoptó el referencial metodológico de evaluación propuesto en la década de 1980 por Donabedian⁽¹⁴⁾, específicamente en cuanto a los componentes proceso y resultados. Para este autor, el estudio del proceso contempla las acciones que componen la atención a la salud, incluyendo el diagnóstico, tratamiento, atención preventiva y educación en salud y, por eso, su medición es casi equivalente a la medición de la calidad de la atención. El resultado contempla los efectos de la asistencia sanitaria sobre las personas o las poblaciones, los cambios en su estado de salud.

Así, se presenta un análisis sobre indicadores de calidad del proceso de atención prenatal según el modelo de atención a la salud y el efecto sobre indicadores de salud precoces (bajo peso al nacer, amamantamiento en la primera hora de vida, necesidad de internación en Unidad de Terapia Intensiva o de Cuidados Intermediarios Neonatales e problemas del parto en el alta) y tardíos (lactancia exclusiva a los seis meses y lactancia a los 12 meses).

La variable independiente (exposición) fue modelo de atención del prenatal, tanto para análisis de proceso y de resultado, categorizada en UBS-T y UBS-SF.

Para el análisis de los indicadores de proceso, las variables dependientes fueron seleccionadas tomando como base las recomendaciones del Ministerio de Salud brasileño y abordadas en otros estudios de evaluación de la calidad prenatal^(7,15-17) y obtenidas a partir de los datos de la tarjeta de visita prenatal y prontuario de atención en la Atención Básica (sí, no): inicio hasta 12 semanas; al menos seis consultas; todos los exámenes del primer trimestre (hemoglobina y hematocrito, glucemia en ayunas, seroposias: sífilis, VIH, hepatitis B y toxoplasmosis, orina simple, urocultura y tipo de sangre); ultrasonografía en el primer trimestre; todos los exámenes del tercer trimestre (hemoglobina y hematocrito; glucemia en ayunas, seroposias: sífilis, VIH, hepatitis B y toxoplasmosis, orina simple, y urocultura); la educación en salud (se consideró que hubo educación en salud cuando la madre dijo haber sido orientada sobre alimentación, actividad física, señales de alerta

en el término y tipo de parto) y consulta de puerperio (realizada hasta 42 días después del parto).

Para cada respuesta sí (mejor situación), se asignó un punto. Así, esas siete variables utilizadas para evaluar la calidad del proceso prenatal permitieron la construcción del puntaje, que varió de cero (peor situación) a siete puntos (mejor situación). Se consideró el puntaje bajo cuando igual o inferior a tres puntos y ese valor fue establecido después de evaluar el puntaje medio y mediano del grupo: 3,1 y 3, respectivamente.

Para el análisis de resultados, según lo propuesto por Donabedian⁽¹⁴⁾, las variables dependientes (desenlace) fueron: bajo peso al nacer (sí, no); problemas en el parto (sí, no); ausencia de lactancia materna en la primera hora de vida (sí, no); necesidad de internación en Unidad de Terapia Intensiva (UTI)/Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) después del nacimiento (sí, no); problemas con el recién nacido del parto en el alta (sí, no); ausencia de lactancia materna exclusiva a los seis meses de vida (sí, no) y destete a los 12 meses de vida (sí, no). Los indicadores relativos al nacimiento fueron obtenidos de la ficha de atención de los niños en el servicio neonatal y cuaderno del bebé y los demás, fueron durante una entrevista con las madres.

Como confundidores, se incluyeron las variables: edad materna en el parto en años (hasta 19, 20 o más); años de aprobación escolar (hasta ocho, nueve o más); color (no blanco, blanco); presencia de compañero (sí, no); trabajo materno remunerado (sí, no); ingreso per cápita familiar menor o igual a medio salario mínimo (sí, no); primigestación (sí, no); gestación aceptada por la madre (sí, no); problemas durante la gestación que requirió atención en la maternidad (sí, no); problema con el recién nacido en el parto (sí, no) y tipo de parto (vaginal, cesárea). Todas estas variables fueron obtenidas a partir de la entrevista con la madre. Para la identificación del ingreso per cápita familiar se indagó sobre el rendimiento de la familia en reales, se dividió por el número de personas dependientes de esa renta y se realizó la clasificación, considerando el valor del Salario Mínimo (SM) de Brasil en 2016.

Los puntajes de calidad prenatal media y mediana, con las respectivas desviaciones estándar (DE) y los valores mínimo (min) y máximo (max), respectivamente, fueron identificados, según modelo de atención y comparados por el Test de Mann-Whitney. El análisis de los potenciales confundidores y de los indicadores de proceso del prenatal fue realizado por estimación del riesgo relativo (RR). Después, el riesgo de ocurrencia de eventos del recién nacido que expresan el resultado de la atención a la salud, según lo propuesto por Donabedian⁽¹⁴⁾, en función del modelo de atención, fue analizado estimando el RR por Modelo de Regresión Múltiple de Cox, ajustado por los potenciales confundidores ($p < 0,20$). Las relaciones se consideraron significativas si $p < 0,05$. Los análisis se

realizaron con el software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 21.0.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de Botucatu de la Universidad Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" bajo Certificado 7628714.8.0000.5411.

Resultados

Las mujeres que hicieron prenatal en las UBS-SF tuvieron significativamente mayor riesgo de ingreso per cápita igual o inferior a 0,5 SM (RR=1,52, IC95%=1,04-2,21), cuando comparadas a aquellas que se realizaron prenatal en las UBS-T (Tabla 1).

Tabla 1 – Características sociodemográficas maternas, del prenatal y parto, según modelo de atención a la salud. Botucatu, SP, Brasil, 2015-2017

Variables	UBS-T* (N=128)		UBS-SF† (N=145)		RR‡ (IC95%)§
	N	%	N	%	
Edad en años					
Hasta 19	23	17,9	34	23,4	1,30 (0,77-2,21)
20 o más	105	82,1	111	76,6	1
Años de aprobación escolar					
Hasta 8	27	21,1	44	30,3	1,44 (0,89-2,32)
9 o más	101	78,9	101	69,7	1
Color					
No Blanca	59	46,1	69	47,6	1,03 (0,73-1,46)
Blanca	69	53,9	76	52,4	1
Compañero					
No	24	18,7	23	15,9	0,84 (0,48-1,50)
Sí	104	81,3	122	84,1	1
Trabajo remunerado					
No	65	50,8	91	62,8	1,23 (0,90-1,70)
Sí	63	49,2	54	37,2	1
Renta < 0,5 SM Per Cápita					
Sí	43	33,6	74	51,0	1,52 (1,04-2,21)
No	85	66,4	71	49,0	1
Primigesta					
No	69	53,9	84	57,9	1,07 (0,78-1,48)
Sí	59	46,1	61	42,1	1
Gestación aceptada					
No	20	15,6	12	8,3	0,53 (0,26-1,08)
Sí	108	84,4	133	91,7	1
Problemas de prenatal					
Sí	85	66,4	83	57,2	0,86 (0,63-1,16)
No	43	33,6	62	42,8	1
Problemas en el parto					
Sí	23	17,9	20	13,8	0,77 (0,42-1,40)
No	105	82,1	125	86,2	1
Tipo de parto					
Cesárea	43	33,6	47	32,4	0,96 (0,64-1,46)
Vaginal	85	66,4	98	67,6	1

*UBS-T = Unidades Básicas de Salud de modelo tradicional; †UBS-SF = Unidades Básicas de Salud de la Estrategia Salud de la Familia; ‡RR = Riesgo Relativo; §IC 95% = Intervalo de Confianza de 95%; ||SM = salario mínimo de Brasil, valor R\$ 880,00 en 01/01/2016

El riesgo de baja puntuación de calidad fue menor en las UBS-SF (RR=0,70, IC95%=0,52-0,95), mientras que el riesgo de hacer consulta de puerperio (RR=1,48, IC95%=(1,08-2,04) y de recibir educación en salud (RR=13,70, IC95%=3,27-57,17) fue mayor en esas Unidades, cuando comparadas a las UBS-T (Tabla 2).

Tabla 2 – Proceso de atención prenatal, a partir del puntaje de calidad y variables que lo compone, según modelo de atención a la salud. Botucatu, SP, Brasil, 2015-2017

Variables	UBS-T* (N=128)		UBS-SF† (N=145)		RR‡ (IC95%)§
	N	%	N	%	
Inicio precoz (hasta 12 semanas)					
Sí	76	59,4	92	63,4	1,07 (0,79-1,45)
No	52	40,6	53	36,6	1
Por lo menos seis consultas					
Sí	102	79,7	124	85,5	1,07 (0,82-1,39)
No	26	20,3	21	14,5	1
Exámenes de primer trimestre					
Sí	48	37,5	66	45,5	1,21 (0,83-1,76)
No	80	62,5	79	54,5	1
Ultrasonido en el primer trimestre					
Sí	27	21,1	47	32,4	1,54 (0,96-2,48)
No	101	78,9	98	67,6	1
Exámenes del tercer trimestre					
Sí	32	25,0	51	35,2	1,40 (0,90-2,19)
No	96	75,0	94	64,8	1
Educación en salud					
Sí	39	30,5	104	71,7	13,70 (3,27-57,17)
No	89	69,5	41	28,3	1
Consulta de puerperio					
Sí	60	46,9	101	69,7	1,48 (1,08-2,04)
No	68	53,1	44	30,3	1
Bajo puntaje (≤3)					
Sí	93	72,7	74	51,0	0,70 (0,52-0,95)
No	35	27,3	71	49,0	1

*UBS-T = Unidades Básicas de Salud de modelo tradicional; †UBS-SF = Unidades Básicas de Salud de la Estrategia Salud de la Familia; ‡RR = Riesgo Relativo; §IC 95% = Intervalo de Confianza de 95%

La puntuación de calidad del prenatal mediano para los dos modelos de atención fue 3,0, variando entre 0-6 y 0-7, respectivamente, para UBS-T y UBS-SF. La puntuación promedio fue significativamente mayor ($p < 0,001$) en las UBS-SF (3,53, DE = 1,50) que en las UBS-T (2,71, DE = 1,33) (datos no presentados en la tabla).

No hubo diferencia entre UBS-T y UBS-SF para los indicadores precoces estudiados, cuando considerados los confundidores: aprobación escolar igual o inferior a 8 años, trabajo materno remunerado e ingreso per cápita familiar igual o inferior a 0,5 salarios mínimos (Tabla 3).

También no hubo diferencia entre UBS-T y UBS-SF para los indicadores tardíos, cuando considerados los confundidores: aprobación escolar igual o inferior a 8 años, trabajo materno remunerado y renta per cápita familiar igual o inferior a 0,5 salarios mínimos (Tabla 4).

Discusión

El análisis de los indicadores de proceso de atención prenatal, a partir del puntaje creado, mostró mejor situación para mujeres atendidas en las UBS-SF. Sin embargo, no hubo diferencia entre los modelos de atención básica con relación al resultado de la asistencia,

tanto cuando se consideran los indicadores precoces, como los tardíos.

También, se mostró que las mujeres atendidas en las UBS-SF tenían peores condiciones socioeconómicas, ya que más a menudo fueron clasificadas en el grupo de menores ingresos y, por lo tanto, se esperaban entre ellas peores indicadores.

Tabla 3 – Regresión múltiple de Cox referente a los indicadores de resultados precoces, según modelo de atención (UBS-T/USF-SF)*. Botucatu, SP, Brasil, 2015-2017

Indicadores Precoces	RR [†] (IC95%) [‡]			
	Bajo peso al nacer	Ausencia de lactancia en la 1ª hora de vida	Internación UTI/UCI [§]	Problemas del parto al alta
UBS-T/USF-SF*	0,89(0,23-3,45)	0,77(0,47-1,26)	0,63(0,29-1,36)	1,07(0,69-1,66)
Aprobación escolar	1,32(0,30-5,68)	1,03(0,57-1,84)	1,11(0,48-2,60)	0,99(0,60-1,64)
Trabajo remunerado	0,74(0,18-3,06)	0,87(0,52-1,45)	1,07(0,48-2,35)	1,10(0,69-1,73)
Renta < 0,5 SM PC [¶]	1,88(0,45-7,82)	0,70(0,41-1,21)	1,07(0,48-2,36)	0,88(0,55-1,40)
Gestación aceptada	0,0(0,0-0,0)	1,03(0,49-2,18)	1,80(0,72-4,50)	1,27(0,68-2,37)

*UBS-T/USF-SF = Unidades Básicas de Salud de modelo Tradicional/Unidades Básicas de Salud de la Estrategia Salud de la Familia; †RR = Riesgo Relativo; ‡IC 95% = Intervalo de Confianza de 95%; §UTI/UCI = Unidad de Terapia Intensiva/Unidad de Cuidados Intermedios; ||SM = salario mínimo de Brasil, valor R\$ 880,00 en 01/01/2016; ¶PC = Per Cápita

Tabla 4 – Regresión múltiple de Cox referente a los indicadores de resultados tardíos, según modelo de atención (UBS-T/USF-SF)*. Botucatu, SP, Brasil, 2015-2017

Indicadores Tardíos	RR [†] (IC95%) [‡]	
	Ausencia de LME [§] en el sexto mes de vida	Desmame a los 12 meses de vida
UBS-T/USF-SF*	0,99 (0,73-1,33)	0,90 (0,64-1,25)
Aprobación escolar	1,01 (0,71-1,43)	0,93 (0,62-1,38)
Trabajo remunerado	0,85 (0,62-1,15)	0,97 (0,69-1,37)
Renta < 0,5 SM Per Cápita	1,12 (0,82-1,53)	0,92 (0,64-1,31)
Gestación aceptada	1,09 (0,71-1,68)	1,20 (0,74-1,94)

*UBS-T/USF-SF = Unidades Básicas de Salud de modelo Tradicional/Unidades Básicas de Salud de la Estrategia Salud de la Familia; †RR = Riesgo Relativo; ‡IC 95% = Intervalo de Confianza de 95%; §LME = Lactancia Materna Exclusiva; ||SM = salario mínimo de Brasil, valor R\$ 880,00 en 01/01/2016

Se sabe mucho que la salud-enfermedad se produce y distribuye en la sociedad mediante fuertes procesos de determinación social, económica, cultural, ambiental, política, entre otros. En el plano mundial, incluso, recientemente se encuentran iniciativas dirigidas al fomento de políticas inspiradas en el referencial de los Determinantes Sociales de la Salud que, en síntesis, plantea que las condiciones económicas y sociales influyen decisivamente las condiciones de salud de personas y poblaciones, aunque no todos los determinantes sean igualmente importantes. Así, destaca como más relevantes aquellos que generan estratificación social, llamados determinantes estructurales, y entre ellos está la distribución de la renta⁽¹⁸⁾.

Considerando lo anterior, se esperaban peores indicadores en el grupo UBS-SF, por la peor condición de ingreso, lo que no ocurrió. Posible interpretación para los hallazgos de este estudio viene del hecho de que estas mujeres recibieron atención prenatal más

cualificada, y esta condición puede haber minimizado el efecto desfavorable de la pobreza.

En contraste, un estudio sobre el prenatal realizado en el Sistema Único de Salud (SUS), en microrregión del Espíritu Santo, de acuerdo con los procedimientos propuestos por el Ministerio de Salud brasileño, evaluó esta asistencia como inadecuada, principalmente entre las mujeres de menor ingreso y usuarias del Programa de Agentes Comunitarios de Salud⁽¹⁹⁾.

En el abordaje aislado de las variables que compusieron el puntaje de calidad, se observa mejor desempeño de las UBS-SF en las acciones de educación en salud. En este contexto, se ha destacado el papel diferencial del enfermero, por actuar desde la sensibilización sobre la importancia del seguimiento en ese período, hasta la comprensión del significado de este momento en la vida de la gestante⁽²⁰⁾. Un estudio reciente en Portugal corrobora esta afirmación, ya que entre las madres consideradas con un mayor nivel de conocimiento, más de la mitad dijo

que la enfermera es la principal fuente de información durante la atención prenatal⁽²¹⁾.

Una investigación de naturaleza teórica, que sostiene ser la Estrategia Salud de la Familia innovación tecnológica en el campo de la salud, en lo que se refiere al trabajo desarrollado, incluye la asistencia realizada, agregando múltiples dimensiones, entre ellas las acciones educativas, lo que evidencia la importancia de su realización⁽³⁾. En lo que se refiere a estas acciones, se abordaron en el presente estudio los hábitos de vida, como actividad física y alimentación sana, así como importantes aspectos relacionados al parto y nacimiento, como signos de alerta al término del embarazo y tipo de parto. El mejor resultado encontrado, en que las gestantes atendidas por las UBS-SF recibieron más orientaciones durante el prenatal que las atendidas por las UBS-T (RR=13,70, IC=3,27-57,17), también fue observado en un estudio similar realizado en el sur de Brasil en 2012⁽⁷⁾. Por otro lado, estudio sobre la práctica de la educación en salud en UBS-SF apuntó que la formación académica recibida por los profesionales de esas unidades, en general, es insuficiente para subsidiarlos en el efectivo trabajo con la comunidad, constituyendo obstáculo a ser superado⁽²²⁾.

En ambos modelos de atención la cobertura de la consulta de puerperio fue baja, aunque fue significativamente mayor en las UBS-SF (69,7%) que en las UBS-T (46,9%). En el mismo municipio, estudio de 2012⁽⁸⁾ indicó que el 58,2% de las mujeres que hicieron prenatal en las UBS-SF volvieron al servicio de salud después del nacimiento del niño para consulta de puerperio. Así, aunque aún lejos del ideal, hubo mejoría en la cobertura de la consulta de puerperio en el 11,5% en las UBS-SF de Botucatu. No se encontraron datos sobre consulta de puerperio en otros estudios que evaluaron la atención prenatal según el modelo de atención^(7,23).

En cuanto a los indicadores de resultados precoces, a diferencia de los hallazgos de esta investigación, el estudio nacional revela que no haber realizado el prenatal de forma adecuada, o sea, un seguimiento prenatal de baja calidad, disminuye la probabilidad de lactancia en la primera hora de vida⁽²⁴⁾ y, en otra investigación, hubo significancia al correlacionar tiempo de internación en UTI y realización prenatal, siendo que hijos de mujeres que no realizaron el prenatal permanecieron internados por más tiempo. Esta última encuesta citada, corroborando con los hallazgos del presente estudio, no encontró asociación entre problemas al nacer y seguimiento prenatal⁽²⁵⁾.

El bajo peso al nacer, otro indicador de resultado precoz adoptado, fue abordado en estudio sobre la calidad prenatal desarrollada en UBS-SF de la región metropolitana de Campina Grande, Paraíba, siendo

que la conclusión también sugiere que la adecuada asistencia prenatal puede haber amenizado la influencia de las desigualdades socioeconómicas relacionadas con la atención a la salud⁽²⁶⁾.

Con respecto a los indicadores tardíos, independientemente del modelo de atención, una investigación desarrollada en Canadá no demostró relación entre calidad del prenatal y duración de la lactancia en los primeros seis meses del bebé⁽²⁷⁾, hallazgos que corroboran con la presente investigación. En cuanto al destete, estudio realizado en el suroeste de Michigan (EE.UU.) encontró entre las mujeres que iniciaron el prenatal en el primer trimestre de gestación mayor probabilidad de continuar amamantando en relación a aquellas que iniciaron el seguimiento prenatal tardíamente, evidenciando la importancia del seguimiento prenatal⁽²⁸⁾.

Por último, se destaca que el presente estudio fue desarrollado en municipio de mediano porte del interior paulista, siendo posible que los resultados obtenidos también se encuentren en otros municipios con características similares. Una limitación a considerar es el hecho de que parte de los datos se haya obtenido de la ficha de atención de los niños en el servicio neonatal, tarjeta de la gestante y cuaderno del bebé y, así, como en cualquier estudio en que la recolección de datos es dependiente del registro de los profesionales, lo que no estaba registrado, se consideró no haber sido realizado.

Conclusión

Las madres atendidas en las UBS-SF tenían peor condición socioeconómica y la evaluación del proceso de la atención prenatal fue más favorable en ese grupo.

No hubo diferencia entre las UBS-T y UBS-SF con relación a la evaluación de los indicadores de resultado, a pesar de la gran amplitud de los indicadores analizados. Posiblemente, la mejor calidad de la atención prenatal fue capaz de minimizar efectos socioeconómicos negativos, de modo que la evaluación de los indicadores de resultado fue similar entre los dos modelos de atención a la salud.

Referencias

1. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns - the WHO vision. *BJOG*. 2015;122(8): 1045-9. doi:10.1111/1471-0528.13451.
2. Rosa CQ, Silveira DS, Costa JSD. Factors associated with lack of prenatal care in a large municipality. *Rev Saúde Pública*. 2014 Dez;48(6):977-84. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005283.

3. Soratto J, Pires DEP, Donelles S, Lorenzetti J. Family health strategy: a technological innovation in health. *Texto Contexto Enferm*. 2015 Abr-Jun;24(2):584-92. doi: 10.1590/0104-07072015001572014.
4. Santos RCA, Miranda FAN. Importance of the bond between professional and user in Family Health Strategy. *Rev Enferm UFSM*. 2016 Jul/Sep;6(3):350-59. doi: 10.5902/2179769217313.
5. Ilha S, Dias MV, Backes DS, Backes MTS. Professional-patient bond in a team of the Family Health Strategy. *Cienc Cuid Saude*. 2014 Jul/Set;13(3):556-62. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v13i3.1966.
6. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. National Policy of Primary Healthcare 2017: setbacks and risks to the Unified Health System. *Saúde Debate*. 2018 Jan/Mar;42(116):11-24. doi: 10.1590/0103-1104201811601.
7. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TSD. Quality of prenatal care: traditional primary care and Family Health Strategy units in a city in southern Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2012 Abr;28(4):789-800. doi: 10.1590/S0102-311X2012000400018.
8. Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes MABL, Parada CGL. Evaluation of pre-natal care from the perspective of different models in primary care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(2):789-800. doi: 10.1590/S0104-11692013000200011.
9. Vettore MV, Dias M, Vettore MV, Leal, MC. Assessment of quality of prenatal care among pregnant women with a history of premature deliveries using the Brazilian National Health Service in Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2013;13(2):89-100. doi: 10.1590/S1519-38292013000200002.
10. Handell IBS, Cruz MM, Santos MA. Evaluation of antenatal care in selected Family Health Centres in a Midwest Brazilian municipality, 2008-2009. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(1):101-10. doi: 10.5123/S1679-49742014000100010.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017 [cited Mar 28, 2018]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/botucatu/panorama>
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Coordenação Geral de saúde das Mulheres. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited Mai 22, 2018]. Available from: sisprenatal.saude.gov.br/login.jsf
13. Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araujo M. From the notion of social determination to one of social determinants of health. *Saúde Debate*. 2017 Jan/Mar;41(112):63-76. doi: 10.1590/0103-1104201711206.
14. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. [Internet]. 1988 [cited Jan 31, 2018];260(12):1743-48. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3045356>
15. Domingues RMSM, Leal MC, Hartz ZMA, Dias MAB, Vettore MV. Access to and utilization of prenatal care services in the Unified Health System of the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2013 Dec;16(4):953-65. doi: 10.1590/S1415-790X2013000400015.
16. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Adequacy of prenatal care in the National Health System in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2012;28(3):425-37. doi:10.1590/S0102-311X2012000300003.
17. Silva EP, Lima RT, Costa MJC, Filho MB. Development and application of a new index for assessment of prenatal care. *Rev Panam Salud Pública*. [Internet]. 2013 [cited Sept 12, 2018];33(5):356-62. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n5/356-362/pt>
18. Carvalho AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013 [cited Jan 31, 2018]. v.2, p.19-38. Available from: <http://books.scielo.org/id/8pmmmy/pdf/noronha-9788581100166-03.pdf>
19. Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SG, Oliveira AE. Adequacy process of prenatal care according to the criteria of Humanizing of Prenatal Care and Childbirth Program and Stork Network. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014 Fev;36(2):56-64. doi: 10.1590/S0100-72032014000200003.
20. Ribeiro JF, Luz VLES, Sousa AS, Silva GLL, Sousa VC, Sousa MFA. Prenatal contribution to the normal delivery in the conception of the nurse of the family health strategy. *Rev Interd [Internet]*. 2016 [cited Jan 28, 2019];9(1):161-70. Available from: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/521/pdf_296
21. Cardoso AMR, Marín HF. Gaps in the knowledge and skills of Portuguese mothers associated with newborn health care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e2997. doi: 10.1590/1518-8345.1859.2997.
22. Oliveira SRG, Wendhausen ALP. Resignifying education in health: difficulties and possibilities of the Family Health Strategy. *Trab Educ Saúde*. 2014 Abr/Jun;12(1):129-47. doi:10.1590/S1981-77462014000100008.
23. Caldeira AP, Santana KR, Carneiro JA, Faria AA. Quality of maternal and child health care in different models of

- Primary Health Care. Rev APS. 2010;13(2):196-201. doi: 10.1590/S1413-81232010000800018.
24. Sá NNB, Gubert MB, Santos W, Santos LMP. Factors related to health services determine breastfeeding within one hour of birth in the Federal District of Brazil, 2011. Rev Bras Epidemiol. 2016 Sept;19(3):509-24. doi: 10.1590/1980-5497201600030004.
25. Basso CG, Neves ET, Silveira A. The association between attending prenatal care and neonatal morbidity. Texto Contexto - Enferm. 2012 June;21(2):269-76. doi:10.1590/S0104-07072012000200003.
26. Pedraza FD, Rocha AC, Cardoso MV. Prenatal care and birth weight: an analysis in the context of family health basic units. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013;35(8):349-56. doi: 10.1590/S0100-72032013000800003.
27. Costanian C, Macpherson AK, Tamim H. Inadequate prenatal care use and breastfeeding practices in Canada: a national survey of women. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16:100. doi: 10.1186/s12884-016-0889-9.
28. Brand E, Kothari C, Stark MA. Factors related to breastfeeding discontinuation between hospital discharge and 2 weeks postpartum. J Perinat Educ. 2011;20(1):36-44. doi: 10.1891/1058-1243.20.1.36.

Recibido: 22.06.2018

Aceptado: 19.02.2019

Autor correspondiente:
Cristina Maria Garcia de Lima Parada
E-mail: cparada@fmb.unesp.br
 <https://orcid.org/0000-0002-9597-3635>

Copyright © 2019 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.