



Orientaciones recibidas en el cuidado prenatal de mujeres brasileñas

Counseling received in prenatal care by Brazilian women

Orientações recebidas no cuidado pré-natal pelas mulheres brasileiras

Como citar este artículo:

Souza ACAT, Rocha MGA, Silva KL, Schreck RSC, Martins EF, Santos NCP, Felisbino-Mendes MS. Counseling received in prenatal care by Brazilian women. Rev Esc Enferm USP. 2025;59:e20240198. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0198en>

-  Ana Clara Alves Tomé de Souza¹
-  Marina Garcia Avelar Rocha¹
-  Kênia Lara Silva²
-  Rafaela Siqueira Costa Schreck³
-  Eunice Francisca Martins³
-  Nágela Cristine Pinheiro Santos³
-  Mariana Santos Felisbino-Mendes³

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Aplicada, Belo Horizonte, MG, Brasil.

³ Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Belo Horizonte, MG, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the counseling received during prenatal care by Brazilian women and its association with sociodemographic and healthcare characteristics. **Method:** A cross-sectional study using data from the Brazilian National Health Survey 2013 and 2019 editions. Women aged 18 to 49 who had prenatal care up to two years prior to the survey (1,851 in 2013 and 2,819 in 2019) were studied. Prevalence rates were estimated with their 95% Confidence Intervals for the different guidelines. Prevalence rates, unadjusted Prevalence Ratio and 95% Confidence Interval were then estimated according to sociodemographic and healthcare variables. **Results:** The results reveal inequalities in the counseling received during prenatal care, especially among women living in less developed regions of the country, with brown/black skin color, low levels of education, and who receive prenatal care in the public health system. **Conclusion:** Counseling is provided by professionals, with emphasis on counseling on referral maternity, but there are inequities in the provision of this counseling.

DESCRIPTORS

Health Education; Prenatal Care; Socioeconomic Factors; Women's Health; Health Inequities.

Autor correspondiente:

Mariana Santos Felisbino-Mendes
Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia
30130-100 – Belo Horizonte, MG, Brasil
marianafelisbino@yahoo.com.br

Recibido: 08/07/2024
Aprobado: 09/01/2025

INTRODUCCIÓN

La asistencia obstétrica debe basarse en la atención interprofesional prestada a las mujeres durante la atención prenatal, el parto y el puerperio. Es necesario integrar a las mujeres como protagonistas de estos cuidados y de sus elecciones, con acceso a acciones de cribado, diagnóstico y prevención de enfermedades, además de información sobre aspectos fisiológicos y comportamentales, basada en evidencias científicas, así como apoyo en relación con cuestiones sociales y emocionales⁽¹⁾. Así, el uso de tecnologías blandas, como la escucha cualificada y los cuidados humanizados⁽²⁾, inherentes a las buenas prácticas obstétricas, puede ayudar a las mujeres a vivir la maternidad de forma positiva, lo que implica autoestima, competencia y autonomía, resultantes de la seguridad, el respeto y la dignidad, a través de la comunicación, la acogida y la educación para la salud⁽¹⁾. En este sentido, la educación para la salud se considera una práctica social y el principio rector de la atención prenatal⁽³⁾. Desde esta perspectiva, se entiende que todas las consultas son oportunidades para realizar intervenciones educativas individuales o colectivas, que también han sido recomendadas para reparar vulnerabilidades durante el embarazo^(4,5). Para ello, la educación en salud asume un compromiso humanista y transformador que, bajo una concepción freireana, debe sustentarse en el diálogo entre educador y educando, en un proceso multidimensional que considere aspectos culturales, económicos y sociales⁽⁶⁾. Sin embargo, estudios han identificado que los profesionales de salud no han realizado o han realizado parcialmente la educación para la salud en la atención a gestantes^(7,8). Al evaluar la calidad de la atención prenatal en la red de atención primaria de Brasil, se observó que sólo el 60% de las embarazadas recibían orientación sobre cuidados prenatales, como lactancia materna exclusiva, nutrición y aumento de peso, cuidados del recién nacido e importancia de la citología vaginal⁽⁹⁾. Otros hallazgos también han identificado un acceso limitado a la orientación sobre el parto⁽¹⁰⁾ y sobre el hospital de maternidad de referencia⁽¹¹⁾, lo que apunta a un déficit en la educación sanitaria durante la atención prenatal. Cuando se identificó la completitud de las acciones y orientaciones recomendadas durante el control prenatal, fue significativamente mayor para las gestantes de mayor edad y renta, y en los municipios más grandes⁽⁹⁾. Este hallazgo revela que persisten desigualdades sociales e individuales en la calidad de la atención prenatal ofrecida a las mujeres en el país, poniendo en riesgo la garantía del principio de equidad en el Sistema Único de Salud (SUS). Además, persisten modelos de atención centrados en la enfermedad y en procedimientos técnicos, en detrimento de un modelo de atención basado en la atención integral de la salud con acciones de educación sanitaria⁽¹²⁾. De esta forma, la orientación prestada a las gestantes es un indicador que puede evaluar la calidad de la atención prenatal, dada su asociación directa con la promoción de la salud. Sin embargo, la mayoría de los estudios encontrados en la literatura evalúan la calidad de la atención prenatal de forma local/regional y solamente por medio de marcadores de acceso y/o marcadores clínicos^(11,13-16). Cuando se evalúan, las directrices se abarcan en menor número, y a menudo no se identifican los subgrupos más afectados por

la falta de atención, hecho que también puede observarse en los estudios nacionales^(12,15).

En vista de lo anterior, este estudio se centró en las orientaciones dadas a las embarazadas durante la atención prenatal. Estudios de esta naturaleza pueden contribuir a una mejor evaluación de la realidad de la asistencia prenatal a nivel poblacional, evaluando elementos distintos de los marcadores de acceso. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue analizar la orientación recibida durante el control prenatal por las mujeres brasileñas y su asociación con las características sociodemográficas y asistenciales.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio transversal con datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS), ediciones 2013 y 2019, que es una encuesta brasileña cuyo objetivo principal es caracterizar la situación de salud y los estilos de vida de la población brasileña.

DEFINICIÓN DE LA MUESTRA

El proceso de muestreo de la ENS se realizó en tres etapas: en la primera, se seleccionaron los distritos censales; en la segunda, se seleccionaron los hogares; y en la tercera, por cada hogar, se seleccionó un residente de 18 años o más en 2013, y de 15 años o más en 2019, todo ello por muestreo aleatorio simple. El cuestionario ENS en ambas ediciones se dividió en módulos que cubrían las características del hogar, de todos los residentes y del residente adulto seleccionado. En el módulo S, se investigó la atención prenatal entre las mujeres que dieron a luz entre el 28/07/2011 y el 27/07/2013 en la edición 2013, y en el periodo igual o posterior al 28/07/2017 en la edición 2019, es decir, en los últimos dos años antes de las encuestas, considerando sólo el último parto para responder las preguntas. Entre las mujeres que respondieron el módulo S de los cuestionarios, se definió una submuestra que incluyó sólo a las mujeres de 18 a 49 años que tuvieron control prenatal durante su último embarazo, totalizando 1.851 mujeres disponibles para el estudio en 2013 y 2.819 mujeres en 2019.

RECOGIDA DE DATOS

En este estudio se analizaron diez preguntas específicas relativas a la orientación proporcionada durante la atención prenatal, a saber: durante sus citas de atención prenatal, ¿recibió alguno de los siguientes consejos: no faltar a las citas, llevar una dieta saludable, no fumar, no beber, sobre lactancia materna, signos de riesgo en el embarazo, signos de parto, riesgos de hipertensión arterial, riesgos de hiperglucemia y a qué servicio sanitario debe acudir en el momento del parto?

Sin embargo, se observó que, en comparación con 2013, solo se mantuvo en 2019 una de las directrices analizadas anteriormente, que corresponde a la orientación sobre a qué servicio sanitario de referencia debe acudir la mujer en el momento del parto. Las demás orientaciones no fueron investigadas, poniendo en riesgo el seguimiento de estos indicadores. La orientación fue considerada la variable dependiente y las siguientes variables sociodemográficas fueron utilizadas como variables independientes: grupo de edad (18–29 años, 30–39 años y 40–49

años); región (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste y Sur); escolaridad, en años (0–8 años, 9–11 años o 12 o más); color de piel (blanca, amarilla, parda, negra e indígena); y lugar de atención prenatal (público, privado u otro sistema de salud).

ANÁLISIS Y RECOPIACIÓN DE DATOS

En primer lugar, se estimaron las tasas de prevalencia con sus Intervalos de Confianza al 95% para las diferentes orientaciones recibidas por las mujeres en 2013 y 2019. A continuación, se estimaron estas prevalencias en función de variables sociodemográficas y asistenciales. Para evaluar las diferencias estadísticas entre las prevalencias se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson. Finalmente, se estimó la Razón de Prevalencia No Ajustada (RPna) y el Intervalo de Confianza del 95% de haber recibido asesoramiento para los diferentes grupos de variables independientes sólo para los factores que mostraron un valor $p < 0,2$ en el análisis descriptivo. Los datos se analizaron con el programa estadístico Stata, versión 14.2, utilizando el módulo de *encuestas* para obtener estimaciones poblacionales, considerando estrato, conglomerado y peso de los individuos de la muestra compleja.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio utiliza datos secundarios de la ENS, que están disponibles públicamente en los sitios web oficiales del Ministerio de Salud de Brasil o del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, y están exentos de ser analizados por un Comité de Ética en Investigación, de acuerdo con la Resolución 510/2016 del Consejo Nacional de Salud. La ENS fue aprobada por el Comité Nacional de Ética en Investigación en julio de 2013 y en agosto de 2019.

RESULTADOS

Se observa que tanto en 2013 como en 2019, respectivamente, la mayoría de las mujeres que habían dado a luz en los últimos dos años previos a las encuestas tenían entre 18 y 29 años (61,2%/52,7%), vivían en el Sudeste (38,1%/36,9%), seguido del Nordeste (29,1%/29,5%), tenían entre 9 y 11 años de escolaridad (47,2%/8,6%), se autodeclaraban pardas (50,0%/51,7%) y utilizaban el servicio público de salud para la atención prenatal (71,9%/70%) (Tabla 1).

Foi observado um aumento significativo da prevalência da orientação sobre a maternidade de referência de 2013 (74,9%) para 2019 (83,0%) (Tabla 2). Entretanto, observaram-se desigualdades na oferta dessa orientação nos dois períodos, uma vez que as mulheres da faixa etária de 18–29 anos, que viviam nas regiões Norte e Nordeste, com baixa escolaridade, indígenas, pretas e pardas, que realizaram o pré-natal no sistema de saúde público, apresentaram menor prevalência de serem orientadas.

Hubo un aumento significativo en la prevalencia de orientación maternal de referencia de 2013 (74,9%) a 2019 (83,0%) (Tabla 2). Sin embargo, hubo desigualdades en la prestación de esta orientación en los dos períodos, pues las mujeres del grupo de 18 a 29 años, residentes en las regiones Norte y Nordeste, con baja escolaridad, indígenas, negras y pardas, que tuvieron atención prenatal en el sistema público de salud, presentaron menor prevalencia de ser orientadas.

Tabla 1 – Prevalencia e intervalos de confianza del 95% de las características sociodemográficas y de atención sanitaria de las mujeres brasileñas que tuvieron atención prenatal en Encuesta Nacional de Salud – Brasil, 2013 y 2019.

Variables Sociodemográficas y asistenciales	2013		2019	
	n*	%** (IC95%)	n*	%** (IC95%)
Grupos de edad (años)				
18–29	1.120	61,2 (57,4–64,9)	1.456	52,7 (49,3–55,9)
30–39	662	35,2 (31,7–38,9)	1.124	41,5 (38,3–44,8)
40–49	69	3,6 (2,5–5,1)	149	5,7 (4,4–7,3)
Región				
Centro-Oeste	232	8,2 (7,0–9,6)	344	9,2 (7,9–10,8)
Norte	517	9,9 (8,5–11,5)	687	11,6 (10,3–13,1)
Noreste	565	29,1 (25,9–32,7)	1.041	29,5 (26,9–32,2)
Sudeste	345	38,1 (34,1–42,3)	476	36,9 (33,4–40,5)
Sur	192	14,6 (12,1–17,5)	271	12,5 (10,8–14,5)
Escolaridad (años)				
0–8	707	36,7 (33,1–40,0)	900	27,6 (24,8–30,6)
9–11	830	47,2 (43,4–51,1)	1.310	48,6 (45,3–51,8)
12 o +	314	16,1 (13,5–19,1)	609	23,7 (21,0–26,6)
Color/raza				
Blanca	593	39,9 (36,1–43,8)	802	35,1 (32,0–38,3)
Negra	167	8,8 (6,9–11,2)	293	11,8 (9,6–14,3)
Parda	1.052	50,0 (46,2–53,8)	1.665	51,7 (48,4–54,9)
Amarilla	24	1,1 (0,006–2,1)	31	1,0 (0,6–1,5)
Indígena	15	0,1 (0,0006–0,6)	28	0,6 (0,3–1,0)
Local de realización del prenatal				
Público	1.401	71,9 (68,0–75,5)	2.141	70,0 (66,7–73,1)
Privado	435	27,3 (23,8–31,2)	677	29,9 (26,8–33,2)
Otros	15	0,7 (0,3–1,5)	1	0,1 (0–1,0)

Nota: *n de la muestra; ** prevalencia poblacional; IC95%: Intervalo de 95% Confianza

La orientación de no faltar a las citas tuvo una alta prevalencia (88,9%). No hubo asociación entre las variables sociodemográficas y sanitarias y este consejo. En cuanto a la orientación sobre hábitos de vida, como mantener una dieta saludable, no fumar y no beber, independientemente de las variables sociodemográficas y sanitarias, la prevalencia de haber recibido esta orientación fue superior al 80%, siendo la orientación sobre alimentación saludable la más frecuente de ellas (96,8%) (Tabla 3).

También se observa que la prevalencia de orientación sobre el riesgo de hipertensión arterial fue del 91,2% y sobre el riesgo de hiperglucemia del 92,9%, lo que demuestra que fueron frecuentes para la mayoría de las mujeres que presentaron hipertensión arterial y alteraciones de la glucemia durante el embarazo, ya que sólo se preguntó por esta orientación a las que presentaron estas alteraciones (Tabla 4). No hubo asociación entre las variables sociodemográficas y asistenciales y recibir

Tabla 2 – Prevalência, Razão de Prevalência não ajustada e Intervalos de Confiança de 95% das orientações gerais recebidas durante o cuidado pré-natal das mulheres brasileiras com parto nos últimos dois anos antes dos inquéritos em Encuesta Nacional de Salud – Brasil, 2013 y 2019.

Variables Sociodemográficas y asistenciales	Maternidad de referencia/2013			Maternidad de referencia/2019			No faltar a las consultas		
	n*	%** (IC95%)	RPna (IC95%)	n*	%** (IC95%)	RPna (IC95%)	n*	%** (IC95%)	RPna (IC95%)
Recibió orientación	1.362	74,9 (71,4–78,1)	–	2.244	83,0 (80,7–85,1)	–	1.680	88,9 (85,8–91,4)	–
Grupos de edad (años)		p*** = 0,011			p*** = 0,0006			p*** = 0,338	
18–29	807	71,1 (66,3–75,5)	Ref.	1.113	79,0 (75,3–82,3)	Ref.	1.018	87,5 (83,1–90,9)	–
30–39	505	81,1 (76,0–85,4)	1,14 (1,04–1,24)	939	88,2 (84,9–90,8)	1,08 (1,02–1,15)	598	91,5 (87,4–94,3)	–
40–49	50	77,0 (58,3–88,9)	1,08 (0,87–1,33)	124	85,5 (75,0–92,1)	1,15 (0,99–1,34)	64	87,0 (63,7–96,3)	–
Región		p*** < 0,0001			p*** < 0,0001			p*** = 0,530	
Centro–Oeste	168	71,2 (62,9–78,2)	Ref.	298	87,9 (82,3–91,8)	Ref.	203	86,0 (79,5–90,7)	–
Norte	380	72,6 (64,9–79,1)	1,02 (0,88–1,18)	504	72,4 (66,6–77,6)	0,88 (0,80–0,98)	478	93,4 (89,1–96,1)	–
Noreste	368	61,0 (53,9–67,7)	0,85 (0,73–1,00)	781	75,9 (71,6–79,7)	0,87 (0,81–0,94)	516	90,0 (83,6–94,3)	–
Sudeste	279	83,6 (77,5–88,3)	1,17 (1,03–1,33)	410	87,7 (82,6–91,5)	1,01 (0,93–1,08)	309	87,3 (81,0–91,7)	–
Sur	167	83,3 (74,2–89,7)	1,17 (1,01–1,34)	251	92,3 (87,6–95,4)	1,09 (1,00–1,18)	174	89,0 (79,8–94,3)	–
Escolaridad (años)		p*** = 0,051			p*** = 0,0002			p*** = 0,656	
0–8	491	69,4 (63,7–74,6)	Ref.	675	78,0 (73,6–81,9)	Ref.	652	90,4 (85,1–93,9)	–
9–11	620	77,7 (72,6–82,0)	1,11 (1,01–1,23)	1.026	81,7 (78,0–84,9)	1,02 (0,95–1,10)	754	87,7 (82,6–91,5)	–
12 o +	251	79,0 (69,6–86,0)	1,13 (1,00–1,29)	543	91,5 (87,0–94,5)	1,11 (1,03–1,19)	274	88,8 (82,0–93,2)	–
Color/raza		p*** < 0,0001			p*** = 0,008			p*** = 0,735	
Blanca	475	84,0 (79,2–87,8)	Ref.	683	88,7 (84,8–91,7)	Ref.	534	89,8 (85,0–93,2)	–
Preta	116	72,6 (61,9–81,2)	1,09 (1,00–1,19)	238	84,3 (75,1–90,6)	1,04 (0,97–1,12)	156	87,6 (72,9–94,9)	–
Parda	743	68,5 (63,3–73,3)	1,13 (1,07–1,19)	1.270	80,4 (77,2–83,3)	1,07 (1,03–1,12)	952	88,3 (83,9–91,6)	–
Amarilla	17	79,2 (52,9–92,8)	1,04 (0,88–1,23)	25	86,0 (64,1–95,4)	1,02 (0,90–1,17)	24	100,0	–
Indígena	11	54,3 (18,0–86,6)	1,26 (0,94–1,68)	25	98,0 (91,9–99,5)	0,92 (0,88–0,96)	14	97,3 (78,9–99,7)	–
Local de realización del prenatal		p*** < 0,0001			p*** = 0,002			p*** = 0,137	
Público	993	69,4 (65,0–73,5)	Ref.	1.619	79,9 (77,1–82,4)	Ref.	1.286	89,5 (85,9–92,3)	–
Privado	356	88,7 (84,0–92,0)	1,27 (1,18–1,38)	614	90,3 (85,7–93,6)	1,07 (1,01–1,13)	384	88,0 (81,2–92,5)	–
Otros	13	95,8 (80,7–99,2)	1,38 (1,25–1,51)	01	100,0	1,18 (1,14–1,22)	10	60,9 (23,5–88,8)	–

Nota: *n de la muestra; ** prevalencia poblacional; *** test chi cuadrado de Pearson; IC95%: Intervalo de Confianza de 95%; RPna: Razón de Prevalencia no ajustada.

consejo sobre hábitos de vida y riesgos durante el embarazo, a excepción del consejo sobre el riesgo de hiperglucemia, en el que la atención prenatal prestada por el sistema público de salud se asoció con una menor prevalencia de recibir este consejo (Tablas 3 y 4).

En relación a todas las orientaciones estudiadas, hubo menor prevalencia de orientaciones específicas al ciclo embarazo–puerperio, como señales de trabajo de parto (70,8%) y señales de riesgo en el embarazo (75,2%), siendo la orientación sobre señales de trabajo de parto la menos prevalente (Tablas 2 y 5). También se observó que algunos subgrupos poblacionales recibieron menos orientaciones específicas para el embarazo que otros, como las mujeres negras, pardas, amarillas e indígenas, con 0 a 8 años de escolaridad, que vivían en el Nordeste y tenían atención prenatal en el sistema público de salud (Tabla 5), tal como se observó con relación a la maternidad de referencia. Llama la atención que cuando estas orientaciones se relacionan con la escolaridad, la prevalencia es 15% menor entre las mujeres con baja escolaridad en comparación con las de alta escolaridad (Tabla 5).

La prevalencia de haber recibido orientaciones sobre lactancia materna durante el embarazo fue de 82,4%, pero las mujeres con bajo nivel de escolaridad, de raza negra o parda y

que tuvieron atención prenatal en el sistema público de salud recibieron menos de 80% de esas orientaciones.

DISCUSIÓN

Los resultados revelan desigualdades en la recepción de orientación, especialmente entre las mujeres brasileñas que viven en las regiones menos desarrolladas económicamente del país, con color de piel parda y negra, bajo nivel de escolaridad y que asisten al control prenatal en el sistema público de salud, a pesar de la alta prevalencia de orientación recibida durante el control prenatal. Cabe destacar que las desigualdades pueden constituir vulnerabilidades, en el sentido de mayor susceptibilidad a potenciales daños durante el embarazo y el puerperio, especialmente para las mujeres adolescentes, primíparas, con deficiencias nutricionales, con bajo nivel de escolaridad, migrantes y refugiadas⁽⁵⁾.

El hallazgo de este estudio de una menor prevalencia de orientación recibida por estas mujeres corrobora los datos presentados por un estudio transversal de base poblacional que concluyó que, en Brasil, ser negro y ocupar posiciones sociales desfavorables conllevan desventajas en el acceso a la atención prenatal que cumple los criterios establecidos por el Ministerio de Salud⁽¹⁷⁾. Además, las puérperas negras tienen

Tabla 3 – Prevalencia, razón de prevalencia no ajustada e intervalos de confianza del 95% de la orientación recibida sobre hábitos de vida durante la atención prenatal entre las mujeres brasileñas que dieron a luz en los últimos dos años antes de las encuestas en Encuesta Nacional de Salud – Brasil, 2013 y 2019.

Variables Sociodemográficas y asistenciales	Alimentación saludable			No fumar			No beber		
	n*	%** (IC95%)	RPna (IC95%)	n*	%** (IC95%)	RPna (IC95%)	n*	%** (IC95%)	RPna (IC95%)
Recibió orientación	1.792	96,8 (95,2–97,9)	–	1.684	89,1 (86,0–91,6)	–	1.687	89,9 (87,1–92,2)	–
Grupos de edad (años)		p*** = 0,491			p*** = 0,824			p*** = 0,291	
18–29	1.080	96,4 (94,0–97,8)	–	1.015	88,6 (84,7–91,6)	–	1.019	89,2 (85,4–92,2)	Ref.
30–39	643	97,2 (94,8–98,5)	–	603	89,7 (83,7–93,7)	–	602	90,3 (85,3–93,7)	1,02 (0,96–1,09)
40–49	69	100	–	66	92,8 (66,9–98,8)	–	66	97,5 (91,1–99,3)	1,00 (0,91–1,10)
Región		p*** = 0,361			p*** = 0,153			p*** = 0,559	
Centro–Oeste	226	96,4 (91,9–98,4)	–	211	88,6 (80,1–93,7)	Ref.	210	88,6 (80,2–93,7)	–
Norte	501	98,0 (96,3–99,0)	–	482	92,9 (86,5–96,3)	1,04 (0,96–1,14)	482	93,0 (86,9–96,4)	–
Noreste	548	98,0 (96,2–99,0)	–	516	92,4 (86,5–95,8)	1,04 (0,95–1,14)	513	91,5 (85,7–95,1)	–
Sudeste	335	96,4 (92,6–98,3)	–	299	85,4 (79,0–90,1)	0,96 (0,87–1,06)	302	86,7 (82,1–91,7)	–
Sur	182	94,8 (87,6–97,9)	–	176	89,9 (81,5–94,8)	1,01 (0,91–1,12)	180	91,0 (81,8–95,8)	–
Escolaridad (años)		p*** = 0,072			p*** = 0,970			p*** = 0,706	
0–8	685	97,1 (94,8–98,4)	Ref.	646	88,8 (93,5–92,5)	–	648	88,7 (83,4–92,5)	–
9–11	798	95,8 (92,6–97,6)	0,98 (0,95–1,01)	754	89,5 (84,8–92,8)	–	755	91,0 (87,3–93,7)	–
12 o +	309	99,2 (97,5–99,8)	1,02 (1,00–1,04)	284	88,9 (79,8–94,2)	–	284	89,3 (80,5–94,4)	–
Color/raza		p*** = 0,890			p*** = 0,494			p*** = 0,258	
Blanca	574	96,3 (92,7–98,2)	–	535	90,1 (85,9–93,1)	–	541	91,9 (88,0–94,6)	–
Preta	162	97,1 (92,1–99,0)	–	151	90,9 (79,7–96,2)	–	149	90,3 (79,4–95,8)	–
Parda	1.018	97,0 (94,8–98,2)	–	960	87,3 (82,0–91,1)	–	959	87,6 (83,0–91,1)	–
Amarilla	24	100,0	–	24	100,0	–	24	100,0	–
Indígena	14	97,3 (78,9–99,7)	–	14	97,3 (78,9–99,7)	–	14	97,3 (78,9–99,7)	–
Local de realización del prenatal		p*** = 0,105			p*** = 0,542			p*** = 0,116	
Público	1.352	96,2 (94,0–97,6)	Ref.	1.278	89,0 (85,3–91,8)	–	1.277	88,8 (85,1–91,7)	Ref.
Privado	426	98,2 (95,8–99,3)	1,02 (0,99–1,04)	392	89,2 (82,4–93,6)	–	396	92,5 (88,0–95,3)	1,04 (0,98–1,09)
Otros	18	99,4 (95,3–99,9)	1,03 (1,01–1,05)	14	99,4 (95,3–99,9)	–	14	99,4 (95,3–99,9)	1,11 (1,07–1,16)

Nota: *n de la muestra; ** prevalencia poblacional; *** test chi cuadrado de Pearson; IC95%: Intervalo de Confianza de 95%; RPna: Razón de Prevalencia no ajustada.

mayor riesgo de tener cuidados prenatales inadecuados, falta de apego a la maternidad, ausencia de acompañante, peregrinaje al parto y menos anestesia local para la episiotomía, lo que revela un racismo internalizado en los profesionales de salud que consideran que las mujeres negras son más resistentes al dolor⁽¹⁸⁾.

Se reconoce que las mujeres negras brasileñas enfrentan condiciones de vulnerabilidad superpuestas, ya que experimentan exclusión social debido al racismo estructural y a las desigualdades de género, lo que requiere acciones estratégicas con un enfoque interseccional para abordar estas condiciones y garantizar la igualdad de calidad en la atención prenatal^(19,20). Las desigualdades en la oferta de orientación a las mujeres también están asociadas a la región, lo que puede estar vinculado a la cobertura del control prenatal, ya que en el Norte y Nordeste del país hay una baja cobertura de consultas para gestantes, como se identificó en un estudio anterior⁽⁹⁾.

Al analizar los temas de la orientación recibida, se observó que las tasas de prevalencia más bajas estaban relacionadas con la orientación sobre los signos del parto y los signos de riesgo en el embarazo. Las orientaciones específicas para el embarazo, el parto y el puerperio pueden ayudar a reducir la duración de la estancia de las parturientas y, en consecuencia, reducir el riesgo de

intervenciones innecesarias durante el parto y el alumbramiento, garantizando unos resultados obstétricos y perinatales más favorables⁽²¹⁾. Es importante destacar la necesidad de orientaciones específicas sobre el modo de parto, como prevención cuaternaria y para que las mujeres hagan una elección informada, en contextos con altas tasas de cesárea⁽²²⁾, como en Brasil. En cuanto a la orientación sobre el hospital de maternidad de referencia, hubo un aumento de la prevalencia de 2013 a 2019, lo que muestra un progreso en la recepción de esta orientación. La orientación sobre el hospital de maternidad de referencia tiene como objetivo facilitar el acceso de la usuaria al servicio de salud en el momento del parto o en caso de complicaciones, buscando así reducir el peregrinaje de las gestantes por la red, que aún presenta altas tasas en el país^(23,24). La vinculación de las gestantes a la maternidad fue preconizada con la implantación de la Red Cigüeña, y debe tener lugar desde la primera consulta prenatal, favoreciendo la referencia y la contrarreferencia, así como el alta responsable y la continuidad asistencial tras el parto⁽⁷⁾. Más recientemente, la Red Alyne, creada por el Ministerio de Salud, reestructura la Red Cigüeña con el objetivo de consolidar un modelo de atención humanizada e integral a las gestantes, parturientas, puérperas y niños⁽²⁵⁾. Las pautas relacionadas con

Tabla 4 - Prevalencia, razón de prevalencia no ajustada e intervalos de confianza del 95% de la orientación recibida sobre los riesgos durante el embarazo a través de la presión arterial elevada y la glucemia entre las mujeres brasileñas que dieron a luz en los últimos dos años antes de las encuestas en Encuesta Nacional de Salud – Brasil, 2013 y 2019.

Variables Sociodemográficas y asistenciales	Riesgo de hipertensión			Riesgo de hiperglucemia		
	n*	%** (IC95%)	RPna (IC95%)	n*	%** (IC95%)	RPna (IC95%)
Recibió orientación	347	91,2 (85,7–94,7)	–	89	92,9 (86,0–96,5)	–
Grupos de edad (años)		p*** = 0,719			p*** = 0,671	
18–29	191	90,0 (82,0–94,7)	–	42	90,6 (78,5–96,2)	–
30–39	134	92,6 (83,0–96,9)	–	40	94,1 (80,9–98,4)	–
40–49	22	92,7 (69,8–98,6)	–	7	100,0	–
Región		p*** = 0,610			p*** = 0,177	
Centro-Oeste	50	94,1 (82,1–98,3)	–	8	77,0 (38,0–94,8)	Ref.
Norte	102	89,9 (81,7–94,7)	–	27	87,7 (69,9–95,7)	1,14 (0,75–1,72)
Noreste	106	94,2 (88,7–97,1)	–	18	92,1 (68,2–98,5)	1,19 (0,79–1,80)
Sudeste	51	90,6 (78,3–96,3)	–	19	95,7 (82,2–99,1)	1,24 (0,83–1,84)
Sur	38	85,7 (58,3–96,5)	–	17	98,9 (91,7–99,8)	1,28 (0,86–7,89)
Escolaridad (años)		p*** = 0,921			p*** = 0,553	
0–8	145	90,0 (79,7–95,4)	–	29	91,8 (76,7–97,4)	–
9–11	150	92,0 (83,6–96,3)	–	36	91,3 (79,0–96,7)	–
12 o +	52	91,1 (70,5–97,8)	–	24	100,0	–
Color/raza		p*** = 0,473			p*** = 0,936	
Blanca	103	87,6 (74,7–94,4)	–	27	92,5 (73,1–98,2)	–
Preta	31	93,6 (80,8–98,1)	–	4	88,8 (45,0–98,7)	–
Parda	203	92,9 (85,5–96,6)	–	54	92,7 (83,7–96,9)	–
Amarilla	4	100,0	–	3	100,0	–
Indígena	6	70,7 (14,9–97,1)	–	1	100,0	–
Local de realización del prenatal		p*** = 0,092			p*** < 0,0001	
Público	275	89,4 (82,5–93,7)	Ref.	61	91,0 (81,4–95,9)	Ref.
Privado	71	96,6 (82,9–99,4)	1,08 (0,99–1,17)	28	99,0 (92,6–99,9)	1,17 (1,08–1,28)
Otros	01	41,1 (4,2–91,8)	0,46 (0,08–2,35)	0	0	–

Nota: *n de la muestra; ** prevalencia poblacional; *** test chi cuadrado de Pearson; IC95%: Intervalo de Confianza de 95%; RPna: Razón de Prevalencia no ajustada.

los hábitos de vida, como seguir una dieta sana, no fumar y no beber, tuvieron una elevada prevalencia. La adherencia a un estilo de vida saludable durante el embarazo se asocia a una reducción del riesgo de enfermedades como la diabetes gestacional y del riesgo de alteraciones en el desarrollo psicomotor del niño, por lo que debe considerarse una estrategia eficaz para prevenir problemas de salud⁽²⁶⁾.

También se observó que en el cuestionario del PNS de 2013, las orientaciones sobre el riesgo de hipertensión arterial y el riesgo de hiperglucemia tenían una prevalencia superior al 90%, y fueron dos de las orientaciones más frecuentes en este estudio. Sin embargo, estas orientaciones se ofrecieron principalmente a las mujeres diagnosticadas con estas comorbilidades, lo que muestra un enfoque biologicista de la atención prenatal, como se ha puesto de manifiesto en estudios anteriores⁽⁷⁾. Por lo tanto, es necesario que la información ofrecida a las gestantes no sea sólo para el control de riesgos, sino que posibilite la educación para la salud como instrumento de construcción dialógica del conocimiento, fomentando la autonomía, la participación popular y el protagonismo de las mujeres en su propio cuidado⁽²⁷⁾.

Con relación a las variables de cuidado, se observó que ser cuidada en el sistema público de salud está asociado a

una menor prevalencia de recibir orientación. Este hallazgo muestra que esta variable puede haber funcionado más como un marcador social que como un marcador de cuidado, dado que las mujeres que reciben atención en este servicio son socialmente más vulnerables⁽¹⁶⁾ y, como se mencionó anteriormente, las gestantes expuestas a condiciones de desigualdad tienen menor probabilidad de recibir orientación para el cuidado prenatal.

Así, nuestros hallazgos demuestran desigualdades, ya que las mujeres con alguna vulnerabilidad social están recibiendo menos atención o con menor frecuencia que otras, lo que apunta a la necesidad de desarrollar estrategias dirigidas a las poblaciones menos favorecidas, buscando facilitar el contacto con los servicios de salud y la atención prenatal precoz, así como invertir en la capacitación de los profesionales de la salud para que comprendan mejor su papel en la prestación de una atención equitativa, comprometida con el abordaje de las desigualdades y la transformación social. La Red Alyne contempla estas necesidades, y este estudio podría convertirse en un punto de referencia para futuras evaluaciones con la implementación de nuevas estrategias. En este sentido, también es necesario destacar la importancia del profesional de enfermería en el escenario internacional y nacional, cuyo ámbito de actuación

Tabla 5 – Prevalencia, razón de prevalencia no ajustada e intervalos de confianza del 95% de la orientación específica sobre el ciclo embarazo-puerperio recibida durante la atención prenatal entre las mujeres brasileñas que dieron a luz hasta dos años antes de la encuesta en Encuesta Nacional de Salud – Brasil, 2013 y 2019.

Variables Sociodemográficas y asistenciales	Signos de trabajo de parto			Signos de riesgo en el embarazo			Lactancia materna		
	n*	%** (IC95%)	RPna (IC95%)	n*	%** (IC95%)	RPna (IC95%)	n*	%** (IC95%)	RPna (IC95%)
Recibió orientación	1.320	70,8 (67,3–74,2)	–	1.403	75,2 (71,7–78,4)	–	1.543	82,4 (79,7–85,2)	–
Grupos de edad (años)		p*** = 0,048			p*** = 0,019			p*** = 0,123	
18–29	796	68,7 (63,9–73,2)	Ref.	831	72,0 (67,1–76,3)	Ref.	932	80,0 (75,5–83,8)	Ref.
30–39	476	75,9 (70,4–80,6)	1,10 (1,00–1,22)	517	79,9 (74,6–84,4)	1,11 (1,01–1,21)	553	86,4 (81,6–90,2)	1,08 (1,00–1,16)
40–49	48	57,8 (38,8–74,7)	0,84 (0,60–1,17)	55	84,2 (70,8–92,2)	1,17 (1,01–1,34)	58	82,4 (79,0–85,2)	1,03 (0,85–1,25)
Región		p*** = 0,028			p*** = 0,088			p*** = 0,288	
Centro–Oeste	155	67,4 (59,9–74,3)	Ref.	175	74,1 (65,9–80,9)	Ref.	184	80,2 (73,0–85,9)	–
Norte	360	68,4 (60,6–75,4)	1,01 (0,87–1,18)	392	75,5 (67,8–81,9)	1,01 (0,88–1,17)	422	78,7 (69,6–85,6)	–
Noreste	393	64,2 (57,5–70,5)	0,95 (0,82–1,10)	411	68,8 (62,0–74,8)	0,92 (0,90–1,06)	469	78,8 (72,4–84,1)	–
Sudeste	261	74,7 (67,9–80,4)	1,10 (0,96–1,26)	270	78,5 (71,9–83,9)	1,05 (0,93–1,20)	295	85,1 (78,9–89,7)	–
Sur	151	77,5 (69,1–84,2)	1,14 (0,99–1,32)	155	79,6 (70,3–86,6)	1,07 (0,92–1,24)	173	85,9 (76,5–92,0)	–
Escolaridad (años)		p*** < 0,0001			p*** = 0,029			p*** = 0,0002	
0–8	467	61,6 (55,7–67,1)	Ref.	514	69,9 (64,0–75,1)	Ref.	559	75,7 (69,8–80,7)	Ref.
9–11	616	74,2 (68,7–79,0)	1,20 (1,07–1,35)	635	77,0 (71,9–81,5)	1,10 (0,99–1,21)	710	84,2 (79,2–88,2)	1,11 (1,01–1,21)
12 o +	237	82,0 (75,7–87,0)	1,33 (1,18–1,49)	254	81,9 (73,6–78,4)	1,17 (1,04–1,31)	274	92,1 (87,5–95,1)	1,21 (1,12–1,32)
Color/raza		p*** = 0,0001			p*** = 0,015			p*** = 0,012	
Blanca	444	79,3 (74,2–83,6)	Ref.	467	80,9 (75,6–85,3)	Ref.	514	88,1 (83,3–91,7)	Ref.
Preta	115	60,8 (48,4–71,9)	1,15 (1,05–1,27)	123	65,4 (52,6–76,3)	1,13 (1,02–1,25)	140	75,2 (61,7–85,1)	1,12 (1,00–1,23)
Parda	736	67,0 (61,9–71,6)	1,10 (1,04–1,16)	782	72,5 (67,4–77,1)	1,07 (1,01–1,13)	857	79,3 (74,8–83,2)	1,08 (1,03–1,13)
Amarilla	17	42,5 (17,9–71,6)	1,30 (1,07–1,58)	19	58,8 (28,2–77,1)	1,19 (0,95–1,49)	20	77,2 (48,7–92,4)	1,10 (0,91–1,32)
Indígena	8	34,8 (12,6–66,5)	1,37 (1,14–1,65)	12	74,7 (44,7–91,5)	1,05 (0,86–1,28)	12	82,6 (33,4–97,8)	1,05 (0,79–1,39)
Local de realización del prenatal		p*** = 0,002			p*** = 0,0003			p*** = 0,013	
Público	974	67,1 (62,9–71,1)	Ref.	1.038	71,5 (67,2–75,5)	Ref.	1.155	79,8 (75,9–83,3)	Ref.
Privado	337	80,8 (74,3–85,9)	1,20 (1,09–1,32)	354	84,4 (78,4–89,0)	1,17 (1,08–1,28)	374	88,6 (82,2–92,9)	1,10 (1,02–1,19)
Otros	9	63,6 (24,7–90,3)	0,94 (0,51–1,74)	11	91,2 (71,1–97,7)	1,27 (1,10–1,46)	14	96,9 (79,5–99,6)	1,21 (1,12–1,31)

Nota: *n de la muestra; ** prevalencia poblacional; *** test chi cuadrado de Pearson; IC95%: Intervalo de Confianza de 95%; RPna: Razón de Prevalencia no ajustada.

incluye las relaciones interpersonales y la educación para la salud más allá del control de la enfermedad, promoviendo estilos de vida saludables, socializando conocimientos y formando sujetos críticos y autónomos en el autocuidado⁽²⁷⁾. Las enfermeras son responsables de la atención prenatal en la mayoría de los países, incluidas las enfermeras obstétricas, por lo que ampliar sus competencias para la promoción de la salud y los cambios en el comportamiento sanitario es fundamental⁽²⁷⁾.

Por lo tanto, la identificación de las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria, como se ha estudiado en esta investigación, ayuda a fundamentar las intervenciones y las políticas públicas específicas destinadas a mejorar constantemente la atención ofrecida y, en consecuencia, a reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal⁽²⁸⁾. A pesar de los avances en la atención obstétrica en el país y de las evidencias de este estudio sobre la alta prevalencia de orientación durante el control prenatal, cambios políticos como la reciente interrupción de la Red Cigüeña por la Red de Atención Materno-Infantil (Rami), con enfoque uniprofesional, médico-céntrico y desarticulado con otras esferas de gobierno⁽²⁹⁾, en un contexto político conservador que interrumpió varias políticas para garantizar los derechos de las mujeres, junto con la desfinanciación del

SUS^(12,30) y la pandemia, pueden haber contribuido a profundizar esas desigualdades. Esta realidad también puede ser experimentada por otros países. Por lo tanto, futuros estudios serán necesarios para acompañar continuamente este tipo de atención en el país, especialmente con la institución de la nueva estrategia gubernamental, con vistas a enfrentar estos persistentes y agravados retrocesos.

En cuanto a las limitaciones del estudio, reconocemos la posibilidad de sesgo de memoria en los datos recolectados, ya que en las entrevistas de la ENS se preguntó sobre el parto en los últimos dos años. Otra limitación es el hecho de que la muestra no fue representativa de la población amarilla e indígena, cuyos datos deben ser interpretados con cautela. Además, no fue posible evaluar avances o retrocesos en cuanto a la recepción de la mayoría de las orientaciones contempladas en la ENS 2013, con excepción de la orientación sobre referencia materna, ya que las demás orientaciones no fueron incluidas en el cuestionario de la ENS 2019. Además de no permitir el seguimiento de estos indicadores, la no inclusión de las directrices en el cuestionario refuerza una atención centrada exclusivamente en técnicas y aspectos biológicos. También apunta a la desvalorización de la educación para la salud como tecnología ligera de atención,

retratada en este estudio como eje orientador de la práctica profesional para la promoción y recuperación de la salud, y la emancipación de la gestante en el proceso de atención.

CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que la orientación prenatal está siendo proporcionada por los profesionales, especialmente la orientación sobre el centro de referencia de maternidad, que mostró un aumento significativo en la prevalencia de 2013 a 2019. Sin embargo, señalan desigualdades e inequidades en esta atención, como menor orientación recibida por mujeres con bajo nivel de escolaridad, pardas y negras, que viven en el Noreste, que tuvieron su atención prenatal en el sistema público de salud y, sobre todo, con menor prevalencia de orientación sobre las especificidades del ciclo

embarazo-puerperio. Por lo tanto, se cree que estudios como éste, que evalúan la orientación que se da a las gestantes durante el control prenatal a nivel nacional y que abarcan un mayor número de orientaciones, pueden contribuir a una mejor evaluación de la realidad de esta atención. Además, es importante fortalecer la participación de las enfermeras en la atención integral de la salud de la mujer, con un enfoque en la promoción de la salud y un mayor compromiso en el abordaje de las desigualdades en la prestación de la orientación durante el control prenatal. Este estudio podría convertirse en un referente para futuras evaluaciones, dados los retrocesos político-programáticos en el campo de la salud de las mujeres en el país, que también puede ser la realidad en otros países, dado el creciente conservadurismo, pandemias, guerras y situaciones que ponen en mayor riesgo la salud de las mujeres y la garantía de sus derechos.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las orientaciones recibidas durante el prenatal por mujeres brasileñas y su asociación con características sociodemográficas y de atención. **Método:** Estudio transversal, que utilizó datos de las ediciones 2013 y 2019 de la Encuesta Nacional de Salud. Se estudiaron mujeres de 18 a 49 años que recibieron atención prenatal dentro de los dos años anteriores a la encuesta (1.851 en 2013 y 2.819 en 2019). Las prevalencias se estimaron con sus Intervalos de Confianza del 95% para las diferentes guías. Luego se estimaron la prevalencia, la Razón de Prevalencia no ajustada y el Intervalo de Confianza del 95% según variables sociodemográficas y asistenciales. **Resultados:** Los resultados revelan desigualdades en la orientación recibida durante el control prenatal, principalmente entre mujeres que viven en regiones menos desarrolladas del país, tienen color de piel parda/negra, tienen baja escolaridad y que realizan el control prenatal en el sistema público de salud. **Conclusión:** Las orientaciones son brindadas por profesionales, con énfasis en la orientación sobre la maternidad de referencia, pero existen inequidades en la provisión de estas orientaciones.

DESCRIPTORES

Educación en Salud; Atención Prenatal; Factores Socioeconómicos; Salud de la Mujer; Inequidades en Salud.

RESUMO

Objetivo: Analisar as orientações recebidas durante o pré-natal pelas mulheres brasileiras e sua associação com as características sociodemográficas e assistenciais. **Método:** Estudo transversal, que utilizou dados provenientes das edições da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 e 2019. Foram estudadas mulheres de 18 a 49 anos que realizaram pré-natal em até dois anos antes do inquérito (1.851 em 2013 e 2.819 em 2019). Estimaram-se as prevalências com seus Intervalos de Confiança de 95% das diferentes orientações. Em seguida, estimaram-se prevalências, Razão de Prevalência não ajustada e Intervalo de 95% de Confiança segundo variáveis sociodemográficas e assistenciais. **Resultados:** Os resultados revelam desigualdades nas orientações recebidas durante o pré-natal, principalmente entre mulheres que vivem em regiões menos desenvolvidas do país, de cor da pele parda/negra, de baixa escolaridade e que realizam o pré-natal no sistema público de saúde. **Conclusão:** As orientações são realizadas pelos profissionais, com destaque para orientação sobre maternidade de referência, mas há iniquidades na oferta dessas orientações.

DESCRIPTORES

Educação em Saúde; Cuidado Pré-Natal; Fatores Socioeconômicos; Saúde da Mulher; Desigualdades de Saúde.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: WHO; 2022 [citado 2024 mayo 20]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989eng.pdf?sequence=1>
2. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
3. Ávila ASF, Martins HF, Fernandes NA, Reis RSL, Rocha Jr IA. O papel da educação em saúde na prática de enfermagem durante o pré-natal: promovendo a saúde materna e perinatal. REASE. 2024;10(3):1150–63. doi: <http://doi.org/10.51891/rease.v10i3.13193>.
4. Sheikh J, Allotey J, Kew T, Khalil H, Galadanci H, Hofmeyr GJ, et al. Vulnerabilities and reparative strategies during pregnancy, childbirth, and the postpartum period: moving from rhetoric to action. EclinicalMedicine. 2024;67:102264. doi: <http://doi.org/10.1016/j.eclim.2023.102264>.
5. Ribeiro KG, Andrade LOM, Aguiar JB, Moreira AEMM, Frota AC. Education and health in a region under social vulnerability situation: breakthroughs and challenges for public policies. Interface. 2018;22(Suppl 1):1387–98. doi: <http://doi.org/10.1590/1807-57622017.0419>.
6. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
7. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AF, Geremia DS. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. Esc Anna Nery. 2021;25(1):e20200098. doi: <http://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0098>.
8. Backes DS, Medeiros LS, Veiga AC, Colome JS, Backes MTS, Santos MR, et al. Pré-natal coletivo mediado por tecnologia educativa: percepção de gestantes. Cien Saude Colet. 2024;29(1):e00392023.
9. Lessa MSA, Nascimento ER, Coelho EAC, Soares IJ, Rodrigues QP, Santos CAST, et al. Prenatal care of Brazilian women: racial inequalities and their implications for care. Cien Saude Colet. 2022;27(10):3881–90. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232022710.01282022>.
10. Lourenço JC, Medeiros FF, Rodrigues MH, Ferrari RAP, Serafim D, Cardelli AAM. Orientações sobre parto no pré-natal de alto risco nos serviços de saúde. Rev Enferm UFSM. 2020;10:e85. doi: <http://doi.org/10.5902/2179769241357>.

11. Melo JPG, Santos BNS, Amorim T, Araújo FG, Matozinhos FP, Felisbino-Mendes MS. Qualidade do cuidado pré-natal e parto no Brasil: comparação entre a pesquisa nacional de saúde de 2013 e 2019. *Cien Saude Colet*. 2024 [citado 2024 dic 5]. Disponible en: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/qualidade-do-cuidado-prenatal-e-parto-no-brasil-comparacao-entre-a-pesquisa-nacional-de-saude-de-2013-e-2019/19380?id=19380>
12. Flores TR, Neves RG, Mielke GI, Bertoldi AD, Nunes BP. Desigualdades na cobertura da assistência pré-natal no Brasil: um estudo de abrangência nacional. *Cien Saude Colet*. 2021;26(2):593–600. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232021262.26792019>.
13. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AF, Geremia DS. Guidelines to pregnant women: the importance of the shared care in primary health care. *Esc Anna Nery*. 2021;25(1):e20200098. doi: <http://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0098>.
14. Esposti CDD, Santos-Neto ET, Oliveira AE, Travassos C, Pinheiro RS. Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal de uma Região Metropolitana do Brasil. *Cien Saude Colet*. 2020;25(5):1735–50. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32852019>.
15. Ré MML, Nascimento ACAS, Fonseca MRCC. Characterization of prenatal care in Brazil according to regional differences and factors associated with maternal attributes. *Res Soc Dev*. 2022;11(4):e111427180. doi: <http://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27180>.
16. 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 Saude Publica*. 2015;31(5):1003–14. doi: <http://doi.org/10.1590/0201-311X00085014>.
17. Lessa MSA, Nascimento ER, Coelho EAC, Soares IJ, Rodrigues QP, Santos CAST, et al. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. *Cad Saude Publica*. 2022;27(10):3881–90. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232022710.0128202>.
18. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017;33(Supl 1):e00078816. doi: <http://doi.org/10.1590/0102-311x00078816>.
19. Batista MAL. Desigualdades assistenciais sob o enfoque étnico-racial e suas repercussões à saúde da mulher. *Braz. J. Hea. Rev*. 2021;4(2):4922–36. doi: <http://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-075>.
20. Theophilo RL, Rattner D, Pereira ÉL. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Cien Saude Colet*. 2018;23(11):3505–16. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>.
21. Matias TGC, Félix HCR, Côrrea CC, Machado ARM, Paschoini MC, Ruiz MT. Quando ir para a maternidade? Educação em saúde sobre o trabalho de parto. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017;11(Supl 12):5478–84. doi: <http://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a23244p5478-5484-2017>.
22. Souza JP, Day LT, Rezende-Gomes AC, Zhang J, Mori R, Baguiya A, et al. A global analysis of the determinants of maternal health and transitions in maternal mortality. *Lancet Glob Health*. 2024;12(2):e306–16. doi: [http://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00468-0](http://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00468-0).
23. Amorim T, Felisbino-Mendes MS, Schreck RSC, Ribeiro SP, Rezende EM, Martins EF. Born in Belo Horizonte: the trajectory of parturient women and their reproductive outcomes. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03441. doi: <http://doi.org/10.1590/s1980-220x2018000903441>.
24. Mendes RB, Santos JMJ, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Cien Saude Colet*. 2020;25(3):793–804. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018>.
25. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 5.350, de 12 de Setembro de 2024, para dispor sobre a Rede Alyne. *Diário Oficial da União*; Brasília; 2024 [citado 2024 dic 5]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html
26. Gama GA, Trezza MCSF, Rodrigues PMS, Alves KMC. Promoção da saúde na gestação: aplicação da Teoria de Nola Pender no pré-natal. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016;10(5):4428–31. doi: <http://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i5a11197p4428-4431-2016>.
27. Bahri Khomami M, Walker R, Kilpatrick M, de Jersey S, Skouteris H, Moran LJ. The role of midwives and obstetrical nurses in the promotion of healthy lifestyle during pregnancy. *Ther Adv Reprod Health*. 2021;15:26334941211031866. doi: <http://doi.org/10.1177/26334941211031866>.
28. Mahamud Tohan M, Islam MA, Rahman MA. Exploring the factors behind socioeconomic inequalities in Antenatal Care (ANC) utilization across five South Asian nations: a decomposition approach. *PLoS One*. 2024;19(8):e0304648. doi: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0304648>.
29. Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota conjunta Conass/Conasems: Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Brasília; 2022 [citado 2024 dic 6]. Disponible en: <https://www.conass.org.br/conjunta-conass-conasems-rede-de-atencao-materna-e-infantil-rami/>
30. Trindade RE, Siqueira BB, Paula TF, Felisbino-Mendes MS. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. *Cien Saude Colet*. 2021;26(Supl 2):3493-504. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.24332019>.

EDITORA ASOCIADA

Maria Helena Baena de Moraes Lopes

Apoyo financiero

Este trabajo fue realizado en parte con el apoyo del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil (CNPQ) proceso: 401923/2024-0 (versión en español).



Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons.