

Uso inadecuado de los servicios prenatales entre las brasileñas: el rol de las características maternas

Por Diego G. Bassani, Pamela J. Surkan y Maria Teresa A. Olinto

Diego G. Bassani es epidemiólogo, Centro para la Investigación en Salud, Instituto de Conocimiento Li Ka Shing, Hospital St. Michael's, Toronto, Ontario, Canadá. Pamela J. Surkan es profesora asistente, Departamento de Salud Internacional, Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins, Baltimore, MD, EE.UU., Maria Teresa A. Olinto es directora del Programa de Posgrado en Salud Comunitaria, Universidad del Valle del Río Sinós, San Leopoldo, Brasil.

CONTEXTO: Para mejorar la aceptación de la atención prenatal, es importante conocer la forma en que la atención prenatal varía en función de actitudes maternas y factores sociales y demográficos.

MÉTODOS: Se recolectó información de 611 mujeres postparto en Porto Alegre al sur de Brasil, sobre variables sociales y demográficas, atención prenatal, paridad, planificación del embarazo, intentos de aborto inducido, satisfacción con el embarazo y satisfacción respecto a la relación con el padre del hijo. Se utilizó regresión logística multinomial para evaluar las asociaciones entre estas variables y si el uso de la atención prenatal por parte de las mujeres fue adecuado, parcialmente inadecuado o inadecuado.

RESULTADOS: Aproximadamente el 40% de las mujeres tuvieron atención prenatal inadecuada o parcialmente inadecuada. Después de ajustar por otras covariables, incluida la satisfacción con el embarazo, las mujeres que tuvieron un embarazo no planeado tuvieron una probabilidad significativamente mayor que las mujeres que habían planeado su embarazo, de haber recibido una atención prenatal inadecuada (razón de momios, 2.0). También, el no vivir con el padre del hijo (2.8) y la insatisfacción con el embarazo (2.1) estuvieron asociados con el uso inadecuado de la atención prenatal. Las mujeres que estaban teniendo su segundo parto o un parto de mayor orden tuvieron una probabilidad significativamente mayor de reportar un uso inadecuado de la atención prenatal que las mujeres que estaban teniendo su primer parto (3.9–9.0). El ingreso familiar estuvo inversamente asociado con una atención inadecuada.

CONCLUSIONES: El estudio sugiere que las actitudes maternas pueden ser importantes para una atención prenatal adecuada. Debe crearse intervenciones dirigidas a alentar a aquellas mujeres que tengan actitudes maternas negativas, para que hagan uso de la atención prenatal, así como para asegurar que tengan acceso a la atención que necesiten.

Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2010, pp. 10–15

La atención prenatal sirve de indicio, en gran medida, de los resultados positivos de los embarazos¹ y puede afectar, en forma substancial, la mortalidad materna e infantil^{2–5}. El inicio de la atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo permite obtener diagnósticos y tratamientos oportunos de diversos problemas de salud. Estos beneficios para la salud tienden a mejorar entre las poblaciones con mayores desventajas sociales y con mayores riesgos; y que, por lo general, experimentan dificultades para obtener una atención prenatal adecuada.⁶

Las dificultades para la obtención de atención prenatal entre mujeres que no son blancas en los Estados Unidos se relacionan con un inicio tardío de la atención prenatal y una menor cantidad de consultas.⁷ En Brasil, se investigó el efecto de similares inconvenientes con respecto al desigual acceso y calidad en la atención prenatal.⁸ Los factores sociales y demográficos parecen influir en esto. Las mujeres que no reciben atención, o cuya atención prenatal es inadecuada son, por lo general, más jóvenes y solteras, tienen un nivel educativo inferior y ya tuvieron otros partos.^{9–13} Sin embargo, existen algunas inconsistencias en la literatura; en algunos estudios, el uso de atención prenatal no se relaciona con el estado civil ni con la paridad.¹⁴

Aunque algunos estudios investigaron el rol de las características maternas, unos cuantos de ellos investigaron las actitudes maternas con respecto al embarazo; como por ejemplo, si el embarazo fue indeseado, si la mujer intentó abortar y qué satisfacción sintió la mujer durante y después del embarazo.^{6,11,15} Nuestro estudio brindó oportunidades únicas para examinar estas características dentro de una población representativa de pacientes de bajos ingresos, de hospitales públicos del sur de Brasil.

Las actitudes maternas con respecto al embarazo pueden resultar tan importantes como las barreras estructurales en la determinación del inicio tardío de la atención prenatal.¹⁶ El objetivo de este estudio fue evaluar el rol que las características maternas, incluidas las actitudes con respecto al embarazo, así como aquellas relacionadas con los factores sociales y demográficos, juegan en el uso de servicios prenatales inadecuados.

MÉTODOS

Datos

Se convocó a mujeres que dieron a luz en alguna de las tres maternidades principales de Porto Alegre, al sur de Brasil, entre mayo y diciembre de 2002. De las 611 mujeres que

accedieron a participar (nadie se negó), todas contaban con datos completos de la atención prenatal que se incluyeron en el análisis. Estas mujeres sirvieron como controles en un estudio más amplio de control de caso de un incidente para investigar la asociación entre la periodontitis y consecuencias perinatales: una explicación detallada del estudio de control de caso se puede encontrar en otro sitio.¹⁷ Los dos nacimientos posteriores a un caso en el mismo hospital eran elegibles para servir de controles. Los criterios de exclusión eran gestaciones múltiples, diabetes materna, haber dado a luz a un mortinato con menos de 28 semanas de gestación y a bebés con defectos físicos graves que podían comprometer las posibilidades de supervivencia. El peso del recién nacido no constituía un criterio para la participación de la madre. Todas las mujeres firmaron un formulario de consentimiento informado antes de su participación. Las juntas de revisión de los tres hospitales y de la Universidad Federal de Pelotas aprobaron el estudio.

Se entrevistó a todas las mujeres del hospital dentro de las 24 horas posteriores al parto. Los encuestadores eran estudiantes médicos capacitados para reunir información por medio de un cuestionario estructurado. Se recopiló la siguiente información: variables socioeconómicas y demográficas (ingresos; años completos de educación; edad; raza, clasificadas en blancas o no blancas); cantidad de partos y apoyo familiar (si la participante convive con el padre del hijo). Las madres brindaron información sobre los ingresos de todos los integrantes del hogar. Esto se utilizó para calcular los ingresos mensuales per cápita de cada hogar.

Las variables relacionadas con las actitudes maternas con respecto a los embarazos actuales fueron si el embarazo había sido planeado, si la mujer había intentado abortar, si había estado satisfecha con el embarazo durante el período prenatal, si había estado satisfecha con el embarazo durante el período posparto y su satisfacción con respecto a la relación con el padre del hijo (a partir de 0=“completamente insatisfecha” hasta 10=“completamente satisfecha”).

La atención prenatal se clasificó como adecuada, parcialmente inadecuada e inadecuada. La idoneidad de la atención prenatal se basó en el índice de Kessner,¹⁸ que concuerda con las normas que especifica el Ministerio de Salud brasileño¹⁰ Para los embarazos en término (37 semanas de gestación o más), la atención prenatal adecuada se definió con al menos seis visitas antes de finalizar el embarazo, iniciadas durante el primer trimestre. La atención prenatal parcialmente inadecuada se definió como un inicio tardío (durante el segundo o tercer trimestre) o menos de seis consultas. Mientras que, la atención prenatal inadecuada se definió por el inicio tardío además de haber tenido menos de seis consultas.

Para las mujeres, cuyos embarazos no llegaron a su término, la cantidad de visitas de seguimiento se adaptó a la duración del embarazo. Por consiguiente, la cantidad adecuada de visitas fue de cinco para los embarazos que du-

CUADRO 1. Características selectas de una muestra de mujeres que dieron a luz en Porto Alegre, Brasil, Mayo-Diciembre de 2002

Característica	%
Edad (N=608)	
10-19	22.1
20-24	26.3
25-29	23.7
30-34	16.1
35-46	11.8
Ingreso (en US\$) (N=611)	
1er tercil (<\$38.20)	34.4
2o tercil (\$38.20-\$74.30)	32.1
3er tercil (>\$74.30)	33.5
Educación (en años) (N=611)	
<5	13.8
5-7	32.0
≥8	54.2
Color de la piel (N=611)	
Blanco	75.5
No blanco	24.5
Paridad (N=608)	
1	39.5
2-3	41.1
≥4	19.4
Convive con el padre del niño (N=609)	
Sí	84.6
No	15.4
Satisfacción respecto a la relación con el padre del hijo† (N=455)	
Media	8.8 [1.5]
Embarazo planeado (N=609)	
Sí	36.1
No	63.9
Satisfacción con el embarazo (prenatal) (N=609)	
Sí	73.4
No	26.6
Satisfacción con el embarazo /hijo (postnatal) (N=608)	
Sí	97.5
No	2.5
Intento de aborto (N=607)	
Sí	4.1
No	95.9
Alguna atención prenatal (N=611)	
Sí	95.7
No	4.3
Inicio de la atención prenatal (trimestre) (N=579)	
1er	71.9
2o	24.8
3ro	3.3
Núm. de visitas de atención prenatal (N=586)	
<6	23.7
≥6	76.3
Atención prenatal (N=600)	
Adecuada	60.8
Parcialmente inadecuada	21.2
Inadecuada	18.0

†Rango, 0-10; las calificaciones más altas indican una mayor satisfacción con la relación. *Notas:* Los datos son porcentajes, a menos que se indique una unidad diferente. El número de casos (N) varía debido a respuestas faltantes, porque las respuestas se limitaron a solamente las que reportaban alguna atención prenatal, o ambas causas. La cifra entre paréntesis es la desviación estándar.

raron entre 33 y 36 semanas, cuatro para los de 29 a 32 semanas, tres visitas para aquellos entre 24 y 28 semanas y dos para los que duraron menos de 24 semanas.

Análisis

El análisis estadístico se realizó con Stata 8.0. La precisión de las entradas de datos se aseguró mediante la duplicación de éstas y los controles cruzados comparados con las bases de datos. Debido a que la variable dependiente contaba con tres categorías (atención prenatal adecuada, parcialmente inadecuada e inadecuada), se utilizó regresión logística multinomial para calcular la razón de momios e intervalos de confianza del 95%. Este enfoque evita la pérdida de información que puede ocurrir en la regresión logística cuando las respuestas se reducen a dos categorías.

Utilizamos un marco conceptual multivariable para la selección y modelación de variables.¹⁹ Nuestro modelo incluyó variables socioeconómicas y demográficas (Nivel I), seguidas del historial reproductivo y el apoyo familiar (Nivel II). Mientras que, las variables del Nivel III abarcaron mediciones relacionadas con actitudes maternas: haber planeado el embarazo, haber intentado un aborto, sentirse satisfecha durante el embarazo y durante las primeras 24 horas posparto.

Las mediciones se incluyeron en los modelos multivariables sólo cuando se observaba una probabilidad de asociación superior al 80% en el análisis bivariado ($p < .20$). Para el modelo logístico multinomial, las variables del Nivel I fueron ingresadas mediante la eliminación hacia atrás. Aquellas con un valor p inferior a .10 se conservaron como covariables en los modelos subsiguientes. A continuación, las variables del Nivel II se añadieron y se ajustaron para las variables restantes del Nivel I. Este procedimiento se repitió para el Nivel III.

RESULTADOS

De las 611 mujeres que participaron en el estudio, la edad media fue de 25.5 años (la desviación estándar, 6.8; no se muestra) y el ingreso per cápita mensual medio fue de US\$63.30 (desviación estándar, \$27.50). La cantidad media de años de educación fue 8.2 (desviación estándar, 7.9).

El veintidós por ciento de las mujeres eran adolescentes y aproximadamente el 40% había dado a luz por primera vez (Cuadro 1). Más del 15% de las participantes no convivía con los padres de sus hijos. Un alto porcentaje de embarazos no habían sido planeados (64%) y el 27% informaron que estaban insatisfechas con su embarazo durante el período prenatal. Después del parto, sólo el 3% de las madres estaban insatisfechas con el embarazo o con su hijo.

El 4% de las mujeres informaron intentos de aborto. Otros análisis revelaron que el 12% de las mujeres que informaron estar insatisfechas tanto en el embarazo como después del parto tenían más probabilidades de haber intentado un aborto que aquellas que informaron estar satisfechas tanto durante el embarazo como después del parto (no se muestra).

Cuadro 2. Razones de momios no ajustadas (e intervalos de confianza del 95%) de análisis de regresión logística multinomial para evaluar variables asociadas con atención prenatal parcialmente inadecuada o inadecuada versus atención prenatal adecuada

Variable	Parcialmente inadecuada	Inadecuada
Edad		
	0.98 (0.95–1.01)	0.99 (0.96–1.02)
Ingreso		
1 ^{er} tercil (ref)	1.00	1.00
2 ^o tercil	0.71 (0.43–1.15)	0.57 (0.35–0.94)***
3 ^{er} tercil	0.42 (0.25–0.70)***	0.15 (0.08–0.28)***
Educación (en años)		
<5 (ref)	1.00	1.00
5–7	0.86 (0.46–1.58)	1.56 (0.79–3.07)
≥8	0.50 (0.28–0.88)***	0.55 (0.28–1.09)
Color de la piel		
Blanco (ref)	1.00	1.00
No blanco	1.23 (0.77–1.96)	1.68 (1.04–2.70)*
Paridad		
1 (ref)	1.00	1.00
2–3	1.55 (0.98–2.47)	2.52 (1.46–4.33)***
≥4	2.50 (1.42–4.39)***	5.18 (2.81–9.54)***
Convive con el padre del niño		
Sí (ref)	1.00	1.00
No	0.87 (0.46–1.65)	2.84 (1.69–4.78)***
Satisfacción con la relación		
	0.96 (0.83–1.10)	1.05 (0.87–1.27)
Embarazo planeado		
Sí (ref)	1.00	1.00
No	1.70 (1.11–2.62)***	4.56 (2.58–8.06)***
Satisfacción con el embarazo (prenatal)		
Sí (ref)	1.00	1.00
No	1.62 (1.02–2.59)***	4.11 (2.60–6.50)***
Satisfacción con el embarazo/hijo (postnatal)		
Sí (ref)	1.00	1.00
No	2.43 (0.73–8.13)	1.70 (0.42–6.91)
Intento de aborto		
Sí	1.62 (0.53–4.94)	3.18 (1.19–8.54)*
No (ref)	1.00	1.00

* $p < .05$. *** $p \leq .001$. Nota: ref=grupo de referencia.

En términos generales, el 61% de las mujeres cumplieron con los criterios de haber recibido una adecuada atención prenatal, mientras que el 4% no había tenido atención prenatal alguna. El 21% de las mujeres informaron haber recibido una atención prenatal parcialmente inadecuada. El inicio tardío, más que la frecuencia de las visitas, contribuyó a niveles inferiores de atención prenatal—alrededor del 69% de las 235 mujeres que recibieron atención inadecuada o parcialmente inadecuada realizaron su primera visita en el segundo o tercer trimestre (no se muestra).

Análisis multivariable

Un mayor ingreso se asoció, en gran medida, con menores probabilidades de atención prenatal inadecuada y parcialmente inadecuada; y, cuanto mayor fue el nivel educativo, menores fueron las probabilidades de atención prenatal parcialmente inadecuada (Cuadro 2). Asimismo, el no ser

blanca se asoció con mayores probabilidades de atención prenatal inadecuada (razón de momios, 1.7). Las mujeres que habían tenido cuatro o más partos, tuvieron mucha mayor probabilidad que las mujeres con uno sólo de recibir atención prenatal parcialmente inadecuada o atención prenatal inadecuada (2.5 y 5.2, respectivamente). Las mujeres con dos o tres hijos también tuvieron mayor probabilidad que las que tenían uno sólo de recibir atención inadecuada (2.5). Aquellas que no convivían con el padre de su hijo tuvieron mucha más probabilidad que aquellas que sí convivían, de recibir atención prenatal inadecuada (2.8). Observamos una relación entre los embarazos no planeados y la insatisfacción durante el embarazo con una atención parcialmente inadecuada (1.7 y 1.6, respectivamente) y con una atención inadecuada (4.6 y 4.1, respectivamente). Por último, el intento de aborto se relacionó con una mayor probabilidad de una atención prenatal inadecuada (3.2).

Después de los ajustes simultáneos para las variables del Nivel I, la raza y la educación no se asociaron con la

idoneidad de la atención prenatal (Cuadro 3). Asimismo, la magnitud de los efectos se atenuó cuando se controló la variable de ingresos. Por otra parte, un mayor nivel de ingresos tuvo una fuerte asociación inversa con la atención prenatal inadecuada en modelos controlados en cuanto a raza y educación. Las participantes dentro del tercil con mayores ingresos tuvieron menos probabilidades que las mujeres más pobres de haber recibido tanto una atención parcialmente inadecuada (razón de momios, 0.4) o atención inadecuada (0.1).

Luego de ajustar la variable de ingresos (la única variable que se conservó del Nivel I), la asociación entre la paridad y la atención prenatal se acentuó. Las mujeres que declararon haber tenido cuatro o más partos tuvieron mucha más probabilidad que las mujeres que experimentaban el primero, de informar una atención parcialmente inadecuada (razón de momios, 3.3) o una atención inadecuada (9.0). Aquellas que reportaron dos o tres partos, también tuvieron mayores probabilidades que aquellas que declararon sólo uno, de haber recibido una atención parcialmente inadecuada (1.8) o una atención inadecuada (3.9). El no convivir con el padre biológico del hijo se relacionó, en gran medida, con la atención prenatal inadecuada después del ajuste de las variables de ingresos y paridad (2.7).

En los modelos ajustados para las variables de ingresos, la paridad y el hecho de si la madre convivía con el padre del niño (variables del Nivel I y II), el embarazo no planeado y la insatisfacción con el embarazo mantuvieron su asociación con la atención inadecuada (razones de momios, 2.0 y 2.1, respectivamente). No se comprobó que los intentos de aborto durante el embarazo estuvieran relacionados con el uso de atención prenatal. Sin embargo, cabe destacar que una muy baja proporción de las mujeres de nuestra muestra informaron haber intentado un aborto y las que lo lograron, no se incluyeron en el estudio.

DISCUSIÓN

El presente estudio investigó el rol de las actitudes maternas y las características sociales y demográficas sobre el uso adecuado de la atención prenatal en una muestra de mujeres de bajos ingresos del sur de Brasil. Los embarazos no planeados, la insatisfacción con el embarazo, la mayor paridad y el no convivir con el padre del hijo se relacionaron en gran medida con la atención prenatal inadecuada. Hubo un importante y marcado gradiente de ingresos asociado con la atención prenatal inadecuada: dentro de esta población medianamente homogénea de bajos ingresos, la probabilidad de atención prenatal inadecuada aumentó considerablemente a medida que los ingresos disminuyeron.

Se observó un mayor riesgo de atención prenatal inadecuada entre las mujeres que no habían planeado sus embarazos. Poco se sabe sobre el rol de los embarazos no deseados o no planeados como barreras para el uso de servicios prenatales. Anteriormente se había reportado la asociación entre los embarazos no planeados con un inicio

Cuadro 3. Razones de momios ajustadas (e intervalos de confianza del 95%) de análisis de regresión logística multinomial para evaluar variables asociadas con atención prenatal parcialmente inadecuada o inadecuada versus atención prenatal adecuada

Variable	Parcialmente inadecuada	Inadecuada
NIVEL I		
Edad	0.99 (0.96–1.02)	0.99 (0.96–1.03)
Ingreso		
1er tercil (ref)	1.00	1.00
2o tercil	0.69 (0.43–1.13)	0.57 (0.35–0.94)***
3er tercil	0.43 (0.26–0.72)***	0.14 (0.07–0.28)***
Educación	0.96 (0.88–1.04)	0.92 (0.85–1.01)
Color de la piel		
Blanco (ref)	1.00	1.00
No blanco	1.06 (0.66–1.72)	1.26 (0.77–2.07)
NIVEL II		
Paridad		
1 (ref)	1.00	1.00
2–3	1.81 (1.07–3.06)***	3.93 (2.05–7.53)***
≥4	3.30 (1.58–6.91)***	9.03 (3.82–16.30)***
Convive con el padre del niño		
Sí (ref)	1.00	1.00
No	0.76 (0.38–1.50)	2.74 (1.53–4.92)***
NIVEL III		
Embarazo planeado		
Sí (ref)	1.00	1.00
No	1.34 (0.82–2.20)	1.96 (1.01–3.79)*
Satisfacción con el embarazo (prenatal)		
Sí (ref)	1.00	1.00
No	1.19 (0.69–2.04)	2.12 (1.22–3.67)**
Intento de aborto		
Sí	1.37 (0.42–4.55)	1.55 (0.51–4.68)
No (ref)	1.00	1.00

*p<.05. **p<.01. ***p<.001. *Notas:* Las estimaciones están ajustadas para el hospital en donde ocurrió el parto y la edad materna. Las variables que no fueron significativas a p<.05 para cada resultado no se incluyeron en el modelo final. ref=grupo de referencia.

tardío de la atención.⁹ Sin embargo, otras investigaciones no han podido encontrar una asociación entre los embarazos no planeados y el uso adecuado de atención prenatal.¹⁴ Por otra parte, un estudio relacionó los embarazos no deseados con un mayor riesgo de muerte neonatal: las mujeres con embarazos no deseados tuvieron mucha más probabilidad que aquellas que planearon sus embarazos de dar a luz un bebé que murió dentro de los primeros 28 días de vida.²⁰

En nuestro estudio, la satisfacción de una mujer con su embarazo cumple un rol importante en el uso de atención prenatal. Nuestros resultados presentan evidencia que complementa los resultados descriptivos, no ajustados de un estudio transversal realizado anteriormente en Río de Janeiro. Entre las adolescentes entrevistadas en el periodo de posparto inmediato, las que expresaban satisfacción con sus embarazos tenían mayor probabilidad de haber acudido a más consultas prenatales.¹¹ Además, nuestros hallazgos coinciden con los de Tough et al., quienes demostraron que una baja satisfacción indica un inicio tardío y una baja frecuencia de atención prenatal.¹⁵ En el caso de nuestro estudio, debido a la naturaleza transversal de su diseño, no se puede descartar la posibilidad de causalidad inversa—el hecho de que recibir una atención adecuada puede influir en forma positiva en la satisfacción durante el embarazo).

A pesar de que la relación entre un intento de aborto y el uso de atención prenatal no alcanzó significación estadística en nuestra muestra, se justifica realizar más estudios en una muestra mayor.

Observamos una relación dosis-respuesta entre la paridad y una atención prenatal inadecuada. Dicha asociación mantuvo su significancia después de hacer ajustes por situación socioeconómica. Otros estudios informan hallazgos similares,^{9,10,21,22} que sugieren que, independientemente del conocimiento que se tenga de la disponibilidad de servicios y del uso previo de servicios de atención prenatal, cada parto adicional reduce considerablemente las probabilidades del uso de atención prenatal apropiada.²³ Sin embargo, resultados de estudios anteriores no siempre han sido consistentes con algunas investigaciones que demuestran que la paridad no se relaciona con la idoneidad de la atención prenatal.¹⁴ Una explicación que encontramos al hecho de que una mayor paridad represente un menor uso de atención prenatal podría ser que algunas mujeres que ya han dado a luz consideren tener suficiente conocimiento y experiencia sobre embarazos como para enfrentarlos por su cuenta.

El hecho de no convivir con el padre del hijo durante el embarazo se asoció con mayores probabilidades de uso inadecuado de atención prenatal, que en el caso de vivir en un lugar donde estuviera presente el padre (razón de momios, 2.7). Se sabe que la ausencia del padre produce efectos adversos en la salud y el desarrollo de los hijos,²⁴ y se estima que afecta otros comportamientos maternos. En muestras de mujeres estadounidenses, se observaron comportamientos deficientes en lo que respecta a salud

entre las madres solteras.^{9,16} Otras investigaciones sobre el apoyo social, por lo general reportan una asociación entre la falta de alguien que sea un apoyo durante el embarazo y una atención prenatal tardía.⁹

Diversos estudios reportan una asociación entre una atención prenatal inadecuada y la mortalidad infantil.^{25,26} La mejora en el acceso y la calidad de la atención prenatal (el momento de inicio, el cumplimiento del cronograma de consultas, como también el contenido de la atención) se sugieren como una vía para la reducción de la mortalidad infantil y de resultados perinatales adversos.²⁷ Factores tales como la satisfacción materna durante el embarazo y la estructura y apoyo familiares pueden resultar importantes cuando se intenta reducir la mortalidad infantil que se puede evitar por medio de un mejor uso de la atención prenatal. Los trabajos cualitativos futuros pueden ayudar a identificar los factores que contribuyen a la satisfacción materna durante el embarazo, así como también aquellos que actúan como barreras para la atención prenatal. Trabajos recientes han destacado la importancia de factores como la depresión materna en los primeros resultados nutricionales del niño.^{28,29}

Debido a que los datos son transversales, no podemos deducir causalidades; por lo tanto, se necesita de más investigaciones para establecer la dirección de estas asociaciones. Nuestra muestra se basó, principalmente, en personas con bajos ingresos que utilizaban instituciones médicas públicas en Brasil, lo que limita la posibilidad de generalizar los hallazgos a poblaciones similares. Sin embargo, el estudio de este subsector de la población es particularmente relevante, debido a que dichos grupos de bajos ingresos han sido los más vulnerables a hechos de salud adversos maternos e infantiles. Una de las limitaciones de nuestro análisis es que la variable que indica la idoneidad de la atención prenatal no brinda información sobre el contenido o la calidad de la atención que se recibe. A fin de superar este inconveniente, intentamos utilizar el índice de utilización adecuada de la atención prenatal (APNCU, por sus siglas en inglés).³⁰ Sin embargo, con el índice APNCU, la prevalencia de la atención prenatal adecuada desciende a 9% y brinda un bajo poder estadístico. Por este motivo y para ser consistentes con estudios anteriores más amplios en Brasil,⁴ utilizamos el sistema de clasificación de Kessner y colegas. Debido a que las encuestas típicamente se realizaron después del parto en habitaciones de hospital compartidas, es posible que la falta de privacidad haya contribuido en ocasiones a obtener información errónea. Aunque estimamos que en muchos casos, las respuestas socialmente deseables (como no informar la insatisfacción con el embarazo o un embarazo indeseado o la exageración de la cantidad de visitas prenatales) contribuirían a una atenuación artificial de las asociaciones observadas.

Nuestros hallazgos sugieren que las actitudes maternas negativas, como la insatisfacción con el embarazo, están asociadas con el uso inadecuado de atención prenatal. Nuestros resultados además indican que las mujeres

solteras que viven en desventaja económica y que tienen varios hijos, conforman una población con mayor riesgo de atención prenatal inadecuada. Se necesitan más investigaciones para establecer las relaciones complejas entre estas variables. Por ejemplo, la ausencia del padre podría ser meramente otro componente en la cadena de sucesos que acontecen a raíz de un embarazo no planeado o no deseado. Ahora que las actitudes maternas y los factores sociales y demográficos importantes han sido identificados, se debería realizar intervenciones para alentar a las mujeres con estas características a utilizar la atención prenatal para asegurar su acceso a la atención que necesitan.

REFERENCIAS

1. Kogan MD et al., Trends in twin birth outcomes and prenatal care utilization in the United States, 1981–1997, *Journal of the American Medical Association*, 2000, 284(3):335–341.
2. Hueston WJ et al., Delayed prenatal care and the risk of low birth weight delivery, *Journal of Community Health*, 2003, 28(3):199–208.
3. Buck GM et al., Timing of prenatal care and risk of sudden infant death syndrome, *International Journal of Epidemiology*, 1990, 19(4): 991–996.
4. Laditka SB et al., Potentially avoidable maternity complications: an indicator of access to prenatal and primary care during pregnancy, *Women & Health*, 2005, 41(3):1–26.
5. Menezes AMB et al., Infant mortality in Pelotas, Brazil: a comparison of risk factors in two birth cohorts, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2005, 18(6):439–446.
6. Paredes I et al., Factors associated with inadequate prenatal care in Ecuadorian women, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2005, 88(2):168–172.
7. Park JH, Vincent D y Hastings-Tolsma M, Disparity in prenatal care among women of colour in the USA, *Midwifery*, 2007, 23(1):28–37.
8. Dias-da-Costa JS et al., Inequalities in clinical breast examination in São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brazil, *Cadernos de Saúde Pública*, 2007, 23(7):1603–1612 (en portugués).
9. Nothnagle M et al., Risk factors for late or no prenatal care following Medicaid expansions in California, *Maternal and Child Health Journal*, 2000, 4(4):251–259.
10. Goldani MZ et al., Trends in prenatal care use and low birthweight in southeast Brazil, *American Journal of Public Health*, 2004, 94(8): 1366–1371.
11. Gama SG et al., Factors associated with precarious prenatal care in a sample of post-partum adolescent mothers in maternity hospitals in Rio de Janeiro, Brasil, 1999–2000, *Cadernos de Saúde Pública*, 2004, 20(Suppl.1):S101–S111 (en portugués).
12. D'Ascoli PT et al., Parental factors influencing patterns of prenatal care utilization, *Journal of Perinatology*, 1997, 17(4):283–287.
13. Cooney JP, What determines the start of prenatal care? prenatal care, insurance, and education, *Medical Care*, 1995, 23(8):986–997.
14. Kim HG et al., Antenatal psychiatric illness and adequacy of prenatal care in an ethnically diverse inner-city obstetric population,

Archives of Women's Mental Health, 2006, 9(2):103–107.

15. Tough SC et al., The relationship between self-reported emotional health, demographics, and perceived satisfaction with prenatal care, *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 2004, 17(1):26–38.
16. Johnson AA et al., Determinants of late prenatal care initiation by African American women in Washington, DC, *Maternal and Child Health Journal*, 2003, 7(2):103–114.
17. Bassani DG, Olinto MT y Kreiger N, Periodontal disease and perinatal outcomes: a case-control study, *Journal of Clinical Periodontology*, 2007, 34(1):31–39.
18. Kessner DM et al., Infant death: an analysis by maternal risk and health care, in: *Contrast in Health Status*, Vol. 1, Washington, DC: National Academy of Sciences, 1973, pp. 50–95.
19. Victora CG et al., The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach, *International Journal of Epidemiology*, 1997, 26(1):224–227.
20. Bustan MN y Coker AL, Maternal attitude toward pregnancy and the risk of neonatal death, *American Journal of Public Health*, 1994, 84(3):411–414.
21. Kogan MD et al., The changing pattern of prenatal care utilization in the United States, 1981–1995, using different prenatal care indices, *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279(20):1623–1628.
22. Heaman MI et al., Inadequate prenatal care and its association with adverse pregnancy outcomes: a comparison of indices, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2008, Vol. 8, Artículo 15.
23. Nicholson WK et al., Prenatal patients' views of prenatal care services: a medical center-based assessment of knowledge and intent to use support services, *Ethnicity & Disease*, 2004, 14(1):13–20.
24. Olinto MTA et al., Determinants of malnutrition in a low-income population: hierarchical analytical model, *Cadernos de Saúde Pública*, 1993, 9(Suppl. 1):14–27 (en portugués).
25. Malloy MH, Kao TC y Lee YJ, Analyzing the effect of prenatal care on pregnancy outcome: a conditional approach, *American Journal of Public Health*, 1992, 82(3):448–450.
26. Collins JW, Jr., y David RJ, Differences in neonatal mortality by race, income, and prenatal care, *Ethnicity & Disease*, 1992, 2(1):18–26.
27. Alexander GR y Kotelchuck M, Assessing the role and effectiveness of prenatal care: history, challenges, and directions for future research, *Public Health Reports*, 2001, 116(4):306–316.
28. Patel V et al., Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia, *BMJ*, 2004, 328(7443):820–823.
29. Surkan PJ et al., Maternal depressive symptoms, parenting self-efficacy, and child growth, *American Journal of Public Health*, 2008, 98(1):125–132.
30. Kotelchuck M, An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index, *American Journal of Public Health*, 1994, 84(9):1414–1420.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a Marcos P. Patussi por su minuciosa revisión y sugerencias útiles durante la preparación del manuscrito final.

Contacto con la autora: mtolinto@unisin.br