

Adequación de la atención prenatal ofrecida a mujeres indígenas: características maternas y de los servicios de salud

Gislaine Recaldes de Abreu (<https://orcid.org/0000-0002-8325-5660>)¹

Renata Pálopi Picoli (<https://orcid.org/0000-0002-3753-6832>)²

James Robert Welch (<https://orcid.org/0000-0002-9094-5491>)³

Carlos E. A. Coimbra Junior (<https://orcid.org/0000-0003-4085-1080>)³

Resumen Este estudio tuvo como objetivo analizar la adecuación de la atención prenatal ofrecida a las mujeres indígenas y su asociación con las características de los servicios de salud. Se trata de un estudio transversal, con cobertura estatal, realizado con 461 mujeres indígenas que dieron a luz y/o recibieron atención posparto inmediata en municipios de Mato Grosso do Sul entre 2021 y 2022. Se desarrolló un indicador de adecuación mínima de la atención prenatal, clasificándose como adecuada cuando la mujer inició el control prenatal en el primer trimestre del embarazo, tuvo ≥ 7 consultas y contó con registros de exámenes de rutina. La información relativa a la prescripción de medicamentos durante el embarazo fue excluida de este indicador por mala cumplimentación. Se utilizaron modelos de regresión logística para estimar los odds ratios ajustados y los factores asociados con la adecuación de la atención prenatal. Se encontró que el 67,2% inició el control prenatal en el primer trimestre, el 51,8% tuvo ≥ 7 consultas y el 40,6% contaba con registro de resultados de exámenes. Alrededor de una de cada cuatro mujeres indígenas lograron alcanzar la adecuación propuesta. Las características maternas asociadas fueron etnia, región de residencia y domicilio. La atención prenatal reveló inequidades en salud, con bajas tasas de adecuación de la atención prenatal y peores tasas entre las mujeres que vivían en aldeas y campamentos en la región sur del estado.

Palabras clave Salud de los pueblos indígenas, Atención Prenatal, Salud Materna, Servicios de Salud

¹ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Av. Costa e Silva s/nº, Bairro Universitário. 79070-900 Campo Grande MS Brasil. gislaine.abreu@ufms.br

² Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-MS). Campo Grande MS Brasil.

³ Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introducción

A pesar del énfasis dado a la salud materna e infantil en los Objetivos del Milenio (ODM) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), así como los esfuerzos globales para alcanzar estos objetivos, la atención a las cuestiones étnico-raciales en esta asistencia ha sido limitada¹⁻³. Un estudio realizado con datos de 36 países de ingresos bajos y medios proporciona evidencia de la persistencia de desigualdades sociales que afectan de manera diferente a las minorías étnicas y contribuyen a las condiciones de salud de estas poblaciones¹. Situaciones que involucran resultados de salud desfavorables entre las poblaciones indígenas se presentan continuamente así como los persistentes peores indicadores³.

Estas situaciones se evidencian al investigar la salud materno-infantil de los pueblos indígenas, caracterizada por dificultades para acceder y brindar atención prenatal adecuada, mayores ocurrencias de mortalidad materna e infantil, así como mayores riesgos de eventos adversos en el embarazo⁴.

En este contexto, la atención prenatal constituye un componente indispensable en la atención de la salud de la mujer durante el período embarazo-puerperal. La atención prenatal de calidad tiene como objetivo brindar atención a la mujer desde el inicio del embarazo, así como diagnosticar, tratar y controlar las morbilidades maternas y fetales, asegurando, al final del embarazo, el nacimiento de un niño sano y garantizando la salud materna y neonatal, factor fundamental para lograr una reducción de la morbimortalidad materna y perinatal⁵⁻⁸.

Los datos de la Encuesta de Nacimientos en Brasil muestran que, a pesar del índice de cobertura de atención prenatal establecido por el Ministerio de Salud como la distribución porcentual de mujeres con nacidos vivos según el número de consultas prenatales, ser superior al 61,0% en todas las regiones del país, al evaluar los componentes esenciales de esta asistencia, como el período en el que se inicia la atención prenatal y se realizan y registran los exámenes de rutina, las tasas de adecuación aún se consideran bajas con importantes diferencias regionales⁶. Estos aspectos también fueron observados en estudios anteriores que señalaron la existencia de fallas en la atención prenatal en diferentes contextos, como dificultades en el acceso, inicio tardío de la atención prenatal, número inadecuado de consultas y realización incompleta de los procedimientos recomendados, comprometiendo así la calidad y la eficacia de la asistencia⁷⁻⁹.

En este escenario, el número de mujeres indígenas con dificultades para acceder a una atención prenatal de calidad es significativo, con diferencias importantes en la oferta y el acceso a esta asistencia en varios países del mundo, incluido Brasil^{2,4,10,11}.

Estas diferencias se deben a numerosos factores, como las dificultades de transporte de las poblaciones que viven en zonas remotas y rurales, de acceso a pruebas recomendadas durante el embarazo y dificultades de comunicación^{10,12,13}.

Un importante estudio nacional sobre atención prenatal a mujeres indígenas mostró una cobertura del 90,4%. Sin embargo, demostró brechas en la atención, caracterizadas por un inicio tardío de la atención prenatal (solo alrededor del 30% comenzó en el primer trimestre), un número inadecuado de consultas (sólo el 16% realizó 7 o más consultas prenatales) y bajas solicitudes y registros de pruebas recomendadas (glucemia 53,6%, orina 53%, hemograma 56,9% y citología oncológica 12,9%) y prescripciones de suplementación para esta población¹¹.

Considerando la importancia de que la atención prenatal sea decisiva y estratégica para la salud materno-infantil de la población indígena, y combinado con el escenario del estado de Mato Grosso do Sul, que es el tercer estado del país con mayor número de residentes indígenas, representado por 116.346 indígenas según datos del Censo realizado en 2022¹⁴, este artículo contribuye a la identificación de acciones dirigidas a las mujeres embarazadas indígenas, con miras a mejorar la atención en el control prenatal que realiza el Subsistema de Salud Indígena (Sasi-SUS). Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo de este estudio fue analizar la adecuación de la atención prenatal ofrecida a las mujeres indígenas en Mato Grosso do Sul y su asociación con las características maternas y del servicio de salud.

Métodos

Se trata de un estudio epidemiológico transversal, con cobertura estatal y realizado en diez municipios del Estado de Mato Grosso do Sul, abarcando doce unidades hospitalarias y un centro de parto, durante el período de 21 noviembre 2021 al 24 agosto 2022.

El Estado de Mato Grosso do Sul tiene el tercer mayor número de población indígena del país, representado por 116.346 personas, lo que corresponde al 4,22% de la población total del Estado. En los 79 municipios del Estado hubo registro de presencia de indígenas, y los municipios

de Campo Grande, Dourados, Amambai, Aquidauana y Miranda presentan el mayor número de indígenas¹⁴.

El estudio incluyó a mujeres indígenas que vivían en tierras, campamentos o comunidades urbanas indígenas del Estado de Mato Grosso do Sul, que habían dado a luz y/o recibido atención posparto inmediata en una de las 12 unidades hospitalarias o un centro de parto, con un nacido vivo de cualquier peso o edad gestacional (EG) y que portó la libreta o registro perinatal de la gestante durante su estancia hospitalaria. Se excluyeron de la investigación las mujeres indígenas que tuvieron muerte fetal y las mujeres que sufrieron un aborto espontáneo o inducido.

El estudio se realizó en dos etapas: en la primera se seleccionaron municipios con un promedio mensual de registro de cuatro (4) nacidos vivos de mujeres indígenas en el Sistema de Información de Nacidos Vivos (SINASC) para 2018 y que tenían como sede de un servicio SasiSUS (Polo Base o DSEI).

Once de 79 municipios cumplieron con estos criterios. Hubo una negativa por parte de un municipio, totalizando diez municipios investigados, con 12 unidades hospitalarias y un centro de parto natural en el Estado de Mato Grosso do Sul (MS).

Para calcular el tamaño de la muestra, se utilizó la ecuación de muestra aleatoria simple sin reemplazo, con corrección por el tamaño de la población, con base en el número de personas nacidas de raza/color indígena (2.173) en el Estado de Mato Grosso do Sul en 2018, registradas en el SINASC, con una prevalencia del 58% de mujeres que tuvieron al menos siete consultas prenatales con un nivel de confianza del 95% y un error muestral máximo aceptable del 5%. Se estimó que, para cumplir con los objetivos del estudio, sería necesario incluir en la muestra a 320 mujeres indígenas. Además, previendo la ocurrencia de posibles pérdidas, se incrementó el tamaño de la muestra en un 20%, totalizando un mínimo de 384 entrevistas.

Los datos fueron recopilados en dos etapas: inicialmente, las mujeres fueron invitadas a participar del estudio a través de una entrevista durante su internación, dentro de un período de 24 a 48 horas después del nacimiento, para recolectar datos sobre características socioculturales. Luego, se extrajo la información sobre el cuidado prenatal de la libreta o registro perinatal de la gestante, con la autorización de la mujer. Los instrumentos de recolección fueron elaborados con base en documentos oficiales y estudios nacionales sobre atención prenatal^{5,6,11,15,16}, los cua-

les fueron previamente probados antes del inicio de la investigación. Los datos fueron recolectados en formato impreso y posteriormente ingresados en el software REDCap versión 6.17 por investigadores becados previamente capacitados y revisados sistemáticamente por expertos en el campo de la atención obstétrica.

Las variables recogidas en la entrevista a la mujer fueron: edad, educación, etnia, región y domicilio; y en la libreta de la gestante se recogieron datos referentes a las características obstétricas y cuidados prenatales actuales: paridad, fecha de inicio prenatal, número de consultas, realización y registro del resultado de prueba rápida antisifilis, prueba rápida anti-VIH, examen VDRL/Sífilis (*Venereal Disease Research Laboratory*), hemograma, examen de orina (EAS), glucemia en ayunas, ecografía obstétrica y prescripción de ácido fólico y sulfato ferroso durante el embarazo, tipo de unidad de salud donde se realizó el procedimiento de atención prenatal y profesionales involucrados en consultas prenatales.

En cuanto a la región de residencia, los municipios fueron categorizados en tres regiones del estado de Mato Grosso do Sul: Norte (Miranda, Aquidauana y Sidrolândia), Sur (Amambai, Antônio João, Tacuru, Dourados, Caarapó, Iguatemi) y la capital Campo Grande. En cuanto al domicilio, se separaron en zona urbana y rural.

El índice de adecuación prenatal fue desarrollado considerando indicadores adaptados de estudios previos^{6,11,16}, y los criterios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud^{5,15}, el cual cumple con los cuatro ejes propuestos: *Eje 1*: inicio de atención prenatal hasta el primer trimestre del embarazo; *Eje 2*: número de consultas prenatales recomendadas para la edad gestacional al momento del nacimiento, considerando el calendario de siete consultas propuesto por la OMS¹⁵. La edad gestacional se calculó a partir de la fecha del último período menstrual, considerándose adecuado el número de consultas cuando la gestante completó el 100% de las consultas mínimas esperadas para la edad gestacional al momento del parto; *Eje 3*: realización y registro de los resultados de una prueba rápida antisifilis, una prueba rápida anti-VIH, una prueba de *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL/Sífilis), un hemograma, un examen de orina (EAS), un examen de glucemia en ayunas y una ecografía obstétrica; *Eje 4*: prescripción de ácido fólico y sulfato ferroso durante el embarazo.

Posteriormente, se desarrolló un indicador de adecuación mínima de la atención prenatal, clasificándose como adecuada cuando la mujer

inició la atención prenatal en el primer trimestre del embarazo, tuvo siete o más consultas y tuvo los resultados de los exámenes de rutina registrados en la libreta de la gestante. El eje 4 no se incluyó en el análisis de adecuación prenatal debido a la falta de registro de datos para este ítem para 68 de las 461 mujeres.

Se realizó un análisis descriptivo de las características maternas y de los servicios de salud. Se utilizaron las pruebas Exacta de Fisher y Chi-Cuadrado con 95% de confianza¹⁷ para verificar si ocurrió de manera homogénea según las características maternas (edad, educación, etnia, región y domicilio) o del servicio de salud en el que la mujer recibió la atención prenatal (tipo de unidad de salud y profesionales que realizaron las consultas de atención prenatal).

Se estimaron modelos de regresión logística para calcular los odds ratios ajustados y evaluar cuáles de las variables estudiadas están asociadas con la adecuación de la atención prenatal entre las mujeres indígenas de Mato Grosso do Sul. En el análisis multivariado, los modelos con todas las variables estadísticamente significativas ($p < 0,05$) fueron evaluados como modelos crudos.

La investigación fue aprobada por la Comisión Nacional de Ética en Investigación (CO-NEP), bajo el número 5393.703/2020.

Resultados

En este estudio participaron 461 mujeres indígenas. De ellas, la mayoría tenía entre 20 y 34 años (65,7%), eran de la etnia guaraní (65,5%) y contaban con educación primaria (51,8%). En relación a la vivienda, el 69,0% vivía en la región sur del estado de Mato Grosso do Sul y el 86,6% en aldeas ubicadas en el área rural. Más de dos tercios fueron multíparas, el 85,9% tuvo su atención prenatal brindada en una Unidad Básica de Salud Indígena (UBSI) ubicada en sus territorios y el 58,1% fue atendida por un equipo multidisciplinario (médico y enfermera/o) (Tabla 1).

La Tabla 2 muestra el índice de adecuación prenatal, según cada eje de análisis. En relación al Eje 1, el 67,2% de las mujeres iniciaron el control prenatal en el primer trimestre del embarazo. La mayoría de estas mujeres tenían educación secundaria (75,6%) ($p < 0,05$) y eran de la etnia Terena, 82,7% ($p < 0,05$) y vivían en la región norte del estado de Mato Grosso do Sul (89,8%) ($p < 0,05$).

Para el Eje 2, poco más de la mitad (51,8%) de las mujeres tuvieron siete o más consultas. Se destaca que el 60,8% ($p < 0,05$) de las gestantes aten-

Tabla 1. Distribución de mujeres indígenas según características de los servicios maternos y de salud, Mato Grosso do Sul, 2021-2022.

Características maternas e do serviço de saúde do pré-natal	Mujeres indígenas	
	n	%
Total	461	n.a.
Rango de edad (años)		
12 a 19	120	26,0
20 a 34	303	65,7
35+	38	8,2
Educación		
Ninguna	48	10,4
Escuela primaria	239	51,8
Escuela secundaria	174	37,7
Etnicidad		
Guarani	302	65,5
Terena	159	34,5
Región de residencia		
Sur	318	69,0
Norte	120	26,0
Campo Grande	23	5,0
Domicilio		
Rural	399	86,6
Urbano	62	13,4
Paridad		
Primípara	145	31,5
Multípara	316	68,5
Tipo de unidad de salud donde recibió atención prenatal		
UBSI	396	85,9
USF	60	13,0
Otros	5	1,1
Profesionales implicados en la consulta prenatal		
Doctor	19	4,1
Enfermero	174	37,7
Doctor y Enfermero	268	58,1

Notas: Unidad Básica de Salud Indígena (UBSI), Unidad de Salud Familiar (USF).

Fuente: Autores.

didas por un equipo multidisciplinario completar el número adecuado de consultas (Tabla 2).

En cuanto al registro de los resultados de los exámenes prenatales de rutina (Eje 3), menos de la mitad (40,6%) de las mujeres alcanzó el índice de adecuación. Entre ellas, las de la etnia Terena fueron casi dos veces más adecuadas en el registro de los resultados de los exámenes prenatales de rutina (57,9%) ($p < 0,05$) en comparación con las mujeres guaraníes, 31,5%. Las mujeres que vivían en la región norte del estado de Mato Grosso do Sul (57,5%) o en Campo Grande (56,5%)

Tabla 2. Distribución de mujeres indígenas según características de los servicios maternos y de salud, de acuerdo a la adecuación de cada eje de evaluación prenatal, Mato Grosso do Sul, 2021-2022.

Características de los servicios de salud materna y prenatal	Eje 1 adecuado	Eje 2 adecuado	Eje 3 adecuado	Eje 4 adecuado				
Total	307	67,2	239	51,8	187	40,6	368	93,6
Rango de edad (años)								
12 a 19	73	60,8	56	46,7	49	40,8	97	92,4
20 a 34	210	70,0	165	54,5	121	39,9	239	93,4
35+	24	64,9	18	47,4	17	44,7	32	100,0
Educación ¹								
Ninguna	26	54,2	21	43,8	17	35,4	38	95,0
Escuela primaria	151	63,7	119	49,8	93	38,9	189	93,6
Escuela secundaria	130	75,6	99	56,9	77	44,3	141	93,4
Etnicidad ^{1,3,4}								
Guarani	178	59,1	155	51,3	95	31,5	248	95,8
Terena	129	82,7	84	52,8	92	57,9	120	89,6
Región de residencia ^{1,3,4}								
Sur	185	58,5	165	51,9	105	33,0	265	96,4
Norte	106	89,8	63	52,5	69	57,5	87	88,8
Campo Grande	16	69,6	11	47,8	13	56,5	16	80,0
Domicilio ⁴								
Rural	262	66,2	202	50,6	156	39,1	332	95,1
Urbano	45	73,8	37	59,7	31	50,0	36	81,8
Paridad								
Primípara	95	65,5	77	53,1	65	44,8	116	92,8
Multípara	212	68,0	162	51,3	122	38,6	252	94,0
Tipo de unidad de salud donde recibió atención prenatal ^{3,4}								
UBSI	263	66,9	203	51,3	156	39,4	327	95,6
USF	41	69,5	33	55,0	26	43,3	37	78,7
Otros	3	60,0	3	60,0	5	100,0	4	100,0
Profesionales implicados en la consulta prenatal ²								
Doctor	14	77,8	8	42,1	3	15,8	12	92,3
Enfermero	106	61,3	68	39,1	69	39,7	127	93,4
Doctor y Enfermero	187	70,3	163	60,8	115	42,9	229	93,9

Notas: Eje 1) Inicio del control prenatal en el 1er trimestre del embarazo (n=457); Eje 2) Número de consultas adecuadas a la edad gestacional al nacer (n=461); Eje 3) Registro de resultados de exámenes de rutina y ecografía obstétrica (n=461); Eje 4) Prescripción de ácido fólico y sulfato ferroso durante el embarazo (n=393). ¹ Asociación estadísticamente significativa en el Eje 1 (p<0,05). ² Asociación estadísticamente significativa en el Eje 2 (p<0,05). ³ Asociación estadísticamente significativa en el Eje 3 (p<0,05). ⁴ Asociación estadísticamente significativa en el Eje 4 (p<0,05).

Fuente: Autores.

(p<0,05) lograron alcanzar un índice de adecuación para los exámenes de rutina, lo que representa casi el doble del obtenido por aquellas que vivían en la región sur del estado de Mato Grosso do Sul (33%). El eje 4 alcanzó la mayor proporción en el índice de adecuación (93,6%). Mujeres de la etnia guaraní, que vivían en la región sur del estado de Mato Grosso do Sul, en zona rural y que fueron atendidas en la UBSI alcanzaron más del 95,0% de adecuación (p<0,05) (Tabla 2).

En cuanto a la adecuación mínima de la atención prenatal, se observó que sólo 103 de las 461 mujeres analizadas tenían una atención prenatal adecuada. En cuanto a la etnia, menos del 17,0% de las mujeres guaraníes lograron alcanzarla, y este porcentaje fue más del doble para las Terena (34,0%) (p<0,05).

Alrededor del 35,0% (p<0,05) de las mujeres que vivían en la región norte del estado de Mato Grosso do Sul y un tercio (1/3) (p<0,05) de las

que vivían en zonas urbanas fueron clasificadas como de adecuación mínima de atención prenatal. Se encontró que el 27,1% ($p < 0,05$) de las mujeres indígenas atendidas por un equipo multidisciplinario recibieron atención prenatal adecuada (Tabla 3).

Los modelos crudos de regresión logística muestran que, entre las características maternas asociadas con la adecuación mínima de la atención prenatal se encuentran la etnia, la región y el domicilio y el ser atendida por un equipo multidisciplinario. Las mujeres Terena tienen aproximadamente 2,6 veces más probabilidades

(IC95%: 1,6-4,0) en comparación con las mujeres guaraníes. Las mujeres que vivían en la región norte del estado de Mato Grosso do Sul tenían 2,5 veces más probabilidades (IC95%: 1,6-4,1) que las que vivían en la región sur del estado de Mato Grosso do Sul, así como aquellas que vivían en zonas urbanas tenían 1,8 veces más probabilidades (IC95%: 1,0-3,3) en comparación con las de zonas rurales. Se identificó que ser atendido por un equipo multidisciplinario aumentó casi dos veces las probabilidades de una adecuación mínima de la atención prenatal (IC95%: 1,2-3,1) (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de mujeres indígenas según características de los servicios maternos y de salud, de acuerdo a la adecuación mínima de la atención prenatal y odds ratios brutos, Mato Grosso do Sul, 2021-2022.

Características de los servicios de salud materna y prenatal	Adecuación mínima de la atención prenatal ^a			Modelo bruto		
	n	%	IC95%	OR	IC95%	Valor de p
Total	103	22,5	(18,9-26,6)	n.a.	n.a.	n.a.
Rango de edad (años)						
12 a 19	21	17,5	(11,7-25,4)	1,0		
20 a 34	73	24,3	(19,8-29,5)	1,5	(0,9-2,6)	0,131
35+	9	24,3	(13,1-41,0)	1,5	(0,6-3,7)	0,358
Educación						
Ninguna	11	22,9	(13,1-36,9)	1,0		
Escuela primaria	44	18,6	(14,1-24,0)	0,8	(0,4-1,6)	0,487
Escuela secundaria	48	27,9	(21,7-35,1)	1,3	(0,6-2,8)	0,491
Etnicidad ^b						
Guarani	50	16,6	(12,8-21,3)	1,0		
Terena	53	34,0	(27,0-41,8)	2,6	(1,6-4,0)	<0,001
Región de residencia ^b						
Sur	55	17,4	(13,6-22,0)	1,0		
Norte	41	34,7	(26,7-43,8)	2,5	(1,6-4,1)	<0,001
Campo Grande	7	30,4	(15,2-51,6)	2,1	(0,8-5,3)	0,126
Domicilio ^b						
Rural	83	21,0	(17,2-25,3)	1,0		
Urbano	20	32,8	(22,2-45,5)	1,8	(1,0-3,3)	0,042
Paridad						
Primípara	33	22,8	(16,6-30,3)	1,0		
Multípara	70	22,4	(18,1-27,4)	1,0	(0,6-1,57)	0,939
Tipo de unidad de salud donde recibió atención prenatal						
UBSI	85	21,6	(17,8-26,0)	1,0		
USF	16	27,1	(17,3-39,8)	1,3	(0,7-2,5)	0,346
Otros	2	40,0	(1,0-80,0)	2,4	(0,4-14,7)	0,338
Profesionales implicados en la consulta prenatal ^b						
Uniprofesional	31	16,2	(11,6-22,2)	1,0		
Multiprofesional	72	27,1	(22,1-32,7)	1,9	(1,2-3,1)	0,007

Notas: ^a Adecuación global mínima de la atención prenatal = haber iniciado la atención prenatal en el primer trimestre del embarazo; y haber completado el número de consultas prenatales adecuadas a la edad gestacional al nacer; y haber registrado resultados de exámenes de rutina (n=457). ^b Valor de p de la prueba de chi-cuadrado <0,05. n.a.= No aplicable.

Fuente: Autores.

Los resultados de los odds ratios, obtenidos a través del modelo ajustado, indicaron que las mujeres indígenas residentes en la región norte del estado de Mato Grosso do Sul tenían aproximadamente cinco veces (IC 95%: 2,6 - 8,4) más probabilidades de tener adecuación mínima de atención prenatal en comparación con las mujeres que vivían en la región Sur, así como las mujeres atendidas por un equipo multidisciplinario tuvieron aproximadamente cuatro veces más posibilidades de recibir atención prenatal adecuada en comparación con aquellas que fueron atendidas por un *único* profesional (médico o enfermera) (Tabla 4).

Discusión

El presente estudio demostró inequidades en salud en el índice de adecuación de la atención prenatal ofrecida a las mujeres indígenas en Mato Grosso do Sul, ya que sólo una de cada cuatro mujeres indígenas (25% de la población total estudiada) contaba con su atención prenatal adecuada.

Estudios similares a este estudio, realizados con datos de la encuesta *Nascer no Brasil*, evaluaron la adecuación de la atención prenatal desde el trimestre gestacional en el que se inició la atención prenatal, el número total de consultas realizadas y los exámenes recomendados (mismos indicadores utilizados en este estudio) y mostraron valores de adecuación superiores al 60%^{6,8}, resultados muy por encima de los aquí encontrados.

Tabla 4. Resultados del modelo de regresión logística ajustado sobre la adecuación mínima de la atención prenatal entre mujeres indígenas, Mato Grosso do Sul, 2021-2022.

	Modelo ajustado		
	OR	IC95%	Valor de p
Región de residencia			
Sur	1,0		
Norte	4,7	(2,6-8,4)	<0,001
Campo Grande	1,7	(0,7-4,5)	0,250
Profesionales implicados en la consulta prenatal			
Uniprofesional	1,0		
Multiprofesional	3,6	(2,0-6,5)	<0,001

Notas: Resultados del modelo ajustado con las variables Región de residencia y Profesionales involucrados en la consulta prenatal. Los términos de interacción no mostraron significación estadística (Norte* Multiprofesional p=0,072; Campo Grande * Multiprofesional p=0,126).

Fuente: Autores.

En este estudio, las mejores tasas se observaron en la región norte del estado de Mato Grosso do Sul en el área urbana y en las mujeres de la etnia Terena y las atendidas por un equipo multidisciplinario. Si bien el inicio de la atención prenatal y el número de consultas presentaron un índice de adecuación superior al 50%, sus porcentajes estuvieron por debajo de los recomendados por instituciones nacionales e internacionales^{5,15}.

Los hallazgos del estudio fueron superiores a los identificados en la Primera Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas, cuyo porcentaje de mujeres indígenas que iniciaron su atención prenatal en el primer trimestre fue solo del 33,0% y alrededor del 21% de ellas tuvieron ≥ 7 consultas¹¹. Un estudio demostró que entre las mujeres no indígenas, el porcentaje de adecuación de la consulta fue del 73% en todo el territorio nacional¹⁸.

Los hallazgos evidenciaron situaciones de desigualdades en salud, caracterizadas por una mayor adecuación en el inicio de la atención prenatal en el primer trimestre entre las mujeres indígenas con educación superior y que pertenecían a la etnia Terena. La mayor adecuación de las consultas se produjo entre las mujeres indígenas que contaron con atención prenatal atendida por médicos y enfermeras. Llama la atención que las desigualdades están estrechamente relacionadas con las peores condiciones de acceso a la atención prenatal⁹ y son frecuentes en los países en desarrollo y en mujeres más jóvenes y con baja educación^{4,18}.

Se reconoce la importancia de iniciar los cuidados prenatales en el primer trimestre y el número adecuado de consultas para el desarrollo de un embarazo sano y seguro para la madre y el feto, y para garantizar el acceso a diagnósticos e intervenciones oportunas para prevenir posibles complicaciones durante el embarazo^{6,10,11,15}.

La adecuación del registro de los resultados de los exámenes de rutina mostró brechas en cuanto a la calidad de la atención, ya que menos del 50% de las mujeres indígenas contaban con registros de exámenes adecuados, lo que puede indicar que los exámenes no fueron realizados o no quedaron registrados por los profesionales de salud en la libreta de la mujer embarazada. Es de destacar que lo incompleto de los registros de exámenes en la libreta de la gestante indígena puede tener implicaciones negativas para la atención prenatal, especialmente por la importancia del derecho de las mujeres a la información para orientar una atención adecuada durante el embarazo y reducir la morbimortalidad materna e infantil^{11,19}.

Este índice mínimo de adecuación de la atención prenatal resultó ser peor para las indígenas guaraníes que vivían en la región sur de Mato Grosso do Sul y que eran atendidas en la UBSI, lo que puede haber resultado en dificultades para acceder a los servicios de laboratorio, debido a dificultades en la integración del Subsistema de Atención a la Salud Indígena (SasiSUS) con los gestores municipales de salud en acordar la cantidad de exámenes prenatales ofrecidos para atender a la población indígena y también problemas logísticos en el transporte de gestantes indígenas desde los pueblos hasta los municipios de referencia para la realización de los exámenes.

Cuando se trata de evaluar la calidad de la atención prenatal en Brasil, existen numerosos estudios que refuerzan la importancia de la realización de pruebas de laboratorio en el seguimiento del embarazo y en la prevención de posibles complicaciones y/o reducción de riesgos para la madre y el feto^{6,11,16}.

El cuarto eje analizado fue la prescripción de medicamentos durante el embarazo (ácido fólico y sulfato ferroso), habiendo alcanzado altos niveles de adecuación, similar al encontrado entre gestantes no indígenas^{10,20}, y más del doble que el encontrado en la Primera Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas¹¹. Las recetas siguen lineamientos internacionales y se consideran de suma importancia en el ciclo de embarazo y puerperio^{15,21}.

Para el indicador mínimo de adecuación prenatal, alrededor de una de cada cuatro indígenas logró alcanzar la adecuación. Las características maternas asociadas al índice fueron etnia, región de residencia y domicilio, lo que sugiere una inequidad en salud caracterizada por el registro de peores índices de adecuación entre las mujeres que vivían en aldeas y campamentos de la región Sur donde vivía el pueblo indígena guaraní.

Si bien la clasificación del índice mínimo de adecuación prenatal adoptó un conjunto de criterios y no variables individuales, los resultados del presente estudio son similares a los resultados de la Primera Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas¹¹ y otros estudios internacionales que resaltaron brechas en la atención prenatal ofrecida a poblaciones indígenas^{2,3}.

Al analizar el conjunto de ejes, se puede verificar que la asistencia brindada a las mujeres indígenas en la atención prenatal está muy por debajo de lo recomendado y necesario, resaltando la persistencia de inequidades en salud en la atención brindada a esta población, como se describe ampliamente en la literatura^{2,3,4,11}.

Es de destacar que comprender los peores índices de adecuación prenatal mínima entre las mujeres indígenas guaraníes que viven en aldeas y campamentos de la región Sur debe estar subsidiado por cuestiones relacionadas con la violación de los derechos a la tierra, la sostenibilidad y la salud. El pueblo guaraní de Mato Grosso do Sul vive en tierras indígenas y en áreas de recuperación de la región sur del estado, enfrentando situaciones de conflicto territorial y constantes amenazas de violencia contra sus vidas^{22,23}. Estos desafíos refuerzan la hipótesis de que las disparidades regionales son evidentes en los pueblos de la región sur, especialmente cuando se mira el contexto de vida y la organización de la asistencia a las mujeres indígenas para garantizar una atención prenatal adecuada¹³.

El pueblo Terena representa, en términos cuantitativos, la segunda población indígena más grande del Estado, y se concentra en su mayoría en la región Norte del estado. En este estudio, hubo aproximadamente tres veces más posibilidades de recibir atención prenatal adecuada, lo que puede estar relacionado al mejor acceso a municipios con mayor disponibilidad de servicios de salud.

Vivir en una zona urbana resultó ser un factor que contribuía a la idoneidad mínima de la atención prenatal. Un estudio realizado con mujeres indígenas en Panamá concluyó que la distancia entre su lugar de residencia y el lugar donde se ofrecen los servicios de salud constituye una barrera importante para el acceso y prestación efectiva de la atención prenatal, y se encontró que a mayor distancia, mayor disminución del número de consultas realizadas por estas mujeres¹³. Este escenario se reafirma en los resultados de la Primera Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas, en la que la atención ofrecida a las mujeres embarazadas indígenas en Brasil estuvo relacionada con su lugar de residencia y las dificultades de acceso a los servicios de salud¹¹.

En el análisis del modelo de regresión logística ajustado, las mujeres que vivían en la región norte de Mato Grosso do Sul y que recibieron atención prenatal por parte de un médico y una enfermera tuvieron una mayor probabilidad de recibir atención prenatal adecuada, lo que sugiere que existe una cantidad insuficiente de profesionales médicos y enfermeras de las EMSI, especialmente para ayudar a las mujeres en aldeas y áreas de recuperación en la región sur de Mato Grosso do Sul. Esta posible insuficiencia puede penalizar a estas mujeres que enfrentan largos tiempos de espera en las UBSI para recibir atención, debido a la falta de acciones dirigidas a satisfacer las necesidades

de las mujeres embarazadas en los diferentes contextos de los territorios indígenas.

Se destaca la importancia de investigaciones que indaguen cómo las inequidades en salud afectan fuertemente la salud materna de poblaciones en situación de vulnerabilidad, y resaltan la falta o ineficacia de la asistencia que se les ofrece^{1,3,10,11}.

En este contexto, se vuelve urgente ofrecer una atención de salud indígena más asertiva, en la que se prioricen los temas que involucran la salud perinatal de estas poblaciones, especialmente en los países en desarrollo donde las mujeres embarazadas, los bebés y los niños constituyen una gran parte de la población indígena y tienden a tener tasas más altas de factores de riesgo^{2,11,13}.

Las limitaciones de este estudio incluyen el pequeño número de procedimientos analizados, sólo cuatro ejes de esta asistencia, los desafíos en la comunicación relacionados con el dominio de la lengua portuguesa, que para algunas gestantes fue limitado, haciendo la entrevista más larga y siendo necesaria la ayuda de un traductor. Otra limitación se refiere a que la entrevista fue realizada por enfermeros del hospital donde la mujer dio a luz, capacitados para actuar como entrevistadores, debido al contexto de COVID-19 y respetando las normas de bioseguridad para mitigar la propagación de la enfermedad. Otro aspecto li-

mitante del estudio se refiere a la exclusión del Eje 4 (prescripción de ácido fólico y sulfato ferroso durante el embarazo) del índice mínimo de adecuación prenatal, por su baja cumplimentación, por traer evidencia de anemia en mujeres indígenas que deberían estar recibiendo esta suplementación en la atención prenatal, al considerar el impacto final de la adecuación de la atención prenatal, ya que indica la no implementación de esta importante medida.

Se concluye que la atención prenatal a las mujeres indígenas en Mato Grosso do Sul destacó inequidades en salud, con bajos índices de adecuación en la atención prenatal, reducida cobertura de consultas y exámenes de rutina y peores tasas entre las mujeres indígenas que vivían en la región sur del estado y que recibieron atención prenatal sólo de uno de los profesionales (médico o enfermera).

Mejorar la atención prenatal en esta población pasa por la necesidad de avanzar en la prestación de atención por parte de los equipos de atención primaria, ya sea en el ámbito de los DSEI y/o en las unidades de salud municipales donde viven las mujeres indígenas, con el fin de ampliar el acceso y la calidad de la atención prenatal, independientemente de las regiones y lugares donde vivan las mujeres indígenas.

Colaboradores

GR Abreu colaboró con la concepción y diseño del estudio, análisis e interpretación de datos, redacción y revisión, y aprobó la versión final. RP Picoli colaboró con la concepción y diseño del estudio, redacción y revisión; y aprobó la versión final. JR Welch y CEA Coimbra Jr. colaboró con la concepción y diseño del estudio, la revisión y aprobación de la versión final.

Financiación

Programa Inova FIOCRUZ - aviso 01/2020 de Políticas Públicas y Modelos de Atención y Gestión del Sistema y Servicios de Salud.

Referencias

1. Victora CG, Barros AJD, Blumenberg C, Costa JC, Vidaletti LP, Wehrmeister FC, Masquelier B, Hug L, You D. Association between ethnicity and under-5 mortality: analysis of data from demographic surveys from 36 low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health* 2020; 8(3):352-361.
2. Anderson I, Robson B, Connolly M, Al-Yaman F, Bjertness E, King A, Tynan M, Madden R, Bang A, Coimbra CE Jr, Pesantes MA, Amigo H, Andronov S, Armien B, Obando DA, Axelsson P, Bhatti ZS, Bhutta ZA, Bjerregaard P, Bjertness MB, Briceno-Leon R, Broderstad AR, Bustos P, Chongsuvivatwong V, Chu J, Deji, Gouda J, Harikumar R, Htay TT, Htet AS, Izugbara C, Kamaka M, King M, Kodavanti MR, Lara M, Laxmaiah A, Lema C, Taborda AM, Liabsuetrakul T, Lobanov A, Melhus M, Meshram I, Miranda JJ, Mu TT, Nagalla B, Nimmathota A, Popov AI, Poveda AM, Ram F, Reich H, Santos RV, Sein AA, Shekhar C, Sherpa LY, Skold P, Tano S, Tanywe A, Ugwu C, Ugwu F, Vapattanawong P, Wan X, Welch JR, Yang G, Yang Z, Yap L. Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *Lancet Glob Health* 2016; 388(10040):131-157.

3. Mesenburg MA, Restrepo-Mendez MC, Amigo H, Balandrán AD, Barbosa-Verdun MA, Caicedo-Velásquez B, Carvajal-Aguirre L, Coimbra CEA Jr, Ferreira LZ, Flores-Quispe MDP, Flores-Ramírez C, Gatica-Dominguez G, Huicho L, Jinesta-Campos K, Krishnadath ISK, Maia FS, Marquez-Callisaya IA, Martinez MM, Mujica OJ, Pingray V, Retamoso A, Ríos-Quituzaca P, Velásquez-Rivas J, Viáfara-López CA, Walrond S, Wehrmeister FC, Del Popolo F, Barros AJ, Victora CG. Ethnic group inequalities in coverage with reproductive, maternal and child health interventions: cross-sectional analyses of national surveys in 16 Latin American and Caribbean countries. *Lancet Glob Health* 2018; 6(8):902-913.
4. Rebouças P, Goes E, Pescarini J, Ramos D, Ichihara MY, Sena S, Veiga R, Rodrigues LC, Barreto ML, Paixão ES. Ethnoracial inequalities and child mortality in Brazil: a nationwide longitudinal study of 19 million newborn babies. *Lancet Glob Health* 2022; 10(10):1453-1462.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco*. Brasília: MS; 2012.
6. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Rev Saude Publica* 2020; 54:8.
7. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet Glob Health* 2011; 377(9780):1863-1876.
8. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, Bastos MH, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica* 2014; 30:85-100.
9. Arsenault C, Jordan K, Lee D, Dinsa G, Manzi F, Marchant T, Kruk ME. Equity in antenatal care quality: an analysis of 91 national household surveys. *Lancet Glob Health* 2018; 6(11):1186-1195.
10. Mallmann MB, Boing AF, Tomasi YT, Anjos JC, Boing AC. Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015. *Epidemiol Serv Saude* 2018; 27(4):e2018022.
11. Garnelo L, Horta BL, Escobar AL, Santos RV, Cardoso AM, Welch JR, Tavares FG, Coimbra Jr. CEA. Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. *Cad Saude Publica* 2019; 35:e00181318.
12. Voaklander B, Rowe S, Sanni O, Campbell S, Eurich R, Ospina MB. Prevalence of diabetes in pregnancy among Indigenous women in Australia, Canada, New Zealand, and the USA: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2020; 8(5):681-698.
13. Acevedo P, Martinez S, Pinzón L, Sanchez-Monin E, Invernós S. Distance as a barrier to obstetric care among indigenous women in Panama: a cross-sectional study. *BMJ* 2020; 10(3):e034763.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2022 Indígenas Primeiros resultados do universo: 2023*. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.
15. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez* [Internet]. 2016 [acessado 2023 ago 26]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/who-rhr-16-12-por.pdf>.
16. Silva EP, Leite AFB, Lima RT, Osório MM. Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação. *Rev Saude Publica* 2019; 53:43.
17. Bussab BW, Morettin P. *Estatística Básica*. São Paulo: Saraiva Uni; 2013.
18. Domingues RMSD, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, Leal MC. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2015; 37(3):140-147.
19. Gonzalez TN, Cesar JA. Acquisition and completion of pregnant woman's medical booklet in four population-based surveys. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2019; 19(2):375-382.
20. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, Duro SMS, Saes MO, Nunes BP, Fassa AG, Facchini LA. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saude Publica* 2017; 33(3):e00195815.
21. Matos LV, Ferreira AM, Miranda E A, Santos GR, Inacio GP, Bento GAP, Lino ICB, Fiorese JV, Morato JB, Costa LG, Japiassu LG, Melo Neto PQ, Lima RCA, Souza TP, Gonçalves TS, Pires VB, Dutra VG. A suplementação de sulfato ferroso durante a anemia ferropriva na gravidez. *Braz J Develop* 2021; 7(9):97739-97746.
22. Pereira LM. *Imagens kaiowá do sistema social e seu entorno* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
23. Chamorro G, Combés I. *Povos indígenas em Mato Grosso do Sul: história, cultura e transformações sociais*. Dourados: UFGD; 2015.

Artículo presentado en 15/09/2023

Aprobado en 29/02/2024

Versión final presentada en 23/05/2024

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva