

ARTÍCULO ORIGINAL

Determinantes sociales de la salud de las mujeres embarazadas ribereñas atendidas en el prenatal de riesgo habitual

HIGHLIGHTS

1. Las mujeres embarazadas que viven en las riberas sufren desigualdades sociales en materia de salud.
2. La vulnerabilidad socioeconómica genera riesgos para la salud de las mujeres embarazadas.
3. Las redes sociales y comunitarias influyen en la salud de las mujeres embarazadas.
4. La presencia de la pareja favorece la salud de la embarazada.

Yzabela Jaques Pereira de Sousa¹ 
Laura Maria Vidal Nogueira¹ 
Lidiane de Nazaré Mota Trindade¹ 
Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues¹ 
Dayanne de Nazaré dos Santos¹ 
Ingrid Bentes Lima¹ 

RESUMEN

Objetivo: Analizar los determinantes sociales de salud de las mujeres embarazadas ribereñas atendidas en el prenatal de riesgo habitual e identificar aquellos que influyen en la salud materna. **Método:** Estudio cuantitativo transversal, realizado entre enero y abril de 2024, en los centros de salud básicos de las islas de Cotijuba y Combú, en Belém (Pará, Brasil), con 32 mujeres embarazadas ribereñas, con riesgo habitual, en seguimiento prenatal. Datos obtenidos mediante entrevistas, con un cuestionario basado en el modelo de determinación social de la salud y analizados mediante estadística inferencial. **Resultados:** Los determinantes sociales significativos están relacionados con las redes sociales y comunitarias, y con las condiciones ambientales, existiendo una asociación entre problemas de salud previos con la religión ($p=0,021$), la situación conyugal ($p<0,001$) y el abastecimiento de agua ($p=0,042$). **Conclusión:** Los determinantes relacionados con las redes sociales y comunitarias y con el contexto ambiental se refieren a problemas de salud previos de las mujeres embarazadas, y deben tenerse en cuenta a la hora de adoptar medidas estratégicas para garantizar la eficacia de la atención prenatal.

DESCRIPTORES: Determinantes Sociales de la Salud; Personas Embarazadas; Atención Primaria de Salud; Atención Prenatal; Salud Materna.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

de Souza YJP, Nogueira LMV, Trindade LNM, Rodrigues ILA, dos Santos DN, Lima IB. Determinantes sociales de la salud de las mujeres embarazadas ribereñas atendidas en el prenatal de riesgo habitual. Cogitare Enferm [Internet]. 2025 [cited "insert year, month and day"];30:e96995es. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.96995es>

INTRODUCCIÓN

La calidad del desarrollo gestacional depende en gran medida del seguimiento prenatal, cuyo objetivo es garantizar la vigilancia del proceso gestacional y la identificación de posibles riesgos presentes en el embarazo o en el posparto, tanto para la madre como para el bebé, proporcionando un parto saludable, sin grandes repercusiones en la salud materna y neonatal, lo que pone de manifiesto que la asistencia prenatal es un indicador relevante del pronóstico al nacer¹.

Es sabido que las condiciones clínicas influyen directamente en la salud de la mujer durante el embarazo. Sin embargo, además de los aspectos biológicos, factores como la vivienda, el nivel educativo, la ocupación, el estilo de vida y el acceso a los servicios de salud, entre otros, determinan el nivel de salud de la gestante y, por lo tanto, deben tenerse en cuenta para garantizar una atención prenatal de calidad, integral y equitativa².

En este sentido, cabe destacar la importancia de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), definidos como una serie de factores que caracterizan el estado de salud de las personas, relacionados con las condiciones de vida, los comportamientos individuales y el contexto social, económico y estructural en el que se insertan³.

En el contexto de las comunidades ribereñas, factores como la barrera geográfica derivada de la perennidad de los ríos, los bajos índices socioeconómicos, la falta de conocimiento sobre las políticas públicas y el saneamiento básico precario producen desigualdades en materia de salud que caracterizan la vulnerabilidad de estas comunidades⁴. Esta realidad remite a la importancia de evaluar los DSS relacionados con la salud de la madre y el bebé, ya que los aspectos socioeconómicos, culturales y ambientales pueden influir de manera decisiva en el desarrollo gestacional, especialmente cuando las embarazadas están expuestas a condiciones desfavorables².

La Organización Mundial de la Salud ha revelado que el 99% de las muertes maternas se producen en países de ingresos bajos y medios, con el porcentaje más elevado entre las adolescentes que viven en zonas rurales y comunidades pobres⁵. En este contexto, un estudio realizado en Brasil reveló que la proporción de mujeres embarazadas sin asistencia prenatal era un 60% mayor en la región norte del país en comparación con la media nacional⁶.

Además, cabe destacar la escasez de estudios sobre los DSS de las mujeres embarazadas en el contexto prenatal⁷, lo que refuerza la necesidad de abordar el tema para identificar aquellos que pueden estar directamente relacionados con las condiciones de salud y enfermedad de las mujeres embarazadas ribereñas⁸.

Esta investigación tiene como objetivo analizar los determinantes sociales de la salud de las mujeres embarazadas ribereñas atendidas en el prenatal de riesgo habitual e identificar aquellos que influyen en la salud materna.

MÉTODO

Estudio cuantitativo, exploratorio y transversal, dirigido por el instrumento metodológico *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁹, realizado en las Unidades de Salud Familiar de la Isla de Cotijuba y la Isla

de Combú, servicios de salud instalados en territorios ribereños y áreas de protección ambiental (APA) administrados por la Secretaría de Salud del municipio de Belém (SESMA), en Pará, cuyo acceso es exclusivamente fluvial.

La muestra se definió mediante la técnica de conveniencia. Participaron en la investigación 32 mujeres embarazadas en seguimiento prenatal, lo que correspondió al 71 % del total de embarazadas con riesgo habitual inscriptas en el seguimiento prenatal en las dos unidades. Los criterios de inclusión fueron mujeres embarazadas con riesgos habituales, mayores de dieciocho años, residentes en las islas y en control prenatal regular.

La recopilación de datos se llevó a cabo entre enero y abril de 2024, mediante entrevistas estructuradas basadas en un instrumento elaborado por el equipo de investigación, fundamentado en el modelo de Determinación Social de la Salud de Dahlgren y Whitehead³.

El cuestionario incluía preguntas relacionadas con las cinco capas que integran el modelo. La primera capa se refiere a los determinantes individuales del perfil sociodemográfico, la segunda al comportamiento y estilo de vida, la tercera abarca las redes sociales y comunitarias, la cuarta aborda las condiciones de vida y de trabajo y la quinta las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.

Las entrevistas se realizaron de forma individual, en las instalaciones de los servicios de salud, en espacios reservados, garantizando la privacidad y la comodidad de las participantes. Para su identificación, se les asignó un código alfanumérico con la letra G de Gestante (embarazada) seguida del número secuencial de las entrevistas (G1, G2, G3...).

Los datos se tabularon en una hoja de cálculo en Microsoft Excel® 2010 y posteriormente se analizaron mediante el software Bioestat® 5.3. Se utilizó la estadística inferencial para asociar los DSS con los problemas de salud previos referidos por las gestantes, y se eligió la prueba G por tener en cuenta las características y el número de observaciones de las variables. Se consideró un nivel de significación del 5 % ($p < 0,05$).

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidade do Estado do Pará, con el dictamen n.º 6.578.893.

RESULTADOS

El perfil sociodemográfico de las gestantes en relación con los determinantes individuales, presentado en la Tabla 1, corrobora una mayor proporción en el grupo etario entre 20 y 34 años ($n=24$; 75%) y raza parda ($n=27$; 84,3%). En cuanto al estado nutricional, la mayoría de las embarazadas tenían sobrepeso u obesidad ($n=15$; 46,9%) y siete (21,9%) informaron problemas de salud previos.

En cuanto al número de gestaciones, predominaron las primíparas ($n=13$; 40,6%), seguidas de las gestantes por tercera vez ($n=12$; 37,5%) y las gestantes por segunda vez ($n=siete$; 21,0%). En cuanto a la edad gestacional, predominó el tercer trimestre ($n=17$; 53,1 %) y la mayoría no tomaba medicamentos de forma continuada ($n=30$; 93,8%) (Tabla 1).

La mitad de las embarazadas ($n=16$; 50%) no refirieron molestias durante el embarazo y, entre las que sí lo hicieron, las más frecuentes fueron: cólicos y náuseas, cólicos, náuseas y astenia ($n=5$; 15,6%) (Tabla 1).

Tabla 1. Determinantes sociodemográficos de las mujeres embarazadas ribereñas, según problemas de salud previos. Pará, PA, Brasil, 2024

Capa 1: Determinantes individuales	Problemas de salud previos			p-valor
	No n (%)	Sí n (%)	Total n (%)	
Edad				
Hasta los 19 años	3 (9,4)	3 (9,4)	6 (18,8)	0,705
De 20 a 34 años	16 (50)	8 (25)	24 (75)	
≥ 35 años	1 (3,1)	1 (3,1)	2 (6,2)	
Raza				
Blanca	0 (0)	2 (6,3)	2 (6,3)	0,08
Indígena	1 (3,1)	0 (0)	1 (3,1)	
Parda	17 (53,1)	10 (31,2)	27 (84,3)	
Negra	2 (6,3)	0 (0)	2 (6,3)	
Estado Nutricional				
Eutrófica	12 (37,5)	5 (15,6)	17 (53,1)	0,248
Sobrepeso	5 (15,6)	2 (6,3)	7 (21,9)	
Obesidad	3 (9,4)	5 (15,6)	8 (25)	
Número de embarazos				
Primigesta	10 (31,3)	3 (9,4)	13 (40,6)	0,296
Secundigesta	3 (9,4)	4 (12,5)	7 (21,9)	
Tercigesta	7 (21,9)	5 (15,6)	12 (37,5)	
Trimestre de gestación				
Primero	5 (15,6)	2 (6,3)	7 (21,9)	0,482
Segundo	6 (18,7)	2 (6,3)	8 (25)	
Tercero	9 (28,1)	8 (25)	17 (53,1)	
Uso continuo de medicamentos				
No	20 (62,5)	10 (31,3)	30 (93,8)	0,071
Sí	0 (0)	2 (6,2)	2 (6,2)	
Quejas actuales del embarazo				
No	10 (31,2)	6 (18,8)	16 (50)	0,051
Cólicos	3 (9,4)	0 (0)	3 (9,4)	
Cólicos y náuseas	4 (12,5)	1 (31)	5 (15,6)	
Cólicos, náuseas y astenia.	3 (9,4)	2 (6,2)	5 (15,6)	
Mareo	0 (0)	3 (9,4)	3 (9,4)	

Fuente: Los autores (2024).

En cuanto a los determinantes sociales relacionados con los hábitos, se identificó que casi la totalidad negó el alcoholismo y el tabaquismo ($n=31$; 96,9%), así como la práctica de actividad física ($n=29$; 90,6%), y algunas reconocieron la presencia de algún problema de salud previo ($n=10$; 31,2%) (Tabla 2).

Más de la mitad de las embarazadas negaron realizar actividades de ocio ($n=18$; 6,3%) y padecer algún trastorno del sueño ($n=18$; 56,2%), y reconocieron problemas de salud previos ($n=15$; 56,5%). En cuanto a la actividad sexual, la mayoría ($n=28$; 87,5%)

respondió que mantenía relaciones con una pareja, sin que se observara una asociación estadística con problemas de salud previos (Tabla 2).

En cuanto a los hábitos alimenticios, una proporción significativa de las mujeres embarazadas ($n=15$; 46,9 %) declararon consumir frutas y verduras todos los días, sin embargo, casi la mitad ($n=7$; 21,9 %) declararon tener problemas de salud previos. El consumo de alimentos procesados fue inferior a tres veces por semana, con reconocimiento de un problema de salud previo ($n=10$; 31,3%). En relación con el consumo de carne roja y la ingesta de agua, no se observaron asociaciones relevantes con problemas de salud previos (Tabla 2).

Tabla 2. Determinantes relacionados con el comportamiento y el estilo de vida de las mujeres embarazadas ribereñas, según problemas de salud previos. Pará, PA, Brasil, 2024

Capa 2: Comportamiento y estilo de vida	Problemas de salud previos			p-valor
	No n (%)	Sí n (%)	Total n (%)	
Consumo de tabaco y/o alcohol				
No	20 (62,5)	11 (34,4)	31 (96,9)	0,253
Sí	0 (0)	1 (3,1)	1 (3,1)	
Actividad física				
No	19 (59,4)	10 (31,2)	29 (90,6)	0,322
Sí	1 (3,2)	2 (6,2)	3 (9,4)	
Trastornos del sueño				
No	8 (25)	6 (18,9)	14 (43,8)	0,526
Insomnio	7 (21,9)	2 (6,2)	9 (28,1)	
Fatiga diurna	4 (12,5)	3 (6,2)	6 (18,7)	
Insomnio y fatiga diurna	1 (3,2)	4 (6,2)	3 (9,4)	
Actividad de ocio				
No	12 (37,5)	6 (18,7)	18 (56,3)	0,58
Sí	8 (25)	6 (18,7)	14 (43,7)	
Actividad sexual				
No	4 (37,5)	0 (0)	4 (12,4)	0,057
Sí	16 (25)	12 (37,5)	28 (87,5)	
Consumo semanal de frutas y verduras				
< 3 días	6 (18,7)	3 (9,4)	9 (28,1)	0,56
Hasta 3 días	6 (18,7)	2 (6,3)	8 (25)	
7 días	8 (25)	7 (21,9)	15 (46,9)	
Consumo semanal de alimentos procesados				
< 3 días	11 (34,4)	10 (31,3)	21 (65,7)	0,121
Hasta 3 días	1 (3,1)	1 (3,1)	2 (6,2)	
7 días	8 (25)	1 (3,1)	9 (28,1)	
Consumo semanal de carne roja				
< 3 días	4 (12,5)	3 (9,4)	7 (21,9)	0,681
Hasta 3 días	8 (25)	3 (9,4)	11 (34,4)	
7 días	8 (25)	6 (18,7)	14 (43,7)	
Ingesta diaria de agua				
< 1 litro	3 (9,4)	4 (12,5)	7 (21,9)	0,425
1 a 2 litros	11 (34,4)	6 (18,7)	17 (53,13)	
> 2 litros	6 (18,7)	2 (6,3)	8 (25)	

Fuente: Los autores (2024).

En cuanto a los determinantes relacionados con las redes sociales y comunitarias, que se muestran en la Tabla 3, más de la mitad de las embarazadas eran evangélicas ($n=19$; 59,4%) y 27 (84,4%) tenían pareja sentimental. Además, la mayoría mencionó que no contaba con una red de apoyo ($n=13$; 40,6%) y que no participaba en grupos o asociaciones ($n=26$; 81,3%).

El análisis bivariado entre los determinantes relacionados con las redes sociales y comunitarias y los problemas de salud previos mostró una asociación estadísticamente significativa con la religión ($p = 0,021$) y el estado civil ($p < 0,001$) (Tabla 3).

Tabla 3. Determinantes relacionados con las redes sociales y comunitarias de las mujeres embarazadas ribereñas, según problemas de salud previos. Pará, PA, Brasil, 2024

Capa 3: Redes sociales y comunitarias	Problemas de salud previos				p-valor
	No n (%)	Sí n (%)	Total n (%)		
Religión					
Católica	5 (15,6)	2 (6,3)	7 (21,9)		0,021
Evangélica	9 (28,1)	10 (31,5)	19 (59,4)		
No tiene	6 (18,7)	0 (0)	6 (18,7)		
Estado civil					
Con pareja/cónyuge	16 (50)	11 (34,4)	27 (84,4)		0,001
Sin pareja/cónyuge	4 (12,5)	1 (3,1)	5 (15,6)		
Cuenta con una red de apoyo familiar					
No	10 (31,3)	3 (9,4)	13 (40,6)		0,167
Sí	10 (31,3)	9 (28,1)	19 (59,4)		
Participación en asociaciones o grupos sociales					
No	16 (50)	10 (31,3)	26 (81,3)		0,822
Sí	4 (12,5)	2 (6,2)	6 (18,7)		

Fuente: Los autores (2024).

En cuanto a la caracterización sociodemográfica, descripta por los macrodeterminantes en la Tabla 4, se observó que el nivel educativo predominante era la enseñanza primaria ($n=20$; 62,5%), mientras que la actividad laboral con mayor proporción era el hogar ($n=20$; 62,5%).

En cuanto a la vivienda, la mayoría de las gestantes tenían casa propia ($n=28$; 87,5%), de mampostería ($n=19$; 59,4%), con entre 4 y 6 habitaciones ($n=18$; 56,2%), sin que se observara una asociación significativa con problemas de salud previos (Tabla 4).

Tabla 4. Determinantes relacionados con las condiciones de vida y de trabajo de las mujeres embarazadas ribereñas, según problemas de salud previos. Pará, PA, Brasil, 2024

Capa 4 – Condiciones de vida y de trabajo	Problemas de salud previos				p-valor
	No n (%)	Sí n (%)	Total n (%)		
Años de estudio					
≤ igual 9	4 (12,5)	5 (15,6)	9 (28,1)		0,16
10 a 12	15 (46,9)	5 (15,6)	20 (62,5)		
> que 12	1 (3,1)	2 (6,3)	3 (9,4)		
Actividad laboral					
Formal	7 (21,9)	3 (9,4)	10 (31,3)		0,272
Informal	2 (6,2)	0 (0)	2 (6,2)		
Del hogar	11 (34,4)	9 (28,1)	20 (62,5)		
Vivienda					
Alquilada	0 (0)	1 (3,1)	1 (3,1)		0,362
Cedida	2 (6,3)	1 (3,1)	3 (9,4)		
Propias	18 (56,2)	10 (31,3)	28 (87,5)		
Características de la vivienda					
Albañilería	11 (34,4)	8 (25)	19 (59,4)		0,524
Madera	9 (28,1)	4 (12,5)	13 (40,6)		
Número de habitaciones					
Hasta 3	10 (31,2)	4 (12,6)	14 (43,8)		0,354
4 a 6	10 (31,2)	8 (25)	18 (56,2)		
Acceso a la energía eléctrica					
No	1 (3,1)	0 (0)	1 (3,1)		0,327
Sí	19 (59,4)	12 (37,5)	31 (96,9)		
Acceso facilitado a los servicios de salud					
No	2 (6,2)	0 (0)	2 (6,2)		0,161
Sí	18 (56,3)	12 (37,5)	30 (93,8)		
Principal medio de transporte utilizado para llegar al servicio de salud					
A pie	1 (3,1)	1 (3,1)	2 (6,2)		0,1
Barco	2 (6,2)	2 (6,2)	4 (12,4)		
Lancha	3 (9,4)	3 (9,4)	6 (18,8)		
Pata de empuje	7 (21,9)	0 (0)	7 (21,9)		
Moto	7 (21,9)	6 (18,8)	13 (40,7)		

Fuente: Los autores (2024).

En relación con el factor socioeconómico, descripto en la Tabla 5, los ingresos mensuales se concentraron en menos de un salario mínimo ($n=19$; 59,4%), y 22 ($n=68,8\%$) eran beneficiarias de algún programa de transferencia de ingresos del gobierno (Tabla 5).

En cuanto al suministro de agua en los hogares, se observó que las mujeres embarazadas consumen predominantemente agua sin tratar ($n=28$; 87,6%), y que 11 (34,4%) tenían problemas de salud previos. Se verificó una asociación estadística

significativa entre esta variable y problemas de salud previos ($p=0,042$). En relación con el vertido de residuos sólidos y el tratamiento de basuras, no se encontraron datos relevantes asociados a problemas de salud previos y, en cuanto al acceso a los servicios de salud, prácticamente todas las embarazadas afirmaron tener siempre lo que necesitaban ($n=30$; 93,8%) y más de la mitad utilizaba medios de transporte fluviales ($n=17$; 53,1%) (Tabla 5).

Tabla 5. Determinantes relacionados con las condiciones socioeconómicas y ambientales generales de las mujeres embarazadas ribereñas, según problemas de salud previos. Pará, PA, Brasil, 2024

Capa 5 – Condiciones socioeconómicas y ambientales generales	Problemas de salud previos				p-valor
	No n (%)	Sí n (%)	Total n (%)		
Ingresos familiares[†]					
< 1 salario mínimo	13 (40,6)	6 (18,8)	19 (59,4)		0,416
1 a 2 salarios mínimos	7 (21,8)	6 (18,8)	13 (40,6)		
Beneficiaria de un programa de transferencia de ingresos del Gobierno					
No	5 (15,6)	5 (15,6)	10 (31,2)		0,342
Sí	15 (46,9)	7 (21,9)	22 (68,8)		
Suministro de agua					
Cisterna	1 (3,1)	1 (3,1)	2 (6,2)		0,042
Directamente del río/sin tratar	6 (18,8)	0 (0)	6 (18,8)		
Empresa privada	2 (6,2)	0 (0)	2 (6,2)		
Pozo artesiano/sin tratar	6 (18,8)	8 (25)	14 (43,8)		
Pozo poco profundo/sin tratar	5 (15,6)	3 (9,4)	8 (25)		
Drenaje de residuos sólidos					
Directo al río	3 (9,4)	0 (0)	3 (9,4)		0,203
Fosa rudimentaria	7 (21,9)	4 (12,5)	11 (34,4)		
Fosa séptica	10 (31,2)	8 (25)	18 (56,2)		
Destino de los residuos					
Recolección regular	14 (43,8)	8 (25)	22 (68,8)		0,299
Vertido al aire libre	2 (6,2)	0 (0)	2 (6,2)		
Enterrado o incinerado	4 (12,5)	4 (12,5)	8 (25)		
Usa té/hierbas para tratar alguna enfermedad					
No	19 (59,4)	10 (31,2)	29 (90,6)		0,281
Sí	1 (3,1)	2 (6,3)	3 (9,4)		

Leyenda: [†]Valor e de referencia del salario mínimo en el momento de la recopilación: 1.412,00 REALES BRASILEÑOS.

Fuente: Los autores (2024).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio mostraron que los principales determinantes sociales de la salud de las mujeres embarazadas ribereñas en seguimiento prenatal de riesgo habitual están relacionados con las redes sociales y comunitarias y con las condiciones socioeconómicas y ambientales, correspondientes a los niveles 3 y 5 del Modelo de Determinación Social de la Salud de Dahlgren y Whitehead, respectivamente.

Los determinantes sociales de la tercera capa, relacionados con las redes sociales y comunitarias, muestran la composición de la red de apoyo de las mujeres embarazadas. La presencia de la pareja en el proceso gestacional, aunque se considere como la red primaria de cuidados, es un factor diferencial para el bienestar de la gestante¹⁰. También se observó que las embarazadas tenían pareja sentimental, aunque la mayoría no contaban con una red de apoyo, y que existía una baja asociación entre ellas y problemas de salud previos. En este contexto, también se evidenció una asociación con la religión, que contribuye de manera positiva a la salud de la gestante, ya que favorece el desarrollo de una red de apoyo, sobre todo espiritual y emocional¹¹.

Asimismo, cabe destacar la gran influencia de los macrodeterminantes de la salud, es decir, factores como la vivienda, el medio ambiente y la situación socioeconómica, que definen el grado de exposición de las personas al desarrollo de enfermedades y pueden generar impactos significativos en la salud de la población, especialmente en las mujeres embarazadas¹².

Históricamente, las poblaciones rurales, en especial las ribereñas, están expuestas a condiciones de vida precarias para la salud, ilustradas por la falta de saneamiento básico y el escaso acceso al agua tratada, que es tres veces menor en comparación con las zonas urbanas, lo que pone de manifiesto la vulnerabilidad de estas comunidades frente a las enfermedades infecciosas¹³.

En este sentido, cabe destacar que la falta de saneamiento básico, en especial el tratamiento inadecuado del agua y de las aguas residuales, está directamente relacionada con el desarrollo de diarreas, parasitosis intestinales y otras enfermedades transmitidas por el agua, ya que el agua contaminada favorece la propagación y persistencia de patógenos¹⁴. Como corroboró un estudio realizado con niños de poblaciones ribereñas, que evidenció una prevalencia del 83% de parasitismo intestinal asociado a infección por helmintos con protozoos y que el 65% de las hospitalizaciones de niños menores de 10 años se debían a parasitosis intestinales y diarreas, debido a la falta de alcantarillado y agua tratada.⁴.

Por lo tanto, se entiende que los principales factores de riesgo para el desarrollo de estas enfermedades son el contacto con suelos contaminados y el consumo de agua sin tratar, situaciones recurrentes en países de bajos ingresos¹⁴. De manera similar, la mayoría de las mujeres embarazadas refirieron problemas de salud previos e ingresos inferiores al salario mínimo, además de ejercer actividades laborales informales y depender de ayudas económicas del Gobierno, lo que pone de manifiesto su situación de vulnerabilidad económica y, en consecuencia, su mayor exposición a riesgos.

Además, cabe destacar la exposición de las comunidades ribereñas a los residuos tóxicos de mercurio y sus derivados, vertidos al medio ambiente por las actividades de minería ilegal, que pueden causar complicaciones materno-fetales, ya que el compuesto químico en cuestión se considera teratogénico y su presencia ya se ha detectado en la leche materna y la placenta de mujeres embarazadas ribereñas contaminadas¹⁵. En consonancia, la mayoría de las participantes informaron del consumo de agua sin tratar y de problemas de salud previos, que también pueden estar relacionados con el determinante social ambiental.

También se identificó una relación entre los determinantes distales y la obesidad/sobrepeso, como los ingresos y el nivel educativo, dado que esta situación es más frecuente entre las mujeres embarazadas en situación de vulnerabilidad social y con bajo nivel educativo¹⁶.

No obstante, la falta de actividad física se reveló como un factor importante para la salud, ya que la mayoría de las participantes negaron realizar ejercicio físico y, al mismo tiempo, casi la mitad declararon tener sobrepeso u obesidad. Se sabe que la práctica de actividad física evita el aumento excesivo de peso y que las mujeres embarazadas que tienen este hábito tienen más probabilidades de alcanzar un aumento de peso adecuado¹⁷.

Cabe destacar el contexto cultural como un fuerte determinante social de la salud, ya que se desalienta a las mujeres a practicar actividades físicas por la creencia de que pueden suponer riesgos para el bebé³. Sin embargo, se sabe que se trata de un hábito que favorece un embarazo saludable, reduciendo los riesgos de diabetes gestacional, preeclampsia, aumento de peso excesivo y síntomas de depresión, además de proporcionar resultados positivos para la salud de la mujer y del niño¹⁸. La falta de actividad física puede conducir a la obesidad, que es un factor de riesgo para otras patologías como la hipertensión, la diabetes, la dislipidemia y las enfermedades cardiovasculares, además del riesgo de muerte materna y fetal³.

En cuanto a los hábitos alimenticios, se observó una preferencia por las frutas y verduras frente a los productos industriales con alto contenido calórico. No obstante, es necesario invertir en acciones educativas y estrategias destinadas a mejorar la alimentación, ya que las mujeres embarazadas mencionaron problemas de salud previos relacionados con la anemia y la obesidad.

En un estudio realizado con mujeres embarazadas ribereñas, se observó un aumento en el consumo de alimentos ultra procesados durante los períodos de escasez de pescado, que es la principal fuente de alimento durante la marea alta, además de una preferencia por los productos enlatados debido a su mayor facilidad de conservación sin depender de la energía eléctrica y su menor coste en el mercado⁷.

De este modo, se presume que es posible que se hayan producido ajustes en los hábitos alimentarios recientes, en función de las orientaciones recibidas durante el periodo prenatal, ante los riesgos identificados, ya que la mayoría de las embarazadas presentaban sobrepeso u obesidad. Las orientaciones durante el periodo prenatal son determinantes para la adopción de hábitos saludables, ya que la mujer es sensible a las conductas que le permitirán tener un embarazo sin problemas¹⁹.

Además, más de la mitad de las embarazadas refirieron trastornos del sueño, entre ellos el insomnio, que puede estar relacionado con la ansiedad. Se sabe que durante el embarazo es natural que las mujeres sean más vulnerables emocionalmente, lo que las hace más propensas a desarrollar ansiedad y depresión, lo que puede contribuir a otras complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio²⁰.

Factores como el cambio en los patrones y la calidad del sueño, la fragilidad de la red de apoyo, la ausencia de actividades físicas y de ocio y la restricción del autocuidado, actúan como riesgos para la alteración de la salud mental²¹. En este contexto, es importante comprender que la posición que ocupan las mujeres ribereñas a menudo se limita a las actividades domésticas, tanto por el contexto cultural, en el que el papel femenino se atribuye exclusivamente al cuidado de los demás, como por el acceso limitado a las actividades de ocio, lo que influye significativamente en la aparición de síntomas relacionados con la enfermedad mental²².

Las limitaciones de este estudio se refieren a su realización en solo dos Estrategias de Salud Familiar Ribereñas (ESFR), lo que restringe la generalización de los resultados a otros contextos ribereños de la región Norte y otras regiones de Brasil.

CONCLUSIÓN

El análisis de los determinantes sociales de la salud de las mujeres embarazadas ribereñas atendidas en el prenatal de riesgo habitual permitió identificar que los principales determinantes que influyen en la salud materna están relacionados con las redes sociales y comunitarias y con el contexto social, cultural y ambiental. Estos factores determinantes deben tenerse en cuenta a la hora de adoptar medidas estratégicas para hacer frente a esta situación y garantizar así la eficacia de la asistencia prenatal.

Se entiende que los resultados de este estudio permiten reflexionar sobre la necesidad de ampliar la perspectiva de la atención prenatal, que no solo abarca el enfoque clínico, sino también la necesidad de adoptar medidas sensibles a las necesidades de las mujeres embarazadas y de identificar los determinantes sociales de la salud que pueden comprometer su calidad de vida. Estas acciones pueden favorecer el desarrollo de competencias esenciales para la asistencia cualificada, que deben contextualizarse en la realidad social en la que se encuentran las mujeres embarazadas.

Además, se espera que la investigación pueda servir de base para nuevos estudios sobre la salud en el contexto ribereño, con el fin de minimizar las desigualdades sanitarias de esta población, ya que estos trabajos científicos aún son escasos en la literatura.

AGRADECIMIENTOS

Informamos que uno de los autores es becario de productividad en investigación del *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)* - nivel 2, convocatoria n.º 09/2023, bajo el proceso 314968/2023-7.

REFERENCIAS

- Pereira AA, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, Palmeira IP, Nunes HHM, de Andrade EGR, et al. Social representations of pregnant women about high-risk pregnancy: repercussions for prenatal care. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 16];57:e20220463. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0463en>
- Gadelha IP, Diniz FF, Aquino PS, da Silva DM, Balsells MMD, Pinheiro AKB. Social determinants of health of high-risk pregnant women during prenatal follow-up. Rev Rene [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun 1];21:e42198. Available from: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202142198>
- da Silva MVB, Ferreira ET, de Lima Filho CA, Basílio VKV, Lobo MJS, Gava PHR, et al. Efeitos dos determinantes sociais da saúde na hipertensão: uma revisão sob a luz do modelo de Dahlgren e Whitehead. J Educ, Sci Health [Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 16];3(1):1-13. Available from: <https://doi.org/10.5283/jesh.v3i1.172>
- Santos IO, Rabello RED, Corrêa RG, Melo GZS, Monteiro AX. Advances and challenges for the health of the riverside populations in the Amazon region: an integrative review. Rev APS [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun 12];24(Suppl 1):185-99. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/34823/24351>
- World Health Organization (WHO). Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO,

- UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2024 Jun 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>
6. Leal MC, Pereira APE, Viellas EF, Domingues RMS, Gama SGN. Prenatal care in the Brazilian public health services. Rev Saúde Pública [Internet]. 2021 [cited Jun 12];8:1-12. Available from: <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>
7. da Rocha CGG, Heidemann ITSB, de Souza JB, Durand MK, Maciel KS, Backes MTS. Social determinants as a way to promote health in prenatal care: perception of primary care professionals. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 10];11:e64. Available from: <https://doi.org/10.5902/2179769264518>
8. Pereira AA, da Silva FO, Brasil GB, Rodrigues IAL, Nogueira LMV. Perceptions of riverine pregnant women on prenatal care. Cogitare Enferm [Internet]. 2018 [cited 2024 Jun 15];23(4):e54422. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i4.54422>
9. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandebroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. Int J Surg. [Internet]. 2014 [cited 2024 Aug 12];12(12):1495-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.07.013>
10. Crisóstomo BS, do Nascimento AS, de Oliveira RA, Balsells MMD, Ribeiro SG, Gadelha IP, et al. Social determinants of health and psychoactive drug use in pregnancy. Acta Paul Enferm [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 10];35:eAPE0340345. Available from: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Hs3mVc3c4cdV3t5GwQhjDSS/?lang=en>
11. Bührer FC, Ornell F. Evidências científicas sobre os benefícios da religião/espiritualidade em pacientes oncológicos. Rev Bras Psicoter [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 10];24(1):63-90. Available from: <https://doi.org/10.5935/2318-0404.20220005>
12. de Arruda LR, Ramos ARS. Importância do diagnóstico laboratorial para a sífilis congênita no pré-natal. J Manag Prim Health Care [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 10];12:e12. Available from: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.511>
13. Guimarães AF, Barbosa VLM, da Silva MP, Portugal JKA, Reis MHS, Gama ASM. Access to health services for riverside residents in a municipality in Amazonas State, Brazil. Rev Pan Amaz Saúde. [Internet]. 2020 [cited Jul 24];11:e202000178. Available from: <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-6223202000178>
14. Garn JV, Wilkers JL, Meehan AA, Pfadenhauer LM, Burns J, Imtiaz R, et al. Interventions to improve water, sanitation, and hygiene for preventing soil-transmitted helminth infection. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 26];6:CD012199. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012199.pub2>
15. Medeiros MF, Batista GCV, Cordova JVS, Santos LS, de Lima RM, de Sousa MVV. Fundamentals of nursing care in primary care for riverside pregnant women affected by the dumping of mercury in bodies of water. Glob Clin Res [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 27];2(2):e31. Available from: <https://doi.org/10.5935/2763-8847.20220031>
16. Lana TC, Oliveira LVA, Martins EF, Santos NCP, Matozinhos FP, Felisbino-Mendes MS. Prevalence, associated factors and reproductive outcomes related to excessive gestational weight gain. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2020 [cited Jul 30];28:e53127. Available from: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.53127>
17. Silva-Jose C, Sánchez-Polán M, Barakat R, Díaz-Blanco Á, Martínez VC, Benasach FG, et al. exercise throughout pregnancy prevents excessive maternal weight gain during the COVID-19 pandemic: a randomized clinical trial. J Clin Med [Internet]. 2022 [cited Aug 11];11(12):3392. Available from: <https://doi.org/10.3390/jcm11123392>
18. de Freitas IGC, Lima CA, Santos VM, Silva FT, Rocha JSB, Dias OV, et al. Physical activity level and associated factors among pregnant women: a population-based epidemiological study. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 22];27(11):4315-28. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413->

812320222711.07882022EN

19. Cruz IFS, Fernandes DLO, Arruda SPM, de Carvalho NS, de Azevedo DV, Maia CSC. The contribution of prenatal care in the dietary patterns of high-risk pregnant women. Rev Bras Saúde Mater Infant [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 30];22(4):879-889. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304202200040009>
20. Kiepura E, Kmita G. Antenatal depression and anxiety in primiparous Polish mothers and fathers. Ginekol Pol [Internet]. 2020 [cited 2024 Aug 14];91(1):24-8. Available from: <https://doi.org/10.5603/gp.2020.0006>
21. da Silva JKAM, dos Santos AAP, Pontes CO, Silva JMO, Nascimento YCML, dos Santos CIR. Identification of early signs of change/mental disorders in postpartum to promote self-care. R Pesq Cuid Fundam [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 26];16:e11705. Available from: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v16.11705>
22. Parreira BDM, Goulart BF, Ruiz MT, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. Anxiety symptoms among rural women and associated factors. Esc Anna Nery [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 26];25(4):e20200415. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0415>

Social determinants of health among pregnant women living in riverside communities who received routine prenatal care

ABSTRACT

Objective: Analyze the social determinants of health among pregnant women in riverside communities who receive routine prenatal care and identify those that influence maternal health. **Method:** A quantitative cross-sectional study was conducted from January to April 2024 in the Basic Health Units of Cotijuba Island and Combú Island, Belém, Pará, Brazil, with 32 pregnant women living in riverside communities, at habitual risk, undergoing prenatal care. Data was obtained through interviews, using a questionnaire based on the social determinants of health model, and analyzed using inferential statistics. **Results:** Significant social determinants are related to social and community networks and environmental conditions, with an association between previous health problems and religion ($p=0.021$), marital status ($p<0.001$), and water supply ($p=0.042$). **Conclusion:** Determinants related to social and community networks and the environmental context concern previous health problems of pregnant women and should be considered when adopting strategic measures to ensure effective prenatal care.

KEYWORDS: Social Determinants of Health; Pregnant People; Primary Health Care; Prenatal Care; Maternal Health.

Recibido en: 24/09/2024

Aprobado en: 04/04/2025

Editor asociado: Dra. Tatiane Herreira Trigueiro

Autor correspondiente:

Ingrid Bentes Lima

Universidade Federal do Pará

Avenida José Bonifácio, N 1289 – Guamá – 66065-362 – Belém-PA

E-mail: ingridbentes@outlook.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **de Souza YJP, Nogueira LMV, Trindade LNM, Rodrigues ILA, dos Santos DN.** Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **de Souza YJP, Nogueira LMV, Trindade LNM, Rodrigues ILA, dos Santos DN, Lima IB.** Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **de Souza YJP, Nogueira LMV, Trindade LNM.** Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses:

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](#).