


Apego materno-fetal y factores interrelacionados en gestantes atendidas en la Atención Primaria de Salud*

Cássio de Almeida Lima^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-4261-8226>

Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito³

 <https://orcid.org/0000-0001-5395-9491>

Lucineia de Pinho³

 <https://orcid.org/0000-0002-2947-5806>

Sélen Jaqueline Souza Ruas⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-2965-1977>

Romerson Brito Messias³

 <https://orcid.org/0000-0002-4781-5050>

Marise Fagundes Silveira^{5,6}

 <https://orcid.org/0000-0002-8821-3160>

Destacados: (1) El apego materno-fetal debe ser evaluado en la Atención Primaria de Salud. (2) Los síntomas depresivos presentaron una relación negativa con el apego materno-fetal. (3) El apoyo social y la funcionalidad familiar ejercieron un efecto positivo sobre el apego. (4) Una mayor aglomeración domiciliaria tuvo un efecto negativo sobre el resultado. (5) Se recomienda rastrear a las gestantes con depresión, poco apoyo social y familiar.

Objetivo: analizar el apego materno-fetal y los factores interrelacionados en gestantes atendidas en la Atención Primaria de Salud. **Método:** encuesta epidemiológica seccional, de base poblacional y analítica. Se investigó una muestra de 937 participantes atendidas por equipos de la Estrategia de Salud de la Familia. Se evaluaron apego materno-fetal (resultado), variables sociodemográficas y clínicas, apoyo social, funcionalidad familiar, síntomas depresivos y estrés percibido. Se adoptó un análisis multivariado mediante la modelización con ecuaciones estructurales. **Resultados:** el apego materno-fetal presentó una media de 92,6 (DE=±15,3). El modelo estructural ajustado evidenció que los siguientes factores ejercieron un efecto directo sobre el resultado: semanas gestacionales ($\beta=0,29$; $p<0,001$), aglomeración del domicilio ($\beta=-0,07$; $p=0,027$), síntomas depresivos ($\beta=-0,11$; $p=0,003$), apoyo social ($\beta=0,08$; $p<0,001$) y funcionalidad familiar ($\beta=0,19$; $p<0,001$). Se identificaron efectos indirectos del apoyo social ($\beta=-0,29$; $p<0,001$) y de la funcionalidad familiar ($\beta=-0,20$; $p<0,001$), mediados por los síntomas depresivos. **Conclusión:** se identificó un conjunto de interrelaciones entre apego materno-fetal, semanas gestacionales, aglomeración domiciliaria, síntomas depresivos, apoyo social y funcionalidad familiar. Se sugiere que la Estrategia de Salud de la Familia ofrezca una atención prenatal anclada en la integralidad y humanización, que propicie el bienestar biopsicosocial en el embarazo y un apego materno-fetal saludable.

Descriptor: Mujeres Embarazadas; Relaciones Materno-Fetales; Atención Primaria de Salud; Encuestas Epidemiológicas; Análisis Multivariante; Enfermería en Salud Comunitaria.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "Apego materno-fetal em gestantes: estudos psicométricos e fatores inter-relacionados", presentada en la Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

¹ Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Métodos e Técnicas Educacionais, Montes Claros, MG, Brasil.

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

³ Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva, Montes Claros, MG, Brasil.

⁴ Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna, Departamento de Enfermagem, Montes Claros, MG, Brasil.

⁵ Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Ciências Exatas, Montes Claros, MG, Brasil.

⁶ Becaria del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

Cómo citar este artículo

Lima CA, Brito MFSF, Pinho L, Ruas SJS, Messias RB, Silveira MF. Maternal-fetal attachment and interrelated factors in pregnant women assisted in Primary Health Care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2024;32:e4404 [cited ____]. Available from: _____ . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7104.4404>

año mes día

URL

Introducción

El ciclo gravídico es considerado un período de transición que forma parte del proceso de desarrollo, implica un cambio de identidad y redefinición de roles en la vida de la mujer⁽¹⁻²⁾, además de modificaciones hormonales y emocionales⁽³⁾. Se caracteriza como una fase permeada por adaptaciones a los cambios biopsicosociales, en la que la mujer necesita conciliar demandas y desafíos de la maternidad con funciones familiares, conyugales y profesionales desempeñadas socialmente⁽¹⁻²⁾.

La adaptación exitosa de la gestante al proceso de transición a la maternidad está íntimamente vinculada al desarrollo del vínculo afectivo con el feto, es decir, la representación mental del feto y los sentimientos de estar vinculada a él⁽⁴⁻⁵⁾. Es en la fase prenatal en la que se inicia la relación de la madre con su hijo: el apego materno-fetal (AMF), que involucra la intensidad de comportamientos de afiliación e interacción con el niño por nacer. La gestante tiende a establecer una conexión afectiva con el feto y vive expectativas relativas al niño que está por venir, las cuales aumentan a lo largo de la gestación⁽³⁻⁵⁾. El AMF involucra expectativas, emociones, pensamientos y comportamientos maternos en relación con el feto, el embarazo y la maternidad, siendo un importante predictor del vínculo madre-bebé en el período posparto^(2,4-5). El apego puede ser un factor predictivo del estado mental puerperal materno, del autocuidado gestacional, de resultados neonatales, del desarrollo infantil de habilidades conductuales y socioemocionales⁽⁵⁾. Se trata de un constructo multidimensional⁽²⁻¹⁴⁾, permeado por cuestiones sociodemográficas^(3,7-8,13-14), obstétricas^(3,7-9,13-14), culturales^(2,13-14) y psicológicas⁽²⁻¹⁴⁾.

La investigación del AMF por el enfermero en la atención prenatal del sistema público de salud puede contribuir al rastreo de gestantes en riesgo de desarrollar un apego deficiente, que necesiten un abordaje multiprofesional teniendo en cuenta la calidad del vínculo madre-feto y las relaciones familiares saludables. Es necesario prestar un cuidado holístico a las gestantes usuarias del Sistema Único de Salud (SUS) y de la Atención Primaria de Salud (APS), que también incluya la evaluación del AMF. El examen de este evento debe considerar aspectos interferentes en ambientes socioculturales específicos⁽¹³⁻¹⁵⁾, como en comunidades cubiertas por la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). En Brasil, estas mujeres viven en un contexto disonante de los escenarios de los estudios previos de la literatura internacional^(4-5,7-12).

También es preciso considerar las directrices nacionales que direccionan la línea de cuidado materno-infantil y el cuidado prenatal en Brasil⁽¹⁶⁾. La Política

Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer (PNAISM) incorpora, en un enfoque de género y empoderamiento de las usuarias del SUS, la integralidad y la promoción de la salud como ejes orientadores, aspirando consolidar los avances en el campo de los derechos sexuales y reproductivos⁽¹⁷⁾. La *Rede Cegonha* consiste en una red de cuidados dirigidos a la planificación reproductiva y a la atención humanizada a la mujer en el embarazo, el parto y el posparto. Ella busca el nacimiento seguro, el crecimiento y el desarrollo saludables del niño⁽¹⁸⁾.

En cuanto a las evidencias sobre el AMF, estas son incipientes en la APS, sobre todo en países latinoamericanos y en Brasil, donde son insuficientes las investigaciones epidemiológicas de base poblacional^(2,14) realizadas con gestantes atendidas en los servicios de la ESF. A partir de amplias encuestas epidemiológicas, es posible sugerir mejoras en la atención prenatal, con el objetivo de promover un AMF saludable⁽¹⁵⁾, siendo necesarias investigaciones nacionales que evalúen el AMF y sus determinantes simultáneamente en gestantes usuarias de la APS, donde gran parte de ellas es atendida. Los demás trabajos⁽²⁻¹⁴⁾ utilizaron técnicas comunes de estadística inferencial, lo que indica la necesidad de investigaciones con análisis más robustos, como la modelización con ecuaciones estructurales (MEE). Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo analizar el AMF y los factores interrelacionados en gestantes atendidas en la APS.

Método

Diseño del estudio

Se trata de una encuesta epidemiológica observacional con diseño seccional, de base poblacional y analítico, que utilizó datos de un amplio estudio titulado "Evaluación de las condiciones de salud de las gestantes de Montes Claros - MG: estudio longitudinal (Estudio ALGE)". Se siguieron las recomendaciones del STROBE - *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*⁽¹⁹⁾.

Escenario

El escenario del estudio fue la ciudad de Montes Claros, situada en la región norte del estado de Minas Gerais (MG), Brasil. Esta ciudad es considerada polo regional y tiene una población estimada en 417.478 habitantes. Los servicios de la ESF local fueron implantados en la década de 1990 y actualmente están organizados en 15 polos. Estos polos contenían un total

de 135 equipos de salud de la familia en la época de la investigación (2018-2020), alcanzando una cobertura del 100% de la población⁽²⁰⁾.

Tamaño muestral

La población del Estudio ALGE estuvo constituida por las gestantes registradas en los equipos de la ESF de la zona urbana del municipio, en 2018-2020. El tamaño de la muestra fue establecido con el objetivo de estimar parámetros poblacionales con una prevalencia del 50% (para maximizar el tamaño muestral y debido a que el proyecto original contemplaba diversos resultados). Se consideró un intervalo de confianza del 95% (IC 95%) y un nivel de precisión del 2,0%. Se efectuó una corrección para población finita ($N=1.661$) y se incluyó un incremento del 20% para compensar las posibles no respuestas y pérdidas. Los cálculos evidenciaron la necesidad de participación de, como mínimo, 1.180 gestantes.

Para la selección de la muestra, se consideraron los polos de la ESF de todas las regiones del municipio, que totalizaban 15 en el período de esta investigación y entre los cuales estaban distribuidos 135 equipos de salud de la familia. El número de gestantes muestreadas en cada polo fue proporcional a su representatividad en relación con la población total de gestantes registradas.

Se incluyeron las gestantes que estaban registradas en un equipo de salud de la familia, en cualquier edad gestacional. No se incluyeron a las mujeres que estaban embarazadas de gemelos (ya que esto podría afectar ciertas variables medidas en el proyecto) y aquellas que presentaban compromiso cognitivo, según diagnóstico médico previo informado por el familiar y/o el equipo de la ESF.

En el presente trabajo se analizaron solo los datos de las mujeres del segundo y terceros trimestres de gestación. Este recorte ocurrió porque el AMF, de la forma medida por la Escala de Apego Materno-Fetal (EAMF) aplicada, es más evidente a partir del segundo trimestre. A medida que ocurre el crecimiento fetal, la gestante puede sentir los nuevos movimientos del bebé, lo que hace que la experiencia sea más corpórea para ella y permite una interacción más vívida con el feto^(4,13). En este sentido, para este estudio se consideró solo la población de gestantes que se encontraban en el 2º y 3º trimestre de gestación ($N=1.218$), por lo que el tamaño mínimo de la muestra se estimó en $n=930$ gestantes. Se mantuvieron los mismos parámetros adoptados para el cálculo del tamaño muestral del Estudio ALGE. Además, el tamaño muestral definido para la presente investigación cumplió con las premisas del tratamiento estadístico de

los datos adoptado en la MEE, en la que se recomienda que la muestra tenga al menos 250-500 observaciones⁽²¹⁾.

Instrumentos y variables

Para la caracterización de las participantes de este estudio, se aplicó un cuestionario estructurado que incluyó variables sociodemográficas: rango de edad (hasta 20 años, 21 a 30, más de 30), estado civil (con pareja, sin pareja), color autodeclarado (pardo, negro, blanco, amarillo), escolaridad (educación primaria, secundaria, superior), renta familiar mensual (menor que R\$ 1.000,00, R\$ 1.001,00 a 2.000,00, superior a R\$ 2.000,00), número de habitantes en la residencia, número de habitaciones en el domicilio; y clínicas: trimestre gestacional (segundo, tercero), planificación del embarazo (sí, no), aborto previo (sí, no), semanas de gestación. La variable sociodemográfica aglomeración del domicilio se calculó mediante la razón "número de habitantes en la residencia/número de habitaciones en la residencia". Las variables semanas gestacionales y aglomeración del domicilio (numéricas y observadas) se incluyeron en el modelo estructural.

También se emplearon instrumentos validados nacionalmente para investigar los siguientes constructos: AMF, síntomas depresivos, estrés percibido, apoyo social y funcionalidad familiar.

La versión brasileña de la EAMF⁽²²⁾ se aplicó para evaluar el resultado principal de esta encuesta, el AMF. El AMF se trató como una variable observada, numérica discreta. La EAMF fue elaborada por la Enfermera Mecca S. Cranley, en 1981, en los Estados Unidos de América (EE.UU)⁽²³⁾. Contiene 24 ítems respondidos en una escala Likert de uno a cinco puntos (nunca a casi siempre). La puntuación mínima es 24 y la máxima 120. En el proceso de validación de la EAMF para la población brasileña, se constató la unidimensionalidad del constructo y se recomendó su uso mediante la puntuación total. Así, puntuaciones más elevadas indican niveles más altos de AMF⁽²²⁾. Se propone la siguiente clasificación: bajo nivel de apego (24 a 47 puntos), medio (48 a 97) y alto (98 a 120)⁽²⁴⁾. Se registró un coeficiente α de Cronbach de 0,874 en el presente trabajo.

La Escala de Tamizaje Poblacional para Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los EE.UU (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – CES-D*), también validada en Brasil⁽²⁵⁾, se empleó para el tamizaje de síntomas depresivos en la muestra de gestantes evaluadas. La CES-D está compuesta por 20 ítems, de los cuales cuatro son positivos, en los que la entrevistada relata la frecuencia de aparición de los síntomas en la última semana. Cada respuesta puede

involucrar cuatro grados crecientes de intensidad en una escala de Likert – nunca o raramente, a veces, con frecuencia y siempre – con puntuaciones correspondientes a 0, 1, 2 y 3. La puntuación de los cuatro ítems positivos se invierte y se suma a la puntuación de los demás, lo que da un resultado final que varía de cero a 60 – cuanto más elevado, mayor la intensidad de los síntomas. Se procedió a la categorización en: síntomas depresivos ausentes/ligeros (*score* <16), moderados (*score* ≥16 o ≤21) y síntomas graves (*score* ≥22)⁽²⁵⁻²⁶⁾. El instrumento tuvo un resultado satisfactorio del α de Cronbach (0,777).

El estrés percibido se investigó mediante la Escala de Estrés Percibido (*Perceived Stress Scale/PSS-14*), validada en Brasil. El instrumento identifica situaciones en la vida del individuo consideradas como estresantes, estableciendo niveles de intensidad. Las preguntas son de naturaleza general y se aplican a cualquier subgrupo poblacional. Contiene 14 ítems sobre la frecuencia con la que ciertos sentimientos y pensamientos ocurrieron en el último mes, con respuestas que varían de cero (nunca) a cuatro (siempre). La puntuación se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems positivos y sumando las respuestas de los 14 ítems, con una puntuación total que varía de cero (sin síntomas de estrés) a 56 (síntomas de estrés extremo). La variable se dicotomizó en ausencia de estrés (resultados menores o iguales a 30) y presencia de estrés (mayores de 30)⁽²⁷⁾. Se identificó un α de Cronbach=0,782 para la PSS-14 en esta investigación, un valor apropiado.

La presencia de apoyo social se midió mediante la versión brasileña de la Escala de Apoyo Social, que también fue validada en el país. La escala está compuesta por 19 preguntas que comprenden cinco dimensiones: material, afectiva, emocional, interacción social positiva e información. Para cada ítem, el participante indica con qué frecuencia considera cada tipo de apoyo, mediante una escala tipo Likert: nunca (1), raramente (2), a veces (3), casi siempre (4) y siempre (5). Cuanto más cerca de 100 sea la puntuación final, mejor será el apoyo social percibido. La puntuación general de la escala se calculó por la suma total de los 19 ítems y se consideró como elevado apoyo social el resultado superior a 66, que corresponde al segundo tercil⁽²⁸⁾. El instrumento presentó elevada consistencia interna, con un α de Cronbach de 0,960.

Para la evaluación de la funcionalidad familiar, se aplicó un instrumento validado nacionalmente, denominado APGAR Familiar⁽²⁹⁾. Este señala el cumplimiento de parámetros básicos definidos por el acrónimo APGAR: A – Adaptación (*Adaptation*); P – Participación (*Participation*); G – Crecimiento (*Growth*); A – Afecto (*Affection*); R – Resolución (*Resolution*). El cuestionario presenta cinco preguntas con tres posibilidades de respuestas cada una y puntuaciones que varían de cero a dos puntos

– siempre (2), algunas veces (1) y nunca (0). Así, se obtiene una suma de cero a diez puntos, que, cuanto más elevada, indica mejor satisfacción del participante con su familia. Se procedió a la categorización en familia funcional (puntuación de 7-10) y familia disfuncional (<6)⁽³⁰⁾. El instrumento obtuvo una adecuada fiabilidad en esta investigación (α de Cronbach=0,872).

Las variables AMF, síntomas depresivos, estrés percibido, apoyo social y funcionalidad familiar también se analizaron como observadas y numéricas, mediante sus respectivas puntuaciones.

Recolección de datos

En cuanto al proceso de recolección de datos, inicialmente se hizo contacto con los gestores de la coordinación de la APS del municipio, para sensibilización y explicación sobre el propósito de la investigación. Tras su anuencia, los equipos de salud de la familia también fueron visitados por los investigadores para aclaraciones sobre el estudio. Los profesionales de estos equipos responsables del prenatal proporcionaron una lista de las gestantes de su área de cobertura con los nombres y direcciones de estas. En posesión de estas listas, un equipo de entrevistadores realizó el contacto inicial con las mujeres, cuando hubo un acercamiento con la invitación y sensibilización sobre el estudio, para que posteriormente se agendara y efectuara la recolección de datos.

Los datos fueron recolectados por un equipo multiprofesional del área de la salud y por estudiantes de iniciación científica (cursos de Educación Física, Enfermería y Medicina) entre octubre de 2018 y febrero de 2020, en las unidades de salud de la ESF o en los domicilios de las participantes, según la disponibilidad de ellas. La recolección de datos ocurrió cara a cara, individualmente con cada gestante, con una duración media de una hora. En cuanto al orden de aplicación de los instrumentos, primero se aplicó un cuestionario estructurado para investigar las características sociodemográficas/económicas y clínicas, y a continuación las escalas referentes al AMF, apoyo social, funcionalidad familiar, estrés percibido y síntomas depresivos.

Previamente a la recolección de datos, hubo una capacitación de los entrevistadores, así como un estudio piloto con 36 gestantes registradas en una unidad de la ESF (que no fueron incluidas en los análisis del estudio), con la finalidad de estandarizar los procedimientos de recolección de datos de la investigación.

Tratamiento y análisis de los datos

Se adoptó el análisis multivariado mediante la MEE. Primero se elaboró un modelo hipotético, con el fin de

evaluar las interrelaciones entre el AMF, considerado como resultado principal, y las demás variables investigadas: semanas gestacionales, aglomeración del domicilio, síntomas de depresión, estrés percibido, apoyo social y funcionalidad familiar.

Según el modelo hipotetizado, la edad gestacional (semanas de gestación) se colocó en una posición de correlación directa con el resultado principal^(7-8,13-15). Se teorizó que la aglomeración del domicilio también ejerce efectos directos sobre el AMF, por ser un posible marcador de la condición socioeconómica de la gestante^(4,6,15).

El estrés percibido también presenta relación con el AMF^(5,7,9,15), al igual que los síntomas depresivos^(4-5,7,9-11,14). El apoyo social posee efectos directos e indirectos sobre el AMF, en una interrelación mediada por el estrés percibido y los síntomas de depresión^(4-6,12,15). La misma suposición se hizo para el constructo funcionalidad familiar^(7,14).

La Figura 1 ilustra las relaciones directas e indirectas entre las variables investigadas en el modelo propuesto. Las variables observadas están representadas por rectángulos y las correlaciones son indicadas por flechas (de la variable independiente a la dependiente)⁽³¹⁾.

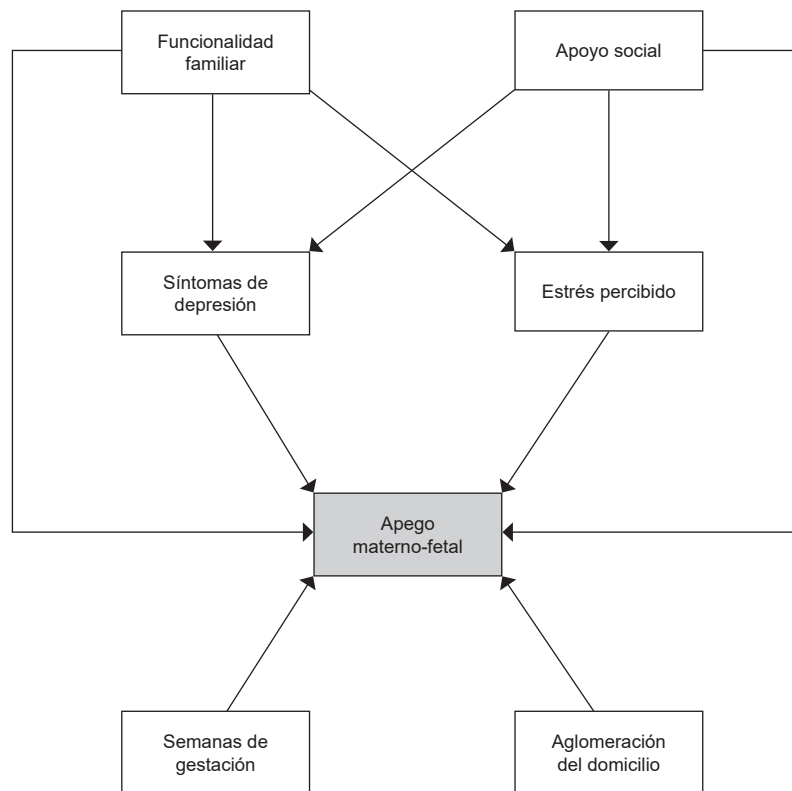


Figura 1 - Modelo hipotético para analizar los factores interrelacionados con el apego materno-fetal en gestantes atendidas en la Atención Primaria de Salud. Montes Claros, MG, Brasil, 2018-2020

En el análisis estadístico de los datos, inicialmente, las variables categóricas se describieron mediante sus distribuciones de frecuencias. Las variables numéricas se describieron mediante la media, el desvío estándar (DE), los valores mínimo y máximo, y los coeficientes de asimetría (sk) y curtosis (ku). Valores de $sk > 3$ y $ku > 10$ fueron aceptados como indicadores de violación del supuesto de normalidad⁽³¹⁾. Los valores perdidos (*missing*) fueron imputados por la media.

A continuación, se ajustó el modelo multivariado mediante la MEE. Se estimaron efectos directos e indirectos representados por coeficientes estandarizados (CEs), cuyas significancias estadísticas fueron evaluadas por la razón crítica (RC), al nivel del 5%. Los CEs estandarizados se interpretaron de la siguiente manera:

con efecto pequeño cuando los valores eran cercanos a 0,10, medio cuando cercanos a 0,30 y grande si superiores a 0,50⁽³²⁾. Los efectos indirectos, intermediados por variables intermedias, se calcularon multiplicando los coeficientes de los caminos indirectos del modelo.

Para la evaluación de la adecuación del ajuste global del modelo, se apreciaron los siguientes índices: razón del chi-cuadrado por los grados de libertad (χ^2/gf), *confirmatory fit index* (CFI), *goodness of fit index* (GFI), *Tucker-Lewis index* (TLI) y *root mean square error of approximation* (RMSEA). El ajuste del modelo se consideró satisfactorio si $\chi^2/df \leq 5,0$; CFI, GFI y TLI $\geq 0,90$; RMSEA $< 0,10$ ⁽³³⁾.

La organización y los análisis estadísticos de los datos se realizaron en el *software IBM Statistical Package*

for the Social Sciences (SPSS) Statistics, versión 23.0®. En un momento anterior, los datos recolectados fueron sometidos a un control de calidad y doble verificación. La modelación estructural se procesó en el *software Analysis of Moment Structures* (IBM SPSS Amos 23.0).

Aspectos éticos

El presente trabajo acató las regulaciones éticas internacionales y nacionales de las investigaciones que involucran a seres humanos. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la *Universidade Estadual de Montes Claros* (CAAE 80957817.5.0000.5146, Informe Fundamentado número 2.483.623/2018 e Informe fundamentado número 3.724.531/2019) y obtuvo la concordancia institucional de la Secretaría Municipal de Salud. Las participantes mayores de edad leyeron y firmaron el Consentimiento Informado. Aquellas que tenían menos de 18 años presentaron el Asentimiento Informado, además del Consentimiento Informado firmado por sus responsables legales.

Resultados

Un total de 1.279 gestantes participó de la línea de base del estudio. En el presente trabajo se incluyeron los datos de 937 entrevistadas, que se encontraban en el segundo y tercer trimestres gestacionales (Figura 2).

En cuanto a las características sociodemográficas y clínicas de las participantes de la muestra analizada (n=937), 47,7% estaban en el rango de edad de 21 a 30 años, 77,2% refirieron estado civil con pareja, 46,7% tenían ingresos familiares mensuales de hasta 1.000 reales. De las entrevistadas, 55,0% estaban en el 2º trimestre, 61,0% reportaron un embarazo no planificado, 48,7% eran nulíparas y 18,9% refirieron aborto previo. En lo que respecta a los puntajes del AMF, se observó una media de 92,6 (DE=±15,3) y el nivel de apego medio fue el predominante, verificado en 575 (61,4%) gestantes. Las desviaciones de la normalidad no fueron muy severas para los coeficientes de asimetría y curtosis de las variables del modelo estructural (Tabla 1).

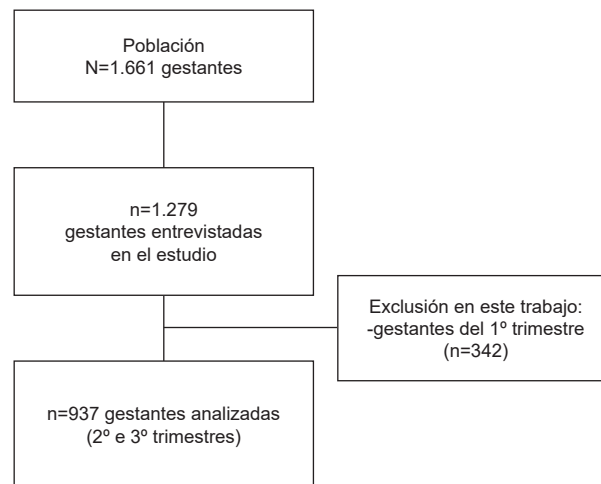


Figura 2 - Diagrama de flujo del proceso de selección de la muestra de gestantes analizadas en el estudio. Montes Claros, MG, Brasil, 2018-2020

Tabla 1 - Características de las gestantes atendidas en la Atención Primaria de Salud y medidas descriptivas de las variables del modelo estructural (n = 937). Montes Claros, MG, Brasil, 2018-2020

VARIABLES	n*	% [IC 95%†]
Rango etario (años)		
Hasta 20	203	22,4 [19,2-24,4]
21 a 30	453	47,6 [45,3-51,6]
Más de 30	281	30,0 [27,1-33,0]
Situación conyugal		
Con pareja	721	77,2 [74,4-79,8]
Sin pareja	213	22,8 [20,2-25,6]

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Variables	n*	% [IC 95% [†]]		
Color autodeclarado				
Pardo	641	68,8 [65,7-71,7]		
Negro	147	15,8 [13,6-18,3]		
Blanco	102	10,9 [9,1-13,1]		
Amarillo	42	4,5 [3,4-6,0]		
Escolaridad				
Educación primaria	141	15,1 [12,8-17,4]		
Educación secundaria	595	63,5 [60,4-55,6]		
Educación superior	200	21,4 [18,8-24,0]		
Ingreso familiar mensual (R\$[‡])				
Hasta 1.000,00	422	46,7 [43,4-50,0]		
1.000,00 a 2.000,00	280	31,0 [28,0-34,0]		
Más de 2.000,00	202	22,3 [19,6-25,0]		
Trimestre gestacional				
2°	515	55,0 [51,8-58,2]		
3°	422	45,0 [41,8-48,2]		
Planificación del embarazo				
Sí	360	39,0 [35,9-42,1]		
No	564	61,0 [57,9-64,1]		
Aborto previo				
No	742	81,1 [78,6-83,6]		
Sí	173	18,9 [16,4-21,4]		
Apego materno-fetal				
Bajo	10	1,1 [0,4-1,8]		
Medio	575	61,4 [59,3-64,5]		
Alto	352	37,5 [34,4-40,6]		
Funcionalidad familiar				
Familia funcional	785	84,0 [81,6-86,4]		
Familia disfuncional	149	16,0 [13,6-18,4]		
Apoyo social				
Bajo	166	17,9 [15,4-20,4]		
Elevado	760	82,1 [79,6-84,6]		
Síntomas depresivos				
Ausentes/ligeros	560	61,3 [58,1-64,5]		
Moderados	142	15,5 [13,2-17,8]		
Graves	212	23,2 [20,5-25,9]		
Estrés percibido				
Ausencia de estrés	768	83,1 [80,7-85,5]		
Presencia de estrés	156	16,9 [14,5-18,3]		
Variables del modelo estructural				
	Media (DE [§])	Min-Max	Sk [¶]	Ku ^{**}
Apego materno-fetal	92,6 (15,3)	29,0-120,0	-0,71	1,03
Funcionalidad familiar	8,5 (2,1)	0,0-10,0	-1,72	2,68
Apoyo social	79,3 (18,3)	0,0-94,7	-1,39	1,52
Síntomas depresivos	15,3 (10,1)	0,0-57,0	1,17	1,22
Estrés percibido	23,5 (8,7)	1,0-56,0	0,15	0,57
Semanas gestacionales	26,3 (7,6)	13,6-45,1	0,11	-0,95
Aglomeración del domicilio	0,7 (0,3)	0,20-3,50	2,22	8,31

*n varía debido a la ausencia de información (*missing*); [†]IC 95% = Intervalo de confianza del 95%; [‡]R\$ = Real brasileño (salario mínimo: R\$ 954,00); [§]DE = Desviación-estándar; ^{||}Min-Max = Mínimo y máximo; [¶]sk = Asimetría; ^{**}ku = Curtosis

La Figura 3 presenta las interrelaciones entre los factores investigados y los coeficientes estructurales estandarizados. El modelo estructural ajustado obtuvo indicadores de calidad de ajuste adecuados, con los siguientes valores: $\chi^2/gf=2,29$, $GFI=0,994$, $CFI=0,989$, $TLI=0,975$, $RMSEA=0,037$ (IC 90%=0,016; 0,059, p -valor=0,823). De acuerdo con el modelo, las semanas de gestación ejercieron un efecto directo positivo sobre el resultado AMF ($\beta=0,29$; $p<0,001$), mientras que la aglomeración del domicilio mostró un efecto directo negativo ($\beta=-0,07$; $p=0,027$). Los síntomas depresivos tuvieron un efecto directo negativo sobre el resultado

($\beta=0,11$; $p=0,003$). El apoyo social presentó una correlación positiva y directa con el apego ($\beta=0,08$; $p<0,001$), además de un efecto indirecto negativo mediado por la variable síntomas depresivos ($\beta=-0,29$; $p<0,001$). En cuanto a la funcionalidad familiar, también se observó un efecto directo positivo sobre el AMF ($\beta=0,19$; $p<0,001$), así como un efecto negativo en interrelación con los síntomas depresivos ($\beta=-0,20$; $p<0,001$).

Las magnitudes de los efectos directo, indirecto y total están descritas en la Tabla 2. En el análisis de mediación, solo el estrés percibido no obtuvo evidencia estadística de relación con el evento analizado.

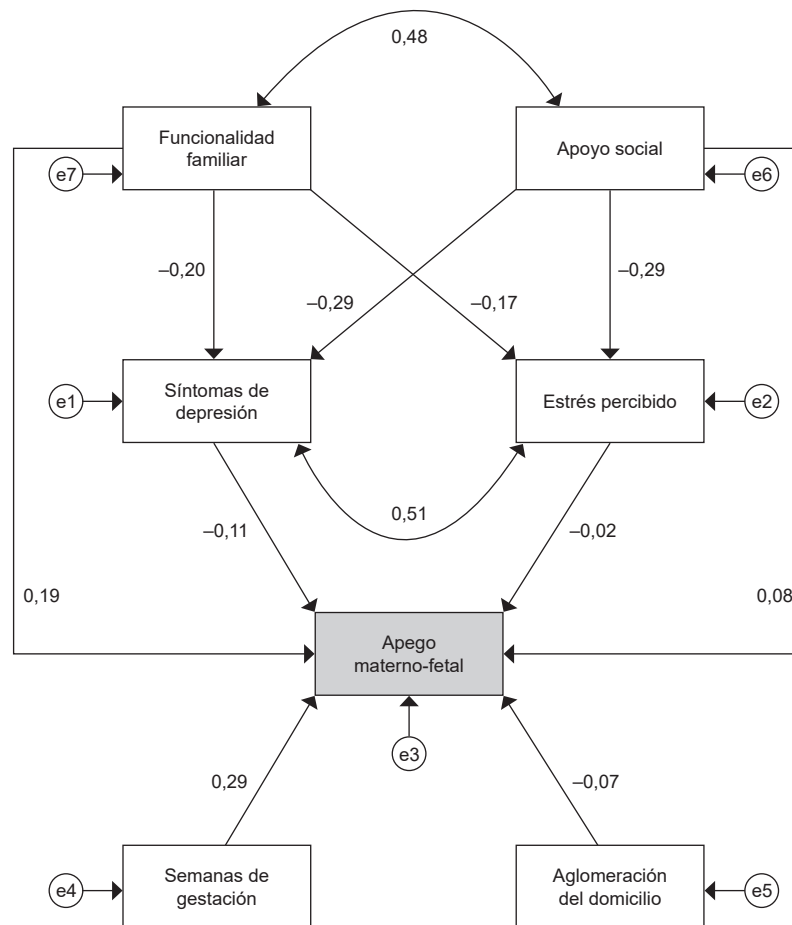


Figura 3 - Modelo estructural ajustado de los factores interrelacionados con el apego materno-fetal en gestantes atendidas en la Atención Primaria de Salud (n = 937). Montes Claros, MG, Brasil, 2018-2020

Tabla 2 - Magnitudes de los efectos directo, indirecto y total estimados de los factores interrelacionados con el apego materno-fetal en gestantes atendidas en la Atención Primaria de Salud (n = 937). Montes Claros, MG, Brasil, 2018-2020

Variable independiente	Efecto	Variable dependiente	Coefficiente estandarizado	Total	Valor de p*
	Directo/Indirecto		Directo/Indirecto		
Semanas gestacionales	Directo →	Apego materno-fetal	0,29	0,29	<0,001
Aglomeración domiciliar	Directo →	Apego materno-fetal	-0,07	-0,07	0,027
Síntomas depresivos	Directo →	Apego materno-fetal	-0,11	-0,11	0,003

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Variable independiente	Efecto	Variable dependiente	Coeficiente estandarizado		Total	Valor de p*
	Directo/Indirecto		Directo/Indirecto			
Estrés percibido	Directo →	Apego materno-fetal	-0,02		-0,02	0,539
Apoyo social	Directo →	Apego materno-fetal	0,08			
	Indirecto vía síntomas depresivos →		-0,29x(-0,11)=0,0319		0,12	<0,001
	Indirecto vía estrés percibido →		-0,29x(-0,02)=0,0058			
	Directo →	Síntomas depresivos	-0,29		-0,29	<0,001
Funcionalidad familiar	Directo →	Estrés percibido	-0,29		-0,29	<0,001
	Directo →	Apego materno-fetal	0,19			
	Indirecto vía síntomas depresivos →		-0,20x(-0,11)=0,022		0,22	<0,001
	Indirecto vía estrés percibido →		-0,17x(-0,02)=0,0034			
	Directo →	Síntomas depresivos	-0,20		-0,20	<0,001
	Directo →	Estrés percibido	-0,17		-0,17	<0,001

*Nivel de significancia estadística ($p < 0,05$)

Discusión

El presente estudio evidenció las interrelaciones entre AMF, edad gestacional, aglomeración domiciliaria, síntomas depresivos, apoyo social y funcionalidad familiar en gestantes brasileñas atendidas en la APS. Por intermedio de la MEE, fue posible comprender un sistema compuesto por múltiples factores y sus interrelaciones.

En el modelo estructural ajustado, se observó que las semanas de gestación tienen una relación directa con el evento investigado, mostrando ser un resultado positivo. Un resultado similar se identificó en investigaciones con gestantes italianas⁽⁸⁾ y brasileñas en la región sur del país⁽¹³⁻¹⁴⁾. Se trata de un hallazgo plausible, ya que los comportamientos de AMF aumentan con el avance de la edad gestacional a medida que la mujer siente los movimientos fetales, lo que hace que la experiencia sea más corporal para ella y acentúa la interacción madre-bebé. A partir del cuarto mes de gestación, con los movimientos del feto, la madre comienza a expresar de manera más intensa representaciones, expectativas, preocupaciones y afectos hacia el hijo por nacer^(8,13-14).

Por otro lado, la aglomeración del domicilio presentó una relación negativa con el AMF en las gestantes entrevistadas: hubo un comportamiento de disminución de los puntajes de apego a medida que aumentaba la aglomeración de personas en la residencia. Este factor puede considerarse un marcador del *estatus* socioeconómico de la madre y de su familia, lo cual compromete la calidad del vínculo afectivo madre-feto. Ambientes domésticos positivos, estables y estimulantes permiten que la relación madre-feto se establezca de forma más saludable. Cuando esta situación no está presente, puede influir negativamente en la calidad de la interacción materna, ya que constituye una fuente de estrés familiar⁽⁶⁾. Las bajas condiciones socioeconómicas y los contextos de vida desfavorables pueden perjudicar la adaptación materna y familiar al embarazo, ya que la gestación requiere una reestructuración en varias dimensiones⁽³⁾.

Otro aspecto negativo en esta encuesta epidemiológica fue la presencia de síntomas depresivos, que se correlacionaron negativamente con el AMF. Este hallazgo ha sido evidenciado en la literatura internacional, en países como Dinamarca^(4,34), China⁽⁵⁾, Irán⁽¹¹⁾, Turquía⁽⁹⁾

y Portugal⁽¹⁰⁾; así como en una revisión sistemática⁽⁷⁾. En Brasil, también se observó en una investigación de base domiciliaria en la región Sur⁽¹⁴⁾. El embarazo puede no constituir un factor de protección para la salud mental materna, por el contrario, puede situar a la mujer en una posición de vulnerabilidad al sufrimiento psíquico⁽¹⁾. Los múltiples cambios vividos en el período gravídico exigen adaptaciones y pueden favorecer el desarrollo de psicopatologías⁽³⁾, como la depresión, que es común en esta fase⁽⁷⁾. Esta condición puede interferir en el vínculo afectivo de la gestante con el feto en el prenatal^(3,14,34). Se teoriza que la depresión afecta la capacidad empática y la disponibilidad de afecto materno, por lo que la gestante puede considerar al feto como una fuente de irritación o culpa, resultando en un estado de distanciamiento^(14,34). Sin embargo, no es posible asegurar una relación causal directa entre la depresión y el AMF, dada la naturaleza subjetiva y singular de estas condiciones, lo que requiere cautela en la interpretación del resultado observado. Las investigaciones cualitativas y longitudinales pueden contribuir a profundizar en la comprensión de este hallazgo.

Las gestantes con sintomatología depresiva tienden a experimentar la maternidad como sombría y llena de sentimientos de culpa, tristeza, fatiga, baja autoestima y desesperanza. Puede suceder que la madre carezca de confianza en realizar las actividades cotidianas y en cuidar del futuro bebé, según lo deseado, además de sentir miedo, tensión, pensamientos intrusivos de amenaza a la vida o al bienestar del hijo. Se configura una situación generadora de sufrimiento y angustia para la mujer, que incluso puede ocultar su estado mental por temor a ser estigmatizada. Existe un impacto negativo en la salud materno-infantil, ya que los síntomas depresivos pueden continuar en el puerperio^(5,15,35). Los hijos de madres deprimidas pueden presentar dificultades en el desarrollo afectivo, social y cognitivo⁽¹⁾. Por lo tanto, en el ámbito de la atención de enfermería en la ESF, se recomienda la identificación precoz de mujeres en vulnerabilidad psicológica⁽¹⁵⁾, así como la atención a la salud mental de las gestantes en la atención prenatal, con el fin de prevenir el cuadro depresivo⁽⁶⁾. También es necesario el cuidado humanizado, como lo recomienda el Ministerio de Salud de Brasil en sus directrices oficiales^(17-18,36-37).

La asistencia profesional ampliada, resolutiva y humanizada es importante, especialmente al considerar que, en esta investigación, hubo evidencia estadística de una relación positiva y directa entre el apoyo social y el apego: un mayor nivel de apoyo social repercutió en una mayor intensidad de AMF. Se observó un efecto indirecto negativo mediado por la variable síntomas depresivos en la interrelación entre apoyo social y el resultado principal, es decir, cuanto mayor es el apoyo social de la gestante,

menor es la intensidad de los síntomas de depresión, los cuales impactaron negativamente en el vínculo afectivo madre-feto. La conexión entre apoyo social y AMF también fue registrada en estudios realizados con gestantes danesas⁽⁴⁾, iraníes⁽¹¹⁾ y turcas⁽⁹⁾. El elevado apoyo social puede contribuir al bienestar del binomio madre-feto, ya que las gestantes que tienen una red de apoyo y cuidados presumiblemente son más propensas al autocuidado y al vínculo afectivo con el feto⁽¹⁴⁾. Este constructo es importante para el mantenimiento de la salud mental, el afrontamiento de situaciones estresantes y la adecuación de los comportamientos maternos requeridos en la fase gravídico-puerperal. Un buen apoyo social puede ser un aspecto que protege contra la aparición de síntomas depresivos y promueve una maternidad saludable. El papel de este apoyo es fundamental para amortiguar los factores estresantes que ocurren en la vida cotidiana, especialmente en el caso del embarazo, cuando ocurren diversas modificaciones psicosociales y fisiológicas^(6,38).

En cuanto a la funcionalidad familiar, esta investigación mostró un resultado beneficioso similar al del apoyo social. Se observó un efecto directo positivo sobre el AMF, así como un efecto mediado por los síntomas depresivos. Se infirió que una adecuada funcionalidad familiar implica un mejor AMF y una menor intensidad de síntomas depresivos, lo que evidencia la repercusión favorable de una red familiar saludable sobre el evento en análisis. Durante el período gestacional, la mujer necesita el apoyo de la familia para poder adaptarse a las nuevas condiciones derivadas de la transición a la maternidad⁽¹¹⁾. Esta base, especialmente en momentos de vulnerabilidad en el ciclo vital, ha demostrado ser un factor de protección para la salud mental materna^(1,14). La relación familiar satisfactoria revela una mayor percepción de apoyo práctico y emocional, fomenta sentimientos de pertenencia y potencia el desempeño de la función materna⁽¹⁾. Esto contribuye directamente a un contexto de vida más propicio para el establecimiento del AMF. En el escenario comunitario, se recomienda a los enfermeros y a los equipos de la ESF responsables de la atención prenatal una orientación centrada en la promoción del bienestar psicosocial y las relaciones familiares saludables de las gestantes⁽¹⁵⁾, según lo estipulado en la Política Nacional de Atención Básica (PNAB)⁽³⁶⁾ y en las recomendaciones para el prenatal de bajo riesgo⁽³⁷⁾.

Ante los hallazgos identificados en este estudio, se informa que existe un conjunto de evidencias internacionales^(4-5,9,11,34) y brasileñas^(2-3,13-14,35,38) que pueden guiar la práctica del enfermero de salud de la familia. Estas evidencias orientan la detección de gestantes usuarias de los servicios de la APS en situación de vulnerabilidad, con síntomas de depresión, dificultad de adaptación al

embarazo, poco apoyo social y familiar, que requieren cuidados dirigidos a la promoción de la salud mental. Es necesario proporcionar un mayor apoyo psicosocial y emocional a las gestantes mediante un enfoque más holístico por parte de los equipos de la ESF, lo que puede influir positivamente en el AMF^(5,9,15,35,39). Además de los aspectos físicos, la dimensión subjetiva que permea el período gestacional, como el AMF, debe ser considerada por el enfermero y otros profesionales de la salud de la familia, ya que está asociada con mejores resultados materno-infantiles en el período posparto. Es necesario que estos profesionales evalúen el apego y lo estimulen precozmente. Los grupos de educación en salud con las gestantes en el prenatal ofrecido en las unidades de la ESF pueden ser beneficiosos, ya que permiten a las participantes compartir miedos, angustias y expectativas, brindando una sensación de apoyo^(2,39).

Teniendo en cuenta la promoción del cuidado humanizado, resolutivo e integral, así como la calidad de vida del binomio materno-fetal, se recomienda a los enfermeros de los equipos de la ESF que la atención prenatal se base en las directrices nacionales del Ministerio de Salud que orientan la línea de cuidado materno-infantil. Se pueden destacar la PNAISM⁽¹⁷⁾, la *Rede Cegonha*⁽¹⁸⁾, la PNAB⁽³⁶⁾ y las orientaciones presentes en el documento *Cadernos de Atenção Básica* sobre la práctica profesional en la atención prenatal de bajo riesgo⁽³⁷⁾. En la cotidianidad de la atención en salud, otra sugerencia es la aplicación de la EAMF en las consultas y en los grupos de prenatal, con el fin de identificar a las gestantes que tienen dificultades para establecer un vínculo afectivo con el feto. En el ámbito de la ESF y del SUS, es posible detectar precozmente a las gestantes y familias que necesitan una intervención profesional, con objetivo de promover la calidad del vínculo madre-feto⁽¹⁵⁾.

Este trabajo tiene ciertas limitaciones. La información fue autoinformada por las participantes, por lo que está sujeta al sesgo de aceptabilidad social y al sesgo de memoria. Aunque el exceso de variables en el modelo pueda afectar la calidad del ajuste, no se analizaron otras variables, principalmente relativas al perfil socioeconómico, religioso y al estilo de vida. Se sugiere realizar otras investigaciones con un diseño longitudinal prospectivo, para examinar la relación causal entre los factores verificados y el AMF, con la adición de las variables mencionadas. Otra recomendación es la inclusión de gestantes de áreas rurales en estudios futuros.

A pesar de estas limitaciones, vale la pena destacar aspectos positivos de la presente investigación. Se trató de una amplia encuesta epidemiológica de base poblacional, con una muestra significativa y una cobertura de toda la zona urbana cubierta por

los equipos de la ESF. Se aplicaron instrumentos validados en Brasil, lo que confiere mayor fiabilidad a los resultados. El análisis con MEE proporcionó mayor solidez y consistencia a la investigación. Los hallazgos obtenidos pueden contribuir a agregar evidencias epidemiológicas sobre el tema en el contexto de la APS, especialmente al reconocer la novedad nacional de esta encuesta, al involucrar a gestantes atendidas por equipos de salud de la familia.

Conclusión

El presente estudio evidenció una red de interrelaciones entre factores predictores del AMF en gestantes atendidas por equipos de la ESF. El modelo estructural ajustado reveló que una mayor edad gestacional, un mayor apoyo social y una mejor funcionalidad familiar tenían una relación positiva con el AMF. La mayor aglomeración del domicilio y los síntomas depresivos influyeron negativamente en este constructo. Se señaló un papel protector del adecuado apoyo social y familiar para la salud mental de las gestantes. Estos resultados son importantes para los enfermeros de la APS que realizan la atención prenatal, ya que indican la necesidad de una atención anclada en la integralidad y humanización, que propicie el bienestar biopsicosocial, la salud mental, la prevención de síntomas depresivos y un AMF saludable.

Agradecimientos

Agradecimientos a los estudiantes de Iniciación Científica por su colaboración en la fase de recolección de datos.

Referências

1. Abuchaim ES, Marcacine KO, Coca KP, Silva IA. Maternal anxiety and its interference in breastfeeding self-efficacy. *Acta Paul Enferm.* 2023;36:eAPE02301. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023A002301>
2. Rubin BB, Trettim JP, Scholl CC, Coelho FT, Puccinelli EF, Matos MB, et al. Maternal-Fetal attachment and social-emotional development in infants at 3 months of age: a population-based study in Southern Brazil. *Interpers Int J Pers Relats.* 2022;16(2):260-76. <https://doi.org/10.5964/ijpr.6693>
3. Souza GFA, Souza ASR, Praciano GDAF, França ESLD, Carvalho CF, Paiva SDSL Júnior, et al. Maternal-fetal attachment and psychiatric disorders in pregnant women with malformed fetuses. *J Bras Psiquiatr.*

- 2022;71(1):40-9. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000339>
4. Ertmann RK, Bang CW, Kriegbaum M, Væver MS, Kragstrup J, Siersma V, et al. What factors are most important for the development of the maternal-fetal relationship? A prospective study among pregnant women in Danish general practice. *BMC Psychol.* 2021;9(2):1-9. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00499-x>
5. Zhang L, Wang L, Yuan Q, Huang C, Cui S, Zhang K, et al. The mediating role of prenatal depression in adult attachment and maternal-fetal attachment in primigravida in the third trimester. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21:307. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03779-5>
6. Morais AODS, Simões VMF, Rodrigues LS, Batista RFL, Lamy ZC, Carvalho CA, et al. Maternal depressive symptoms and anxiety and interference in the mother/child relationship based on a prenatal cohort: an approach with structural equations modeling. *Cad Saude Publica.* 2017;33(6):e00032016. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00032016>
7. McNamara J, Townsend ML, Herbert JS. A systemic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. *PloS One.* 2019;14(7):e0220032. <https://doi.org/10.1371/pone.0220032>
8. Gioia MC, Cerasa A, Muggeo VMR, Tonin P, Cajiao J, Aloia A, et al. The relationship between maternal-fetus attachment and perceived parental bonds in pregnant women: considering a possible mediating role of psychological distress. *Front Psychol.* 2023;13:1095030. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1095030>
9. Ozcan H, Ustundag MF, Yilmaz M, Aydinoglu U, Ersoy AO, Eyi EGY. The relationships between prenatal attachment, basic personality traits, styles of coping with stress, depression, and anxiety, and marital adjustment among women in the third trimester of pregnancy. *Euras J Med.* 2019;51(3):232-6. <https://doi.org/10.5152/eurasianjmed.2019.15302>
10. Brandão T, Brites R, Pires M, Hipólito J, Nunes O. Anxiety, depression, dyadic adjustment, and attachment to the fetus in pregnancy: actor-partner interdependence mediation analysis. *J Fam Psychol.* 2019;33(3):294-303. <https://doi.org/10.1037/fam0000513>
11. Delavari M, Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S. The relationship of maternal-fetal attachment and depression with social support in pregnant women referring to health centers of Tabriz-Iran, 2016. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018;31(18):2450-6. <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1344961>
12. Hopkins J, Miller JL, Butler K, Gibson L, Hedrick L, Boyle DA. The relation between social support, anxiety and distress symptoms and maternal fetal attachment. *J Reprod Infant Psychol.* 2018;36(4):381-92. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1466385>
13. Rosa KM, Scholl CC, Ferreira LA, Trettim JP, Cunha GK, Rubin BB, et al. Maternal-fetal attachment and perceived parental bonds of pregnant women. *Early Hum Dev.* 2021;154:105310. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2021.105310>
14. Rubin BB, Matos MB, Trettim JP, Scholl CC, Cunha GK, Curcio E, et al. Which social, gestational and mental health aspects are associated to maternal-fetal attachment? *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2023;23:e20220361. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000361>
15. Lima CA, Brito MFSF, Pinho L, Leão GMMS, Ruas SJS, Silveira MF. Abbreviated version of the Maternal-Fetal Attachment Scale: evidence of validity and reliability. *Paidéia (Ribeirão Preto).* 2022;32:e3233. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3233>
16. Veiga AC, Medeiros LS, Backes DS, Sousa FGM, Hämel K, Krueel CS, et al. Interprofessional qualification of prenatal care in the context of primary health care. *Cienc Saude Colet.* 2023;28(4):993-1002. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.14402022EN>
17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes [Internet]. Brasília: MS; 2004 [cited 2024 Apr 15]. Available from: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [Internet]. Brasília: MS; 2011 [cited 2024 Apr 15]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
19. Elm EV, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol.* 2008;61(4):344-9. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>

20. Prefeitura Municipal de Montes Claros (BR), Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2022-2025 [Internet]. Montes Claros: Secretaria Municipal de Saúde; 2022 [cited 2023 June 06]. Available from: <https://admin.montesclaros.mg.gov.br/upload/saude/files/secoes/arquivos/2022/PLANO-MUNICIPAL-DE-SAUDE-2022-2025.pdf>
21. Schumacker RE, Lomax RG. A beginner's guide to structural equation modeling. 9. ed. New York: Routledge; 2022. <https://doi.org/10.4324/9781003044017>
22. Feijó MCC. Brazilian validation of the maternal-fetal attachment scale. Arq Bras Psicol [Internet]. 1999 [cited 2023 Oct 05];51(4):52-62. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-278550>
23. Cranley MS. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. Nurs Res. 1981;30(5):281-4. <https://doi.org/10.1097/00006199-198109000-00008>
24. Ruschel P, Zielinsky P, Grings C, Pimentel J, Azevedo L, Paniagua R, et al. Maternal-fetal attachment and prenatal diagnosis of heart disease. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014;174:70-5. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.11.029>
25. Silveira DX, Jorge MR. Psychometric properties of the epidemiologic screening scale for depression (CES-D) in clinical and non-clinical populations of adolescents and young adults. Rev Psiquiatr Clin [Internet]. 1998 [cited 2023 Oct 05];25(5):251-61. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-228052>
26. Fernandes RCL, Rozenthal M. Depressive symptoms in climacteric women evaluated by the Center for Epidemiological Studies Depression Scale. Rev Psiquiatr Rio Grande Sul. 2008;30(3):192-200. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000400008>
27. Luft CD, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Brazilian version of the Perceived Stress Scale: translation and validation for the elderly. Rev Saude Publica. 2007;41(4):606-15. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015>
28. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study. Cad Saude Publica. 2005;21(3):703-14. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>
29. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract [Internet]. 1978 [cited 2023 Oct 05];6(6):1231-9. Available from: <https://www.mdedge.com/familymedicine/article/181199/family-aggiar-proposal-family-function-test-and-its-use-physicians>
30. Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares [Dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem; 2001 [cited 2023 Oct 05]. <https://repositorio.usp.br/item/001242861>
31. Marôco J. Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, *software* e aplicações. 2. ed. Lisboa: Report Number; 2014.
32. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 3. ed. New York, NY: Guilford Press; 2011. 427 p.
33. Byrne BM. Structural equation modelling with AMOS: basic concepts, applications and programming. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2001.
34. Røhder K, Væver MS, Aarestrup AK, Jacobsen RK, Smith-Nielsen J, Schiøtz ML. Maternal-fetal bonding among pregnant women at psychosocial risk: the roles of adult attachment style, prenatal parental reflective functioning, and depressive symptoms. PloS One. 2020;15(9):e0239208. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239208>
35. Caldeira DMR, Lima CA, Monção RA, Santos VM, Pinho L, Silva RRV, et al. Depressive symptoms and associated factors in pregnant women attended in primary healthcare. Texto Contexto Enferm. 2024;33:e20230137. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0137en>
36. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União. 22 Sept 2017 [cited 2024 Apr 15];seção 1:68. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
37. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: MS; 2012 [cited 2024 Apr 15]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-36502>
38. Lopes BCS, Lima CA, Ferreira TSB, Freitas WML, Ferreira TB, Pinho L, et al. Perceived stress and associated factors in pregnant women: a cross-sectional study nested within a population-based cohort. Rev Bras Saude Mater Infant. 2023;23:e20220169. <https://doi.org/10.1590/1806-930420230000169>

39. Backes DS, Gomes EB, Rangel RF, Rolim KMC, Arrusul LS, Abaid JLW. Meaning of the spiritual aspects of health care in pregnancy and childbirth. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30:e3774. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5980.3774>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Cássio de Almeida Lima, Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito, Lucineia de Pinho, Sélen Jaqueline Souza Ruas, Romerson Brito Messias, Marise Fagundes Silveira.

Obtención de datos: Cássio de Almeida Lima, Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito, Lucineia de Pinho, Sélen Jaqueline Souza Ruas, Romerson Brito Messias, Marise Fagundes Silveira. **Análisis e interpretación de los datos:** Cássio de Almeida Lima, Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito, Lucineia de Pinho, Romerson Brito Messias, Marise Fagundes Silveira. **Análisis estadístico:** Cássio de Almeida Lima, Sélen Jaqueline Souza Ruas, Marise Fagundes Silveira. **Redacción del manuscrito:** Cássio de Almeida Lima, Sélen Jaqueline Souza Ruas. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Cássio de Almeida Lima, Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito, Lucineia de Pinho, Romerson Brito Messias, Marise Fagundes Silveira.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 05.10.2023
Aceptado: 20.07.2024

Editor Asociado:
Ricardo Alexandre Arcêncio

Copyright © 2024 Revista Latino-Americana de Enfermagem


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

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Cássio de Almeida Lima

E-mail: cassioenf2014@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4261-8226>