

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**NATHÁLIA GIANINI NERY**

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DA AUTOESTIMA EM MULHERES NO PERÍODO  
GESTACIONAL**

ALFENAS-MG

2020

**NATHÁLIA GIANINI NERY**

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DA AUTOESTIMA EM MULHERES NO PERÍODO  
GESTACIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – Nível Mestrado -, como parte do requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: O processo do cuidar em Enfermagem.

Orientador: Fábio de Souza Terra

ALFENAS-MG

2020

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas

Nery, Nathália Gianini.

N443a Avaliação da ansiedade e da autoestima em mulheres no período gestacional. / Nathália Gianini Nery -- Alfenas/MG, 2020.  
165f.: il. –

Orientador: Fábio de Souza Terra.  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alfenas, 2020.  
Bibliografia.

1. Gravidez. 2. Saúde da Mulher. 3. Ansiedade. 4. Autoimagem.  
5. Enfermagem. I. Terra, Fábio de Souza. II. Título.

CDD-610.73

NATHÁLIA GIANINI NERY

**AValiação DA ANSIEDADE E DA AUTOESTIMA EM MULHERES NO PERÍODO  
GESTACIONAL**

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova a  
Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a  
obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela  
Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração:  
Enfermagem.

Aprovada em: 19 de novembro de 2020

Prof. Dr. Fábio de Souza Terra

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Eliana Peres Rocha Carvalho Leite

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Patrícia Mônica Ribeiro

Instituição: Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Fábio de Souza Terra, Professor do Magistério Superior**, em 19/11/2020, às 16:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eliana Peres Rocha Carvalho Leite, Professor do Magistério Superior**, em 19/11/2020, às 16:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Patrícia Monica Ribeiro, Professor do Magistério Superior**, em 19/11/2020, às 19:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0405369** e o código CRC **D2BAA6A8**.

---

*Dedico este trabalho a **Deus**, por toda força e determinação;*

*Aos meus pais, **Mauro e Maricélia**, meus pilares, exemplos de vida, de caráter, de companheirismo, de dedicação, de sabedoria e de amor;*

*À minha irmã **Manuela**, a qual me proporciona alegria, leveza e paz;*

*Ao meu marido **Davi**, por ser meu suporte e abrigo, repleto de paz e de amor.*

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, neste momento tão importante da minha vida, a todos que de alguma forma contribuíram para a finalização deste projeto. Este mérito também é de vocês! Agradecimentos especiais àqueles que participaram em alguma etapa desta caminhada...

Primeiramente, a **Deus** e a **Nossa Senhora do Rosário**, por tamanha fé, leveza e força durante esses dois anos, me ajudando a enfrentar todos os obstáculos encontrados nesta caminhada.

Ao meu orientador, **Dr. Fábio de Souza Terra**, por toda transmissão de conhecimento desde o princípio. Agradeço imensamente pela paciência, pelos ensinamentos, pelos puxões de orelha e pelas orientações. Sem você, não chegaria até aqui. Minha eterna gratidão.

Aos meus pais, **Mauro César Nery** e **Maricélia Gianini Nery**, por acreditarem nos meus sonhos, com todo o amor, carinho, paciência e ensinamentos de sempre. Gratidão eterna por todo o incentivo e por não me deixarem desistir. Se não fosse por vocês, eu nada seria. Eu amo vocês!

À minha irmã, **Manuela Gianini Nery**, pela parceria e por estar sempre presente em todos os momentos da minha vida. Amo você.

Ao meu marido, **Davi Borges Ferraz**, por todo o incentivo, companheirismo e paciência. Só cheguei até aqui porque você estava ao meu lado. Minha eterna gratidão por você não medir esforços em me ver feliz e em me apoiar. Amo você pra sempre.

À minha amiga, **Allane Maria dos Santos Oliveira** (*in memoriam*), que não pôde estar presente em mais uma vitória na minha vida, mas sempre me apoiou, acreditou e torceu por mim. Sei que você está comigo. Saudades eternas.

Aos meus companheiros, **Bob, Theodoro e Liza**, meus verdadeiros refúgios nos momentos de desespero e de cansaço. Capazes de aliviar qualquer tensão.

Aos **meus familiares**, avós, tios (as), primos (as), cunhado (a), e sogro (a) pela paciência, pelo apoio e pela motivação para terminar este mestrado. Vocês foram essenciais.

À **Escola de Enfermagem da UNIFAL-MG e aos professores de Graduação e de Pós-graduação**, por estarem presentes na minha vida durante a formação profissional desde o ano de 2012. Obrigada por todos os ensinamentos.

Ao professor **Dr. Denismar Alves Nogueira**, pela tamanha contribuição com a estatística desta pesquisa. Sou imensamente grata.

Às professoras **Dra. Patrícia Scotini Freitas, Dra. Eliana Peres Rocha Carvalho Leite, Dra. Andréia Cristina Barbosa Costa, Dra. Vânia Regina Bressan e Dra. Adriana Olímpio Barbosa Felipe**, por participarem do processo de refinamento do instrumento, com orientações e sugestões essenciais para a realização da pesquisa.

À **Secretaria Municipal de Saúde**, por permitir que este trabalho fosse realizado.

A todos (as) **Enfermeiros (as) das Estratégias de Saúde da Família**, por me receberem com tanto carinho e por colaborarem para a realização desta pesquisa.

À Enfermeira **Eliza Chagas**, por toda a ajuda durante a coleta de dados.

Às **mulheres** voluntárias da pesquisa. Vocês foram essenciais para o desenvolvimento deste estudo.

À banca examinadora, **Dra. Patrícia Mônica Ribeiro e Dra. Eliana Peres Rocha Carvalho Leite**, por estarem mais uma vez comigo, e por tamanha contribuição no exame de qualificação e na defesa. Vou levar para a vida todos os ensinamentos e orientações.

Aos **colegas do Mestrado**, em especial, **Priscila e Munyra**, por toda união, companheirismo e almoços. Quero vocês sempre comigo.

Por fim, porém não menos importante, a todos os **meus amigos** que contribuíram de alguma forma. Gratidão!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## RESUMO

A gestação é um momento de intensas mudanças para a mulher, englobando alterações físicas, psicológicas e hormonais no seu corpo, sendo a gestação um período passível de riscos, podendo promover o desequilíbrio emocional e influenciar diretamente na ansiedade e na autoestima. O estudo teve como objetivo avaliar a ansiedade e a autoestima em mulheres no período gestacional que realizam pré-natal nas Estratégias Saúde da Família urbanas de um município do Sul de Minas Gerais. Trata-se de um estudo descritivo-analítico, transversal e quantitativo realizado com 201 gestantes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e a coleta de dados ocorreu no final de 2019 e no início de 2020, por meio de entrevista e de aplicação de um questionário sociodemográfico, dados sobre a gestação e eventos marcantes na vida, da Escala de Ansiedade e Depressão (subescala de ansiedade) e da Escala de Autoestima de Rosenberg. Para a análise de dados, utilizaram-se a estatística descritiva, o Coeficiente Alfa de Cronbach, os testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, com nível de significância de 5%. Estimou-se o *odds ratio* e a regressão logística. Como resultados, encontrou-se que houve maior frequência de gestantes na faixa etária de até 25 anos, casadas/com companheiro(a), católicas, com renda familiar mensal entre 1001,00 e 2000,00 reais, e que não consumiam bebida alcoólica, tabaco e drogas ilícitas. As gestantes relataram gravidez não planejada, risco habitual como tipo de pré-natal, o segundo trimestre como idade gestacional, não terem preocupação nem problema com a gravidez, uma boa relação com o pai do recém-nascido e que terão ajuda para cuidar do bebê. Encontrou-se que a maioria das gestantes não possuía ansiedade e apresentava autoestima média. As variáveis mudança de humor e influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher tiveram associação estatística com a ansiedade. As gestantes que relataram ter mudança de humor possuíam mais chances de apresentar ansiedade. Já aquelas gestantes que não afirmaram que a mudança física teve influência em suas vidas, apresentaram mais chances de ter ansiedade. Nenhuma variável apresentou associação estatística com a autoestima. As variáveis ansiedade e autoestima apresentaram associação estatística, em que as mulheres no período gestacional com ansiedade tiveram mais chances de apresentar autoestima média/baixa. É necessário que o profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, perceba, durante o decorrer da gestação, possíveis sinais de surgimento de ansiedade e de alterações na autoestima, a fim de acompanhar e de prevenir futuras complicações decorrentes de tais alterações, resultando em uma gestação saudável para a mulher e no favorecimento do vínculo entre o binômio mãe/filho. Esta pesquisa poderá trazer avanços no conhecimento da área, com elaboração de protocolos, de educações continuadas e de estratégias que visem à integralidade da assistência à mulher, resultando em melhoria da autoestima e da não ocorrência da ansiedade em todo o ciclo gravídico-puerperal.

**Palavras-chave:** Gravidez; Saúde da mulher; Ansiedade; Autoimagem; Enfermagem.

## ABSTRACT

Pregnancy is a time of intense changes for women, including physical, psychological, and hormonal changes in their bodies. Pregnancy is a period of risk, which may lead to emotional imbalance and directly influence anxiety and self-esteem. The study aimed to evaluate anxiety and self-esteem in women during the gestation period who undergo prenatal care in the urban Family Health Strategies Center of a city in the South of Minas Gerais. It is a descriptive-analytical, cross-sectional, and quantitative study carried out with 201 pregnant women. The study was approved by the Research Ethics Committee and data collection took place in late 2019 and early 2020 through interviews and the application of a socio-demographic questionnaire, data on pregnancy and significant events in life, the Hospital Anxiety and Depression Scale (anxiety sub-scale), and *Rosenberg's Self-esteem Scale*. Descriptive statistics, *Cronbach's Alpha Coefficient*, *Pearson's Chi-squared*, and *Fisher's Exact* tests, with a 5% significance level, were used for the data analysis. The odds ratio and the logistic regression were estimated. The results found that there was a higher frequency of pregnant women in the age group of up to 25 years old, who were married/cohabiting, Catholic, with a monthly family income ranging from 1001.00 to 2000.00 BRL, and who did not consume alcoholic beverages, tobacco or illicit drugs. Pregnant women reported unplanned pregnancy, usual risk as a type of prenatal care, the second trimester as the gestational age, no worries or problems with pregnancy, a good relationship with the newborn's father, and that they will receive support to take care of the baby. It was found that most pregnant women had not experienced anxiety and had average levels of self-esteem. The variables "change of mood" and "influence of physical change" during pregnancy in women's lives had a statistical association with anxiety. Pregnant women who reported experiencing mood swings were more likely to experience anxiety. Pregnant women who did not say that the physical changes influenced their lives were more likely to experience anxiety. No variable presented a statistical association with self-esteem. The variables anxiety and self-esteem presented statistical association, in which women in the gestation period with anxiety were more likely to have medium/low levels of self-esteem. It is required that healthcare practitioners, especially the nurses, notice possible signs of anxiety and changes in self-esteem during pregnancy in order to monitor and prevent future complications resulting from such changes, resulting in a healthy pregnancy for women and favoring the bond between mother and child. This research may bring advances in knowledge to this field, with the elaboration of protocols, continued education, and strategies that aim to provide completeness of assistance to women, resulting in improved self-esteem and the non-occurrence of anxiety throughout the entire gravidic-puerperal cycle.

**Keywords:** Pregnancy; Women's health; Anxiety; Self-image; Nursing.

## LISTA DE QUADROS

|           |  |    |
|-----------|--|----|
| Quadro 1- | Teorias da autoestima.....   | 29 |
| Quadro 2- | Variáveis do questionário contendo dados socioeconômicos, hábitos de vida e de doença crônica, dados sobre a gestação e eventos marcantes na vida..... | 36 |
| Quadro 3- | Variáveis independentes utilizadas para as associações e os respectivos reagrupamentos/dicotomizações.....   | 41 |

## LISTA DE TABELAS

|            |  |    |
|------------|--|----|
| Tabela 1-  | Distribuição das mulheres no período gestacional de acordo com as variáveis, “faixa etária”, “estado civil”, “crença religiosa” e “número de filhos”. Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201).....   | 44 |
| Tabela 2-  | Distribuição das mulheres no período gestacional segundo as variáveis “renda familiar mensal”, “tipo de moradia” e “escolaridade”. Alfenas- MG, 2019/2020.(n=201).....   | 45 |
| Tabela 3-  | Distribuição das mulheres no período gestacional de acordo com as variáveis “consumo de bebida alcoólica”, “frequência do consumo de bebida alcoólica”, “uso de drogas ilícitas” e “prática de atividade física”. Alfenas, MG, 2019/2020.(n=201).....  | 46 |
| Tabela 4-  | Distribuição das mulheres no período gestacional de acordo com as variáveis “tabagismo”, “quantidade de cigarros/dia”, “tempo de tabagismo”, “ex-tabagismo”, “tempo de ex-tabagismo” e “tempo de cessão de tabagismo”. Alfenas, MG, 2019/2020.(n=201).....   | 48 |
| Tabela 5-  | Distribuição das mulheres no período gestacional de acordo com as variáveis “possui doença crônica”, “quantidade de doenças crônicas” e “tipo de doença crônica”. Alfenas, MG, 2019/2020.(n=201).....  | 49 |
| Tabela 6-  | Distribuição das mulheres no período gestacional de acordo com as variáveis “uso de medicamentos contínuo e/ou de uso diário”, “quantidade de medicamentos” e “grupo farmacológico”. Alfenas, MG, 2019/2020.(n=201).....   | 50 |
| Tabela 7-  | Distribuição das mulheres no período gestacional de acordo com as variáveis “gravidez planejada”, “tipo de pré-natal”, “primeiro parto”, “último parto” e “idade gestacional”. Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201).....  | 51 |
| Tabela 8-  | Distribuição das gestantes segundo as variáveis referentes a dados sobre gestação: “preocupação na gravidez”, “tipo de preocupação na gravidez”, “problema na gravidez”, “tipo de problema na gravidez” e “relação com o pai do recém-nascido”. Alfenas, MG, 2019/2020.(n=201).....                    | 52 |
| Tabela 9-  | Distribuição das gestantes segundo as variáveis referentes a dados sobre gestação: “ajuda para cuidar do recém-nascido”, “pessoa para ajudar a cuidar do recém-nascido”, “mudança de humor” e “influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher”. Alfenas, MG, 2019/2020.(n=201)..... | 53 |
| Tabela 10- | Distribuição das mulheres no período gestacional de acordo com as variáveis “eventos marcantes na vida”, “quantidade de eventos marcantes na vida” e “tipo de eventos marcantes na vida”. Alfenas, MG, 2019/2020.(n=201).....  | 54 |
| Tabela 11- | Distribuição das mulheres no período gestacional de acordo com as respostas das perguntas da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (subescala de Ansiedade). Alfenas,   |    |

|            |  |    |
|------------|--|----|
|            | MG, 2019/2020.(n=201).....   | 57 |
| Tabela 12- | Distribuição das mulheres no período gestacional conforme a classificação da ansiedade de acordo o ponto de corte. Alfenas, MG, 2019/2020.(n=201).....   | 58 |
| Tabela 13- | Distribuição das mulheres no período gestacional de acordo com as respostas das afirmativas da Escala de Autoestima. Alfenas, MG, 2019/2020.(n=201).....   | 60 |
| Tabela 14- | Distribuição das mulheres no período gestacional conforme a classificação da autoestima de acordo os pontos de corte. Alfenas, MG, 2019/2020.(n=201).....  | 61 |
| Tabela 15- | Análise univariada dos fatores associados à ansiedade conforme as variáveis “faixa etária”, “estado civil”, “crença religiosa”, “número de filhos” e “renda familiar mensal”. Alfenas, MG, 2019/2020.(n=201).....  | 63 |
| Tabela 16- | Análise univariada dos fatores associados à ansiedade conforme as variáveis “tipo de moradia”, “escolaridade”, “consumo de bebida alcoólica”, “tabagismo” e “uso de drogas ilícitas”. Alfenas, MG, 2019/2020.(n=201).....  | 64 |
| Tabela 17- | Análise univariada dos fatores associados à ansiedade conforme as variáveis “prática de atividade física”, “doença crônica”, “uso de medicamento contínuo e/ou de uso diário”, “gravidez planejada” e “tipo de pré-natal”. Alfenas, MG, 2019/2020.(n=201).....               | 65 |
| Tabela 18- | Análise univariada dos fatores associados à ansiedade conforme as variáveis “primeiro parto”, “idade gestacional”, “preocupação na gravidez”, “problema na gravidez” e “ajuda para cuidar do recém-nascido”. Alfenas, MG, 2019/2020.(n=201).....                             | 66 |
| Tabela 19- | Análise univariada dos fatores associados à ansiedade conforme as variáveis “relação com o pai do recém-nascido”, “mudança de humor”, “influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher” e “eventos marcantes na vida”. Alfenas, MG, 2019/2020.(n=201)..... | 67 |
| Tabela 20- | Avaliação dos parâmetros do modelo de regressão logística das variáveis independentes com a ansiedade. Alfenas, MG, 2019/2020.(n=201).....   | 68 |
| Tabela 21- | Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “faixa etária”, “estado civil”, “crença religiosa”, “número de filhos” e “renda familiar mensal”. Alfenas, MG, 2019/2020.(n=201).....   | 69 |
| Tabela 22- | Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “tipo de moradia”, “escolaridade”, “consumo de bebida alcoólica”, “tabagismo” e “uso de drogas ilícitas”. Alfenas, MG, 2019/2020.(n=201).....   | 70 |
| Tabela 23- | Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “prática de atividade física”, “doença crônica”, “uso de medicamento contínuo e/ou de uso diário”, “gravidez planejada” e “tipo de pré-natal”. Alfenas, MG, 2019/2020.(n=201).....              | 71 |
| Tabela 24- | Análise univariada dos fatores associados à autoestima   |    |

|            |   |    |
|------------|---|----|
|            | conforme as variáveis “primeiro parto”, “idade gestacional”, “preocupação na gravidez”, “problema na gravidez” e “ajuda para cuidar do recém-nascido”. Alfenas, MG, 2019/2020.(n=201).....  | 72 |
| Tabela 25- | Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “relação com o pai do recém-nascido”, “mudança de humor”, “influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher” e “eventos marcantes na vida”. Alfenas, MG, 2019/2020.(n=201)..... | 73 |
| Tabela 26- | Análise univariada da associação da variável ansiedade com a variável autoestima das mulheres no período gestacional. Alfenas, MG, 2019/2020.(n=201).....   | 74 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|         |   |
|---------|---|
| APA-    | American Psychiatric Association                        |
| CEP-    | Comitê de Ética em Pesquisa                             |
| CID-    | Classificação Internacional de Doenças                  |
| DM-     | Diabetes Mellitus                                       |
| DSM-5 - | Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais |
| ESF-    | Estratégia de Saúde da Família                          |
| HAS-    | Hipertensão Arterial Sistêmica                          |
| HDAS-   | Hospital Anxiety and Depression Scale                   |
| IBGE-   | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística         |
| IC-     | Intervalo de Confiança                                  |
| INCA-   | Instituto Nacional do Câncer                            |
| OR-     | Odds ratio  |
| OMS-    | Organização Mundial de Saúde                            |
| SPSS-   | Statistical Package for the Social Science              |
| SUS-    | Sistema Único de Saúde                                  |
| TCLE-   | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido              |
| UNIFAL- | Universidade Federal de Alfenas                         |
| WHO-    | World Health Organization                               |

## SUMÁRIO

|              |   |           |
|--------------|---|-----------|
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>16</b> |
| <b>2</b>     | <b>JUSTIFICATIVA.....</b>   | <b>20</b> |
| <b>3</b>     | <b>OBJETIVOS.....</b>   | <b>21</b> |
| 3.1          | OBJETIVO GERAL.....   | 21        |
| 3.2          | OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....  | 21        |
| <b>4</b>     | <b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>   | <b>23</b> |
| 4.1          | GESTAÇÃO.....   | 23        |
| 4.2          | ANSIEDADE .....   | 25        |
| 4.3          | AUTOESTIMA .....  | 28        |
| <b>5</b>     | <b>MÉTODO .....</b>   | <b>32</b> |
| 5.1          | TIPO DE ESTUDO .....  | 32        |
| 5.2          | LOCAL DO ESTUDO.....  | 32        |
| 5.3          | POPULAÇÃO DE ESTUDO.....  | 33        |
| 5.4          | ASPECTOS ÉTICOS .....   | 33        |
| 5.5          | INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....   | 35        |
| <b>5.5.1</b> | <b>Questionário.....</b>  | <b>35</b> |
| <b>5.5.2</b> | <b>Escala hospitalar de ansiedade e depressão.....</b>  | <b>36</b> |
| <b>5.5.3</b> | <b>Escala de autoestima de Rosenberg.....</b>   | <b>38</b> |
| 5.6          | PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....  | 39        |
| 5.7          | ANÁLISE DOS DADOS.....  | 40        |
| <b>6</b>     | <b>RESULTADOS.....</b>  | <b>43</b> |
| 6.1          | ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS.....   | 43        |
| 6.2          | AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DAS MULHERES NO PERÍODO<br>GESTACIONAL.....                                | 56        |
| 6.3          | AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA DAS MULHERES NO PERÍODO<br>GESTACIONAL.....                               | 59        |
| 6.4          | ANÁLISE UNIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS À<br>ANSIEDADE EM MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL.....  | 62        |
| 6.5          | ANÁLISE UNIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS À<br>AUTOESTIMA EM MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL..... | 68        |
| 6.6          | ANÁLISE UNIVARIADA DA ANSIEDADE COM A AUTOESTIMA DAS  |           |

|          |   |     |
|----------|---|-----|
|          | MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL.....  | 74  |
| <b>7</b> | <b>DISCUSSÃO</b> .....  | 75  |
| 7.1      | ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS.....   | 75  |
| 7.2      | AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE EM MULHERES NO PERÍODO<br>GESTACIONAL.....                                 | 85  |
| 7.3      | AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA EM MULHERES NO PERÍODO<br>GESTACIONAL.....                                | 89  |
| 7.4      | ANÁLISE UNIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS À<br>ANSIEDADE EM MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL ..... | 94  |
| 7.5      | ANÁLISE UNIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS À<br>AUTOESTIMA EM MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL..... | 103 |
| 7.6      | ANÁLISE UNIVARIADA DA ANSIEDADE COM A AUTOESTIMA EM<br>MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL .....      | 111 |
| <b>8</b> | <b>CONCLUSÃO</b> .....  | 114 |
| <b>9</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | 116 |
|          | <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | 119 |
|          | <b>ANEXOS</b> .....   | 147 |
|          | <b>APÊNDICES</b> .....  | 155 |

## 1 INTRODUÇÃO

O desejo em cursar a Graduação em Enfermagem surgiu após o término do Ensino Médio, no início de 2011. Ao final desse mesmo ano, foi realizada a prova do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) e, no primeiro semestre do ano de 2012, ingressei no curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG).

No início da graduação, é difícil saber qual direção seguir, uma vez que são tantas as áreas de atuação da Enfermagem, porém, após vivenciar o Estágio Curricular na Maternidade, a paixão pela área da Saúde da Mulher surgiu e o incentivo para seguir esta linha na vida profissional aumentou. Destaco que foram desenvolvidas atividades de monitoria durante esta graduação, na disciplina de Saúde Neonatal e Pediátrica, e também participação como membro em vários Projetos de Extensão, o que intensificou o desejo de seguir nessa área.

Após o término da graduação, a dedicação foi direcionada a estudar para a aprovação na Residência em Enfermagem Obstétrica da UNIFAL-MG. Após aprovação, iniciei essa Pós-Graduação Lato *Sensu* em 2017.

Durante o decorrer da Residência, a vontade de aprofundar conhecimentos na área e seguir a carreira docente foi crescendo. Além disso, a necessidade de aperfeiçoar na área da pesquisa e do ensino para uma maior bagagem de conhecimentos, em busca de adquirir mais confiança e autonomia na área da docência. Ao terminar a especialização, a oportunidade de realizar o Programa de Mestrado em Enfermagem, também desta Universidade, estava presente.

Atualmente, além de pós-graduanda no mestrado, exerço o cargo de Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família no município de Alfenas-MG, em que, além de todas as atividades desenvolvidas pelo profissional enfermeiro, são desenvolvidas várias atividades direcionadas à população materno-infantil.

Cabe destacar que o trabalho de conclusão de curso de residência foi sobre a avaliação da autoestima em mulheres no período puerperal imediato, cujos resultados encontrados na pesquisa foram significativos. Foi possível perceber também a importância de aprofundamento em novas investigações na área da saúde da mulher, conciliando alterações emocionais e o período gestacional, e considerando que este pode ser um momento de maior vulnerabilidade para a mulher.

Nesse contexto, ressalta-se que a gestação é um momento de intensas mudanças para a mulher, englobando alterações físicas e hormonais no corpo, para que seja possível proporcionar condições ao adequado crescimento e desenvolvimento fetal em equilíbrio com o organismo materno. Inclui o meio socioeconômico e cultural, que traz uma bagagem espiritual e emocional, em que há variações de sentimentos como dúvidas, insegurança, fragilidade, ansiedade, medo da modificação da imagem corporal e de a criança não ser saudável. Porém, surge também o sentimento de alegria, de felicidade, de ânimo e de fé (WATSON et al., 2015; SPINDOLA et al., 2017).

Durante a gestação, podem ser evidenciadas as alterações emocionais que se destacam a partir do estágio de transição vivenciado, das modificações decorrentes dessa fase, do vínculo a ser estabelecido com a criança e do processo de amamentação (COSTA; BRITO, 2016). Sabe-se também que as alterações emocionais estão presentes na gestação e podem resultar de um fenômeno intercultural de prevalência elevada e a autoestima da gestante pode ter influência na sua presença. No período maternal, a mulher também está exposta a riscos emocionais, como a alteração na autoestima e a presença de ansiedade, além de riscos patológicos, como a depressão pós-parto (COELHO, 2015).

Com relação à ansiedade, esta pode caracterizar-se enquanto situação clínica, quando altera a ocupação do indivíduo, bloqueando o andamento de suas atividades diárias. Pode gerar um grau de sofrimento considerado significativo e também quando as respostas de evitação ocuparem um tempo considerável do dia (ZAMIGNANI; BANACO, 2005). É um sentimento normal, comum da experiência humana, com um mecanismo de defesa de caráter adaptativo, que possui o papel de mediar a interação do indivíduo com o meio ambiente. O que diferencia o estado normal do patológico é a intensidade da ansiedade na pessoa (RAMOS, 2009).

Considerada um diagnóstico de enfermagem, a ansiedade é vista como um sentimento de apreensão, de desconforto ou temor, com uma resposta autonômica, causada pela antecipação do perigo, sendo um sinal de alerta que permite ao indivíduo o enfrentamento da situação (NANDA, 2015). Conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID- 10), os transtornos de ansiedade caracterizam-se pela presença de manifestações ansiosas que não são desenvolvidas unicamente pela exposição a uma determinada situação (OMS, 1997).

No Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (*American Psychiatric Association - DSM-V*), está descrito que os transtornos ansiosos compartilham características de medo e de ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionadas a eles. Ainda de acordo com DSM-V, os critérios para diagnosticar o transtorno de ansiedade devem ser feitos quando se perceber a ocorrência frequente e intensa dos diversos sintomas físicos (taquicardia, palpitações, boca seca, hiperventilação e sudorese); comportamentais (agitação, insônia, reação exagerada a estímulos e medos) ou cognitivas (nervosismo, apreensão, preocupação, irritabilidade e distratibilidade) (APA, 2014).

É importante ressaltar que o nível de ansiedade e o que esta causa pode ser diferenciado pelo exame atento do profissional aos tipos de situações em que o indivíduo julga e evita, além do conteúdo dos pensamentos ou valores associadas a essas situações (SOUZA; OLIVEIRA, 2017).

Dentro do contexto da autoestima, a ansiedade pode ser entendida como um conjunto de sentimentos e de pensamentos do indivíduo sobre o próprio valor, competência e adequação, que se reflete em uma atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo (ROSENBERG, 1965). De acordo com Hutz e Zanon (2011), a autoestima se reflete na forma como as pessoas aceitam a si mesmas, valorizam o outro e projetam suas expectativas. Evidencia-se também nas respostas dadas pelos indivíduos às diferentes situações ou eventos ocorridos na vida.

Para o indivíduo ter uma autoestima alta, é necessário sentir-se confiantemente adequado à vida, apresentando pensamentos positivos, acreditando na própria competência e no próprio valor, sendo apto a lidar com os obstáculos e adaptar-se com as mudanças necessárias. A autoestima média é uma divergência entre sentir-se adequado e inadequado, certo ou errado como pessoa. Já a autoestima baixa, é sentir-se totalmente errado como pessoa (BRANDEN, 2000).

A autoestima pode estar diretamente relacionada à saúde mental e ao bem-estar psicológico, sendo que a imagem corporal que a pessoa cria de si mesma exerce um papel importante em sua identidade pessoal, refletindo nas relações pessoais e interpessoais (CARMELLO; VINHOLES; FELDEN, 2013). Ressalta-se também que a autoestima pode apresentar variações durante o decorrer da vida dos indivíduos, com influência do grau de conhecimento, da compreensão dos fenômenos, das experiências e vivências prazerosas e/ou desagradáveis. Contudo,

essa avaliação não deve ser menosprezada, principalmente durante o ciclo gravídico-puerperal (COELHO, 2015; SCHULTHEISZ; APRILE, 2013).

Com isso, o ciclo gravídico traz consigo uma mudança súbita da imagem corporal, como por exemplo, o aumento de peso, o aparecimento de estrias, de celulites e de varizes; a pigmentação da pele também pode alterar e, assim, originar confusão e alteração negativa na forma como a mulher se percebe. Sendo assim, as mudanças que acompanham a gestação podem afetar diretamente a ansiedade e a autoestima da mulher (SILVA et al., 2010).

Ao correlacionar a ansiedade e a autoestima, cabe enfatizar que a ansiedade possui estreita relação com a autoestima e, mediante a ocorrência de um evento estressor, essa relação pode agravar as enfermidades físicas e mentais (MARIUTTI, 2010).

Dentro desse contexto, vale mencionar que o pré-natal pode ser realizado pelo médico ou pelo enfermeiro (SPINDOLA et al., 2017). Com isso, os profissionais enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica podem desempenhar um papel importante na identificação, no suporte e na referência das mulheres grávidas que vivenciam problemas sociais e de saúde mental durante o período perinatal (GUERRA et al., 2014).

## 2 JUSTIFICATIVA

A mulher pode sofrer alterações emocionais durante o período gestacional, resultando em variações na autoestima e na ansiedade, devido às constantes adaptações a que está sujeita e à vulnerabilidade em que esta se encontra. O conhecimento desses objetos durante a gestação é fundamental para avaliar o risco de virem a se desenvolver na mulher alterações psicológicas (COELHO, 2015). Por isso, o desenvolvimento de estudos nessa área é de grande relevância, uma vez que pode ser incipiente, e, assim, esta pesquisa pode trazer resultados significativos para a produção do conhecimento, preenchendo as lacunas ainda existentes em relação ao tema abordado.

É comum o surgimento de alterações emocionais no período gestacional, uma vez que a mulher se depara com o humor alterado pela alta taxa de hormônios, necessitando de uma atenção específica nesse período (BORTOLLETTI, 2007). Devido a tantas mudanças, a gravidez pode trazer vulnerabilidade emocional para a mulher, pois o corpo altera a cada trimestre, as flutuações de humor aumentam, podendo resultar em fatores de risco para o desencadeamento de alterações na gestação, como ansiedade, transtornos de humor, baixa autoestima materna, contrariedades e circunstâncias adversas (COSTA, 2010; SAMPAIO, 2013).

Diante ao exposto, justifica-se a realização desta pesquisa com o intuito de aprofundar no tema de ansiedade e de autoestima no período gestacional, visto que é de suma importância o conhecimento das alterações emocionais na gestação, para que a mulher, neste período, esteja bem consigo mesma para aceitar o momento, ter uma melhor qualidade de vida e uma relação saudável com o recém-nascido, com o cônjuge e com seus familiares.

Acredita-se, ainda, que os resultados encontrados possam trazer contribuições para a ciência, principalmente na área da enfermagem, além de auxiliar na elaboração de protocolos assistenciais, na realização de educação continuada direcionadas aos enfermeiros, para que estes possam desempenhar um atendimento mais integral e qualificado a essas mulheres.

### 3 OBJETIVOS

O presente estudo tem os seguintes objetivos:

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a ansiedade e a autoestima em mulheres no período gestacional que realizam pré-natal nas Estratégias Saúde da Família urbanas de um município do Sul de Minas Gerais.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

São objetivos específicos do estudo:

- a) caracterizar a população de estudo quanto às variáveis sobre os dados socioeconômicos; hábitos de vida e doença crônica; dados sobre a gestação e eventos marcantes na vida;
- b) avaliar a ansiedade de mulheres no período gestacional;
- c) avaliar o nível de autoestima de mulheres no período gestacional;
- d) verificar se existe associação entre o nível de ansiedade e as variáveis: idade, estado civil, crença religiosa, número de filhos, renda familiar mensal, tipo de moradia, escolaridade, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, uso de drogas ilícitas, prática de atividade física, doença crônica, uso de medicamentos contínuos e de uso diário, gravidez planejada, tipo de pré-natal, primeiro parto, idade gestacional, preocupação na gravidez, problemas na gravidez, ajuda para cuidar do recém-nascido, relação com o pai do recém-nascido, mudança de humor, influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher e eventos marcantes na vida;
- e) verificar se existe associação entre o nível de autoestima e as variáveis: idade, estado civil, crença religiosa, número de filhos, renda familiar mensal, tipo de moradia, escolaridade, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, uso de drogas ilícitas, prática de atividade física, doença crônica, uso de medicamentos contínuo e de uso diário, gravidez planejada, tipo de pré-natal, primeiro parto, idade gestacional, preocupação na gravidez, problemas na gravidez, ajuda para cuidar do recém-nascido, relação com o pai do recém-nascido, mudança de

humor, influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher e eventos marcantes na vida;

f) verificar se existe associação entre a ansiedade e a autoestima das mulheres no período gestacional.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

Será apresentada em cada seção deste capítulo a revisão de literatura de acordo com cada temática abordada.

### 4.1 GESTAÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e natural para a mulher, que faz parte do ciclo reprodutivo, sendo um momento único e especial. Esse período deve ser visto como uma experiência saudável (BRASIL, 2010).

Mas vale mencionar que a mulher pode vivenciar durante o período gestacional transformações físicas, hormonais, de inserção social e psíquica, o que predispõe à ocorrência de alterações mentais (APTER; DEVOUCHE; GRATIER, 2011), dentre as quais, citam-se a ansiedade e a alteração da autoestima. É durante esse período que as alterações emocionais apresentam-se como condições psicopatológicas que podem influenciar no comprometimento do desenvolvimento da gestação, resultando em graves consequências para o binômio mãe/feto (ALMEIDA et al., 2012).

Embora seja um momento individualizado, gestar e criar um filho é uma fase de destaque na vida da mulher. É um processo que associa mudanças corporais, psíquicas e ocupacionais, e que, na maioria das vezes, exige adaptação de ordem afetiva, social, familiar, econômica e estrutural (SILVA; SILVA, 2009).

Com isso, afirma-se que o período gestacional gera uma mudança súbita da imagem corporal da mulher, o que pode resultar em confusão e alteração negativa na forma como a mulher se percebe. Cabe salientar que, quando presentes, as mudanças que acompanham a gestação podem provocar diretamente o surgimento da ansiedade e as mudanças na autoestima da mulher (SILVA et al., 2010).

Além de alterações emocionais mencionadas anteriormente, as mudanças físicas durante a gestação mais frequentes são as unhas e os cabelos que crescem mais rápido; o corpo fica mais quente e pode provocar uma sudorese maior; podem aparecer estrias; agravar celulites e varizes; e a pigmentação da pele também pode mudar durante a gravidez. Ao englobar tudo isso, a mulher pode experimentar

alterações substanciais na forma e no peso corporal em um curto período de tempo (BRASIL, 2005).

Vale ressaltar que as alterações físicas durante o ciclo gravídico surgem também em um curto período de tempo, sendo comumente dividida em três fases: primeiro, segundo e terceiro trimestre de gestação. No primeiro (da 1<sup>a</sup> à 12<sup>a</sup> semana) podem surgir pequenas alterações fisiológicas, como o início do ganho de peso. No segundo trimestre (entre a 13<sup>a</sup> e a 25<sup>a</sup> semana), as mudanças estão mais nítidas, tornando a barriga visível. Já no terceiro trimestre (a partir da 26<sup>a</sup> semana), há aumento das queixas físicas, por se tratar do período de maior desenvolvimento do bebê, o que acarreta aumento do peso materno (WATSON et al., 2015; CLARK et al., 2009).

Alterações que podem ocorrer na gestação, como crescimento da barriga, inchaço dos pés, diminuição da pressão sanguínea, entre outras alterações físicas e emocionais, influenciam significativamente nas atividades de autocuidado, tanto as necessárias quanto as socialmente construídas, podendo ficar totalmente comprometidas (FERIGATO; SILVA; AMBROSIO, 2018).

Mesmo sendo parte natural da gravidez, muitas mulheres podem entrar em conflito com os próprios valores e conceitos de estética, de beleza e de sensualidade, podendo alterar as atitudes com relação ao próprio corpo e afetar diretamente a autoestima, além de surgir a ansiedade (KAZMIERCZAK; GOODWIN, 2011).

Dessa maneira, as mudanças corporais que a mulher pode vivenciar durante o período gestacional, somadas à alteração do padrão corporal idealizado para o sexo feminino, podem ser fatores que influenciam diretamente na imagem da mulher (HODGKINSON; SMITH; WITTKOWSKI, 2014; MEIRELES et al., 2016), resultando nas já mencionadas alterações emocionais.

O caráter potencialmente conflituoso da experiência da maternidade pode ser considerado um fator de risco para a ocorrência de transtornos mentais após o nascimento de um bebê (ROWAN; BICK; BASTOS, 2007).

## 4.2 ANSIEDADE

A ansiedade é uma experiência comum, que pode ser rotineira e vivenciada por qualquer indivíduo. Tem como característica ser um sentimento difuso e desagradável, podendo gerar sintomas como inquietação, desconforto e taquicardia. A ansiedade é uma resposta a uma ameaça desconhecida, interna, vaga ou de origem conflituosa, podendo ser um mecanismo de defesa de caráter adaptativo, que tem a função de mediar a interação do indivíduo com o meio ambiente (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997; RODRIGUES; 2011; RAMOS, 2009).

Pode ser caracterizada como situação clínica quando há influência na rotina das atividades diárias básicas do indivíduo, como impedir o andamento das atividades profissionais, sociais e acadêmicas, envolvendo um nível de sofrimento significativo (ZAMIGNANI; BANACO, 2005).

Também pode ser uma resposta psicológica e física à ameaça do autoconceito, definida por um sentimento subjetivo de apreensão, percebido pela consciência e pela atividade do sistema nervoso autônomo. Para alguns autores, a ansiedade é definida também como uma condição habitual, desencadeada pelo poder de adaptação do organismo, propulsora do desempenho, com envolvimento de componentes psicológicos e filosóficos (CARVALHO et al., 2004; ANDRADE; GORENSTEIN, 1998).

Conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID- 10), os transtornos de ansiedade podem ser acompanhadas de sintomas depressivos ou obsessivos, como por certas manifestações que traduzem uma ansiedade fóbica, desde que estas manifestações sejam claramente secundárias ou pouco graves (OMS, 1997).

No Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (*American Psychiatric Association - DSM-V*), é considerado medo a resposta emocional à ameaça iminente real percebida, por outro lado, a ansiedade é a antecipação da ameaça futura. Os transtornos de ansiedade diferenciam-se do medo ou da ansiedade adaptativa por serem excessivos ou persistentes para além do tempo esperado com relação à situação desencadeante. Inúmeros transtornos de ansiedade desenvolvem-se na infância e tendem a persistir na vida adulta quando não tratados (APA, 2014).

Vale ressaltar que a ansiedade tende a ser patológica apenas quando o nível de intensidade ou a frequência da resposta diverge quanto à situação que a desencadeia ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione. Essa

diferenciação reflete da situação em si, das características individuais e da interpretação da situação (ANDRADE, GORENSTEIN, 1998).

Quando patológica, pode apresentar diversas respostas ou reações desajustadas a uma percepção ou a um estímulo, interferindo no desenvolvimento normal do indivíduo. Pode, ainda, influenciar diretamente na alteração da autoestima, na interação social, na aquisição de conhecimentos e na memória, além de predispor uma maior vulnerabilidade com perda de defesas físicas e psíquicas (CABRERA; SPONHOLZ, 2002).

Contudo, ao atingir graus muito elevados e permanentes, a ansiedade pode ser considerada prejudicial ao organismo, fazendo com que este permaneça em frequente estado de alerta, resultando, assim, em patologias designadas como transtornos de ansiedade (ARAÚJO, 2011).

É importante ressaltar que a ansiedade fisiológica diverge da patológica. Sendo assim, o nível de ansiedade e o que esta causa deve ser muito bem abordado e diferenciado pelo exame clínico do profissional de saúde, incluindo os enfermeiros, aos tipos de situações que o indivíduo julga importante e evita no cotidiano, além de pensamentos ou de valores associados a essas situações (SOUZA; OLIVEIRA, 2017).

Conforme mencionado por Castillo et al. (2000), a técnica prática para se diferenciar esses tipos de ansiedade, resume-se basicamente em analisar se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e se está relacionada ao estímulo do momento, ou não, enfrentado pela pessoa.

Em suma e ao refletir os conceitos e as definições mencionados anteriormente, a ansiedade pode ser definida como um sinal de alerta, visto que reage sobre perigos iminentes e impulsiona o ser humano a criar medidas para o enfrentamento das ameaças (VASCONCELOS; COSTA; BARBOSA, 2008).

Frente a isso, são frequentes os esforços realizados em busca de reproduzir operacionalmente e de determinar de forma edificada a ansiedade. As escalas para a interpretação de ansiedade mensuram diversas características que podem ser associadas de acordo com o humor, a cognição, o comportamento, o estado de hiperalerta, os sintomas somáticos, entre outros (KEEDWELL; SNAITH, 1996; ANDRADE; GORENSTEIN, 1998).

Os instrumentos utilizados para a mensuração e para a avaliação da ansiedade são diversos na literatura, como questionários, inventários e escalas,

sendo que a maioria foi desenvolvida para ser aplicada em pessoas com alterações psiquiátricas. Os instrumentos, em sua generalidade, avaliam sintomas psíquicos e somáticos, os quais podem ser confundidos com sinais e sintomas decorrentes da doença de base ou ao seu tratamento, influenciando na avaliação e gerando resultado falso positivo (ZIGMOND, 1983; SNAITH, 2003).

No contexto da maternidade, a ansiedade pode ocorrer em diversas situações e contextos. Pesquisa evidencia que as mães experimentam sentimentos ambivalentes em torno dessa experiência, uma vez que se sentem muito felizes e realizadas com seus bebês, embora também seja comum que se sintam extenuadas e ansiosas ao vivenciarem esse momento de vida (RAPOPORT; PICCININI, 2011). Também constatou-se, em outro estudo, que os quadros de ansiedade são muito frequentes durante o ciclo gravídico-puerperal. Estima-se que 20% das mulheres apresentam sintomas de ansiedade durante a gravidez (ARAÚJO; PEREIRA; KAC, 2007).

Por isso, é notório ressaltar que, quando a ansiedade materna é excessiva, a influência no curso da gestação pode ser prejudicial, predispondo a complicações obstétricas, desfecho do parto prematuro, além de ser um fator de risco para a depressão pós-parto (ALDER et al., 2007; MEIJSEN et al., 2011; COELHO et al., 2011).

Considerando esse contexto, a ansiedade é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da gravidez, uma vez que a presença da ansiedade patológica pode comprometer a saúde do feto, estando associada a resultados negativos, como a prematuridade, o baixo peso ao nascer, os escores inferiores de APGAR, o déficit no desenvolvimento fetal, além de efeitos duradouros sobre o desenvolvimento físico e psicológico, incluindo as alterações na autoestima, além de prováveis complicações obstétricas, como o sangramento vaginal, a ameaça de abortamento e a depressão pós-parto (GIARDINELLI et al., 2012).

#### 4.3 AUTOESTIMA

É visto que a autoestima é um elemento do autoconceito, a qual configura todos os pensamentos e sentimentos que a pessoa tem de si mesma. Dessa forma, a autoestima é um julgamento positivo ou negativo referente a si mesmo, uma

avaliação universal do próprio valor (BRANDEN, 2000; ROSENBERG, 1965; ROSENBERG, 2017).

A autoestima é definida na forma como as pessoas aceitam a si mesmas, valorizam o outro e projetam suas expectativas. Baseia-se nas respostas dadas pelos indivíduos às diferentes situações ou eventos da vida. Pode ser um indicador essencial na saúde mental, por alterar as condições afetivas, sociais e psicológicas dos indivíduos. É o resultado do somatório de valores que o indivíduo atribui ao que sente e pensa, avaliando seu comportamento como positivo ou negativo, a partir desse quadro de valores (SCHULTHEISZ; APRILE, 2013).

Rosenberg (1965), importante autor da área de estudos sobre a autoestima e também criador de uma escala de autoestima muito utilizada no campo científico, afirma que esta é uma avaliação que o indivíduo faz de si mesmo, expressando atitudes de aprovação ou de desaprovação.

O nível de autoestima da pessoa pode variar devido a diferentes ações e atitudes, baseando-se na confiança, na capacidade humana de pensar, de vencer, de ser feliz e de enfrentar os desafios da vida. A autoconfiança resulta em fator motivacional e comportamental (BRANDEN, 2000).

Na literatura, determinados autores interpretam a autoestima, relacionando-a à intensidade que o indivíduo se sente adequado em domínios particulares, que são particularmente indispensáveis (ROCHA; INBERGMAN; BREUS, 2011). É também caracterizada como um fenômeno de conhecimento, compreendendo todo o processo de vida da pessoa (VARGAS; DANTAS; GÓIS, 2005).

É descrito que inúmeros fatores influenciam no nível da autoestima, como por exemplo, postura equilibrada, autoaceitação, amor próprio, segurança, confiança em outras pessoas e autoconfiança, os quais são indicativos físicos, psicológicos e emocionais que podem resultar em uma autoestima alta. Além disso, fatores como sexo, estado civil, idade e a presença de doenças podem influenciar no nível da autoestima da pessoa (LEE; SHEHAN, 1989; SCHIEMAN; CAMPBELL, 2001).

No que se refere à autoestima, são divergentes suas definições, uma vez que diferentes autores descrevem as Teorias da Autoestima. O quadro 1 apresenta alguns dos teóricos que descrevem definições, abordagens e limitações sobre esse tema, conforme Rocha (2002) e Terra (2010).

Quadro 1- Teorias da Autoestima

| <b>Autor</b>        | <b>Abordagem</b>                        | <b>Definição</b>   | <b>Limitações</b>   |
|---------------------|---|--|---|
| Morris Rosenberg    | Sociocultural                           | Atitude positiva ou negativa oferecida a um objeto particular, o "eu". Autoeficácia e valor.   | A autoestima depende do meio, ou seja, a motivação pessoal é desvalorizada neste ponto de vista.              |
| Nathaniel Branden   | Humanista                               | Quatro pilares básicos sustentam a autoestima: integridade como pessoa, grau de consciência, autoaceitação e vontade de aceitar responsabilidades. | Trabalho mais filosófico que científico. Dirigido principalmente a leigos que procuram leituras de autoajuda. |
| Robert White        | Psicodinâmica                           | Fenômeno evolutivo, a autoestima está atribuída a conceitos de competência e efetividade do Ego.   | Baseada em pressupostos teóricos de estruturas da personalidade. Experimentalmente não pode ser avaliada.     |
| Stanley Coopersmith | Comportamental                          | A autoestima depende da experiência e dos comportamentos. A palavra-chave é a aprendizagem.  | Grande parte dos estudos ficaram limitados à infância e à adolescência.                                       |
| Seymor Epstein      | Cognitivo-experimental                  | Estrutura hierárquica fundamentada na organização cognitiva.   | Discorre mais sobre o desenvolvimento da personalidade do que sobre a autoestima.                             |
| William James       | Fundamenta-se na perspectiva histórica. | Associa-se a valores, competências e êxitos relativos a cada indivíduo.  | Sustentado na introspecção.   |

Fonte: ROCHA (2002) e TERRA (2010).

Segundo Gallar (1998), a autoestima relaciona-se à personalidade do indivíduo, considerando o que ele é e a forma como ele e os outros percebem as coisas, o que influencia na valorização e na confiança pessoal em seus relacionamentos.

De acordo com Rocha (2002), a autoestima está associada com a intensidade com que a pessoa se sente adequada em determinados momentos. Também é definida como sendo a visão que o indivíduo tem de seus significados, de seus valores, de suas capacidades e de seu sucesso (GECAS; SCHWALBE, 1986).

Em relação à classificação da autoestima, esta pode ser classificada em diferentes níveis. Segundo Vargas, Dantas e Gois (2005), ela pode ser dividida em baixa ou alta. Logo, a autoestima baixa implica a insatisfação pessoal, a autorrejeição e o desprezo por si mesmo. Já no nível de autoestima alta, o indivíduo se respeita, tem o sentimento de se achar bom o suficiente sem ser superior às outras pessoas.

Para Branden (2000), a classificação da autoestima se dá pela categorização alta, média e baixa. A autoestima baixa é caracterizada pelo sentimento de incompetência, de incapacidade de superar desafios e de inconformidade pela vida. A autoestima alta manifesta-se por sentimentos de competência e de confiança e o nível médio flutua entre o sentimento de adequação e de inadequação.

A mensuração da autoestima tem sido mundialmente realizada por meio de uso de escalas capazes de classificar o nível de autoestima em baixo, médio e alto. A autoestima baixa se expressa pelo sentimento de incompetência, de inadequação e de incapacidade de enfrentar os desafios; a média é caracterizada pela oscilação do indivíduo entre o sentimento de aprovação e de rejeição de si; e a alta consiste no autojulgamento de valor, na confiança e na competência (ROSENBERG, 1965). Essa classificação é bastante semelhante à descrita anteriormente pelo autor Braden (2000).

A avaliação desse constructo tem sido realizada, por muitos estudos, por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg. Trata-se de um instrumento que classifica a autoestima em baixa, média ou alta. Para o indivíduo ter uma autoestima alta, é necessário sentir-se confiantemente adequado à vida, apresentando pensamentos positivos, acreditando na própria competência e no próprio valor, sendo apto a lidar com os obstáculos e a adaptar às mudanças necessárias. A média é uma divergência entre sentir-se adequado e inadequado, certo ou errado como pessoa. Já a baixa, é sentir-se totalmente errado como pessoa (BRANDEN, 2000).

Vale ressaltar que alguns fatores podem estar associados com o baixo nível de autoestima, como por exemplo, violência familiar, gravidez precoce ou indesejada, conflitos no trabalho, insatisfação no emprego, uso abusivo de álcool e outras drogas, desempenho escolar fraco, agressões escolares, suicídio, delinquência, depressão e prostituição (TAMAYO; CUNHA, 1983; DOURADO, 1984;

MECCA; SMELSER; VASCONCELLOS, 1989; GOMES, 1994; ASSIS; AVANCI, 2003).

Relacionando os dois objetos de estudo, ou seja, a ansiedade e a autoestima, pode-se inferir que a autoestima está relacionada negativamente com a ansiedade (PARK et al., 2018). Portanto, o indivíduo que apresenta mais sintomas de ansiedade, principalmente do sexo feminino, pode ser influenciado pela exposição a fatores estressantes, como a autoestima baixa (WATKINS et al., 2013; MOLLER, 2007).

É notável que as pessoas com baixos níveis de autoestima são mais sensíveis às críticas de outros, se preocupando com a forma como os outros as veem e as julgam, evitando exposição, com o intuito de proteger a própria autoestima. Porém, como consequência, sentimentos de solidão, de tristeza, de timidez, podem estar presentes, além de incapacidade de realizar tarefas e de obter prazer por coisas que antes eram prazerosas, podendo, assim, resultar em uma percepção negativa do próprio valor, condição que pode facilitar o risco de desenvolver sintomas de ansiedade e de depressão (SOWISLO; ORTH, 2013).

## 5 MÉTODO

Neste capítulo, será abordado o método utilizado para a realização deste estudo.

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, descritivo-analítico e transversal.

A pesquisa quantitativa tem como principal finalidade o delineamento ou a análise das características de fatos ou de fenômenos, a avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou variáveis-chave. Parte da definição do problema e da seleção dos conceitos que serão focados para chegar à solução do problema. É caracterizada pela precisão e pelo controle estatístico, com a finalidade de fornecer dados para a verificação de hipóteses e apresentam, tipicamente, tabelas e gráficos com números e informações estatísticas (HERMANN et al., 2009; POLIT; BECK, 2019).

No estudo descritivo, os pesquisadores realizam a descrição das características de determinada população, observam, contam, esboçam, elucidam e classificam, enfatizando a prevalência, a incidência, o tamanho e outros atributos mensuráveis do fenômeno. Servem também para identificar possíveis relações entre as variáveis (GIL, 2010; POLIT; BECK, 2019).

A pesquisa analítica é uma avaliação mais aprofundada das informações coletadas em um determinado estudo, na tentativa de explicar o contexto de um fenômeno no âmbito de um grupo ou população (MARCONI; LAKATOS, 2005).

Já os delineamentos transversais, descrevem os fenômenos e suas relações em um determinado período de tempo (POLIT; BECK, 2019).

### 5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nas Estratégias Saúde da Família (ESF) urbanas de um Município do Sul de Minas Gerais, em que são realizadas consultas pré-natais pelo Sistema Único de Saúde.

Esse município possuía, de acordo com a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2018, uma população estimada em 79.481 habitantes, com uma densidade demográfica de 86,75 hab/km<sup>2</sup>. Os serviços de saúde que constam no município englobam hospitais, unidades básicas de saúde, centros de tratamentos de câncer e de diagnósticos no geral, entre outros (IBGE, 2018).

No município, atualmente, existem 18 ESF, sendo 16 urbanas e duas rurais, vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde, sendo que todas possuem atendimento à mulher no pré-natal, com consultas alternadas entre médicos e enfermeiros (PREFEITURA MUNICIPAL DE ALFENAS, 2019).

### 5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população do estudo consistiu-se de, aproximadamente, 230 mulheres no período gestacional que realizavam consultas de pré-natal nas 16 ESF urbanas do município em estudo, segundo levantamento prévio com os enfermeiros coordenadores desses serviços.

Optou-se por eleger a população de mulheres no período gestacional, uma vez que se sabe do momento de transformação pelo qual estas passam no ciclo gravídico, sendo a gestação o de maior fragilidade.

Os critérios estabelecidos para a inclusão das participantes neste estudo foram: possuir idade de 18 anos ou mais; estar no período gestacional e ser assistida por meio de consultas de pré-natal nas ESF urbanas do município em estudo.

Da população mencionada anteriormente, vale ressaltar que houve uma quantidade expressiva de participantes que se recusaram a contribuir com o estudo e de gestantes com idade inferior a 18 anos, totalizando, assim, 201 gestantes avaliadas.

### 5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Para garantir os direitos dos participantes e fazer cumprir os aspectos contidos na Resolução 466/12 do Ministério da Saúde, que diz respeito às diretrizes

e normas preconizadas em pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013), solicitou-se a autorização institucional da Secretaria Municipal de Saúde do município em estudo, para a realização da coleta de dados com as mulheres que se encontrarem em período gestacional e que são assistidas pelas ESF urbanas (APÊNDICE A). Posteriormente, esse projeto de pesquisa foi encaminhado, via Plataforma Brasil, para apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL/MG), sendo aprovado sob o nº3.398.379 (CAAE: 15505819.0.0000.5142) Os dados coletados serão armazenados por cinco anos, sob a responsabilidade do pesquisador principal.

Além disso, todas as participantes do estudo foram contatadas e orientadas sobre os objetivos da pesquisa e, após aceitarem participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), em duas vias, sendo que uma ficou com o pesquisador e, outra, com a participante, garantidos o anonimato e a possibilidade de desistência em qualquer fase da pesquisa.

A participação nesta pesquisa poderia trazer riscos mínimos às participantes, podendo causar possíveis desconfortos emocionais ao responder os instrumentos. Se necessário, a participante seria encaminhada à avaliação psicológica, a profissionais capacitados da rede básica do município, sem custos financeiros e pelo tempo necessário. Entretanto, afirma-se que os pesquisadores tomaram os devidos cuidados quanto ao ambiente da coleta de dados, mantendo a privacidade e uma atitude ética e respeitosa quanto aos questionamentos e às repostas, a fim de evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que poderiam causar constrangimentos e desconfortos. Destaca-se que a participante esteve livre para deixar de participar da pesquisa em qualquer fase desta e sem necessidade de apresentar justificativa.

A pesquisa trará como benefícios uma melhor compreensão sobre os temas ansiedade e autoestima no período gestacional. Com isso, possibilitará a promoção de saúde e a melhoria das condições gestacionais da mulher, além do estímulo à diminuição da ansiedade e ao aumento da autoestima dessa população, proporcionando a essas mulheres uma melhor qualidade de vida durante e após o período de gestação.

Solicitou-se aos juízes que aceitaram participar do processo de refinamento do instrumento referente aos dados socioeconômicos, aos hábitos de vida e de doença crônica, dados sobre a gestação e eventos marcantes na vida, que assinassem o Termo de Participação no Processo de Refinamento (APÊNDICE C).

## 5.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Utilizaram-se, para a coleta de dados, três instrumentos: questionário (APÊNDICE D), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (subescala de ansiedade) (ANEXO A) e Escala de Autoestima de Rosenberg (ANEXO B).

### 5.5.1 Questionário

Trata-se de um questionário semiestruturado que contém 26 questões e foi desenvolvido pelos pesquisadores (APÊNDICE D). Destinou-se a avaliar os dados socioeconômicos, os hábitos de vida e doença crônica, os dados sobre a gestação e os eventos marcantes na vida. As variáveis que compõem esse instrumento estão descritas no Quadro 2.

Quadro 2 – Variáveis do questionário contendo os dados socioeconômicos, os hábitos de vida e doença crônica, os dados sobre a gestação e eventos marcantes na vida.

| <b>Grupo de variáveis</b>        | <b>Variáveis</b>  |
|----------------------------------|---|
| Dados Socioeconômicos            | Idade<br>Município de residência<br>Estado civil<br>Crença religiosa<br>Número de filhos<br>Renda familiar mensal<br>Tipo de moradia<br>Escolaridade  |
| Hábitos de vida e doença crônica | Consumo de bebida alcoólica<br>Tabagismo<br>Uso de drogas ilícitas<br>Prática de atividade física<br>Doença crônica<br>Uso de medicamentos contínuo e de uso diário   |
| Dados sobre a gestação           | Gravidez planejada<br>Tipo de pré-natal<br>Tipo de parto desejado<br>Primeiro parto<br>Idade gestacional<br>Preocupação na gravidez<br>Problemas na gravidez<br>Ajuda para cuidar do recém-nascido<br>Relação com o pai do recém-nascido<br>Mudança de humor<br>Influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher |
| Eventos marcantes na vida        | Eventos marcantes na vida   |

Fonte: Da autora

Esse instrumento foi submetido a um processo de refinamento, com a finalidade de analisar se os itens representam o universo do conteúdo e se permitem obter os objetivos traçados (RICCIO et al., 1995). É esperado também que o refinamento avalie a clareza do entendimento e a objetividade em relação ao que se propõe identificar (GALDEANO, 2007).

Para isso, o questionário foi encaminhado para avaliação por um grupo de cinco juízes com experiência em construção de instrumentos de pesquisas e na temática abordada. Nessa etapa, avaliaram-se a facilidade de leitura, a forma de apresentação, a clareza e o conteúdo do instrumento, que foi aplicado a esses juízes, por meio do preenchimento de um formulário de avaliação (APÊNDICE E), e, posteriormente, devolvido aos pesquisadores.

Após a avaliação e a análise, os juízes sugeriram algumas alterações na formatação e na clareza de algumas questões, para melhor compreensão, tornando-o de fácil entendimento aos participantes da pesquisa.

Posteriormente a essa etapa, o instrumento foi submetido a um teste-piloto com dez mulheres no período gestacional, assistidas nas unidades básicas de saúde (UBS) do município em estudo. Cabe destacar que as gestantes pesquisadas não fizeram parte da amostra do estudo e que não foram sugeridas mudanças, devido à ausência de dúvidas.

O teste-piloto foi realizado para a avaliação da compreensão dos participantes quanto às questões, quanto à efetividade do instrumento e à melhor maneira de coletar e de registrar os dados. Esse teste tem como finalidade analisar o instrumento de coleta de dados, em uma pequena população, com o intuito de evitar que a investigação tenha resultados falsos e torná-la isenta de erros (POLIT; BECK, 2011).

### **5.5.2 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão**

O segundo instrumento destina-se à coleta de dados referentes à ansiedade (ANEXO A).

Utilizou-se a subescala de ansiedade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), em sua versão traduzida e validada para o português (BOTEGA et al., 1998).

Desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), trata-se de um instrumento que tem como objetivo avaliar, de forma breve, os níveis de ansiedade e de depressão em doentes com patologia e sob tratamento ambulatorio. Foi desenvolvida para detectar estados de ansiedade e de depressão em pessoas fisicamente doentes, e que, se possível, possam responder sozinhos. Dentre os principais sintomas avaliados por esse instrumento, têm-se: tensão, medo, insegurança, preocupação, relaxamento, agitação e pânico (ZIGMOND; SNAITH, 1983).

A escala possui 14 itens, fragmentados em subescala de ansiedade e subescala de depressão, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete, para a depressão (HADS-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero (0) a três (3), compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada subescala (BOTEGA et al., 1998; ZIGMOND; SNAITH, 1983). Para o desenvolvimento da presente pesquisa, utilizou-se somente a subescala de ansiedade, contendo as sete questões relacionadas com esse tema.

A HAD foi inicialmente desenvolvida para identificar sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes de hospitais clínicos não psiquiátricos (ZIGMOND; SNAITH, 1983), sendo depois utilizada em outros tipos de pessoas (KABAK et al., 2003; BRADY et al., 2005; HERRMANN, 1997; BEJELLAND et al., 2002), em indivíduos não-internados (VAGE; SOLHAUG; VISTE, 2003; BRANDBERG; ARVER; LINDBLOM, 2004) e também em indivíduos sem doenças (KLISZCZ et al., 2004; ANDREWS; HEJDENBERG; WILDING, 2006).

Os autores mencionam que são adotados como pontos de cortes os recomendados por Zigmond e Snaith (1983), de acordo com cada uma das subescalas: HAD-A = sem ansiedade: 0 a 8 e com ansiedade:  $\geq 9$ .

Essa Escala foi selecionada pelos pesquisadores como instrumento para este estudo por apresentar boa sensibilidade para avaliar a ansiedade, por ser pequena e de fácil compreensão, por possuir boas propriedades psicométricas, por ser de domínio público e ser utilizada por pesquisadores de diversas áreas no Brasil e também por ser reconhecida internacionalmente.

Para utilização da escala, foi confirmado, pelos autores, que o uso do instrumento é livre, conforme o documento anexo (ANEXO B).

### 5.5.3 Escala de Autoestima de Rosenberg

Para a avaliação da autoestima, utilizou-se a Escala de Autoestima de Rosenberg (ANEXO B). O instrumento original foi desenvolvido por Rosenberg em 1965, na versão em inglês e, traduzida, adaptada e validada para a versão em português do Brasil em 2001 (DINI, 2001; DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004; HUTZ; ZANON, 2011).

Essa escala possui dez itens: cinco alternativas referem-se à visão positiva de si mesmo e os outros restantes referem-se a uma visão autodepreciativa, podendo ser utilizada com crianças, com adolescentes, com adultos e com idosos. As opções de respostas são “concordo totalmente”, “concordo”, “discordo” e “discordo totalmente” (HUTZ; ZANON, 2011; AVANCI et al., 2007; HUTZ, 2000).

A escala de Rosenberg é avaliada por meio de notas atribuídas a cada afirmativa, variando de 1 a 4, a partir de sua importância; no entanto, nas afirmativas de ordem 1, 3, 4, 7, e 10, essa nota é decrescente e, nas demais - 2, 5, 6, 8, 9 - o inverso. Para a classificação da autoestima, são somados todos os itens que totalizaram um valor único para a escala, sendo que o intervalo possível é de 10 (10 itens multiplicados por valor 1) a 40 (10 itens multiplicados por valor 4). A partir da soma, a autoestima pode ser classificada como satisfatória ou alta (escore maior que 30 pontos), média (escore entre 20 e 30 pontos) e insatisfatória ou baixa (escores menores que 20 pontos). Dessa forma, quanto maior a somatória, maior a autoestima (DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004; GOMES; SILVA, 2013; HUTZ; ZANON, 2011).

A escala de Autoestima de Rosenberg foi selecionada como instrumento deste estudo por possuir diversas vantagens, como a capacidade de apontar alterações na autoestima do indivíduo, ser um instrumento pequeno e de fácil compreensão, possuir boas propriedades psicométricas, ser conhecida internacionalmente e ser de domínio público.

Para utilização da escala, foi confirmado, pelos autores, que o uso do instrumento é livre, conforme o documento anexo (ANEXO D).

## 5.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foram apresentados às mulheres participantes do presente estudo os objetivos e os métodos da pesquisa. Esse contato somente ocorreu após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde, além da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIFAL-MG, da realização do processo de refinamento do instrumento e da realização do teste-piloto.

Antes de iniciar a coleta de dados, realizou-se o levantamento de gestantes cadastradas e que realizavam acompanhamento de pré-natal nas ESF urbanas do município em estudo. Para esse levantamento, solicitou-se à coordenadora de cada unidade os dias em que eram realizadas as consultas de pré-natal e uma possível reserva de sala que fosse utilizada para a realização das entrevistas, antes ou após a consulta com o profissional médico e/ou enfermeiro, evitando, assim, que adversidades influenciassem a realização das entrevistas.

Cabe ressaltar que a coleta de dados não atrapalhou a rotina de serviço e/ou causou algum transtorno para as gestantes e para os profissionais do serviço de saúde.

Após a explicação sobre a pesquisa para as participantes, principalmente comunicando todos os objetivos do estudo, que a participação seria voluntária e que poderiam desistir em qualquer fase da mesma, mediante sua anuência, solicitou-se que assinassem o TCLE. Em seguida, realizou-se a coleta de dados por meio de entrevista, com aplicação dos três instrumentos, que foram preenchidos pela pesquisadora e anotadas todas as respostas informadas pela participante, uma vez que as mulheres poderiam apresentar alguma dificuldade para o preenchimento.

Vale destacar que, para evitar vieses na coleta de dados, quando não houve entendimento, por parte da gestante, de alguma questão das escalas, a pesquisadora repetiu pausadamente as perguntas, quantas vezes foram necessárias, sem alteração do conteúdo e sem dar sinônimos às palavras. Com isso, afirma-se que o modo de leitura foi igual, sem nenhuma interpretação das questões em todas as entrevistas, de forma a não induzir a resposta das entrevistadas.

## 5.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados, por meio dos instrumentos, foram digitados em uma planilha do MS-Excel, versão 2010, para a elaboração do banco de dados. Para isso, fez-se seleção, categorização e tabulação dos dados para sua elaboração. Isso para verificar a exatidão das informações obtidas a fim de analisar possíveis falhas na coleta de dados. Para a categorização, os dados foram codificados de forma que se facilitassem a contagem e a tabulação dos resultados (GALDEANO, 2007).

Em seguida, efetuou-se a dupla digitação a fim de evitar erros de transcrição. Posteriormente, utilizou-se, para a análise estatística descritiva e inferencial, o software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0. Esse software é o modelo mais utilizado para a análise de dados por meio de instrumentos tipo *Likert* (BISQUERRA; SARRIERA; MARTINEZ, 2004).

Para a avaliação da confiabilidade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (subescala de ansiedade) e da Escala de Autoestima de Rosenberg, utilizou-se o Coeficiente *Alfa de Cronbach* com o intuito de avaliar a consistência interna e se os dados estão correlacionados uns aos outros. Com essa análise, quanto maior for o alfa, maior será a homogeneidade das variáveis estudadas, apresentando a relação de proximidade da medida (GUILLERMIN; BOMBARDIER, 1993).

O valor alcançado pelo Coeficiente *Alfa de Cronbach* pode variar entre zero e um. Assim, quanto maior o valor, maior a consistência interna e a confiabilidade do instrumento, ou maior a coerência entre as variáveis, apresentando a homogeneidade na medida do mesmo fenômeno. Por isso, recomenda-se que o valor do *Alfa de Cronbach* seja acima de 0,70 (ZANEI, 2006; FAYERS; MACHIN, 2000).

Determinadas variáveis independentes foram reagrupadas/dicotomizadas com o intuito de facilitar a análise estatística dos dados e as comparações, conforme apresentadas no Quadro 3. O reagrupamento/dicotomização foi realizado, considerando-se a distribuição dos dados em cada categoria da variável original. Salienta-se que a variável autoestima foi recodificada/dicotomizada em duas categorias para a realização das comparações: autoestima alta x autoestima média/baixa.

Quadro 3 – Variáveis independentes utilizadas para as associações e os respectivos reagrupamentos/dicotomizações.

| <b>N.</b> | <b>Variáveis</b>                              | <b>Reagrupamento/dicotomização</b>               |
|-----------|---|--|
| 1.        | Faixa etária                                  | Até 30 x 31 ou mais                              |
| 2.        | Estado civil                                  | Com companheiro (a) x sem companheiro (a)        |
| 3.        | Crença religiosa                              | Católico x outros                                |
| 4.        | Números de filhos                             | Até 2 x 3 ou mais                                |
| 5.        | Renda familiar mensal                         | Até 2000 x 2001 ou mais                          |
| 6.        | Tipo de moradia                               | Própria x outros                                 |
| 7.        | Escolaridade                                  | Até ensino fundamental x ensino médio e superior |
| 08.       | Consumo de bebida alcoólica                   | Não x Sim  |
| 09.       | Tabagismo                                     | Não x Sim  |
| 10.       | Uso de drogas ilícitas                        | Não x Sim  |
| 11.       | Prática de atividade física                   | Não pratica x pratica                            |
| 12.       | Doenças crônicas                              | Não x Sim  |
| 13.       | Uso de medicamentos contínuos e de uso diário | Não x Sim  |
| 14.       | Gravidez planejada                            | Não x Sim  |
| 15.       | Tipo de pré-natal                             | Risco habitual x Alto risco                      |
| 16.       | Primeiro parto                                | Não x Sim  |
| 17.       | Último parto                                  | Não x Sim  |
| 18.       | Idade gestacional                             | 1 e 2 trimestre x 3 trimestre                    |
| 19.       | Preocupação na gravidez                       | Não x Sim  |
| 20.       | Problema na gravidez                          | Não x Sim  |
| 21.       | Ajuda para cuidar do recém-nascido            | Não x Sim  |
| 22.       | Relação com o pai do recém-nascido            | Ótima/boa x Razoável/ruim                        |
| 23.       | Mudança de humor                              | Não x Sim  |
| 24.       | Eventos marcantes na vida                     | Não x Sim  |

Fonte: Da autora

Foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher para verificar se existe associação entre a variável ansiedade e a autoestima com as 24 variáveis independentes apresentadas no Quadro 3.

Para avaliar a existência de associação entre a ansiedade e a autoestima das mulheres no período gestacional, utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson.

Para todas essas análises, neste estudo, adotou-se o nível de significância de 5%, ou seja, os dados serão estatisticamente significantes para  $P < 0,05$ .

Após essas análises de associações, estimou-se o *odds ratio* (razão de chance) das variáveis independentes com a ansiedade e a com autoestima, com intervalo de confiança de 95%.

Em seguida, utilizou-se o modelo de regressão logística das variáveis independentes com a ansiedade e com a autoestima. O procedimento para a seleção das variáveis foi realizado pelo Forward Stepwise, utilizando-se o odds ratio com intervalo de confiança de 95%. Portanto, todas as variáveis independentes foram incluídas na análise, avaliando as possíveis combinações de variáveis até se chegar àquelas que forneceram um ajuste ao modelo, com valor estatístico significativo (TRIOLA, 2008).

Com a finalização de todas as análises, os dados encontrados e analisados foram representados por meio de tabelas, constando valores absolutos e percentuais, com as variáveis numéricas com estatística descritiva (média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo), e também a estatística inferencial.

## 6 RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados do presente estudo. Sendo assim, o capítulo foi estruturado em seis seções em que, na primeira seção, mostra-se a análise descritiva das variáveis estudadas. Na segunda seção, é feita a avaliação da ansiedade das mulheres no período gestacional. A terceira compõe-se da avaliação da autoestima das mulheres no período gestacional. Posteriormente, na quarta, são apresentadas as análises univariadas dos fatores associados à ansiedade. Já na quinta seção, as análises univariadas dos fatores associados à autoestima. Por fim, apresenta-se a análise da associação entre a ansiedade e autoestima em mulheres no período gestacional.

### 6.1 ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS

Nesta seção, serão apresentadas as análises descritivas das variáveis estudadas referentes às participantes do estudo. Diante disso, as tabelas numeradas de 1 a 10 atendem ao objetivo específico “a” deste estudo, o qual tem como finalidade identificar as variáveis de dados socioeconômicos, de hábitos de vida e de doença crônica, de dados sobre a gestação e eventos marcantes na vida das mulheres no período gestacional.

A Tabela 1 apresenta a distribuição das mulheres no período gestacional de acordo com algumas variáveis de caracterização.

Tabela 1 - Distribuição das mulheres no período gestacional de acordo com as variáveis, “faixa etária”, “estado civil”, “crença religiosa” e “número de filhos”. Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201)

| Variáveis                     | f   | %     |
|-------------------------------|-----|-------|
| <b>Faixa etária (em anos)</b> |     |       |
| Até 25                        | 97  | 48,3  |
| 26 a 30                       | 57  | 28,4  |
| 31 a 35                       | 34  | 16,9  |
| 36 ou mais                    | 13  | 6,5   |
| Total                         | 201 | 100,0 |
| <b>Estado civil</b>           |     |       |
| Casado(a)/com companheiro(a)  | 121 | 60,2  |
| Solteiro(a)                   | 65  | 32,3  |
| Viúvo(a)                      | 13  | 6,5   |
| Separado(a)/divorciado(a)     | 02  | 1,0   |
| Total                         | 201 | 100,0 |
| <b>Crença religiosa</b>       |     |       |
| Católica                      | 126 | 62,7  |
| Evangélica                    | 52  | 25,9  |
| Espírita                      | 05  | 2,5   |
| Sem religião                  | 17  | 8,5   |
| Umbanda                       | 01  | 0,5   |
| Total                         | 201 | 100,0 |
| <b>Número de filhos</b>       |     |       |
| Até 2                         | 191 | 95,0  |
| 3 ou mais                     | 10  | 5,0   |
| Total                         | 201 | 100,0 |

Fonte: Da autora.

De acordo com a Tabela 1, verificou-se que a faixa etária predominante nas mulheres no período gestacional foi de até 25 anos, correspondendo a 48,3% (97) das entrevistadas (média de 26,02; mediana de 26; desvio padrão de 5,817; mínimo de 18 e máximo de 40). Com referência ao estado civil, a maioria é casada, representando um percentual de 60,2% (121). Na crença religiosa, observou-se que grande parte das entrevistadas relataram ser católica, totalizando 62,7% (126). Quando questionadas quanto ao número de filhos, a predominância foi de até dois filhos, com um percentual de 95,0% (191) (média de 0,84; mediana de 1; desvio padrão de 0,915; mínimo de 0 e máximo de 4). Com relação ao município, todas as gestantes responderam residir no município de Alfenas-MG.

A Tabela 2 apresenta a distribuição das mulheres no período gestacional com relação às variáveis “renda familiar mensal”, “tipo de moradia” e “escolaridade”.

Tabela 2 - Distribuição das mulheres no período gestacional segundo as variáveis “renda familiar mensal”, “tipo de moradia” e “escolaridade”. Alfenas- MG, 2019/2020. (n=201)

| <b>Variáveis</b>                         | <b>f</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| <b>Renda familiar mensal (em reais)*</b> |          |          |
| Até 1000,00                              | 42       | 20,9     |
| De 1001,00 a 2000,00                     | 117      | 58,2     |
| De 2001,00 a 3000,00                     | 31       | 15,4     |
| 3001,00 ou mais                          | 11       | 5,5      |
| Total                                    | 201      | 100,0    |
| <b>Tipo de moradia</b>                   |          |          |
| Própria                                  | 53       | 26,4     |
| Própria com financiamento                | 22       | 10,9     |
| Alugada                                  | 103      | 51,2     |
| Emprestada                               | 23       | 11,4     |
| Total                                    | 201      | 100,0    |
| <b>Escolaridade</b>                      |          |          |
| Ensino fundamental incompleto            | 13       | 6,5      |
| Ensino fundamental completo              | 15       | 7,5      |
| Ensino médio incompleto                  | 45       | 22,4     |
| Ensino médio completo                    | 96       | 47,8     |
| Ensino superior incompleto               | 17       | 8,5      |
| Ensino superior completo                 | 14       | 7,0      |
| Pós-graduação                            | 01       | 0,5      |
| Total                                    | 201      | 100,0    |

Fonte: Da autora.

A renda familiar mensal com maior frequência entre as mulheres no período gestacional foi de 1.001 a 2000 reais (correspondendo a aproximadamente de 1 a 2 salários mínimos), demonstrando um percentual de 58,2% (117) (média de 1736,74; mediana de 1500,00; desvio padrão de 925,445; mínimo de 300 e máximo de 8000). Relativamente ao tipo de moradia, houve maior número de pessoas que possuem propriedade alugada, sendo que estas correspondem a 51,2% (103) do total da amostra. No que se refere à escolaridade, 47,8% (96) possuem ensino médio completo (Tabela 2).

Na Tabela 3, será apresentada a distribuição das mulheres no período gestacional com relação às variáveis “consumo de bebida alcoólica”, “frequência do consumo de bebida alcoólica”, “uso de drogas ilícitas” e “prática de atividade física”.

Tabela 3 - Distribuição das mulheres no período gestacional de acordo com as variáveis “consumo de bebida alcoólica”, “frequência do consumo de bebida alcoólica”, “uso de drogas ilícitas” e “prática de atividade física”. Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201)

| Variáveis   | f   | %     |
|---|-----|-------|
| <b>Consumo de bebida alcoólica</b>  |     |       |
| Não   | 191 | 95,0  |
| Sim   | 10  | 5,0   |
| Total   | 201 | 100,0 |
| <b>Frequência do consumo*</b>   |     |       |
| <u>Usuária leve</u> : utilizou bebida alcoólica no último mês, mas o consumo foi menor que uma vez por semana | 08  | 80,0  |
| <u>Usuária moderado</u> : utilizou bebida alcoólica semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês | 02  | 20,0  |
| Total   | 10  | 100,0 |
| <b>Uso de drogas ilícitas</b>   |     |       |
| Não   | 194 | 96,5  |
| Sim   | 07  | 3,5   |
| Total   | 201 | 100,0 |
| <b>Tipo de droga ilícita**</b>  |     |       |
| Maconha   | 05  | 71,4  |
| Cocaína   | 01  | 14,3  |
| Crack   | 01  | 14,3  |
| Total   | 07  | 100,0 |
| <b>Prática de atividade física</b>  |     |       |
| Não pratica   | 153 | 76,1  |
| Pratica algumas vezes na semana   | 27  | 13,4  |
| Pratica raramente   | 16  | 8,0   |
| Pratica diariamente   | 05  | 2,5   |
| Total   | 201 | 100,0 |

Fonte: Da autora.

\*Somente mulheres no período gestacional que consumiam bebida alcoólica.

\*\*Somente mulheres no período gestacional que usavam drogas ilícitas.

Ao avaliar o consumo de bebida alcoólica das gestantes, constatou-se que a maioria não faz uso, o que representa 95% (191); e das que fazem uso (5,0%), 80% (oito) são consideradas usuárias leves e 20% (02) usuárias moderadas. No que diz respeito ao uso de drogas ilícitas, 96,5% (194) das participantes não referem o uso, sendo que 3,5% (07) fazem uso. As drogas mencionadas foram maconha 71,4% (05), crack e cocaína, ambas com 14,3% (um), para cada uma delas (Tabela 3).

Ao avaliar a distribuição das gestantes com relação à prática de atividade física, evidenciou-se que a maioria das entrevistadas não pratica nenhuma atividade, o que representa 76,1% (153), enquanto que 13,4% (27) praticam alguns dias da semana (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta a distribuição das mulheres no período gestacional conforme algumas variáveis de hábitos de vida: tabagismo; quantidade de cigarros/dia; tempo de tabagismo; ex-tabagismo; tempo de ex-tabagismo; tempo de cessação do tabagismo.

Tabela 4 - Distribuição das mulheres no período gestacional de acordo com as variáveis “tabagismo”, “quantidade de cigarros/dia”, “tempo de tabagismo”, “ex-tabagismo”, “tempo de ex-tabagismo” e “tempo de cessação de tabagismo”. Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201)

| Variáveis  | f   | %     |
|--|-----|-------|
| <b>Tabagismo</b>                                   |     |       |
| Não  | 182 | 90,5  |
| Sim  | 19  | 9,5   |
| Total  | 201 | 100,0 |
| <b>Quantidade de cigarros/dia*</b>                 |     |       |
| Até 10   | 13  | 68,4  |
| 11 ou mais   | 06  | 31,6  |
| Total  | 19  | 100,0 |
| <b>Tempo de tabagismo (em anos)*</b>               |     |       |
| Até 5  | 09  | 47,4  |
| 6 ou mais  | 10  | 52,6  |
| Total  | 19  | 100,0 |
| <b>Ex-tabagismo**</b>                              |     |       |
| Não  | 154 | 84,6  |
| Sim  | 28  | 15,4  |
| Total  | 182 | 100,0 |
| <b>Tempo de ex-tabagismo (em anos)***</b>          |     |       |
| Até 5  | 20  | 71,4  |
| 6 ou mais  | 08  | 28,6  |
| Total  | 28  | 100,0 |
| <b>Tempo de cessação do tabagismo (em anos)***</b> |     |       |
| Até 5  | 20  | 71,4  |
| 6 ou mais  | 08  | 28,6  |
| Total  | 28  | 100,0 |

Fonte: Da autora.

\* Somente mulheres no período gestacional que são tabagistas.

\*\*Somente mulheres no período gestacional que responderam não serem tabagistas.

\*\*\* Somente mulheres no período gestacional que afirmaram já ter fumado.

Ao analisar o uso de tabaco entre as mulheres no período gestacional, percebe-se que somente 9,5% (19) delas mencionaram ser tabagistas e, destas, 68,4% (13) fazem uso de até 10 cigarros por dia (média de 10,21; mediana de 6,00; desvio padrão de 9,892; mínimo de 01 e máximo de 40), sendo que 52,6% (10) têm seis anos ou mais de tabagismo (média de 9,94; mediana de 8; desvio padrão de 6,752; mínimo de 3 e máximo de 24). Entre as entrevistadas que afirmaram não ser tabagistas, 15,4% (28) relataram já ter fumado, sendo que a maioria destas, 71,4%

(20), fumou por até 05 anos (média de 3,97; mediana de 3,00; desvio padrão de 3,029; mínimo de 0,17 e máximo de 10). Observou-se também que 71,4% (20) das pessoas que já fumaram possuem tempo de cessão do tabagismo de até 05 anos (média de 3,52; mediana de 1,00; desvio padrão de 3,728; mínimo de 0,17 e máximo de 12), conforme se verifica na Tabela 4.

A Tabela 5 mostra a distribuição de mulheres no período gestacional de acordo com as variáveis “doença crônica”; “quantidade de doenças crônicas”; “tipo de doença crônica”.

Tabela 5 – Distribuição das mulheres no período gestacional de acordo com as variáveis “doença crônica”, “quantidade de doenças crônicas” e “tipo de doença crônica”. Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201)

| Variáveis                              | f   | %     |
|--|-----|-------|
| <b>Doença crônica</b>                  |     |       |
| Não                                    | 179 | 89,1  |
| Sim                                    | 22  | 10,9  |
| Total                                  | 201 | 100   |
| <b>Quantidade de doenças crônicas*</b> |     |       |
| Até 2                                  | 22  | 100,0 |
| <b>Tipo de doença crônica**</b>        |     |       |
| HAS                                    | 04  | 18,2  |
| DM                                     | 04  | 18,2  |
| Asma                                   | 06  | 27,3  |
| Bronquite                              | 01  | 4,5   |
| Endometriose                           | 01  | 4,5   |
| Hipotireoidismo                        | 06  | 27,3  |
| Epilepsia                              | 01  | 4,5   |

Fonte: Da autora.

\*Somente mulheres no período gestacional que possuíam doença crônica.

\*\*Somente mulheres no período gestacional que possuíam doença crônica. Houve mais de uma resposta por entrevistada.

HAS – Hipertensão Arterial Severa      DM – Diabetes mellitus

De acordo com a Tabela 5, verificou-se que 10,9% (22) das mulheres no período gestacional possuem doença crônica. Dessas, notou-se que todas apresentam até duas doenças crônicas (média de 1,05; mediana de 1; desvio padrão de 0,213; mínimo de 01 e máximo de 02). As doenças de maior predominância entre as gestantes avaliadas foram a asma e o hipotireoidismo, ambos representados por 27,3% (seis).

A Tabela 6 apresenta variáveis referentes ao uso de medicamentos contínuo e/ou de uso diário por mulheres no período gestacional, quantidade de medicamentos e grupo farmacológico.

Tabela 6 - Distribuição das mulheres no período gestacional de acordo com as variáveis “uso de medicamentos contínuo e/ou de uso diário”, “quantidade de medicamentos” e “grupo farmacológico”. Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201)

| <b>Variáveis</b>                                       | <b>f</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| <b>Uso de medicamentos contínuo e/ou de uso diário</b> |          |          |
| Não  | 83       | 48,3     |
| Sim  | 118      | 58,7     |
| Total  | 201      | 100,0    |
| <b>Quantidade de medicamentos*</b>                     |          |          |
| Até 2  | 116      | 98,3     |
| 03 ou mais   | 02       | 1,7      |
| Total  | 118      | 100,0    |
| <b>Grupo farmacológico**</b>                           |          |          |
| Complexo vitamínico                                    | 113      | 95,6     |
| Hipoglicemiantes                                       | 04       | 3,4      |
| Broncodilatadores                                      | 03       | 2,6      |
| Inibidores adrenérgicos                                | 06       | 5,1      |
| Hormônios tireoideanos                                 | 06       | 5,1      |
| Neurolépticos  | 01       | 0,9      |
| Inibidores seletivos da receptação da serotonina       | 02       | 1,7      |
| Anticonvulsivantes                                     | 01       | 0,9      |

Fonte: Da autora.

\*Somente mulheres no período gestacional que faziam uso de medicamentos contínuos e/ou de uso diários.

\*\*Somente mulheres no período gestacional que faziam uso de medicamentos contínuos e/ou de uso diários. Houve mais de uma resposta por entrevistada.

Notou-se que 58,7% (118) das gestantes entrevistadas fazem uso de algum medicamento de uso contínuo e/ou diário. Desses, 98,3% (116) fazem uso de até 02 medicamentos (média de 1,16; mediana de 1,0; desvio padrão de 0,452; mínimo de 01 e máximo de 04). De acordo com o grupo farmacológico, os suplementos vitamínicos tiveram maior percentual, 95,6% (113), seguido dos inibidores adrenérgicos e hormônios tireoideanos, que obtiveram um total de 5,1% (seis), cada um deles (Tabela 6).

A seguir, na Tabela 7, serão apresentadas as variáveis referentes a gravidez planejada; tipo de pré-natal; primeiro parto; último parto e idade gestacional.

Tabela 7 - Distribuição das mulheres no período gestacional de acordo com as variáveis “gravidez planejada”, “tipo de pré-natal”, “primeiro parto”, “último parto” e “idade gestacional”. Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201).

| <b>Variáveis</b>               | <b>f</b> | <b>%</b> |
|--------------------------------|----------|----------|
| <b>Gravidez planejada</b>      |          |          |
| Não                            | 116      | 57,7     |
| Sim                            | 85       | 42,3     |
| Total                          | 201      | 100,0    |
| <b>Tipo de pré-natal</b>       |          |          |
| Risco habitual                 | 167      | 83,1     |
| Alto risco                     | 34       | 16,9     |
| Total                          | 201      | 100,0    |
| <b>Primeiro parto</b>          |          |          |
| Não                            | 108      | 53,7     |
| Sim                            | 93       | 46,3     |
| Total                          | 201      | 100,0    |
| <b>Último parto (em anos)*</b> |          |          |
| Até 5                          | 68       | 63,0     |
| 6 a 10                         | 31       | 28,7     |
| 11 ou mais                     | 09       | 8,3      |
| Total                          | 108      | 100,0    |
| <b>Idade gestacional</b>       |          |          |
| Até 13 semanas (1º trimestre)  | 47       | 23,4     |
| 14 a 27 semanas (2º trimestre) | 94       | 46,8     |
| 28 ou mais (3º trimestre)      | 60       | 29,9     |
| Total                          | 201      | 100,0    |

Fonte: Da autora.

\*Somente mulheres no período gestacional que tiveram mais de um parto.

Evidenciou-se que 57,7% (116) das gestantes não planejaram a gravidez. Em relação ao tipo de pré-natal, o risco habitual apresentou um percentual de 83,1% (167). Com relação a ser o primeiro parto, 53,7% (108) das gestantes negaram. Já o último parto, o predominante foi de até 05 anos, com um total de 63,0% (68) (média de 5,22; mediana de 4,0; desvio padrão de 4,120; mínimo de 01 e máximo de 21). A idade gestacional com maior frequência é 14 a 27 semanas (2º trimestre), com 46,8% (94) (Tabela 7) (média de 21,86; mediana de 21,0; desvio padrão de 9,393; mínimo de 03 e máximo de 41).

Na Tabela 8, serão apresentadas as variáveis, “preocupação na gravidez”,

“tipo de preocupação na gravidez”, “problema na gravidez”, “tipo de problema na gravidez” e “relação com o pai do recém-nascido”.

Tabela 8 - Distribuição das gestantes segundo as variáveis “preocupação na gravidez”, “tipo de preocupação na gravidez”, “problema na gravidez”, “tipo de problema na gravidez” e “relação com o pai do recém-nascido”. Alfenas, MG, 2019/2020 (n=201).

| Variáveis                                 | f   | %     |
|---|-----|-------|
| <b>Preocupação na gravidez</b>            |     |       |
| Não                                       | 117 | 58,2  |
| Sim                                       | 84  | 41,8  |
| Total                                     | 201 | 100,0 |
| <b>Tipo de preocupação na gravidez*</b>   |     |       |
| Parto                                     | 67  | 79,8  |
| Saúde do bebê/mãe                         | 42  | 50,0  |
| Condição financeira                       | 01  | 1,2   |
| Amamentação                               | 01  | 1,2   |
| <b>Problema na gravidez</b>               |     |       |
| Não                                       | 172 | 85,6  |
| Sim                                       | 29  | 14,4  |
| Total                                     | 201 | 100,0 |
| <b>Tipo de problema na gravidez**</b>     |     |       |
| Doença com repercussão somente no feto    | 09  | 31,0  |
| Doença própria da mãe                     | 07  | 24,1  |
| Prematuridade ou perdas anteriores        | 12  | 41,4  |
| Hemorragia                                | 02  | 6,9   |
| <b>Relação com o pai do recém-nascido</b> |     |       |
| Ótima                                     | 85  | 42,3  |
| Boa                                       | 88  | 43,8  |
| Razoável                                  | 21  | 10,4  |
| Ruim                                      | 07  | 3,5   |
| Total                                     | 201 | 100,0 |

Fonte: Da autora.

\*Somente gestantes que apresentam preocupação na gravidez. Houve mais de uma resposta por entrevistada.

\*\*Somente gestantes que apresentam problema na gravidez. Houve mais de uma resposta por entrevistada.

A ausência de preocupação na gravidez foi mais frequente entre as gestantes, com um total de 58,2% (117), porém, dentre as que apresentaram preocupação na gravidez, 41,8% (84), a preocupação com o parto foi a mais relatada, 79,8% (67). Quanto a problema na gravidez, apenas 14,4% (29) das gestantes afirmaram ter, sendo que, dentre estas, o problema com maior relato foi prematuridade ou perdas

anteriores, com 41,4% (12). Quanto à variável relação com o pai do recém-nascido, 43,8% (88) das gestantes afirmaram ser boa (Tabela 8).

A seguir, a Tabela 9 traz as seguintes variáveis: “ajuda para cuidar do recém-nascido”, “pessoa para ajudar a cuidar do recém-nascido”, “mudança de humor” e “influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher”.

Tabela 9 - Distribuição das gestantes segundo as variáveis “ajuda para cuidar do recém-nascido”, “pessoa para ajudar a cuidar do recém-nascido”, “mudança de humor” e “influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher”. Alfenas, MG, 2019/2020 (n=201).

| Variáveis  | f   | %     |
|--|-----|-------|
| <b>Ajuda para cuidar do recém-nascido</b>                                |     |       |
| Não  | 26  | 12,9  |
| Sim  | 175 | 87,1  |
| Total  | 201 | 100,0 |
| <b>Pessoa para ajudar a cuidar do recém-nascido*</b>                     |     |       |
| Marido   | 22  | 12,6  |
| Família  | 79  | 45,1  |
| Família e Marido   | 70  | 40,0  |
| Amiga  | 01  | 0,6   |
| Sogra  | 03  | 1,7   |
| Total  | 175 | 100,0 |
| <b>Mudança de humor</b>  |     |       |
| Não  | 77  | 38,3  |
| Sim  | 124 | 61,7  |
| Total  | 201 | 100,0 |
| <b>Tipo de mudança de humor**</b>  |     |       |
| Alegria  | 35  | 28,2  |
| Instabilidade  | 37  | 29,8  |
| Irritação  | 44  | 35,5  |
| Tristeza   | 07  | 5,6   |
| Sensibilidade/fragilidade  | 01  | 0,8   |
| <b>Influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher</b> |     |       |
| Não  | 131 | 65,2  |
| Sim  | 70  | 34,8  |
| Total  | 201 | 100,0 |

Fonte: Da autora.

\*Somente gestantes que tiveram ajuda para cuidar do recém-nascido.

\*\*Somente gestantes que apresentaram mudança de humor. Houve mais de uma resposta por entrevistada.

Evidenciou-se, neste estudo, que 87,1% (175) das gestantes terão ajuda para cuidar do recém-nascido, sendo que a pessoa que mais ajudará é a família, 45,1% (79). A mudança de humor mais relatada pelas participantes foi a irritação, com um total de 35,5% (44). Quanto à influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher, 65,2% (131) delas responderam que não houve (Tabela 9).

A seguir, na Tabela 10, será demonstrada a distribuição das mulheres no período gestacional conforme variáveis relacionadas a eventos marcantes na vida.

Tabela 10 - Distribuição das mulheres no período gestacional de acordo com as variáveis “eventos marcantes na vida”, “quantidade de eventos marcantes na vida” e “tipo de eventos marcantes na vida”. Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201)

| <b>Variáveis</b>                                | <b>f</b> | <b>%</b> |
|---|----------|----------|
| <b>Eventos marcantes na vida</b>                |          |          |
| Sim   | 53       | 26,4     |
| Não   | 148      | 73,6     |
| Total   | 201      | 100,0    |
| <b>Quantidade de eventos marcantes na vida*</b> |          |          |
| Até 2   | 51       | 96,2     |
| 3 ou mais                                       | 02       | 3,8      |
| Total   | 53       | 100,0    |
| <b>Tipo de eventos marcantes na vida**</b>      |          |          |
| Perda (morte) de pessoa querida                 | 30       | 56,6     |
| Separação do companheiro                        | 04       | 3,8      |
| Diagnóstico de doença em pessoa querida         | 07       | 13,2     |
| Diagnóstico de doença em você                   | 01       | 1,9      |
| Perda de emprego                                | 05       | 9,4      |
| Nascimento de filho/neto                        | 05       | 9,4      |
| Casamento                                       | 01       | 1,9      |
| Mudança de cidade                               | 02       | 3,8      |
| Aquisição de bens                               | 01       | 1,9      |
| Conflitos familiares                            | 01       | 1,9      |
| Assalto   | 01       | 1,9      |

Fonte: Da autora.

\*Somente mulheres no período gestacional que tiveram eventos marcantes na vida nos últimos 12 meses.

\*\*Somente mulheres no período gestacional que tiveram eventos marcantes na vida nos últimos 12 meses. Houve mais de uma resposta por entrevistada.

Ao analisar a variável “eventos marcantes na vida”, na tabela 10, verificou-se que, do total de pessoas avaliadas, 26,4% (53) tiveram algum evento marcante nos últimos 12 meses. Destes, com relação à quantidade de eventos, a maioria relatou a ocorrência de até dois acontecimentos, representando 96,2% (51) das participantes (média de 1,09, mediana de 1,0, desvio padrão de 0,354, mínimo de 01 e máximo de 03). Desses, o evento mais relatado foi a perda (morte) de pessoa querida, com um percentual de 56,6% (30), seguido de diagnóstico de doença em pessoa querida, com 13,2% (07).

## 6.2 AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DAS MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL

Nesta seção, será apresentada a avaliação da ansiedade das mulheres no período gestacional, por meio das Tabelas 11 e 12. Esta seção foi elaborada para atender ao objetivo específico “b”, que é o de avaliar a ansiedade das mulheres no período gestacional

A Tabela 11 apresenta a distribuição das gestantes conforme as respostas das perguntas da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (subescala de ansiedade).

Tabela 11- Distribuição das mulheres no período gestacional de acordo com as respostas das perguntas da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (subescala de Ansiedade). Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201)

|       | Perguntas  | Respostas                              | f   | %    |
|-------|--|--|-----|------|
| A (1) | Eu me sinto tenso ou contraído   | (0) Nunca                              | 22  | 10,9 |
|       |  | (1) De vez em quando                   | 106 | 52,7 |
|       |  | (2) Boa parte do tempo                 | 51  | 25,4 |
|       |  | (3) A maior parte do tempo             | 22  | 10,9 |
| A (3) | Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer              | (0) Não sinto nada disso               | 43  | 21,4 |
|       |  | (1) Um pouco, mas isso não me preocupa | 72  | 35,8 |
|       |  | (2) Sim, mas não tão forte             | 58  | 28,9 |
|       |  | (3) Sim, e de um jeito muito forte     | 28  | 13,9 |
| A(5)  | Estou com a cabeça cheia de preocupações   | (0) Raramente                          | 37  | 18,4 |
|       |  | (1) De vez em quando                   | 82  | 40,8 |
|       |  | (2) Boa parte do tempo                 | 49  | 24,4 |
|       |  | (3) A maior parte do tempo             | 33  | 16,4 |
| A(7)  | Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado                                 | (0) Sim, quase sempre                  | 41  | 20,4 |
|       |  | (1) Muitas vezes                       | 53  | 26,4 |
|       |  | (2) Poucas vezes                       | 93  | 46,3 |
|       |  | (3) Nunca                              | 14  | 7,0  |
| A(9)  | Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago | (0) Nunca                              | 35  | 17,4 |
|       |  | (1) De vez em quando                   | 104 | 51,7 |
|       |  | (2) Muitas vezes                       | 52  | 25,9 |
|       |  | (3) Quase sempre                       | 10  | 5,0  |
| A(11) | Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum            | (0) Não me sinto assim                 | 42  | 20,9 |
|       |  | (1) Um pouco                           | 94  | 46,8 |
|       |  | (2) Bastante                           | 42  | 20,9 |
|       |  | (3) Sim, demais                        | 23  | 11,4 |
| A(13) | De repente, tenho a sensação de entrar em pânico                                     | (0) Não sinto isso                     | 70  | 34,8 |
|       |  | (1) De vez em quando                   | 72  | 35,8 |
|       |  | (2) Várias vezes                       | 46  | 22,9 |
|       |  | (3) A quase todo momento               | 12  | 6,0  |

Fonte: Da autora.

Com relação às respostas das perguntas referentes à ansiedade, constatou-se que, dos 7 itens da escala, o de número 13 (De repente, tenho a sensação de entrar em pânico) que apresentou o maior percentual na resposta com escore 0, foi, 34,8% (70), seguido do item 1 (Eu me sinto tenso ou contraído) com um percentual

de 52,7% (106) no escore de número 1, o que indica uma menor somatória para a ansiedade. Já os itens que apresentaram maior percentual no escore 3, aumentando a somatória para a ansiedade foram: item 05 (Estou com a cabeça cheia de preocupações) (33), com 16,4% (33) e o item 3 (Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer), com 13,9% (28) (Tabela 11).

A seguir, na Tabela 12, será apresentada a distribuição das mulheres no período gestacional conforme a classificação da ansiedade.

Tabela 12 - Distribuição das mulheres no período gestacional conforme a classificação da ansiedade de acordo o ponto de corte. Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201)

| <b>Classificação da ansiedade</b> | <b>f</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------|----------|----------|
| Sem ansiedade                     | 101      | 50,2     |
| Com ansiedade                     | 100      | 48,2     |
| Total                             | 201      | 100,0    |

Fonte: Da autora.

Na análise da classificação da ansiedade, frente ao ponto de corte, notou-se que 50,2% (101) das participantes foram classificadas sem ansiedade, mas, destaca-se que 48,2% (100) foram classificadas com ansiedade, conforme representado na Tabela 12. De acordo com a estatística descritiva dessa variável, baseando-se na somatória dos 7 itens da subescala, verificou-se uma média de 8,91, mediana de 8,0, desvio padrão de 4,271, mínimo de 00 e máximo de 21.

Cabe salientar que, na avaliação da consistência interna da Escala de Ansiedade e Depressão (subescala de ansiedade), aplicou-se o coeficiente interno de *Alpha de Cronbach*, que obteve o valor de 0,804. Frente a isso, considerou-se a consistência interna do instrumento aceitável para os itens avaliados e correlacionados uns aos outros, apontando homogeneidade e confiabilidade do instrumento utilizado.

### 6.3 AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA DAS MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL

Nesta seção, será apresentada a avaliação da autoestima das mulheres no período gestacional, por meio das Tabelas 13 e 14. Essa seção foi elaborada para atender ao objetivo específico “c”, que é avaliar o nível de autoestima das mulheres no período gestacional.

A Tabela 13 apresenta a distribuição das gestantes conforme as respostas das afirmativas da Escala de Autoestima.

Tabela 13 - Distribuição das mulheres no período gestacional de acordo com as respostas das afirmativas da Escala de Autoestima. Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201)

|    | <b>Afirmativas</b>  | <b>Respostas</b>        | <b>f</b> | <b>%</b> |
|----|---|-------------------------|----------|----------|
| 1  | No conjunto, eu estou satisfeito comigo   | (1) Discordo totalmente | 02       | 1,0      |
|    |   | (2) Discordo            | 30       | 14,9     |
|    |   | (3) Concordo            | 146      | 72,6     |
|    |   | (4) Concordo totalmente | 23       | 11,4     |
| 2  | Às vezes, eu acho que não presto para nada  | (1) Concordo totalmente | 14       | 7,0      |
|    |   | (2) Concordo            | 63       | 31,3     |
|    |   | (3) Discordo            | 106      | 52,7     |
|    |   | (4) Discordo totalmente | 18       | 9,0      |
| 3  | Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades  | (1) Discordo totalmente | 02       | 1,0      |
|    |   | (2) Discordo            | 36       | 17,9     |
|    |   | (3) Concordo            | 142      | 70,6     |
|    |   | (4) Concordo totalmente | 21       | 10,4     |
| 4  | Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas                     | (1) Discordo totalmente | 01       | 0,5      |
|    |   | (2) Discordo            | 51       | 25,4     |
|    |   | (3) Concordo            | 131      | 65,2     |
|    |   | (4) Concordo totalmente | 18       | 9,0      |
| 5  | Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar                                       | (1) Concordo totalmente | 05       | 2,5      |
|    |   | (2) Concordo            | 70       | 34,8     |
|    |   | (3) Discordo            | 107      | 53,2     |
|    |   | (4) Discordo totalmente | 19       | 9,5      |
| 6  | Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes   | (1) Concordo totalmente | 10       | 5,0      |
|    |   | (2) Concordo            | 73       | 36,3     |
|    |   | (3) Discordo            | 100      | 49,8     |
|    |   | (4) Discordo totalmente | 18       | 9,0      |
| 7  | Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas | (1) Discordo totalmente | 03       | 1,5      |
|    |   | (2) Discordo            | 41       | 20,4     |
|    |   | (3) Concordo            | 136      | 67,7     |
|    |   | (4) Concordo totalmente | 21       | 10,4     |
| 8  | Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo                                  | (1) Concordo totalmente | 17       | 8,5      |
|    |   | (2) Concordo            | 98       | 48,8     |
|    |   | (3) Discordo            | 85       | 42,3     |
|    |   | (4) Discordo totalmente | 01       | 0,5      |
| 9  | No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso                             | (1) Concordo totalmente | 04       | 2,0      |
|    |   | (2) Concordo            | 38       | 18,9     |
|    |   | (3) Discordo            | 137      | 68,2     |
|    |   | (4) Discordo totalmente | 22       | 10,9     |
| 10 | Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo                                  | (1) Discordo totalmente | 02       | 1,0      |
|    |   | (2) Discordo            | 39       | 19,4     |
|    |   | (3) Concordo            | 145      | 72,1     |
|    |   | (4) Concordo totalmente | 15       | 7,5      |

Fonte: Da autora.

A análise da distribuição das mulheres no período gestacional de acordo com as respostas às afirmativas da Escala de Autoestima, conforme apresentada na Tabela 13, foi realizada separadamente. Essa divisão foi feita segundo as respostas às afirmativas dos sentimentos positivos (afirmativas 1, 3, 4, 7 e 10) e das respostas dos sentimentos negativos (afirmativas 2, 5, 6, 8 e 9) das participantes.

Dessa forma, pode-se compreender que, em relação aos sentimentos positivos, a maioria das entrevistadas concordou (escore 3) ou concordou totalmente (escore 4) com as afirmativas (1, 3, 7 e 10), apresentando percentuais acima de 79,0%. Sendo assim, foi possível perceber que os escores foram altos para essas afirmativas, variando entre o escore três e quatro, que são os melhores da escala para as afirmativas e, com isso, elevando a classificação da autoestima. Cabe ressaltar que, na afirmativa 04 (Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas), houve um percentual expressivo de pessoas que apresentaram escore 2 (discordo), sendo o valor de 25,4% (51) (Tabela 13).

Em relação às afirmativas relacionadas aos sentimentos negativos, percebe-se que grande parte das participantes discordaram (escore 3) ou discordaram totalmente (escore 4) das afirmativas. Dessa maneira, foi possível observar que os escores também foram altos para essas afirmativas, variando entre três e quatro. Ressalta-se que a afirmativa 08 (Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo) apresentou um percentual relevante de gestantes que relataram o escore 1 (concordo totalmente), 48,8% (98) e o escore 2 (concorda), 8,5% sendo estes considerados os escores mais baixos da escala. (Tabela 13).

A seguir, na Tabela 14, será apresentada a distribuição das mulheres no período gestacional conforme a classificação da autoestima.

Tabela 14 - Distribuição das mulheres no período gestacional conforme a classificação da autoestima de acordo os pontos de corte. Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201)

| <b>Classificação da Autoestima</b> | <b>f</b>   | <b>%</b>     |
|------------------------------------|------------|--------------|
| Autoestima Alta                    | 35         | 17,4         |
| Autoestima Média                   | 163        | 81,1         |
| Autoestima Baixa                   | 03         | 1,5          |
| <b>Total</b>                       | <b>201</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Da autora.

Ao avaliar a distribuição das mulheres no período gestacional conforme a classificação da autoestima, de acordo com os pontos de corte, foi possível verificar

que 81,1% (163) das entrevistadas foram classificadas com autoestima média. Cabe ressaltar que um percentual relevante das participantes foi classificada com autoestima alta, representado por 17,4% (35), e autoestima baixa, 1,5% (três) (Tabela 14). A estatística descritiva dessa variável, baseando-se na somatória dos 10 afirmativas da escala, apresentou uma média de 27,67, mediana de 29, desvio padrão de 4,040, mínimo de 15 e máximo de 39.

Para a avaliação da consistência interna da Escala de Autoestima de Rosenberg, aplicou-se o coeficiente interno de *Alpha de Cronbach* que obteve o valor de 0,846. Diante disso, considerou-se a consistência interna do instrumento aceitável para os itens avaliados e correlacionados uns aos outros, apresentando homogeneidade, o que apontou para a confiabilidade do instrumento para este estudo.

#### 6.4 ANÁLISE UNIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS À ANSIEDADE EM MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL

Nesta seção, será explicitada a análise univariada dos fatores associados à ansiedade em mulheres no período gestacional, com o intuito de responder ao objetivo específico “d”. Esse objetivo tem a finalidade de verificar se existe associação entre a ansiedade e as variáveis: idade, estado civil, crença religiosa, número de filhos, renda familiar mensal, tipo de moradia, escolaridade, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, uso de drogas ilícitas, prática de atividade física, doença crônica, uso de medicamentos contínuo e de uso diário, gravidez planejada, tipo de pré-natal, primeiro parto, idade gestacional, preocupação na gravidez, problemas na gravidez, ajuda para cuidar do recém-nascido, relação com o pai do recém-nascido, mudança de humor, influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher e eventos marcantes na vida. Com isso, para a apresentação dos resultados, foram elaboradas as Tabelas numeradas de 15 a 20.

A análise univariada dos fatores associados à ansiedade, de acordo com as variáveis faixa etária, estado civil, crença religiosa, número de filhos e renda familiar mensal, será apresentada na Tabela 15.

Tabela 15 - Análise univariada dos fatores associados à ansiedade conforme as variáveis “faixa etária”, “estado civil”, “crença religiosa”, “número de filhos” e “renda familiar mensal”. Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201).

| Variáveis                               | Sem Ansiedade | Com ansiedade | Valor-p | OR    | IC 95%      |
|---|---------------|---------------|---------|-------|-------------|
| <b>Faixa etária (em anos)</b>           |               |               |         |       |             |
| Até 30                                  | 72(71,3%)     | 82(82,0%)     | 0,073*  | 1,835 | 0,941-3,578 |
| 31 ou mais                              | 29(28,7%)     | 18(18,0%)     |         | 1,000 |             |
| <b>Estado civil</b>                     |               |               |         |       |             |
| Com companheiro                         | 61(60,4%)     | 60(60,0%)     | 0,954*  | 1,017 | 0,578-1,789 |
| Sem companheiro                         | 40(39,6%)     | 40(40,0%)     |         | 1,000 |             |
| <b>Crença religiosa</b>                 |               |               |         |       |             |
| Católica                                | 59(58,4%)     | 67(67,0%)     | 0,208*  | 1,000 | 0,389-1,229 |
| Outras                                  | 42(41,6%)     | 33(33,0%)     |         | 0,692 |             |
| <b>Quantidade de filhos</b>             |               |               |         |       |             |
| Até 2                                   | 98(97%)       | 93(93,0%)     | 0,214** | 2,579 | 0,617-9,792 |
| 3 ou mais                               | 03(3%)        | 07(7,0%)      |         | 1,000 |             |
| <b>Renda familiar mensal (em reais)</b> |               |               |         |       |             |
| Até 2000                                | 78(77,2%)     | 81(81,0%)     | 0,511*  | 1,257 | 0,635-2,488 |
| 2001 ou mais                            | 23(22,8%)     | 19(19%)       |         | 1,000 |             |

Fonte: Da autora

\*Aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson

IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

\*\*Aplicação do teste Exato de Fisher

OR=Odds ratio (razão de chances)

Nesta análise das associações apresentadas na Tabela 15, constatou-se que nenhuma variável (faixa etária, estado civil, crença religiosa, número de filhos e renda familiar mensal) possui associação significativa com a ansiedade ( $P > 0,05$ ).

Adiante, expõe-se, na Tabela 16, a análise univariada dos fatores associados à ansiedade de acordo com as variáveis: tipo de moradia, escolaridade, consumo de bebida alcoólica, tabagismo e uso de drogas ilícitas.

Tabela 16 - Análise univariada dos fatores associados à ansiedade conforme as variáveis “tipo de moradia”, “escolaridade”, “consumo de bebida alcoólica”, “tabagismo” e “uso de drogas ilícitas”. Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201).

| Variáveis                          | Sem ansiedade | Com ansiedade | Valor-p | OR    | IC 95%      |
|------------------------------------|---------------|---------------|---------|-------|-------------|
| <b>Tipo de moradia</b>             |               |               |         |       |             |
| Própria                            | 43(42,6%)     | 30(30,0%)     | 0,064*  | 1,000 | 0,967-3,095 |
| Outras                             | 58(57,4%)     | 70(70,0%)     |         | 1,730 |             |
| <b>Escolaridade</b>                |               |               |         |       |             |
| Até ensino fundamental             | 13(12,9%)     | 15(15,0%)     | 0,663*  | 1,000 | 0,537-2,659 |
| Ensino médio e superior            | 88(87,1%)     | 85(85,0%)     |         | 1,195 |             |
| <b>Consumo de bebida alcoólica</b> |               |               |         |       |             |
| Não                                | 96(95,0%)     | 95(95,0%)     | 0,987*  | 1,011 | 0,283-3,604 |
| Sim                                | 05(5,0%)      | 05(5,0%)      |         | 1,000 |             |
| <b>Tabagismo</b>                   |               |               |         |       |             |
| Não                                | 93(92,1%)     | 89(89,0%)     | 0,456*  | 1,437 | 0,552-3,737 |
| Sim                                | 08(7,9%)      | 11(11,0%)     |         | 1,000 |             |
| <b>Uso de drogas ilícitas</b>      |               |               |         |       |             |
| Não                                | 98(97,0%)     | 96(96,0%)     | 0,721** | 1,361 | 0,297-6,243 |
| Sim                                | 03(3,0%)      | 04(4,0%)      |         | 1,000 |             |

Fonte: Da autora

\*Aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson

\*\*Aplicação do teste Exato de Fisher

IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

OR=Odds ratio (razão de chances)

Ao avaliar a tabela 16, notou-se que nenhuma variável (tipo de moradia, escolaridade, consumo de bebida alcoólica, tabagismo e uso de drogas ilícitas) apresentou associação significativa com a ansiedade ( $P > 0,05$ ).

A análise univariada dos fatores associados à ansiedade, conforme as variáveis prática de atividade física, doença crônica, uso de medicamentos contínuo e/ou de uso diário, gravidez planejada, tipo de pré-natal será demonstrada na Tabela 17.

Tabela 17 - Análise univariada dos fatores associados à ansiedade conforme as variáveis “prática de atividade física”, “doença crônica”, “uso de medicamento contínuo e/ou de uso diário”, “gravidez planejada” e “tipo de pré-natal”. Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201).

| Variáveis  | Sem ansiedade | Com ansiedade | Valor-p | OR    | IC 95%      |
|--|---------------|---------------|---------|-------|-------------|
| <b>Prática de atividade física</b>                 |               |               |         |       |             |
| Não  | 76(75,2%)     | 77(77,0%)     | 0,771*  | 1,101 | 0,576-2,107 |
| Sim  | 25(24,8%)     | 23(23,0%)     |         | 1,000 |             |
| <b>Doença crônica</b>                              |               |               |         |       |             |
| Não  | 93(92,1%)     | 86(86,0%)     | 0,167*  | 1,892 | 0,757-4,734 |
| Sim  | 08(7,9%)      | 14(14,0%)     |         | 1,000 |             |
| <b>Uso de medicamento contínuo e/ou uso diário</b> |               |               |         |       |             |
| Não  | 39(38,6%)     | 44(44,0%)     | 0,438*  | 0,801 | 0,456-1,405 |
| Sim  | 62(61,4%)     | 56(56,0%)     |         | 1,000 |             |
| <b>Gravidez planejada</b>                          |               |               |         |       |             |
| Não  | 60(59,4%)     | 56(56,0%)     | 0,625*  | 1,000 | 0,497-1,523 |
| Sim  | 41(40,6%)     | 44(44,0%)     |         | 0,870 |             |
| <b>Tipo de pré-natal</b>                           |               |               |         |       |             |
| Alto risco   | 16(15,8%)     | 18(18,0%)     | 0,683*  | 1,000 | 0,557-2,441 |
| Risco habitual                                     | 85(84,2%)     | 82(82,0%)     |         | 1,166 |             |

Fonte: Da autora

\*Aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson

IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

OR=Odds ratio (razão de chances)

Destaca-se que as variáveis (prática de atividade física, doença crônica, uso de medicamento contínuo e/ou de uso diário, gravidez planejada e tipo de pré-natal) não obtiveram associação significativa com a ansiedade ( $P > 0,05$ ) (Tabela 17).

A seguir, será explicitada a análise univariada dos fatores associados à ansiedade conforme as variáveis da Tabela 18, primeiro parto, idade gestacional, preocupação na gravidez, problemas na gravidez e ajuda para cuidar do recém-nascido.

Tabela 18 - Análise univariada dos fatores associados à ansiedade conforme as variáveis “primeiro parto”, “idade gestacional”, “preocupação na gravidez”, “problema na gravidez” e “ajuda para cuidar do recém-nascido”. Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201).

| Variáveis                                 | Sem ansiedade | Com ansiedade | Valor-p | OR    | IC 95%      |
|---|---------------|---------------|---------|-------|-------------|
| <b>Primeiro parto</b>                     |               |               |         |       |             |
| Não                                       | 55(54,5%)     | 53(53,0%)     | 0,836*  | 1,060 | 0,609-1,846 |
| Sim                                       | 46(45,5%)     | 47(47,0%)     |         | 1,000 |             |
| <b>Idade gestacional</b>                  |               |               |         |       |             |
| 1º e 2º trimestre                         | 72(71,3%)     | 69(69,0%)     | 0,723*  | 1,115 | 0,609-2,042 |
| 3º trimestre                              | 29(28,7%)     | 31(31,0%)     |         | 1,000 |             |
| <b>Preocupação na gravidez</b>            |               |               |         |       |             |
| Não                                       | 61(60,4%)     | 56(56,0%)     | 0,528*  | 1,198 | 0,684-2,100 |
| Sim                                       | 40(39,6%)     | 44(44,0%)     |         | 1,000 |             |
| <b>Problema na gravidez</b>               |               |               |         |       |             |
| Não                                       | 88(87,1%)     | 84(84,0%)     | 0,528*  | 1,289 | 0,585-2.843 |
| Sim                                       | 13(12,9%)     | 16(16,0%)     |         | 1,000 |             |
| <b>Ajuda para cuidar do recém-nascido</b> |               |               |         |       |             |
| Não                                       | 14(13,9%)     | 12(12,0%)     | 0,694*  | 0,847 | 0,371-1,936 |
| Sim                                       | 87(86,1%)     | 88(88,0%)     |         | 1,000 |             |

Fonte: Da autora

\*Aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson

IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

OR=Odds ratio (razão de chances)

Cabe ressaltar que nenhuma variável (primeiro parto, idade gestacional, preocupação na gravidez, problemas na gravidez e ajuda para cuidar do recém-nascido) apresentou associação significativa com a ansiedade ( $P > 0,05$ ) (Tabela 18).

A análise univariada dos fatores associados à ansiedade, conforme as variáveis relação com o pai do recém-nascido, mudança de humor, influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher e eventos marcantes na vida será demonstrada na Tabela 19.

Tabela 19 - Análise univariada dos fatores associados à ansiedade conforme as variáveis “relação com o pai do recém-nascido”, “mudança de humor”, “influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher” e “eventos marcantes na vida”. Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201).

| Variáveis  | Sem ansiedade | Com ansiedade | Valor-p       | OR             | IC 95%       |
|--|---------------|---------------|---------------|----------------|--------------|
| <b>Relação com o pai do recém-nascido</b>                                |               |               |               |                |              |
| Ótima/boa  | 87(86,1%)     | 86(86,0%)     | 0,977*        | 1,012<br>1,000 | 0,455-2,248  |
| Razoável/Ruim  | 14(13,9%)     | 14(14,0%)     |               |                |              |
| <b>Mudança de humor</b>  |               |               |               |                |              |
| Não  | 49(48,5%)     | 28(28,0%)     | <b>0,003*</b> | 1,000<br>2,423 | 1,349-4,352  |
| Sim  | 52(51,5%)     | 72(72,0%)     |               |                |              |
| <b>Influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher</b> |               |               |               |                |              |
| Não  | 73(72,3%)     | 58(58,0%)     | <b>0,034*</b> | 1,888<br>1,000 | 1,047-3,404  |
| Sim  | 28(27,7%)     | 42(42,0%)     |               |                |              |
| <b>Eventos marcantes na vida</b>   |               |               |               |                |              |
| Não  | 75(74,3%)     | 73(73,0%)     | 0,840*        | 1,067<br>1,000 | 0,570-01,998 |
| Sim  | 26(25,7%)     | 27(27,0%)     |               |                |              |

Fonte: Da autora

\*Aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson

IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

OR=Odds ratio (razão de chances)

A análise realizada na Tabela 19 apresentou que a variável “mudança de humor” demonstrou associação significativa com a ansiedade ( $p=0,003$ ), evidenciando que as gestantes que apresentaram mudança de humor tiveram mais chances de ter ansiedade, aproximadamente 2,5 vezes. Além desta, a variável “influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher” apresentou associação significativa com a ansiedade ( $p=0,034$ ), constatando-se que as participantes que não acharam que a mudança física durante a gestação influenciou a sua vida têm cerca de 2 vezes mais chances de estar com ansiedade

Destaca-se que as demais variáveis (relação com o pai do recém-nascido e eventos marcantes na vida) não obtiveram uma associação significativa com a

ansiedade ( $P > 0,05$ ) (Tabela 19).

A seguir, será apresentada na Tabela 20 a avaliação dos parâmetros do modelo de regressão logística das variáveis independentes com a ansiedade.

Tabela 20 – Avaliação dos parâmetros do modelo de regressão logística das variáveis independentes com a ansiedade. Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201)

| Variável                | Parâmetro | Erro-padrão | OR    | IC95(OR)    | Valor-p |
|-------------------------|-----------|-------------|-------|-------------|---------|
| <b>Mudança de Humor</b> | 0,821     | 0,299       | 2,423 | 1,329-4,352 | 0,003   |

Fonte: Da autora.

OR=Odds ratio (razão de chances)

Após a análise dos parâmetros de todas as variáveis independentes com a ansiedade, pelo modelo de regressão logística, constatou-se que somente a variável “mudança de humor” apresentou associação significativa ( $p=0,003$ ), resultando em um modelo final ajustado (Tabela 20).

Dessa forma, o modelo constatou que as mulheres no período gestacional que apresentaram mudança de humor tiveram 2,5 vezes mais chances de ter ansiedade (Tabela 20).

## 6.5 ANÁLISE UNIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS À AUTOESTIMA EM MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL

Nesta seção, será explicitada a análise univariada dos fatores associados à autoestima em mulheres no período gestacional, no intuito de responder ao objetivo específico “e”. Esse objetivo tem a finalidade de verificar se existe associação entre o nível de autoestima e as variáveis: idade, estado civil, crença religiosa, número de filhos, renda familiar mensal, tipo de moradia, escolaridade, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, uso de drogas ilícitas, prática de atividade física, doença crônica, uso de medicamentos contínuo e de uso diário, gravidez planejada, tipo de pré-natal, primeiro parto, idade gestacional, preocupação na gravidez, problemas na gravidez, ajuda para cuidar do recém-nascido, relação com o pai do recém-nascido, mudança de humor, influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher e eventos marcantes na vida. Com isso, para a apresentação dos resultados, foram elaboradas as Tabelas numeradas de 21 a 25.

A análise univariada dos fatores associados à autoestima de acordo com as

variáveis faixa etária, estado civil, crença religiosa, número de filhos e renda familiar mensal, será apresentada na Tabela 21.

Tabela 21 - Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “faixa etária”, “estado civil”, “crença religiosa”, “número de filhos” e “renda familiar mensal”. Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201).

| Variáveis                               | Autoestima alta | Autoestima média/baixa | Valor-p | OR    | IC 95%      |
|---|-----------------|------------------------|---------|-------|-------------|
| <b>Faixa etária (em anos)</b>           |                 |                        |         |       |             |
| Até 30                                  | 24(68,6%)       | 130(78,3%)             | 0,216*  | 1,655 | 0,741-3,696 |
| 31 ou mais                              | 11(31,4%)       | 36(21,7%)              |         | 1,000 |             |
| <b>Estado civil</b>                     |                 |                        |         |       |             |
| Com companheiro                         | 24(68,6%)       | 97(58,4%)              | 0,265*  | 1,552 | 0,713-3,377 |
| Sem companheiro                         | 11(31,4%)       | 69(41,6%)              |         | 1,000 |             |
| <b>Crença religiosa</b>                 |                 |                        |         |       |             |
| Católica                                | 24(68,6%)       | 102(61,4%)             | 0,428*  | 1,369 | 0,628-2,984 |
| Outras                                  | 11(31,4%)       | 64(38,6%)              |         | 1,00  |             |
| <b>Número de filhos</b>                 |                 |                        |         |       |             |
| Até 2                                   | 35(100,0%)      | 156(94,0%)             | 0,136** | ***   |             |
| 3 ou mais                               | 00(0,0%)        | 10(6,0%)               |         |       |             |
| <b>Renda familiar mensal (em reais)</b> |                 |                        |         |       |             |
| Até 2000                                | 28(80,0%)       | 131(78,9%)             | 0,886*  | 1,000 | 0,377-2,321 |
| 2001 ou mais                            | 07(20,0%)       | 35(21,1%)              |         | 0,936 |             |

Fonte: Da autora

\*Aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson

OR=Odds ratio (razão de chances)

\*\*Aplicação do teste Exato de Fisher

IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

\*\* Impossibilidade de cálculo de Odds Ratio devido à existência de caselas nulas.

Nessa análise (Tabela 21), notou-se que as variáveis faixa etária, estado civil, crença religiosa, número de filhos e renda familiar mensal não mostraram associação significativa com a autoestima ( $P>0,05$ ).

A análise univariada dos fatores associados à autoestima, conforme as variáveis tipo de moradia, escolaridade, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, uso de drogas ilícitas será demonstrada na Tabela 22.

Tabela 22 - Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “tipo de moradia”, “escolaridade”, “consumo de bebida alcoólica”, “tabagismo” e “uso de drogas ilícitas”. Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201).

| Variáveis                          | Autoestima alta | Autoestima média/baixa | Valor-p | OR    | IC 95%       |
|------------------------------------|-----------------|------------------------|---------|-------|--------------|
| <b>Tipo de moradia</b>             |                 |                        |         |       |              |
| Própria                            | 13(37,1%)       | 60(36,1%)              | 0,911*  | 1,000 | 0,491-2,222  |
| Outras                             | 22(62,9%)       | 106(63,9%)             |         | 1,044 |              |
| <b>Escolaridade</b>                |                 |                        |         |       |              |
| Até ensino fundamental             | 5(14,3%)        | 23(13,9%)              | 0,947*  | 0,965 | 0,340-2,742  |
| Ensino médio e superior            | 30(85,7%)       | 143(86,1%)             |         | 1,000 |              |
| <b>Consumo de bebida alcoólica</b> |                 |                        |         |       |              |
| Não                                | 34(97,1%)       | 157(94,6%)             | 1,000** | 1,949 | 0,239-15,900 |
| Sim                                | 01(2,9%)        | 09(5,4%)               |         | 1,000 |              |
| <b>Tabagismo</b>                   |                 |                        |         |       |              |
| Não                                | 33(94,3%)       | 149(89,8%)             | 0,537** | 1,886 | 0,415-8,547  |
| Sim                                | 02(5,7%)        | 17(10,2%)              |         | 1,000 |              |
| <b>Uso de drogas ilícitas</b>      |                 |                        |         |       |              |
| Não                                | 35(100,0%)      | 159(95,8%)             | 0,608** | ***   |              |
| Sim                                | 00(0,0%)        | 07(4,2%)               |         |       |              |

Fonte: Da autora

\*Aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

\*\*Aplicação do teste Exato de Fisher OR=Odds ratio (razão de chances)

\*\*\* Impossibilidade de cálculo de Odds Ratio devido à existência de caselas nulas.

Ao avaliar a tabela 22, notou-se que nenhuma variável (tipo de moradia, escolaridade, consumo de bebida alcoólica, tabagismo e uso de drogas ilícitas) apresentou associação significativa com a autoestima ( $P > 0,05$ ).

A análise univariada dos fatores associados à autoestima, conforme as variáveis prática de atividade física, doença crônica, uso de medicamentos contínuo e/ou de uso diário, gravidez planejada, tipo de pré-natal será demonstrada na Tabela 23.

Tabela 23 - Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “prática de atividade física”, “doença crônica”, “uso de medicamento contínuo e/ou de uso diário”, “gravidez planejada” e “tipo de pré-natal”. Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201).

| Variáveis   | Autoestima alta | Autoestima média/baixa | Valor-p | OR    | IC 95%      |
|---|-----------------|------------------------|---------|-------|-------------|
| <b>Prática de atividade física</b>                    |                 |                        |         |       |             |
| Não   | 25(71,4%)       | 128(77,1)              | 0,474*  | 1,347 | 0,595-3,053 |
| Sim   | 10(28,6)        | 38(22,9%)              |         | 1,000 |             |
| <b>Doença crônica</b>                                 |                 |                        |         |       |             |
| Não   | 31(91,4%)       | 147(88,6%)             | 0,772** | 1,379 | 0,385-4,940 |
| Sim   | 03(8,6%)        | 19(11,4%)              |         | 1,000 |             |
| <b>Uso de medicamento contínuo e/ou de uso diário</b> |                 |                        |         |       |             |
| Não   | 15(42,9%)       | 68(41,0%)              | 0,836*  | 1,000 | 0,517-2,260 |
| Sim   | 20(57,1%)       | 98(59,0%)              |         | 1,081 |             |
| <b>Gravidez planejada</b>                             |                 |                        |         |       |             |
| Não   | 22(62,9%)       | 94(56,6%)              | 0,498*  | 1,000 | 0,364-1,635 |
| Sim   | 13(37,1%)       | 72(43,4%)              |         | 0,771 |             |
| <b>Tipo de pré-natal</b>                              |                 |                        |         |       |             |
| Alto risco  | 05(14,3%)       | 29(17,5%)              | 0,648*  | 1,000 | 0,454-3,551 |
| Risco habitual  | 30(85,7%)       | 137(82,5%)             |         | 1,270 |             |

Fonte: Da autora

\*Aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson

IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

\*\*Aplicação do teste Exato de Fisher

OR=Odds ratio (razão de chances)

Destaca-se que as variáveis prática de atividade física, doença crônica, uso de medicamentos contínuo e de uso diário, gravidez planejada, tipo de pré-natal não obtiveram associação significativa com a autoestima ( $P>0,05$ ) (Tabela 23).

A seguir, será explicitada a análise univariada dos fatores associados à autoestima, conforme as variáveis da Tabela 24, primeiro parto, idade gestacional, preocupação na gravidez, problemas na gravidez e ajuda para cuidar do recém-nascido.

Tabela 24 - Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “primeiro parto”, “idade gestacional”, “preocupação na gravidez”, “problema na gravidez” e “ajuda para cuidar do recém-nascido”. Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201).

| Variáveis                                 | Autoestima alta | Autoestima média/baixa | Valor-p | OR    | IC 95%       |
|---|-----------------|------------------------|---------|-------|--------------|
| <b>Primeiro parto</b>                     |                 |                        |         |       |              |
| Não                                       | 21(60,0%)       | 87(52,4%)              | 0,413*  | 1,372 | 0,649-2,860  |
| Sim                                       | 14(40,0%)       | 79(47,6%)              |         | 1,000 |              |
| <b>Idade gestacional</b>                  |                 |                        |         |       |              |
| 1º e 2º trimestre                         | 21(60,0%)       | 120(72,3%)             | 0,149*  | 1,000 | 0,270-1,226  |
| 3º trimestre                              | 14(40,0%)       | 46(27,7%)              |         | 0,575 |              |
| <b>Preocupação na gravidez</b>            |                 |                        |         |       |              |
| Não                                       | 20(57,1%)       | 97(58,4%)              | 0,888*  | 1,000 | 0,454-1,982  |
| Sim                                       | 15(42,9%)       | 69(41,6%)              |         | 0,948 |              |
| <b>Problema na gravidez</b>               |                 |                        |         |       |              |
| Não                                       | 31(88,6%)       | 141(84,9%)             | 0,792** | 1,374 | 0,446-4,232  |
| Sim                                       | 04(11,4%)       | 25(15,1%)              |         | 1,000 |              |
| <b>Ajuda para cuidar do recém-nascido</b> |                 |                        |         |       |              |
| Não                                       | 02(5,7%)        | 24(14,5%)              | 0,265** | 1,000 | 0,628-12,391 |
| Sim                                       | 33(94,3%)       | 142(85,5%)             |         | 2,789 |              |

Fonte: Da autora

\*Aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson

IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

\*\*Aplicação do teste Exato de Fisher

OR=Odds ratio (razão de chances)

De acordo com a Tabela 24, nenhuma variável (primeiro parto, idade gestacional, preocupação na gravidez, problemas na gravidez e ajuda para cuidar do recém-nascido) apresentou associação significativa com a autoestima ( $P > 0,05$ ).

A análise univariada dos fatores associados à autoestima, conforme as variáveis relação com o pai do recém-nascido, mudança de humor, influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher e eventos marcantes na vida, será demonstrada na Tabela 25.

Tabela 25 - Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “relação com o pai do recém-nascido”, “mudança de humor”, “influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher” e “eventos marcantes na vida”. Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201).

| Variáveis  | Autoestima alta | Autoestima média/baixa | Valor-p | OR    | IC 95%      |
|--|-----------------|------------------------|---------|-------|-------------|
| <b>Relação com o pai do recém-nascido</b>                                |                 |                        |         |       |             |
| Ótima/boa  | 31(88,6%)       | 142(85,5%)             | 0,792** | 1,310 | 0,424-4,045 |
| Razoável/Ruim  | 04(11,4%)       | 24(14,5%)              |         | 1,000 |             |
| <b>Mudança de humor</b>  |                 |                        |         |       |             |
| Sentimentos positivos  | 14(40,0%)       | 63(38,0%)              | 0,821*  | 1,000 | 0,517-2,297 |
| Sentimentos negativos  | 21(60,0%)       | 103(62,0%)             |         | 1,090 |             |
| <b>Influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher</b> |                 |                        |         |       |             |
| Não  | 25(71,4%)       | 106(63,9%)             | 0,393*  | 1,415 | 0,637-3,146 |
| Sim  | 10(28,6%)       | 60(36,1%)              |         | 1,000 |             |
| <b>Eventos marcantes na vida</b>   |                 |                        |         |       |             |
| Não  | 26(74,3%)       | 122(73,5%)             | 0,923*  | 1,042 | 0,453-2,396 |
| Sim  | 09(25,7%)       | 44(26,5%)              |         | 1,000 |             |

Fonte: Da autora

\*Aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson

\*\*Aplicação do teste Exato de Fisher

IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

OR=Odds ratio (razão de chances)

A análise realizada na Tabela 25 apresentou que as variáveis - relação com o pai do recém-nascido, mudança de humor, influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher e eventos marcantes na vida - não obtiveram uma associação significativa com a autoestima ( $P>0,05$ ).

Cabe ressaltar que, após a análise dos parâmetros de todas as variáveis independentes com a autoestima, pelo modelo de regressão logística, constatou-se que nenhuma variável apresentou associação significativa ( $P>0,05$ ), permanecendo no modelo final.

## 6.6 ANÁLISE UNIVARIADA DA ANSIEDADE COM AUTOESTIMA DAS MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL

Nesta seção, será apresentada a análise univariada da ansiedade com a autoestima das mulheres no período gestacional, para responder ao objetivo específico “f”. Assim, verificou-se se existe associação entre ansiedade e autoestima das mulheres no período gestacional.

Na Tabela 26, relata-se a análise da associação da ansiedade com a autoestima em mulheres no período gestacional.

Tabela 26– Análise univariada da associação da variável ansiedade com a autoestima das mulheres no período gestacional. Alfenas, MG, 2019/2020. (n=201)

| Variáveis        | Autoestima alta | Autoestima média/baixa | Valor-p       | OR    | IC 95%      |
|------------------|-----------------|------------------------|---------------|-------|-------------|
| <b>Ansiedade</b> |                 |                        |               |       |             |
| Não              | 26(25,7%)       | 75(74,3%)              | <b>0,002*</b> | 1,000 | 1,548-7,937 |
| Sim              | 09(9,0%)        | 91(91,0%)              |               | 3,505 |             |

Fonte: Da autora.

\*Aplicação do Teste Qui- Quadrado de Person      OR=*Odds ratio* (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

Na análise da Tabela 26, notou-se que a variável “ansiedade” mostrou associação significativa com a autoestima ( $p=0,002$ ), ou seja, as mulheres no período gestacional com ansiedade tiveram quase quatro vezes mais chances de apresentar autoestima média/baixa.

## 7 DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão discutidos os resultados do presente estudo. Para melhor compreensão, organizou-se em seis seções. Na primeira seção, discute-se a análise descritiva das variáveis estudadas. Na segunda seção, é realizada a discussão da avaliação da ansiedade em mulheres no período gestacional. Na terceira, mostra-se a discussão da avaliação da autoestima em mulheres no período gestacional. Na sequência, quarta seção apresenta-se a discussão da análise univariada dos fatores associados a ansiedade em mulheres no período gestacional. Na quinta seção, discute-se a análise univariada dos fatores associados à autoestima em mulheres no período gestacional. Por fim, na sexta seção, apresenta-se a discussão da análise univariada da ansiedade com a autoestima das mulheres no período gestacional.

### 7.1 ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS

No presente estudo, observou-se que a amostra foi constituída por mulheres no período gestacional com maior frequência na faixa etária de até 25 anos, casadas ou com companheiro(a), católicas, com filhos (até dois filhos), com renda familiar mensal de R\$ 1001 a 2000 reais (aproximadamente de 1 a 2 salários mínimos) e ensino médio completo.

Em uma pesquisa realizada com objetivo de analisar o perfil psicossocial de 160 gestantes durante o pré-natal, em um Ambulatório de Obstetrícia da Unidade Materno-Infantil do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, no município de São Luís – MA, constatou-se que a maioria delas, 48,75%, apresentava a faixa etária de 19 a 35 anos (GOMES *et al.*, 2020).

Ao tomar por base os comentários de Montenegro (2017), ressalta-se que as mulheres são mais férteis entre 15 e 30 anos. Assim, é considerada “idosa” a grávida acima de 35 anos, no entanto, a definição de idade materna avançada mais recente foi elevada para 40 a 45 anos.

Em contraponto, um estudo atual realizado em Francisco Beltrão-Paraná, verificou-se que a maioria das gestantes tinha idade entre 15 e 35 anos, ou seja, estas gestantes eram jovens e em idade fértil. Destaca-se que é considerado um fator de risco a gravidez na adolescência, assim como nas mulheres com idade

superior a 35 anos (DALLA COSTA *et al.*, 2016).

Em investigação com abordagem qualitativa, realizada em uma unidade de atenção primária na cidade de Fortaleza-Ceará, com dez gestantes, em que o objetivo foi conhecer as percepções e as vivências das gestantes acerca do estresse vivenciado no ciclo gravídico, evidenciou-se que a maioria era casada, com ensino médio completo e com até dois filhos (MONTEIRO *et al.*, 2018). Resultado semelhante também foi constatado no estudo de Dalla Costa *et al.* (2016) em que 85,5% das mulheres avaliadas viviam com o companheiro. Essas informações corroboram os achados do presente estudo.

Ainda no que se refere à variável número de filhos, de acordo com as informações da revisão 2018 da Projeção de População do IBGE, a taxa de fecundidade total nesse ano foi de 1,7 filhos por mulher, sendo que o número médio de filhos deverá reduzir para 1,66 no ano de 2060. Com isso, percebe-se que o panorama brasileiro vem se modificando nos últimos anos, com o declínio da taxa de fecundidade. Em menos de 30 anos, a população do Brasil deve estagnar em 233,2 milhões de pessoas (IBGE, 2018).

A presente taxa de fecundidade pode ser consequência de alguns fatores que foram identificados na literatura e que permeiam a temática do projeto de ter filhos, como o processo de escolha entre ter ou não filhos, a transição para a parentalidade como projeto conjugal, o momento certo para se ter um filho e os conflitos que permeiam o processo de escolha (BIFFI; GRANATO, 2017).

Paralelamente a esses dados, uma investigação realizada em Santarém/PA, mostrou que 59,0% das gestantes avaliadas eram multíparas (XAVIER *et al.*, 2013), o que também foi evidenciado no presente estudo.

Constatou-se em pesquisa com 920 gestantes, em que o objetivo foi analisar a presença de condições de risco e sua relação com as características sociodemográficas de gestantes atendidas em um ambulatório especializado do Sul do Brasil, no Estado do Paraná, que a maioria (60,1%) era casada e 67,20% eram da crença religiosa católica (ANTUNES *et al.*, 2019).

Complementando, com relação à crença religiosa, é visto em pesquisa que a população brasileira era quase na sua totalidade católica, com 99,7%, o que decorre do processo histórico de colonização do país. Entretanto, com base no Censo Demográfico de 2010, o último divulgado contendo dados sobre a religião, nota-se que há um declínio dessa tendência, em que os evangélicos somavam 5,2% e as

demais religiões, com exceção da católica, 2,3% do total (IBGE, 2012). A maioria das gestantes, no presente estudo, tem alguma influência da religião católica e de outras crenças religiosas, como a evangélica e o espiritismo que também foram mencionados pelas participantes.

Em pesquisa realizada com gestantes que avaliaram o estresse no ciclo gravídico, mostrou-se que a fé vai além da religião, sendo benéfico o apoio que esta pode trazer no ciclo gravídico, resultando em bem-estar físico e mental da gestante (MONTEIRO *et al.*, 2018).

Cabe ressaltar que a religiosidade e a espiritualidade são termos com estreita relação, que apresentam um significado importante nas diversas fases da vida do indivíduo, auxiliando-as frente aos diferentes eventos negativos da vida cotidiana (RAHNAMA *et al.*, 2015).

A renda familiar pode ter impactos diretos na saúde materna e fetal, como é visto em pesquisa realizada na Argentina com o objetivo de avaliar os efeitos dos ciclos de desemprego sobre a saúde infantil e de mulheres grávidas entre 1994 e 2006. Esse estudo apontou que a redução na perda de renda e de emprego pode ter impacto negativo na saúde infantil e materna, devido à redução do consumo de insumos produtores de saúde (WHEBY; GIMENEZ; LÓPEZ-CAMELO, 2017).

Em investigação realizada com 48 participantes, 67,0% delas apresentavam a renda familiar mensal de um a dois salários mínimos (XAVIER *et al.*, 2014), o que entra em consonância com os achados do presente estudo, em que a maioria afirma renda mensal de aproximadamente de 1 a 2 salários mínimos.

Com relação à variável tipo de moradia, os dados encontrados na presente investigação, 51,2% das gestantes avaliadas, possuem casa alugada. Esse achado apresenta divergência com os dados brasileiros, de acordo com o último censo em 2010 contendo esta variável, em que a maioria da população (74,8%) possui habitação própria, e, destes, 69,9% são quitados e 4,9%, em aquisição (IBGE, 2015).

Já para a variável escolaridade, um estudo realizado com gestantes durante o pré-natal, no município de São Luís, Maranhão, evidenciou que a maioria (41,25%) apresentava ensino médio completo (GOMES *et al.*, 2020). Resultado similar também foi encontrado na pesquisa de Antunes *et al.* (2019), com gestantes que realizavam pré-natal, e que encontrou que a maioria delas estudou mais de oito anos (77,8%), o que corrobora os dados da presente pesquisa.

No que se refere ao uso de bebidas alcoólicas, os achados nas investigações apresentadas a seguir estão com valores percentuais de gestantes que consomem este tipo de bebida superiores ao encontrados no presente estudo, em que apenas 5,0% das entrevistadas consumiam álcool.

Pesquisa realizada em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde, no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, com 1958 participantes, constatou que 42,8% delas faziam uso de bebida alcoólica (GONÇALVES *et al.*, 2018). Investigação realizada com 212 adolescentes grávidas no Centro de Saúde Kangemi, em Nairobi, com objetivo de verificar determinantes sociais da saúde mental, como apoio social, apoio do parceiro ou dos pais, perfil demográfico, avaliação para depressão, gravidade da depressão e abuso de álcool, verificou que 26,9% utilizavam álcool (KIMBUI; KURIA; YATOR *et al.*, 2018).

Já em estudo realizado com objetivo descrever a prevalência do consumo abusivo de álcool na população brasileira, segundo características sociodemográficas e de saúde, em 2013, constatou-se que houve diminuição do consumo dessa bebida com o aumento da idade. Prevalências maiores foram observadas entre adultos jovens em comparação com aqueles de idade mais elevada: entre 18 a 29 anos (18,8%); 30 a 39 anos (17,8%); 40 a 49 anos (13,7%); 50 a 59 anos (10,3%); 60 a 69 anos (5,9%) e 70 anos ou mais (1,4%) (GARCIA; FREITAS, 2015). Vale ressaltar que, na faixa etária de 18 a 29 anos do trabalho mencionado anteriormente, estão incluídos homens e mulheres.

Cabe ressaltar que a bebida alcoólica é a substância mais utilizada entre as pessoas das mais diferentes culturas, cuja contribuição para a morbidade e a mortalidade é alta. Estima-se que 3,8% das mortes e 4,6% dos anos de vida perdidos por incapacidade sejam em decorrência do consumo de bebidas alcoólicas (DSM-5 – MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 2014).

Quanto ao uso de tabaco, é visto que nas últimas décadas houve um aumento desse consumo em mulheres, o que pode gerar repercussões negativas no organismo. Na gestação, esse quadro ainda é mais preocupante, uma vez que as substâncias contidas nas drogas trazem consequências severas à saúde materno-fetal (MARANGONI *et al.*, 2018).

O acompanhamento rotineiro do pré-natal pode ser o diferencial na prevenção do uso de álcool e de tabaco a abordagem dessa temática nas consultas pelo

profissional enfermeiro possibilita propagar informações coerentes para as gestantes quanto às possíveis implicações frente ao uso dessas drogas (MOTTA; LINHARES, 2016).

Em estudo realizado com 1958 mulheres em Estratégia Saúde da Família da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, constatou-se que 21,3% das participantes afirmaram não fazer uso de tabaco (GONÇALVES *et al.*, 2018), o que está em consonância com o presente estudo, em que apenas 9,5% das gestantes fazem uso dessa substância.

É notável que, durante a gestação, a maioria das mulheres apresenta alterações de ordem física, psicológica e social, com maior suscetibilidade a diversos agravos. Quando associado ao envolvimento com drogas, sejam elas ilícitas ou lícitas, o contexto de vulnerabilidade dessas mulheres é ampliado e pode repercutir diretamente sobre a relação do binômio mãe-feto e sobre a experiência da maternidade (PORTO *et al.*, 2018). Em um estudo realizado em Maringá/Paraná, com 394 gestantes, identificou-se que aproximadamente 18% das entrevistadas faziam uso abusivo de drogas durante a gestação, com o consumo mais prevalente de tabaco (9,1%) e álcool (6,1%) (KASSADA *et al.*, 2013).

Em investigação realizada com o objetivo de avaliar mudanças espontâneas no padrão de uso de substâncias psicoativas por gestantes em seguimento de pré-natal em um serviço universitário de gravidez de alto risco, com 76 mulheres, na cidade Campinas-São Paulo, constatou-se que 27,6% faziam uso de cocaína, 26,3%, uso de maconha e 13,1%, uso de crack (TAMASHIRO, MILANEZ, AZEVEDO, 2020).

Paralelamente a este estudo, com o objetivo de relacionar o uso de álcool e de outras drogas durante a gestação à restrição do crescimento fetal em puérperas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família de Araguari, encontrou-se que 1,43% das mulheres utilizavam maconha e 5,71%, cocaína e crack (CARVALHO *et al.*, 2019). Os resultados achados na presente pesquisa corroboram os citados anteriormente.

Cabe ressaltar que o álcool e o tabaco não são considerados, por algumas pessoas, drogas pelo senso comum, devido ao seu caráter lícito. Devido à comercialização legalmente permitida para pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, é rotineira a inserção das bebidas alcoólicas juntamente com os derivados do tabaco na sociedade brasileira, além de serem aceitas em âmbito cultural e social

pela população. Essa aceitação relaciona-se ao fato de o consumo de bebidas alcoólicas normalmente fazerem parte das festividades sociais e da rotatividade na economia (COSTA *et al.*, 2013; ROCHA; DAVID, 2015). Entretanto, nesse contexto, é importante que os profissionais de saúde que atuam nas consultas de pré-natal, principalmente o enfermeiro, trabalhem de forma intensa no combate ao consumo de álcool e de tabaco, no intuito de prevenir complicações no ciclo gravídico-puerperal.

Quanto à variável prática de atividade física regular, faz-se importante mencionar que ela é necessária para se obter um estilo de vida ativo e saudável, sendo relacionada ao comportamento humano voluntário, englobando componentes e determinantes de ordem biológica e psicossociocultural (BARBOSA, 2019).

Desde a década de 1980, a prática regular de atividade física durante a gestação vem sendo estudada e estimulada, por se associar a benefícios para a saúde física e psicológica da gestante e por não influenciar adversamente os desfechos neonatais, porém, somente em 2002, foi reconhecida como segura durante esse período na vida da mulher (NASCIMENTO *et al.*, 2014).

Cabe ressaltar que o Manual de Atenção ao Pré-Natal de baixo risco aborda que o exercício aeróbico regular é importante durante a gravidez, pois resulta em melhora da capacidade física e da boa imagem corporal, sendo que as gestantes devem ser avaliadas antes do início da atividade física. Podem ser realizadas atividades físicas recreativas, moderadas, por 30 minutos diariamente; no entanto, devem ser evitados exercícios que tragam risco à gestação, como quedas e traumas (esportes de contato ou de alto impacto) (BRASIL, 2012).

O profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, deve incentivar, orientar e promover a alimentação saudável e a atividade física, no âmbito da Atenção Básica da Saúde da gestante, visando tornar a gestante ativa (BRASIL, 2012).

Evidenciou-se, ainda, neste trabalho, embora em pequena parcela (10,9%), a presença de doenças crônicas nas participantes avaliadas e das que tiveram, destacam-se a asma e o hipotireoidismo. Ainda, no que se refere ao consumo de medicações contínuas e diárias, as mais utilizadas foram da classe dos complexos vitamínicos, hormônios tireoideanos e inibidores adrenérgicos. Alguns desses achados assemelham-se aos resultados de outros estudos, conforme apresentado a seguir.

Pesquisa que objetivou avaliar a presença de ansiedade e de depressão na gravidez e caracterizar o perfil das gestantes, em unidades públicas de saúde em

um município do Sul de Minas Gerais, com 209 gestantes, em que 88% das gestantes negaram ter problemas de saúde, a hipertensão arterial sistêmica (40%) e o diabetes mellitus (20%) predominaram como as patologias mais frequentes entre as que os possuíam e 90,7% não faziam uso de medicamentos diários (JESUS; LEITE; NOGUEIRA *et al.*, 2015).

Em estudo realizado na cidade de Bayamo, em Cuba, com 30 gestantes internadas em um hospital da cidade, com o objetivo de determinar a incidência de consumo de medicamentos durante a gravidez, encontrou-se que a maioria utilizava complexos vitamínicos durante a gestação (TORRES; DOMÍNGUEZ; TORRES, 2020).

Conforme é mencionado no Manual da Atenção Básica, denominado Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, do Ministério da Saúde, a orientação é realizar administração de ácido fólico e sulfato ferroso durante a gestação, que são os complexos vitamínicos mais utilizados (BRASIL, 2012).

Em outra investigação desenvolvida em um ambulatório especializado em atendimento à gestantes de alto risco na região central do Rio Grande do Sul, em que foram revisados 233 prontuários, evidenciou-se que há uma maior frequência de gestantes com HAS, associada ou não a outros fatores (JANTSCH *et al.*, 2017).

Nesse contexto, é necessário que a assistência durante o pré-natal seja específica a cada gestante, sendo essencial para prevenir a morbimortalidade materna e fetal que podem ser decorrentes de complicações de problemas de saúde maternos (JESUS; LEITE; NOGUEIRA *et al.*, 2015).

Referentemente à variável gravidez planejada, constatou-se, em pesquisa realizada com 278 mulheres internadas em uma Maternidade de um município do Noroeste do Paraná, que a maioria delas (61,9%) não planejou a gestação (SILVA *et al.*, 2017), o que está em consonância com os resultados do presente estudo. Também em investigação realizada com o objetivo de determinar a proporção de gestantes e de mães de crianças menores de um ano com ansiedade e depressão e seus fatores associados, na cidade de Sindhupalchowk, no Nepal, com 164 gestantes, constatou-se que 24 mulheres não planejaram a gravidez (ARYAL *et al.*, 2018).

Para a variável tipo de pré-natal, verificou-se o predomínio de gestantes classificadas com risco habitual (baixo risco). A gestação é um processo fisiológico na vida da mulher que deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como uma

experiência de vida saudável, que engloba mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional. Entretanto, é necessário que a atenção durante o pré-natal seja específica, diferenciando-o em risco habitual e alto risco, pois, devido a alguns fatores de risco, algumas gestantes podem apresentar maior chance de um desfecho desfavorável. Ressalta-se que há uma proporção maior de gestantes em risco habitual do que em alto risco (BRASIL, 2012).

No Brasil, o acompanhamento do Pré-Natal visa assegurar o desenvolvimento da gestação, favorecendo um nascimento saudável, com o menor impacto negativo possível para a saúde materna e fetal, abordando, sobretudo, aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas. O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de risco habitual (baixo risco) na rede básica de saúde (BRASIL, 2012).

Com relação à variável primeiro parto, grande parcela das participantes entrevistadas no presente estudo responderam que não (53,7%), o que diverge dos resultados apresentados no estudo realizado com 10 gestantes que recebiam atendimento pré-natal no Centro de Desenvolvimento Familiar, na cidade de Fortaleza, Ceará, com o objetivo de conhecer as percepções e as vivências das gestantes acerca do estresse no ciclo gravídico, e que evidenciou que 60% delas estavam vivenciando o primeiro parto (MONTEIRO et al., 2018).

O Ministério da Saúde sugere que o período interpartal seja no mínimo de dois anos, devido ao risco de complicações maternas, como por exemplo, a rotura uterina, a deiscência de cicatriz, entre outras (BRASIL, 2006). No presente estudo, pôde-se constatar um percentual relevante de gestantes com intervalo interpartal acima de até 5 anos.

Ao discutir a variável idade gestacional, é importante mencionar uma investigação similar com gestantes que realizavam pré-natal em um ambulatório de São Luís-Maranhão, cuja maioria (46,25%) das participantes estava no terceiro trimestre de gestação (GOMES et al., 2020). Essas informações estão em discordância com o presente estudo, em que se verificou que a idade gestacional de maior frequência foi o segundo trimestre de gestação.

A presente pesquisa mostrou que a maioria das gestantes avaliadas não apresentou algum tipo de preocupação com relação à gestação, sendo que, das que apresentaram, a preocupação com o parto foi a mais citada. Paralelamente, um trabalho realizado em uma maternidade do sertão paraibano com 31 gestantes

mostrou que a maioria delas demonstrou receio quanto ao parto (34%). Isso foi associado pelos autores talvez pelo déficit de informações concisas sobre esse momento de parto (CABRAL *et al.*, 2018).

Com referência à variável problema na gravidez, é possível destacar que 14,4% das gestantes avaliadas neste estudo possuíam algum tipo de problema, sendo a prematuridade ou as perdas anteriores as mais citadas por elas. Em pesquisa realizada na Austrália, que investigou a saúde mental materna de mulheres cujas gestações envolvem aborto, morte infantil ou o abandono de criança para adoção, encontrou-se que 17,9% das mulheres sofreram aborto (ABAJOBIR *et al.*, 2017).

Os principais problemas de saúde durante a gravidez podem ser decorrentes de doenças próprias da mãe e é possível citar como principais as síndromes hipertensivas, que são a primeira causa de morte materna no Brasil e que determinam o maior número de óbitos perinatais. Elas também estão ligadas a risco aumentado para parto prematuro, recém-nascido com baixo peso ao nascer e aumento expressivo do número de neonatos com sequelas (VETTORE *et al.*, 2011; AGGARWAL; JAINB; KUMARA, 2011; BRASIL, 2012).

Diante dos principais problemas de saúde durante a gestação, é necessário que a equipe multiprofissional de saúde, incluindo o enfermeiro, esteja capacitada para prestar uma assistência adequada durante o pré-natal, em todos os níveis de atenção à saúde da mulher, visando identificar precocemente as possíveis situações de risco e seu adequado manejo. Além disso, é necessário que se busque adequar o número de atendimentos no pré-natal e realizar grupos educativos, a fim de promover a prevenção de eventuais problemas na gravidez (SANTOS *et al.*, 2018).

No presente estudo, constatou-se que grande parcela das mulheres no período gestacional afirmou que terão ajuda para cuidar do recém-nascido, sendo que a ajuda da família foi a mais citada. A ajuda para cuidar do recém-nascido é um processo que pode envolver afeto, amor, empatia, respeito, informações, conselhos, auxílio financeiro, tempo dedicado e disponibilização de recursos, bens e serviços e, além disso, pode contribuir para a adaptação à gestação, às vivências e às rotinas (CREMONESE *et al.*, 2017).

Em estudo qualitativo realizado em duas maternidades públicas da região Nordeste do Brasil, com 28 mulheres participantes, resultou que a ajuda dispensada pela família é essencial para a mulher, principalmente em ações rotineiras, como

trocar fralda, cuidar da casa e dos outros filhos (LIMA *et al.*, 2018).

Com relação à variável relação com o pai do recém-nascido, o presente estudo constatou que grande parcela (43,8%) das gestantes participantes da pesquisa afirmou ser boa. De acordo com Monteiro *et al.* (2018), é essencial ter uma relação satisfatória com o(a) companheiro(a), visto que isso é importante para o enfrentamento das mudanças ocorridas nesse período da vida da mulher. O parceiro é integrante da rede social de apoio, facilitando o processo de seguimento do bem-estar durante a gestação.

Pesquisas remetem que a relação com a mulher e a participação do pai durante o acompanhamento do pré-natal têm influência positiva no desfecho da gestação, com maior criação de vínculo, resultando em um melhor bem-estar da mulher, proporcionando alegria, confiança, tranquilidade e apoio (HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017; SILVA, GONÇALVES, 2020).

Destaca-se também que a gravidez é um evento capaz de consolidar mudanças intensas na mulher, capazes de desencadear sentimentos positivos ou negativos (SOUSA *et al.*, 2010). Constatou-se, na presente pesquisa, que há mudança de humor na maioria das gestantes avaliadas e que a irritação foi a mais citada, com 35,5% das respostas. Um estudo realizado em Campinas-SP também evidenciou que a maioria delas demonstrou que a mudança de humor está presente nesta etapa (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010).

O decorrer da gestação pode trazer algumas alterações na saúde mental das mulheres, como ansiedades, medos e sensações. As oscilações do humor, como por exemplo, aumento da irritabilidade, da vulnerabilidade e da sensibilidade, podem estar presentes nesse período (BRASIL, 2012).

Em relação às mudanças físicas durante o período gestacional, as mulheres vivenciam inúmeras alterações no corpo, quanto à forma e ao peso, em um curto período de tempo. É um momento que envolve percepções, crenças, sentimentos e comportamentos relacionados ao corpo (WATSON *et al.*, 2015; FERREIRA *et al.*, 2014). Por isso, as alterações corporais que a mulher sofre durante o período gestacional, aliadas ao afastamento do padrão corporal idealizado, ressaltam a importância do acompanhamento destas no período gestacional (MEIRELLES *et al.*, 2016).

Em estudo desenvolvido na Inglaterra, encontrou-se que os sentimentos relacionados ao corpo no início da gravidez influenciam diretamente a satisfação

corporal das mulheres no decorrer da gestação até a sua finalização (RAUFF; DOWNS, 2011). Em outra investigação realizada na Austrália, evidenciou-se que, enquanto para algumas grávidas o ganho de peso era considerado assustador, outras relataram que se sentiam liberadas para “serem gordas” pela primeira vez em suas vidas (NASH, 2012). Os achados do presente estudo trazem que 65,2% negaram que a mudança física durante a gestação apresentou influência na vida.

No que se refere à variável eventos marcantes na vida, a maioria das gestantes avaliadas no presente estudo afirmou ter passado por algum evento e a perda ou morte de pessoa querida foi a mais citada. É notório enfatizar que a morte é relativa e percebida sob diferentes dimensões para cada indivíduo, sendo que, quando abordada, desperta curiosidade, provoca desconforto e se encontra a incontestável resposta de que o morrer é inevitável, intrínseco à vida e representa a certeza de que a todo nascimento associa-se um momento de fim (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Cabe salientar que a morte, além de ser um fenômeno biológico da evolução humana, também é um processo construído socialmente que não se diferencia de outras dimensões das relações sociais. A morte está presente no cotidiano do ser humano, independentemente de suas causas ou formas (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

## 7.2 AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE EM MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL

Na análise da distribuição das mulheres no período gestacional, de acordo com as respostas referentes às perguntas da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (subescala de ansiedade), verificou-se que os itens que apresentaram respostas com maior percentual no escore 0 (“bom”) para ansiedade foram sensação de entrar em pânico e uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer. Os itens que apresentaram maior percentual no escore três (“ruim”) foram cabeça cheia de preocupações e uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer.

A ansiedade pode ser definida como uma reação fisiológica e essencial para a autopreservação. Entretanto, pode resultar em repercussões negativas para o indivíduo, quando for de longa duração e excessiva, pois impede as atividades de vida diária (CLAUDINO; CORDEIRO, 2016).

Complementando essa definição, a ansiedade é definida também como um sentimento subjetivo de desconforto, de pavor ou de pressentimento, o que pode derivar de um transtorno psiquiátrico ou ser um sintoma de reação devido a uma doença primária. Pode associar-se a um sentimento de medo vago e desagradável que se caracteriza como um desconforto ou tensão decorrente de uma antecipação do perigo, de algo desconhecido, enquanto que os transtornos de ansiedade compartilham características de medo e de ansiedade excessiva, além de perturbações comportamentais (AGGARWAL *et al.*, 2017).

Os transtornos ansiosos podem caracterizar-se como um conjunto de doenças que resultam em consequências intensas na vida do indivíduo e de seus familiares e são considerados um grande problema de saúde pública. Além disso, a ansiedade juntamente com a depressão são os principais responsáveis pela elevada carga de doenças entre os demais transtornos psíquicos (WHO, 2017).

São diversos os transtornos de ansiedade, sendo que divergem entre si, dependendo de objetos ou das situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de evitação e a ideação associada. Diante do exposto, o nível de ansiedade e o que ela causa podem diferenciar-se por exames específicos aos tipos de situações que o indivíduo julga e evita, além do conteúdo dos pensamentos ou das crenças associadas a essas situações (SOUZA; OLIVEIRA, 2017; APA, 2014).

Como já mencionado em capítulos anteriores, o período gestacional envolve mudanças corporais, psicológicas e sociais, configurando um período de grande importância na vida da mulher. Frente a isso, é essencial discutir acerca da saúde mental na gestação, devido a suas implicações para a saúde da mãe e da criança, necessitando de um diagnóstico e de uma abordagem o mais precoce possível (JOHNSON *et al.*, 2018). A dimensão emocional e psíquica da mulher no período gestacional precisa de atenção especial, requerendo uma percepção exclusiva de alguma alteração mental, como os sintomas de ansiedade. A literatura traz que sintomas ansiosos se manifestam mais frequentemente em mulheres e a maternidade está dentre os fatores predisponentes (STEEL, 2014).

Ao considerar o exposto, aliado às evidências de que os transtornos mentais são encontrados, em sua maioria, durante a gestação, em comparação ao período puerperal, é necessário que o diagnóstico e o acompanhamento dessas alterações seja realizado durante a gravidez. Frente a isso, é crucial um conhecimento aprofundado da saúde mental da mulher no período gestacional, sendo que

configuram determinantes de risco para a depressão e para a ansiedade no puerpério (MARCHESI *et al.*, 2014; ALMEIDA *et al.*, 2012; COSTA *et al.*, 2018)

Na análise da distribuição das mulheres no período gestacional, de acordo com as respostas das perguntas referentes à ansiedade, 48,2% foram classificadas com ansiedade e, com uma discreta diferença, 50,2%, sem. A seguir, são apresentados estudos que avaliaram a ansiedade em gestantes.

Em pesquisa realizada em uma cidade do Sul de Minas Gerais, com participação de 209 gestantes, visando avaliar a presença de ansiedade e de depressão na gravidez e caracterizar o perfil das gestantes, utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, obteve-se que 26,8% das participantes apresentaram ansiedade (SILVA *et al.*, 2015).

Estudo semelhante, com objetivo de avaliar a frequência da ansiedade e da depressão entre mulheres grávidas no Paquistão, com o uso da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, constatou-se que, ao observar uma amostra de 165 gestantes, 70% apresentaram ansiedade (ALI *et al.*, 2012).

Investigação realizada por Freitas e Botega (2002), ao avaliarem a sintomatologia ansiosa em 120 adolescentes grávidas atendidas em um centro de saúde público em atendimento pré-natal de uma cidade do interior de São Paulo, utilizando-se como instrumentos a entrevista estruturada, a escala hospitalar de ansiedade e depressão e a escala de ideação suicida de Beck, obteve como resultado um percentual 23,3 de casos apresentando sintomas ansiosos.

Outros estudos avaliaram a ansiedade em gestantes, mas utilizando outras escalas. Assim, demonstra-se que, em investigação com a participação de 479 gestantes que responderam a um instrumento de ansiedade (IDATE) e um a questionário sobre variáveis sociodemográficas e da gestação, indicou que 36% delas apresentaram sintomas de alta ansiedade (SCHIAVO; RODRIGUES; PEROSA, 2018).

Similarmente a este estudo, em trabalho desenvolvido no Hospital de San Juan de Lurigancho, no Peru, com participação de 45 gestantes, e aplicado questionário para avaliação de ansiedade, encontrou-se que 68,9% das participantes apresentaram ansiedade alta (GONZALES, 2019).

O Brasil é o país com a maior taxa de indivíduos com transtorno de ansiedade no mundo. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, 9,3% dos brasileiros têm algum transtorno de ansiedade (SOUZA; SOUZA, 2017). Diante

disso, cabe inferir que toda a população está predisposta a desenvolver alterações psíquicas, conforme apresentado nos resultados da pesquisa realizada com o objetivo de estimar a prevalência de depressão e de ansiedade, utilizando a HDAS, em pacientes internados na enfermaria clínica de um hospital universitário de Niterói-RJ, na qual se verificou que, dos 115 pacientes, 26,3% apresentaram sintomas de ansiedade (MACELLARO *et al.*, 2018).

Diante dessas informações, cabe refletir que a presença de altos níveis de ansiedade podem trazer complicações na vida do binômio mãe/filho, com influência direta na saúde e no desenvolvimento do feto, levando à possibilidade de riscos de sofrer malformações congênitas, prematuridade e baixo peso ao nascer. Tais desfechos evidenciam interferência direta da ansiedade materna no funcionamento neurocomportamental fetal (VICENTE *et al.*, 2016).

De acordo com a literatura, observa-se também que as alterações mentais estão relacionadas com os desfechos gestacionais negativos, como hiperêmese gravídica, abortamento e prematuridade (MARCHESI *et al.*, 2014; HOIRISCH-CLAPAUCHA; BRENNER; NARDI, 2015). As mulheres que apresentam altos níveis de ansiedade durante o pré-natal estão mais propensas a ter dificuldades com a amamentação ou a cessarem precocemente o aleitamento materno exclusivo (FALLON; BENNET; HARROLD, 2016; YSTROM, 2012).

Acerca da avaliação da consistência interna da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (subescala de ansiedade), verificou-se, neste estudo, um valor de 0,804, ou seja, a consistência interna deste instrumento foi aceitável para os itens avaliados, apresentando homogeneidade, o que apontou para a confiabilidade da escala utilizada.

Em pesquisa realizada com 209 gestantes, visando avaliar a presença de ansiedade e de depressão na gravidez e caracterizar o perfil das gestantes, utilizando a mesma Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, obteve-se o valor de Alfa de Cronbach de 0,76, indicando confiabilidade satisfatória (SILVA *et al.*, 2015).

Outros estudos que também avaliaram ansiedade em gestante, verificando o valor de Alfa de Cronbach e utilizando outras escalas para avaliação deste constructo, são mencionados a seguir.

Em pesquisa realizada em onze ESF e sete Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados da Região Centro do País, visando avaliar a relação entre o risco de

depressão, de ansiedade e a gravidade dos sintomas de ansiedade das mulheres durante a gravidez, com a participação de 376 grávidas, utilizando a Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal, obteve-se o valor de Alfa de Cronbach de 0,91 (LÉON; CAETANO; FIGUEIREDO, 2018).

Já em investigação realizada para analisar simultaneamente o efeito da depressão e da ansiedade materna pré-natal sobre os resultados neonatais, em que foi utilizado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado em 172 mulheres atendidas no Centro Hospitalar do Porto, Portugal, constatou-se um coeficiente alfa de Cronbach que variou de 0,89 a 0,93 (PINTO *et al.*, 2017).

Diante do exposto, o Ministério da Saúde traz que a consulta de enfermagem ao pré-natal de risco habitual visa proporcionar a promoção da saúde da mulher gestante e a melhoria da qualidade de vida, levando em consideração as mudanças físicas e emocionais, mediante uma abordagem contextualizada, participativa e humanizada (BRASIL, 2012).

Com isso, o papel da enfermagem é essencial durante todo o ciclo gravídico-puerperal. É perceber a mulher como um ser holístico, acolhendo com uma escuta qualificada e com responsabilização diante das especificidades, valorizando o contexto individualizado. Sendo assim, o vínculo criado entre o enfermeiro e a gestante é benéfico, resultando em momentos em que serão trazidas as dúvidas, as incertezas, os medos, entre outros, recebendo da enfermagem as diretrizes de como agir para o bem-estar da gravidez (LAMEIRA *et al.*, 2020).

Por fim, é necessário que o profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, perceba, durante o decorrer da gestação, possíveis sinais de ansiedade, a fim de acompanhar e de prevenir futuras complicações decorrentes de tal alteração, a fim de resultar em uma gestação saudável para a mulher.

### 7.3 AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA EM MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL

A autoestima pode ser definida como uma avaliação positiva ou negativa que o indivíduo faz de si mesmo, constituindo-se, assim, em um aspecto central do eu, que desempenha papel fundamental no processo de construção da identidade adulta. Dessa forma, existem os sentimentos positivos e os negativos desse constructo (ROBINSON; SHAVER; WRIGHTMAN, 1991).

Conforme conceituado por outros autores, a autoestima é definida também

como o modo com que o ser humano aceita a si mesmo, projeta suas perspectivas e define seus propósitos. Além disso, está relacionada ao grau de satisfação com a sua aparência e condição de vida, pois inclui valores pessoais, crenças e a percepção do mundo (SCHULTHEISZ; APRILE, 2013). Corroborando com esse conceito, Andrade, Souza e Minayo (2009) afirmam que a autoestima diz respeito à forma como o ser humano se percebe diante das outras pessoas. Também está associada à autoconfiança, pois, quando o indivíduo não possui uma boa autoestima, sente-se menos confiante para solucionar problemas, estabelecer vínculos interpessoais e reconhecer suas próprias habilidades.

Na análise da distribuição das mulheres no período gestacional, de acordo com as respostas referentes às afirmativas da Escala de Autoestima de Rosenberg, constatou-se que, em relação aos sentimentos positivos, a maioria das gestantes concordou ou concordou totalmente com as afirmativas. No que se refere às afirmativas relacionadas aos sentimentos negativos, a maior parte das entrevistadas discordou ou discordou totalmente das afirmativas.

Com relação aos sentimentos negativos presentes na autoestima, os indivíduos que apresentam níveis baixos apresentam-se mais sensíveis às críticas e preocupam-se com a maneira que são vistos e julgados. Essa maneira de agir pode resultar em sentimentos de solidão e de tristeza, impossibilitando-os de realizar suas atividades, o que leva a ter uma percepção negativa do seu próprio valor e a desencadear alterações emocionais (SOWISLO; ORTH, 2013).

Ao mencionar os sentimentos positivos, relacionados à autoestima alta, pode-se afirmar que está ligada ao quanto a pessoa está satisfeita em relação às suas situações de vida. Quando essa manifestação é positiva, ela se sente confiante e competente (SCHULTHEISZ; APRILE, 2013). Devido aos diversos eventos rotineiros, o impacto das circunstâncias negativas na vida das pessoas com autoestima alta é menor, quando comparadas àquelas com a autoestima baixa (SHU; LAZATKHAN, 2017).

Vale ressaltar, ainda, que a autoestima é um misto de atitudes, crenças e valores, sendo difícil sua mensuração, devido ao fato de serem intrínsecas ao ser humano, ou seja, referem-se à singularidade das características psicológicas e também à existência de uma grande diversidade de instrumentos para sua avaliação. Essas características são instáveis, podendo oscilar durante a vida dos indivíduos, com influência do grau de conhecimento, de compreensão dos

fenômenos, das experiências e vivências prazerosas e/ou desagradáveis. Contudo, essa avaliação não deve ser menosprezada, principalmente durante o ciclo gravídico-puerperal (COELHO, 2015; SCHULTHEISZ; APRILE, 2013).

Como já mencionado, a gestação pode acarretar um misto de sentimentos, geralmente decorrentes das alterações hormonais que ocorrem. Para grande parte das mulheres, o fato de estar grávida remete ao sentimento de alegria e de orgulho; porém muitas também acreditam que é um período de desconforto, principalmente de sua imagem corporal (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2016).

A literatura ressalta que a autoestima caracteriza-se como um fator importante no estabelecimento do autocuidado, resultando em uma série de benefícios para a saúde (RODRIGUES *et al.*, 2010) Cabe refletir, ainda, que o grau de autoestima da gestante é apontado também na literatura como um dos fatores importantes para a vinculação ao filho, sendo que o acompanhamento pré-natal é o momento propício que pode oferecer a oportunidade de investigação desse aspecto, com consequente proposição de intervenções (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010).

Evidenciou-se nesta investigação, ao avaliar a distribuição das mulheres no período gestacional frente à classificação deste constructo, que a maioria delas possui autoestima média. Contudo, cabe ressaltar que um percentual relevante de gestantes foram classificadas com nível alto e uma discreta porcentagem com autoestima baixa. Dessa forma, constatou-se que as mulheres, no período gestacional, apresentam os três níveis de classificação da autoestima avaliados pela Escala de Autoestima de Rosenberg.

De acordo com o autor pioneiro Rosenberg (2017), a autoestima pode ser dividida em três níveis, sendo eles: baixa, média e alta. A baixa se refere às dificuldades do indivíduo que dificultam o enfrentamento dos problemas, não se acha “bom o suficiente”; já a média diz respeito à variação entre sentimentos de autoaprovação e de autorrejeição e a autoestima alta corresponde ao autojulgamento que o sujeito faz de si, apresentando sentimentos de competência e de autoconfiança (SCHULTHEISZ; APRILE, 2013).

Cabe destacar que a Escala da Autoestima de Rosenberg é aplicável aos mais variados públicos, desde o adolescente até a população idosa, nas condições de gestante, de policiais, de trabalhadores de setores hospitalares, de ostomizados, dentre outras e em suas peculiares condições (SENA; MAYA, 2017).

Contradizendo os resultados referentes à autoestima encontrados no

presente estudo, pesquisa realizada com 127 gestantes atendidas no interior do Estado de São Paulo constatou alta frequência de autoestima baixa, após aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010). Em outro trabalho com objetivo de avaliar a autoestima de 12 gestantes adolescentes, realizado no interior de Minas Gerais, com utilização da Escala de Autoestima de Rosenberg, evidenciou-se que todas apresentavam autoestima baixa (DAMACENA *et al.*, 2018).

Em outro estudo realizado com 560 gestantes na cidade de Pelotas, identificou-se que a maioria das entrevistadas apresentava autoestima média (DIAS *et al.*, 2008), o que corrobora os resultados da presente investigação. Esses dados também foram encontrados em pesquisa realizada com 71 gestantes no município de Tubarões, que traz como resultado maior frequência de mulheres com autoestima média (MACHADO; VINHOLES; FELDENS, 2013).

Em trabalho realizado em San Juan, Peru, com o objetivo de determinar a relação entre o nível de autoestima e o grau de representação em adolescentes gestantes, evidenciou que, dentre as 30 mulheres avaliadas, houve predomínio de gestantes com alteração na autoestima (YOVANA, RICHARD, 2019). Em outra pesquisa realizada com o objetivo de determinar a frequência de violência e a relação com o nível de autoestima em 210 gestantes atendidas no Centro de Saúde do Peru, encontrou-se que 72,9% delas apresentavam autoestima alta e 25,7%, autoestima média (MORALES; BASILIO; CANDIA-ZAMBRANO, 2019).

Estudo avaliou a autoestima em gestantes, mas utilizando outra escala para a -avaliação deste constructo. Assim, demonstrou-se nessa investigação realizada com objetivo de analisar os componentes do perfil psicossocial de 160 gestantes durante o pré-natal desenvolvido em um Hospital do Maranhão, utilizando o instrumento Prenatal Phycosocial Profile, que as gestantes avaliadas apresentavam alteração da autoestima (GOMES *et al.*, 2020).

Nesse contexto da autoestima e da gestação, vale mencionar que as alterações ao longo do ciclo gravídico-puerperal, principalmente na imagem corporal da mulher, pode gerar insatisfação, o que pode também resultar em aumento da possibilidade de esta desenvolver problemas psicológicos (SILVEIRA *et al.*, 2015). Decorrente das alterações já mencionadas durante o período gestacional, que resulta em alterações físicas e psicológicas, a mulher encontra-se em um período delicado e muitas tendem a não adaptar-se facilmente a esse novo momento da

vida. Assim, tornam-se vulneráveis a desenvolver distúrbios psicológicos, principalmente alterações na autoestima, que podem influenciar todo o processo de gestação e de puerpério, interferindo, conseqüentemente, no binômio mãe-filho (FROTA *et al.*, 2020).

Um fator relevante e que merece ser destacado é que, durante o acompanhamento de pré-natal, os problemas físicos se sobressaem, por parte dos profissionais que prestam esta assistência, ao bem-estar psicológico e emocional das mães. Muitas vezes, isso ocorre devido ao fato de poder existir um estigma associado à saúde mental, principalmente nesse momento de vida da mulher. Além disso, alguns profissionais também podem acreditar que alterações na saúde mental estão inerentes ao período gestacional, não sendo classificados por muitos como patológico e, sim, como algo esperado durante a gestação (JHA *et al.*, 2018; MANJREKAR, MANJIL, 2018).

Acerca da avaliação da consistência interna da Escala de Autoestima de Rosenberg, verificou-se, neste estudo, um valor de 0,846, ou seja, a consistência interna deste instrumento foi aceitável para os itens avaliados, apresentando homogeneidade, o que apontou para a confiabilidade da escala utilizada.

Esse resultado também foi semelhante ao encontrado em outra investigação que utilizou a Escala de Autoestima de Rosenberg, realizada com 127 gestantes atendidas no interior do Estado de São Paulo, em que se encontrou o valor de Alfa de 0,760 (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010). Esse valor de Alfa de Cronbach também foi encontrado em estudo citado anteriormente e realizado no Peru (YOVANNA; RICHARD, 2019). Assim, constatam-se valores próximos ao encontrado no presente estudo.

Por fim, ao ser relacionada a temática autoestima e gestação, é necessário que o cuidado prestado nos serviços de saúde pela enfermagem, aliada a uma equipe multiprofissional, seja capaz de proporcionar uma assistência adequada e qualificada a todas as mulheres gestantes. E que essa assistência tenha ênfase nos aspectos biopsicossociais da gestante que possam influenciar a saúde física e mental materna, e, com isso, provocar alterações na autoestima dessas mulheres (GOMES *et al.*, 2020).

#### 7.4 ANÁLISE UNIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS À ANSIEDADE EM MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL

No presente estudo, a variável mudança de humor apresentou associação com a ansiedade, em que as gestantes que relataram ter mudança de humor possuíam 2,5 mais chances de apresentar ansiedade.

Durante todo o ciclo reprodutivo na vida da mulher, principalmente durante a gestação, ocorrem mudanças de hormônios do sistema neuroendócrino, que podem resultar em maior vulnerabilidade e sensibilidade a mudanças de humor, influenciando diretamente na ocorrência de ansiedade (KROB *et al.*, 2017).

Como citado no capítulo de discussão 7.2, as mulheres que apresentam vulnerabilidades genéticas e hormonais estão mais susceptíveis a desenvolverem sintomas de ansiedade. A frequência de ansiedade na gestação também pode ser explicada pelas modificações físicas e mentais decorrentes desse período da ação de hormônios na modulação do humor (SILVA *et al.*, 2016; LIMA *et al.*, 2017).

Os sentimentos desencadeados na mulher durante o período gestacional podem ser positivos e negativos. Frente a isso, esses sentimentos, como por exemplo, estresse materno, irritabilidade, infelicidade e tristeza, são considerados fatores de risco para transtornos mentais, incluindo sintomas ansiosos (YUSUFF *et al.*, 2016). Cabe mencionar que, no presente estudo, os principais tipos de mudança de humor relatados pelas gestantes foram a irritação, a instabilidade e a tristeza.

Como a gravidez é considerada, para a maioria das mulheres, como algo desejado, a ansiedade e a depressão deveriam ser sintomas pouco frequentes, uma vez que a gestação pode ser vista como uma experiência vital, positiva e realizadora para a mulher. Entretanto, a literatura revela que uma em cada quatro gestantes vivencia transtornos mentais, sendo que 48% destas sofrem de ansiedade com presença de sentimentos tanto positivos quanto negativos (LUCCI *et al.*, 2016).

A variável influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher também apresentou associação com a ansiedade, em que aquelas gestantes que não afirmaram que a mudança física teve influência em suas vidas apresentaram mais chances de ter ansiedade.

A gestação, na maioria das vezes, é um momento único e especial, podendo trazer alegria e melhor qualidade de vida para a mulher. Assim sendo, quando a gravidez é bem-vinda, a gestante encontra-se mais receptiva às mudanças pelas

quais ela passará durante esse período gestacional e, assim, irá adquirir hábitos mais saudáveis, não deixando a mudança física influenciar negativamente sua vida, principalmente não causar ansiedade (MOIMAZ *et al.*, 2017).

Em contrapartida, a literatura também coloca que, durante a gravidez, as mulheres podem vivenciar mudanças substanciais na forma e no peso corporais em um curto período de tempo, durante o decorrer dos três trimestres da gestação. Todas essas alterações físicas no corpo podem ter influência na imagem corporal das mulheres, levando a apresentar alterações emocionais, dentre as quais, a ansiedade (MEIRELES *et al.*, 2015; BRASIL, 2012).

Além disso, o porte físico magro é visto, por muitas pessoas, como um padrão de beleza na sociedade atual e, durante a gestação, a mulher pode se afastar desse ideal, impactando negativamente na imagem física. É um construto que engloba percepções, crenças, sentimentos e comportamentos relacionados ao próprio corpo. Frente a isso, as mudanças físicas corporais que a mulher pode vivenciar durante o período gestacional, somadas à provável alteração do padrão corporal idealizado para o sexo feminino, são fatores que podem gerar ansiedade (MEIRELES *et al.*, 2015; HODGKINSON; SMITH; WITTKOWSKI, 2014).

Neste estudo, verificou-se que as variáveis idade, estado civil, crença religiosa, número de filhos, renda familiar mensal, tipo de moradia, escolaridade, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, uso de drogas ilícitas, prática de atividade física, doença crônica, uso de medicamentos contínuo e de uso diário, gravidez planejada, tipo de pré-natal, primeiro parto, idade gestacional, preocupação na gravidez, problemas na gravidez, ajuda para cuidar do recém-nascido, relação com o pai do recém-nascido e eventos marcantes na vida, não tiveram associação com a ansiedade. Contudo, cabe discutir alguns desses fatores que podem desencadear a ansiedade na gestante.

No que se refere à variável faixa etária, a literatura traz que a forma como cada pessoa desenvolve a ansiedade é algo único e inúmeras podem ser as causas que desencadeiam nesse período da vida da mulher, inclusive os extremos de idade, tanto em adolescentes, quanto em pessoas mais velhas (BOAROLLIT *et al.*, 2016).

Ainda nesse contexto, não é consensual na literatura o risco de a faixa etária aumentar as chances de alterações mentais. As gestantes com menor idade podem ter mais chances de desenvolver sentimentos de ansiedade frente à gestação

vivenciada. Tal contexto pode ser explicado devido ao fato de terem ocorrido menos experiências anteriores a esse momento de vida (SONCINI *et al.*, 2019). Além disso, também pode ser raciocinado que as mulheres com maior idade podem ter mais sintomas ansiosos (WEOBONG *et al.*, 2014).

Adicionalmente, conforme menciona a literatura, a ausência de um companheiro(a) durante a vida da mulher, principalmente no período gestacional, é considerado um fator de risco para o desenvolvimento de ansiedade e de outros transtornos mentais, sendo que o apoio do companheiro é fundamental para um desenvolvimento saudável da gestação e que ajudará muito no processo de desenvolvimento do período gravídico puerperal (WEOBONG *et al.*, 2014; DUNKEL, 2016).

A presença de um companheiro(a) na vida da mulher pode minimizar os impactos decorrentes das alterações da gravidez, sejam elas hormonais, psíquicas, familiares ou de inserção social, e, assim, influenciar diretamente em sua saúde mental. Nesse ínterim, ter um companheiro(a) reflete em como a mulher aceita e vivencia a gestação e em como enfrenta as possíveis complicações que podem surgir durante esse período (JESUS *et al.*, 2015).

No que concerne à variável crença religiosa, a literatura afirma que a mulher, no período gestacional, depende de uma rede social de apoio, que vai além da família, dos amigos e do(a) companheiro(a), sendo importante a presença de fé e da religião. Assim sendo, o apoio dessas redes pode resultar em bem-estar físico e mental da gestante, diminuindo a chance de vir apresentar alterações mentais como a ansiedade (MONTEIRO *et al.*, 2018).

A literatura aponta que a religião é indicada como facilitadora para a mulher, de enfrentamento e de fortalecimento frente às condições adversas da vida, pois possibilita o fortalecimento pessoal, solucionando os obstáculos do cotidiano, proporcionando a ressignificação da gestação e a melhoria da saúde mental (PORTO *et al.*, 2018).

Com relação ao número de filhos, considera-se que quanto maior a quantidade de filhos vivos, mais é provável a frequência de ansiedade, devido ao fato de surgirem preocupações quanto à segurança dos filhos, assim como em ter subsídios financeiros para a sustentação e a educação (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010).

Os fatores obstétricos, como gravidez planejada, idade gestacional, tipo de

pré-natal, aliados aos aspectos demográficos, socioeconômicos e culturais, por exemplo, número de filhos, idade materna e escolaridade, podem influenciar diretamente na qualidade da saúde mental materna, incluindo a ansiedade, no desenvolver do ciclo gravídico puerperal (NASCIMENTO *et al.*, 2020).

Já para a variável renda familiar mensal, o fato de apresentar renda baixa é considerado um fator determinante de risco, em que surge a possibilidade de vir apresentar algum tipo de transtorno mental, incluindo a presença de ansiedade (WEOBONG *et al.*, 2014; DUNKEL, 2016; KASSADA *et al.*, 2015).

Nesse sentido, a baixa renda pode refletir negativamente na gravidez, à medida que resulta em situações de estresse e de insegurança. Cabe mencionar ainda que, no contexto da gestação, em que é esperado um aumento de gastos em virtude do crescimento da família, pode resultar em aumento de transtornos mentais, comprometendo o bem-estar da gestante e influenciando diretamente nesse processo gravídico-puerperal (JESUS *et al.*, 2015).

No que se refere à variável tipo de moradia, conforme apresentado na literatura, a pessoa que possui habitação própria tem menos chances de apresentar ansiedade. Esse fato está relacionado à situação de que uma casa proporciona abrigo ao indivíduo e a sua família, sendo considerada como um fator de proteção. Em divergência, as pessoas que não possuem habitação própria podem ser expostas a um maior risco de surgir agravos de vida, não só físicas, mas mentais, pois estas se preocupam com os gastos familiares (ALVES; RODRIGUES, 2010).

Cabe mencionar que, no contexto da gestação, ter um imóvel próprio pode trazer tranquilidade à mulher. Considerando que a chegada de um filho, associada à ausência de uma moradia própria, resulta em aumento de despesas, podendo levar ao estresse, à ansiedade e à insegurança (JESUS *et al.*, 2015).

A variável escolaridade, de acordo com pesquisas, também é considerada um fator determinante para o surgimento de ansiedade na vida da mulher durante o período gestacional, uma vez que, quanto menor a escolaridade da pessoa, maior é o risco de esta vir a apresentar sintomas ansiosos (STOPA *et al.*, 2015; KASSADA *et al.*, 2015; SHAKEEL *et al.*, 2015).

Nesse interim, a OMS (2017) também define alguns fatores, como por exemplo, a baixa renda familiar, o saneamento básico inadequado e a baixa escolaridade, como facilitadores para o aparecimento de transtornos mentais, influenciando no surgimento da ansiedade.

É importante ressaltar que a escolaridade aumenta para o indivíduo a possibilidade de escolhas e de oportunidades na vida, motivando costumes e condutas mais saudáveis. Mas sua ausência diminui o poder de tomada de decisão, gerando incapacidade de influenciar o meio, resultando em comprometimento da saúde e no aparecimento da ansiedade (CASTAN; BRENTANO, 2015).

No que concerne ao uso de álcool, percebe-se, conforme a literatura, que houve mudanças no paradigma social da mulher, com crescimento considerável do consumo de bebidas. Tal fato pode estar relacionado às dificuldades em lidar com os problemas cotidianos, com excesso de trabalho, ansiedade e estresse (WHO, 2014; VARGAS *et al.*, 2015).

Pesquisas realizadas na América do Norte e na Europa evidenciam que a frequência do consumo de álcool durante a gestação oscila entre 8,5% e 47,3% (DEVIDO; BOGUNOVIC; WEISS, 2015; CHANG, 2014). Com isso, Bertoni *et al.* (2014) acrescentam que as mulheres que utilizam essa substância podem desenvolver problemas de saúde mais graves do que os homens. Além disso, há maior probabilidade da ocorrência de distúrbios de humor, como por exemplo, a depressão e também no surgimento de sintomas de ansiedade.

Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, não há critérios de níveis seguros de exposição ao álcool para gestantes, uma vez que qualquer consumo pode trazer problemas ao feto. Frente a isso, qualquer padrão de consumo dessa substância é considerado de risco, sendo recomendada a abstinência do uso em gestantes o que, conseqüentemente, poderá ajudar essa mulher a não vir a desenvolver a ansiedade durante esse período (FEBRASGO, 2014).

A presença da dependência de álcool e de tabaco costuma estar relacionada diretamente com a presença de alterações mentais, pois pode ser a maneira encontrada pelo indivíduo para atenuar os sintomas e diminuir seu sofrimento (MOLINA *et al.*, 2012).

Estudos evidenciam que as gestantes que fazem uso de álcool e de tabaco são mais propensas a desenvolver depressão e ansiedade (JESUS, 2016; LIMA *et al.*, 2017; THIENGO *et al.*, 2012). Como constatado também em outra investigação, o uso de tabaco durante a gestação aumenta o risco de transtornos mentais em 26% (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017).

Como já mencionado anteriormente, a gestação é um evento marcante na

vida da mulher, porém vem acompanhada de alterações físicas, sociais e mentais. Vivenciar esse tipo de experiência pode afetar o equilíbrio mental da mulher, principalmente quando associado ao uso de drogas, destacando-se as lícitas, como álcool e tabaco (GELAYE *et al.*, 2016; ALONSO *et al.*, 2015).

Cabe inferir que, quando há envolvimento de gestantes com o uso de drogas ilícitas, o contexto de vulnerabilidade dessas mulheres fica ampliado, resultando em alteração da ansiedade. Frente a isso, pode repercutir diretamente no desenvolvimento da relação mãe-feto e na vivência da maternidade (PORTO *et al.*, 2018).

No contexto do uso de drogas ilícitas e lícitas, não se pode deixar de mencionar que, no presente estudo, constataram-se gestantes que fazem uso de álcool, tabaco, maconha, cocaína e crack. Assim, vale inferir que, como mencionado nas reflexões anteriores, esse fato pode ser preocupante uma vez que são fatores fortes para o surgimento da ansiedade.

Para a variável prática de atividade física, a literatura evidencia que a ausência desta é um fator que se associa à presença de alterações mentais. O bem-estar que a atividade física gera resulta em melhora do condicionamento físico, além de promover benefícios psicofisiológicos em curto prazo. Frente a isso, o exercício físico auxilia tanto na prevenção quanto no tratamento de transtornos, incluindo a ansiedade (BARROS *et al.*, 2017).

A prática de atividade física pode promover ainda benefícios para a gestante, visto que auxilia no controle do peso corporal, melhora a função cardiovascular, alivia dores posturais, auxilia no trabalho de parto e no desenvolvimento de doenças. Além de todos esses benefícios, também tem influência na diminuição dos quadros de ansiedade, de estresse e de depressão (SURITA; NASCIMENTO; SILVA, 2014).

Com relação à variável presença de doença crônica, a literatura afirma que o diagnóstico de doenças crônicas pode desencadear sentimentos e percepções variadas em cada indivíduo. Pesquisas evidenciam que as mulheres que têm a experiência de ter doença crônica durante a gestação podem apresentar sintomas de ansiedade, de angústia, de medo e de preocupação com o bebê (MANÇU; ALMEIDA, 2016; FERNANDES; FERREIRA, 2020).

Cabe mencionar que as mulheres que têm a experiência de uma gestação com presença de doenças incorporam problemas associados à gravidez e à criança. Há sentimento de preocupação com o curso da gestação e com o estado de saúde

do bebê, com pensamentos ansiosos e depressivos e que podem perdurar durante todo o processo gravídico-puerperal (KOSS *et al.*, 2016).

A associação da presença de doenças crônicas e do uso de medicamentos contínuos e uso diário durante a gestação pode ocorrer devido à necessidade de minimização de sintomatologia que podem surgir durante o período gestacional. Porém, apesar de alguns medicamentos apresentarem benefícios, a automedicação ou o uso abusivo pode produzir danos, como malformação fetal e agravos à saúde materna, incluindo a ansiedade. Cabe mencionar, ainda, que nem sempre as mulheres são conscientes desses riscos e acabam utilizando muitos medicamentos não prescritos (GALATO *et al.*, 2015; SILVA; MARQUES, 2019).

Quanto às variáveis obstétricas, quando o fato de a mulher não planejar a gravidez é presente, esta tem o risco aumentado de apresentar algum tipo de transtorno mental, incluindo a ansiedade (LUCCHESI *et al.*, 2017).

Frente a isso, conforme menciona a literatura, a gestação planejada é considerada um fator de proteção para alterações mentais da mulher, diminuindo o risco de vir a desenvolver algum agravo. Em estudo desenvolvido na cidade de Pelotas, constatou-se que a gestação não planejada influenciou diretamente no surgimento de alterações nas mulheres (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017). Acrescenta-se, ainda, que o planejamento da gestação possa ajudar para que a mãe tenha uma melhor aceitação do momento, reduzindo os riscos de apresentar ansiedade (DUROWADE *et al.*, 2017).

Entretanto, há também evidências as quais constata que, apesar do paradigma da sociedade de que a gravidez deve ser celebrada e feliz, ela pode ser muitas vezes indesejada e considerada um fardo adicional, além dos problemas cotidianos (DAVIES *et al.*, 2016). Com isso, a ausência de controle da mulher nas decisões sobre a gestação pode contribuir para o surgimento de alterações mentais, dentre as quais, a ansiedade, associadas à gravidez indesejada (SURKAN *et al.*, 2018).

Ao discutir a variável tipo de pré-natal, conforme menciona investigação, quando há a presença concomitante de ambos os sintomas de ansiedade e depressão, as gestantes que realizam pré-natal de alto risco apresentam médias mais altas de níveis de alterações em relação às gestantes classificadas em gestação de baixo risco (habitual) (SONCINI *et al.*, 2019).

Adicionalmente, em outras pesquisas, os autores evidenciaram também que

as percepções das gestantes que fazem parte do pré-natal de alto risco em relação ao feto e à própria saúde predisõem a maior probabilidade de transtornos mentais, sendo possível a presença de sintomas ansiosos (KESTLER-PELEG; LAVENDA, 2018; JESUS *et al.*, 2019).

Acrescenta-se, ainda, que o pré-natal de alto risco possa levar a mulher a apresentar um desequilíbrio emocional, com resultados negativos para a saúde fetal e neonatal. A presença de medo de abortar, a preocupação com a saúde e a incerteza sobre o futuro são fatores que desencadeiam depressão e ansiedade entre as gestantes (GAMZE; MELTEN; UMRAN, 2017).

Com relação à variável primeiro parto, investigações evidenciaram que a paridade revela intensa associação com sintomas relacionados aos transtornos mentais. Frente a isso, as mulheres que vivenciam a primeira gestação podem apresentar mais chances de desenvolver ansiedade. Tal achado pode ser justificado pela falta de experiência da mulher, associado à insegurança e ao medo do nascimento (JESUS *et al.*, 2016; LIMA *et al.*, 2017).

Em contrapartida, as mulheres que já vivenciaram outras gestações, além de ter que enfrentar todas as mudanças decorrentes da gestação, ainda têm que manter os papéis sociais que devem ser cumpridos. As gestantes que já têm filhos enfrentam a gravidez atual, além de cuidar dos outros filhos. Essas atividades acabam contribuindo para o surgimento de alterações emocionais, com o desenvolvimento de ansiedade (MONTEIRO *et al.*, 2018).

Atualmente, na literatura, não há um consenso quanto à idade gestacional e sua influência na ansiedade. Pesquisa aponta que não há relação entre a idade gestacional e a presença de ansiedade (BARROS, 2020). Discordando desse achado, outra pesquisa evidenciou que os maiores índices de ansiedade foram encontrados em mulheres que estavam no terceiro trimestre de gestação. Tal fato pode estar relacionado à proximidade do parto, sendo um período caracterizado como momento de vulnerabilidade, com possibilidade de acarretar sentimentos de medo na gestante (SILVA *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2015).

No que se refere à variável presença de preocupação na gravidez, cabe ressaltar que a presença desta durante todo o ciclo gestacional pode desencadear alterações mentais, principalmente a ansiedade e a depressão (ZENG; CUI; LI, 2015).

Cabe mencionar que são muitas as preocupações subjacentes à gravidez,

sendo o momento do parto uma das principais. Além disso, o sentimento de tornar-se mãe costuma vir acompanhado de inseguranças e de preocupações, que se tornam mais acentuados ao aproximar o momento do parto. Frente a isso, a escolha da via de parto, dentre outras situações, podem gerar alterações emocionais, influenciando na ocorrência de ansiedade (FERREIRA; SILVA, 2020; SILVA et al., 2011).

Para a variável presença de problemas na gravidez, é notório enfatizar que esta pode acarretar maiores déficits emocionais as mulheres. Com isso, a ameaça de problemas para a saúde da mãe ou do bebê, bem como a necessidade de tratamentos durante a gestação, demandam estratégias de enfrentamento e, quando a mulher não consegue evitar, podem surgir distúrbios psicológicos, como a presença de ansiedade (SONCINI *et al.*, 2019).

Estudo evidenciou que gestantes que apresentaram alguma complicação clínica tiveram mais chances de desenvolver transtornos mentais, sendo que, quanto maior a quantidade de morbidades, maior a frequência de tais transtornos. Isto pode ser decorrente da fragilidade em que a mulher se encontra ao ter que enfrentar problemas de saúde durante esse momento da vida. Os sintomas podem ser aliviados quando há o suporte de profissionais capacitados prestando assistência adequada, principalmente o enfermeiro (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESSAR, 2017).

Com referência à variável presença de ajuda para cuidar do recém-nascido, cabe mencionar que a presença de ansiedade durante a gestação é influenciada por aspectos de comportamentos da mulher, além de problemas situacionais vivenciados durante este período, sendo que a falta de apoio social recebido pelo companheiro(a) e pela família podem agravar esses sintomas ansiosos (MORAIS et al., 2017).

A presença de apoio social é essencial para a mulher durante o ciclo gravídico puerperal, sendo que, quando a mulher se encontra inserida em uma família conflituosa e com desentendimentos, está em maior risco de desenvolver transtornos mentais na gravidez, destacando a ansiedade (JESUS *et al.*, 2019).

Soma-se, ainda, que, frente às alterações presentes no período de pré-natal, bem como as preocupações com a sua própria saúde e com a do feto, a ajuda recebida parece desempenhar um papel significativo, melhorando a saúde mental das mulheres (LI *et al.*, 2017).

No que concerne à variável relação com o pai do recém-nascido, vale mencionar que essa condição é considerada um fator protetor para a prevenção de ansiedade quando a mulher apresenta uma relação satisfatória com o pai. São muitas as hipóteses que tentam explicar como o fato de que pode levar a hábitos de vida mais saudáveis, além de um suporte familiar que colabora no cuidado e na resolutividade dos obstáculos do cotidiano (MONTEIRO, 2010).

Ainda é importante trazer a informação de que a boa relação com o pai do recém-nascido pode auxiliar as mulheres a lidar com as situações estressantes da vida, com presença de apoio emocional e material durante a gravidez. Quando há relação positiva com o(a) companheiro(a), com acolhimento da gravidez, ajuda e incentivo, as mulheres têm melhor saúde mental e emocional, diminuindo a possibilidade de elas virem a apresentar sintomas ansiosos (ZEGEYE *et al.*, 2018).

Por fim, com referência à variável presença de eventos marcantes na vida, estudos evidenciaram que os fatores obstétricos, como perda gestacional anterior, pode predispor a presença de alterações emocionais, com o surgimento de ansiedade no decorrer da atual gestação e em outras futuras (WEOBONG *et al.*, 2014; DUNKEL, 2016).

Cabe ressaltar, ainda, que os eventos da vida englobam uma série de experiências indesejadas e com perdas interpessoais, ao gerarem um sofrimento significativo e também demandarem esforços para a gestante se adaptar à situação, podendo predizer à ansiedade (KISHORE *et al.*, 2018).

## 7.5 ANÁLISE UNIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS À AUTOESTIMA EM MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL

No presente estudo, verificou-se que nenhuma das variáveis (idade, estado civil, crença religiosa, número de filhos, renda familiar mensal, tipo de moradia, escolaridade, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, uso de drogas ilícitas, prática de atividade física, doença crônica, uso de medicamentos contínuo e de uso diário, gravidez planejada, tipo de pré-natal, primeiro parto, idade gestacional, preocupação na gravidez, problemas na gravidez, ajuda para cuidar do recém-nascido, relação com o pai do recém-nascido, mudança de humor, influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher e eventos marcantes na vida) apresentaram associação com a autoestima. Contudo, muitas dessas variáveis

apresentam relação forte com a autoestima; assim, cabe discutir os fatores que podem desencadear alterações nos níveis desse sentimento na gestante.

No que se refere à variável faixa etária, conforme mencionado por autores, as mulheres com menor idade têm mais chances de apresentar autoestima baixa, sendo este considerado um importante fator de risco para transtornos mentais (GOMES; SPEIZER, 2010; LOPES *et al.*, 2016).

Com referência a esse fato, é comum, para a mulher jovem que vivencia a gravidez não planejada, a presença dos sentimentos de perda. Ao englobar as mudanças físicas e psicológicas, em um curto período de tempo, podem repercutir negativamente na saúde mental destas, principalmente pela mudança na imagem corporal, interferindo em sua autoestima (DAMACENA *et al.*, 2018).

Em contrapartida, é provável que a idade mais madura possua um autoconceito mais estável, encarando as mudanças e os obstáculos de forma mais positiva e raramente percebidas como drásticas. Ainda, nessa idade, se possui maior autoconfiança e maior capacidade de autocontrole, além de ser mais resiliente e, com isso, aumentando a autoestima (BARROS; MOREIRA, 2015).

No que concerne à variável estado civil, estudo evidencia que a vivência do matrimônio está relacionada à satisfação com a vida, o que diverge das pessoas que não têm companheiro(a) e apresentam alterações emocionais, como a diminuição da autoestima. A presença de uma relação amorosa satisfatória fornece sentimentos de autoestima elevada, de gratidão e de conforto emocional (COMIN *et al.*, 2016; AZIZI *et al.*, 2017).

Adicionalmente, a literatura menciona que a ausência de um companheiro(a) na vida da mulher, principalmente durante o período gestacional, pode ser considerada um fator de risco para alterações na autoestima (SANTOS *et al.*, 2015). É notável que a ausência de parceiro(a), para auxílio econômico e/ou emocional, tem ligação com a autoestima baixa, o que é apresentado também na pesquisa de Machado, Vinholes e Feldens (2013).

Ainda nessa área, menciona-se que níveis de autoestima elevados podem ser predispostos por características sociais, em que se percebe que solteiros(as) possuem menores níveis de autoestima quando comparados às pessoas que possuem companheiros(as), principalmente a mulher que se encontra no período gestacional e puerperal (TAVAKOL *et al.*, 2012; CASTRIGHINI *et al.*, 2013).

Com referência à variável crença religiosa, pesquisa evidenciou que possuir

uma crença, participar de atividades religiosas ou frequentar locais religiosos, pode resultar em maior satisfação, felicidade e autoestima elevada, pelo fato de que aproximar as pessoas de Deus pode contribuir com o senso de calma, de conforto e de segurança (AZIZI *et al.*, 2017). Assim, outro estudo também destacou que frequentar a igreja/eventos religiosos contribui para níveis elevados de autoestima e satisfação de vida, por ser fonte de bem-estar psicológico (BATISTA; PIOVEZAN; MUNER, 2015).

Cabe ressaltar que a presença de religião pode ser considerada um fator protetor contra sentimentos de ideação suicida, auxílio em situações de vulnerabilidade e, além disso, pode resultar em níveis elevados de autoestima (BATISTA; PIOVEZAN; MUNER, 2015).

Já no contexto da variável número de filhos, cabe inferir que, em pesquisa realizada com casais, em que o objetivo foi verificar a relação entre a autoestima e a satisfação de vida, buscando identificar se o número de filhos está relacionado a essas variáveis, constatou-se que os casais que possuíam mais filhos resultaram em uma média de escore de autoestima maior do que aqueles com apenas um ou nenhum filho (BATISTA; PIOVEZAN; MUNER, 2015).

Referentemente à variável renda familiar mensal, conforme mencionado em pesquisa, as gestantes que tinham renda familiar mensal baixa apresentaram níveis de autoestima menores. Considera-se que tal fato pode estar associado às mudanças físicas e comportamentais que ocorrem durante a gravidez e que aumentam as despesas no círculo familiar (SANTOS *et al.*, 2015).

Vale salientar que as pessoas que têm renda mensal baixa podem estar mais vulneráveis a problemas físicos, mentais e emocionais. Nesse contexto, possuem mais chances de encarar as dificuldades em atender às próprias necessidades básicas quando comparadas às pessoas com melhores condições financeiras (AZIZI *et al.*, 2017).

Frente a isso, as gestantes com renda familiar baixa podem ser consideradas mais suscetíveis a apresentar alterações emocionais, o que resulta em alterações nos níveis de autoestima (AZIZI *et al.*, 2017).

Já com relação à variável tipo de moradia, a população vive em um momento econômico em que há muitos fatores que podem contribuir para a sustentação de baixos níveis salariais, com conseqüente falta de acesso e de oportunidades de crescimento profissional. Com isso, decorrente desses fatos, as pessoas têm

dificuldades em adquirir moradias próprias, resultando em maiores gastos mensais com a locação ou com o empréstimo de moradias, e, assim, provocar alterações na autoestima (TRESEL; MERLO, 2014).

No que diz respeito à variável escolaridade, a literatura ressalta que o conhecimento contribui com o desenvolvimento da pessoa e estimula a procura por novas aprendizagens. A qualidade do ensino associa-se ao acesso à informação, às oportunidades sociais no decorrer da vida. Além disso, ter um nível de escolaridade alto facilita a oferta de serviços de saúde e, conseqüentemente, melhores condições de vida. Frente a isso, a busca de conhecimento pode influenciar positivamente a autoestima do indivíduo, elevando-a (SALERNO *et al.*, 2015).

Adicionalmente, pesquisa constatou que a escolaridade baixa, ou seja, poucos anos de estudos, é considerada um fator que contribui para o desenvolvimento ou para o agravamento dos transtornos mentais comuns da gestação, como a alteração na autoestima (LOPES *et al.*, 2019).

Em relação às variáveis uso de substâncias lícitas e ilícitas, no consumo de bebidas alcoólicas, o uso abusivo desta substância pode desencadear problemas de âmbito social, econômico e psicológico, destacando-se a diminuição da autoestima da pessoa. Investigação evidenciou que, quanto maior é o uso do álcool, menor é a visão positiva que o indivíduo tem de si mesmo e, com isso, pode ter sua autoestima diminuída (FORMIGA *et al.*, 2014).

O uso de substâncias, especialmente do álcool, é conhecido por reduzir os níveis de serotonina no cérebro, o que pode resultar em surgimento de alterações mentais ou aumentar sua gravidade, inclusive a autoestima. Além disso, o uso dessa substância na gestação pode acarretar danos à saúde do binômio mãe-filho, o que acentuará mais ainda a diminuição da autoestima (KIMBUI *et al.*, 2018).

Para a substância tabaco, são diversos os efeitos que o consumo deste produto causa no organismo dos indivíduos, dentre os quais, as alterações ligadas à autoestima. Mesmo sabendo disso, muitas mulheres com problemas de saúde continuam a utilizá-lo durante a gestação, interferindo, assim, em sua autoestima (DSM-5, 2014; WHO, 2015).

No cenário mundial, o uso de drogas ilícitas tornou-se um hábito mais comum entre as mulheres, inclusive durante a gestação. Tal fato se deve, principalmente, à ascensão da mulher na sociedade. Além deste, outros fatores estão sendo discutidos, como o aumento do nível de estresse, a presença de ansiedade, a

condição social e problemas com a autoestima (SOUZA; ROSS, 2015; TEIXEIRA *et al.*, 2019).

Com referência à variável prática de atividade física, a literatura revela que a rotina de prática de exercícios físicos pode resultar em benefícios psicológicos, principalmente no aumento da autoestima. As pessoas que realizam essa prática apresentam níveis elevados de autoestima e baixos níveis de depressão, quando comparadas às que não praticam. Tal fato pode justificar-se pela independência e pela melhoria da qualidade de vida que essa atividade fornece para as pessoas (TEIXEIRA *et al.*, 2016).

Já relacionado à prática atividade física na gestação, a literatura afirma que pode ter resultados benéficos para a maioria das mulheres. O exercício físico realizado regularmente durante a gravidez, quando recomendado, ajuda no controle de peso, melhora da aptidão física, reduz o risco de doenças crônicas e aumenta a autoestima da gestante (BARBOSA, 2019).

Frente ao exposto, considera-se que a prática de atividade física, enquanto elemento do estilo de vida dos indivíduos, pode efetivamente prevenir o aparecimento de determinadas alterações mentais e promover aumento nos níveis de autoestima. Além disso, pode prevenir e auxiliar no controle das mais variadas doenças crônicas, principalmente, a HAS e a DM (ALVES JUNIOR *et al.*, 2016; TEIXEIRA *et al.*, 2016).

No que se refere à variável presença de doenças crônicas, cabe ressaltar que a presença desses agravos, principalmente no período gestacional, pode gerar desconfortos físicos, psicológicos e sociais. Apresenta também a possibilidade de resultar em alterações no convívio familiar, por exemplo, pela necessidade de maior cuidado relacionado ao tratamento. Com isso, pode ocasionar uma alteração no nível de autoestima, devido ao gerenciamento do autocuidado pela própria pessoa para prevenir complicações decorrentes de uma doença (CARVALHO *et al.*, 2016).

Ao discutir sobre a variável uso de medicamentos contínuos e/ou diários na gestação, a literatura menciona que os fármacos devem ser utilizados com cautela durante a gravidez devido à facilidade de atravessar a barreira placentária e não terem seus efeitos totalmente evidenciados, o que pode provocar alterações no binômio mãe-filho. Destaca-se, ainda, que é alto o consumo de medicamentos em gestantes, principalmente a automedicação e, caso ocorra alguma má formação no feto, devido ao uso abusivo e inadequado de fármacos, pode provocar na mulher

alterações em sua autoestima (SANTOS, *et al.*, 2018; ARAUJO *et al.*, 2013).

No que concerne à variável gravidez planejada, menciona-se que a gestação não planejada é considerada um fator de risco, associado à presença de alterações mentais, inclusive com o nível de autoestima baixa (WEOBONG *et al.*, 2014; DUNKEL, 2016).

Ainda nesse contexto, quando a gestação não é planejada, principalmente oriunda de violência sexual, pode resultar na presença de alterações na saúde mental da mulher. Isso se deve ao fato de a gestante ter que se adequar aos novos papéis e às responsabilidades que são inerentes a esse período, além de todo o preconceito que pode sofrer da família e da sociedade (AGUIAR *et al.*, 2018).

Já em relação à variável tipo de pré-natal, pesquisas de corte transversal abordaram que, no Brasil, as mulheres em acompanhamento pré-natal, independentemente de ser risco habitual ou alto risco, apresentam grande probabilidade de desenvolverem algum tipo de alteração mental, inclusive nos níveis de autoestima (KASSADA *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2016).

Dados encontrados em estudos e que geram surpresas evidenciaram que as gestações de risco habitual apresentam grandes chances de ter algum tipo de transtorno mental, o que inclui a presença de alteração no nível de autoestima (KASSADA *et al.*, 2015; COSTA *et al.*, 2018).

Quanto à variável primeiro parto, é notório que, além das contribuições do casamento para maiores níveis de autoestima, a literatura traz que o fato de possuir filhos, principalmente se for o primeiro, também pode resultar em situação favorável para a autoestima, em que o sentimento de vazio é preenchido por amor. Cabe ressaltar que, com a vinda de um filho, a relação do casal também pode se modificar de maneira positiva, uma vez que o amor pela criança constitui interesse mútuo, diminuindo a distância entre eles e, assim, permitindo aumentar o amor e o carinho na relação (TAVAKOL *et al.*, 2016).

No que se refere à variável idade gestacional, menciona-se na literatura que as gestantes que se encontram no segundo e terceiro trimestre têm mais chances de apresentar alterações mentais, inclusive a autoestima baixa (KASSADA *et al.*, 2015; COSTA *et al.*, 2018).

Contraditoriamente, pesquisa constatou que, durante o decorrer da gestação, a mulher pode sofrer desconfortos devido às náuseas e aos vômitos que são comuns do primeiro trimestre. Nesse contexto, tais sintomas podem interferir no

estado geral de saúde, influenciando negativamente na autoestima (MACEDO; SANTOS; BERTONI, 2016).

No que concerne à variável preocupação na gestação, estudo constatou que a presença de preocupação durante esse período, seja relacionada à saúde e ao desenvolvimento do bebê ou ao seu futuro, pode gerar alterações psicológicas na mulher, incluindo a alteração no nível de sua autoestima (CUNHA *et al.*, 2020).

A presença de alterações mentais em mulheres gestantes pode estar associado ao fato de apresentarem preocupações quanto à aceitação da gravidez e às responsabilidades geradas mediante as mudanças que ocorrem durante e após esse período (CASTANHEIRA; CORREIA; COSTA, 2017).

Para a variável problema na gravidez, pesquisas constataram que a mulher que passou por perdas anteriores, seja o aborto ou a morte do filho vivo, tem mais chance de desenvolver ou agravar problemas mentais, como a alteração no nível de autoestima (ABAJOBIR *et al.*, 2017; GOLD *et al.*, 2014).

Adicionalmente, estudos encontraram que as mulheres que enfrentam uma gestação com complicações obstétricas apresentam um risco aumentado para o surgimento de alterações mentais, como a presença de depressão e de autoestima baixa (RAISANEN *et al.*, 2014; ZHAO *et al.*, 2016).

Na variável ajuda para cuidar do recém-nascido, cabe mencionar que a presença de apoio durante o ciclo gravídico-puerperal, seja da família ou do(a) companheiro(a), é essencial para a mulher, pois há a transmissão de opiniões, sugerindo possíveis diagnósticos frente aos sintomas dos bebês, auxiliando no cuidado e resultando em sentimentos positivos com decorrente melhora da autoestima (MERINO *et al.*, 2013; LIMA *et al.*, 2018).

Frente a isso, o apoio social da família contribui para o bem-estar da mulher em todo o ciclo gravídico-puerperal. É considerado um fator que tem grande influência positiva para a qualidade de vida de ambos, uma vez que pode fortalecer a autoconfiança da mãe, auxiliando-a no reconhecimento das necessidades do bebê, além de demonstrar mais carinho e proteção, o que ajuda o desenvolvimento infantil e melhora sua autoestima (MORAIS *et al.*, 2017).

Com referência à variável relação com o pai do recém-nascido, a literatura constata que a presença de um parceiro(a) pode ajudar a reduzir os impactos decorrentes das alterações percebidas na gestação, como melhora da autoestima. Frente a isso, um relacionamento saudável com o(a) companheiro(a) apresenta

influência direta com a saúde mental durante a gestação (JESUS *et al.*, 2015).

Há também um aumento do vínculo quando, além de uma relação satisfatória, há envolvimento do pai com o bebê, principalmente quando ele assume os cuidados como troca de fraldas, banho e brincar, fazendo com que a criança reconheça a figura paterna. Porém, é fundamental que o pai dê assistência não só para o bebê, mas também para a mulher, o que influencia diretamente na autoestima desta (MATOS *et al.*, 2017).

No que se refere à variável mudança de humor no período gestacional, a literatura evidencia que a gestante experiencia um misto de sentimentos, que são, geralmente, resultado das alterações hormonais decorrentes deste período. Frente à elevação dos hormônios, associada a todas as mudanças ocasionadas pela gestação, o humor pode ser alterado facilmente, influenciando negativamente na autoestima (REZENDE, MONTENEGRO, 2014).

A literatura menciona que, durante a gestação, ocorrem constantes modificações no comportamento da mulher, nos aspectos familiares, sociais, conjugais, profissionais e pessoais. Frente a isso, é normal que o humor tenha características instáveis, podendo gerar sentimentos confusos em relação a si, ao bebê e aos outros (ALMEIDA; ARRAIS, 2016).

Complementa-se, ainda, que, durante esse período da vida da mulher, os desequilíbrios hormonais são habituais e podem resultar em mudanças de humor repentinas, que implicam diversos conflitos emocionais, como medo, ansiedade, insegurança e alteração no nível de autoestima (MARQUES; SOUZA; VERÍSSIMO, 2019).

Para a variável influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher, esta é considerada um fator de risco para o surgimento de alterações na autoestima. Isso se deve ao fato de que as mudanças físicas que ocorrem no período gestacional, como, por exemplo, o ganho de peso, o aumento das mamas e os melasmas, podem ser condições que geram impactos negativos na autoestima da mulher (SANTOS *et al.*, 2015; VIEIRA; PARIZOTTO, 2014).

Ainda, no que concerne às mudanças físicas na mulher durante a gestação, as que possuem algumas das mudanças citadas anteriormente, têm mais chances de apresentar alteração na autoestima. Cabe inferir, então, que a autoestima baixa pode estar relacionada ao estigma social, em que as pessoas se sentem envergonhadas por serem alvos de piadas e de críticas. Isso, muitas vezes, as leva

a não procurar ajuda e a não adquirir hábitos saudáveis, o que resulta em alteração da autoestima (ALVES JUNIOR *et al.*, 2016).

No que se refere à variável presença de eventos marcantes na vida da gestante, os principais estão relacionados às mudanças que exigem um determinado reajuste, como, por exemplo, a perda (morte) de um ente querido, conflitos familiares, desemprego e ter sido vítima de assalto. A literatura demonstra a relação entre o número de eventos ocorridos durante a gestação e o impacto que pode gerar na mulher, resultando em transtornos mentais, incluindo alteração na autoestima (ALVARENGA; FRIZZO, 2017).

Adicionalmente, pesquisas evidenciam que a gestante que enfrenta eventos marcantes na vida, ocorridos nos últimos 12 meses, como a morte de um familiar, o diagnóstico de doença e separação conjugal, tem mais chances de apresentar alterações mentais, dentre as quais, na autoestima (BRITAIN *et al.*, 2015; SHAKEEL *et al.*, 2015; HEYNINGEN *et al.*, 2016).

## 7.6 ANÁLISE UNIVARIADA DA ANSIEDADE COM A AUTOESTIMA DAS MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL

As variáveis ansiedade e autoestima apresentaram associação estatística, ou seja, as mulheres no período gestacional com ansiedade tiveram mais chances de apresentar autoestima média/baixa.

A literatura menciona que, ao associar a ansiedade com a autoestima, ambas podem estar interligadas, devido ao fato de que a autoestima baixa pode gerar um sentimento de vulnerabilidade aos obstáculos e, assim, resultar em incapacidade de resolver problemas. Frente a isso, o indivíduo pode desenvolver ansiedade ao lidar com as adversidades da vida. Como consequência, pode ocasionar sentimentos negativos de si mesma e do meio em que está inserido, causando diminuição no nível de autoestima e, assim, surgimento de ansiedade (PEREIRA *et al.*, 2018; PEREIRA, 2015; CABALLO, 2003).

Essas colocações são afirmadas, ainda, por outros autores, ao associar ambas as variáveis e evidenciar que a autoestima baixa pode ser considerada um dos fatores que levam ao aumento dos sintomas de ansiedade e de depressão (LINGAM *et al.*, 2012; MISSIUNA *et al.*, 2014).

Apesar de não encontrar estudos realizados com a população de gestantes

que tinham o objetivo de relacionar as variáveis ansiedade e autoestima, é notório apresentar, a seguir, algumas pesquisas que relacionaram essas duas variáveis, mas que foram realizadas com outras populações. Assim, é possível compreender quais aspectos que estão inerentes à associação da ansiedade com a autoestima.

Pesquisa realizada com estudantes de enfermagem, na Paraíba, com o objetivo de avaliar a ansiedade e a presença de níveis baixos de autoestima em concluintes do curso de enfermagem, constatou associação entre a presença ansiedade em níveis elevados e de autoestima baixa. Sendo assim, quanto maior a ansiedade no indivíduo, menor será sua autoestima (LIMA *et al.*, 2017).

Adicionalmente, em investigação realizada no Vietnã, com objetivo de determinar a prevalência de autoestima baixa e características sócio demográficas relacionadas à ansiedade, à depressão, ao estresse e à ideação suicida em alunos do ensino médio, constatou-se que há relação da autoestima baixa com a presença de ansiedade. Com relação ao exposto, é importante mencionar que a diminuição do nível de autoestima pode acarretar o surgimento de ansiedade e, assim, diminuir a qualidade de vida dos indivíduos que apresentam essas alterações mentais (NGUYEN *et al.*, 2019).

Em trabalho que buscou avaliar a vulnerabilidade da autoestima baixa com relação à ansiedade e à depressão, a partir de uma metanálise, evidenciou-se que as pessoas com níveis de autoestima baixa podem desencadear sentimentos de autodepreciação e, assim, gerar os sintomas de ansiedade e de depressão (SOWISLO; DOES, 2013).

Em outra pesquisa realizada com adolescentes, na Escócia, visando identificar como o uso das mídias sociais está relacionado à qualidade do sono, à autoestima, à ansiedade e à depressão, constatou-se que os que usavam mais as mídias sociais apresentaram autoestima mais baixa e ansiedade (WOODS; SCOTT, 2016).

Ainda nesse contexto, para melhor compreensão da relação dessas duas variáveis, a literatura evidencia que o indivíduo que apresenta um nível elevado de autoestima tende a ter sentimentos de bom humor, equilíbrio emocional e bons relacionamentos. Em contrapartida, quanto mais baixa a autoestima, maior é a associação com sentimentos ruins, com a depressão e com a ansiedade. Tal fato pode ser explicado pela dificuldade do indivíduo que apresenta autoestima baixa em lidar com os obstáculos do cotidiano da vida (HUTZ; ZANON, 2011; PINHEIRO *et*

*al.*, 2020).

Constata-se também que a autoestima vem sendo um importante indicador de saúde mental. Dependendo de cada indivíduo e pela maneira como se reconhece, englobando o meio em que vive, é possível identificar potencialidades ou fragilidades que facilitam o surgimento de ansiedade e de alterações na autoestima (FLORIANI; MARCANTE; BRAGGIO, 2010; PINHEIRO *et al.*, 2020).

Frente ao exposto, cabe ressaltar que o período gravídico puerperal é uma fase de grande incidência de transtornos mentais na mulher, como já mencionado anteriormente. Sendo assim, necessita-se de uma assistência multiprofissional em saúde, principalmente dos profissionais da área da enfermagem, para manter ou recuperar a saúde mental da mulher, com diminuição da ansiedade e aumento dos níveis de autoestima (RODRIGUES *et al.*, 2017).

## 8 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como principal objetivo avaliar a ansiedade e a autoestima em mulheres no período gestacional que realizam pré-natal nas Estratégias Saúde da Família urbanas de um município do Sul de Minas Gerais.

Assim, de acordo com o primeiro objetivo específico (identificar as variáveis socioeconômicas, de hábitos de vida e de doença crônica, dados sobre a gestação e eventos marcantes na vida das mulheres no período gestacional), é possível concluir que teve maior frequência de mulheres com faixa etária de até 25 anos, casadas ou com companheiros(as), católicas(as), com até 2 filhos, com renda familiar mensal de 1.001 a 2.000 reais, ensino médio completo e com moradia alugada. Ademais, a maior parte das entrevistadas não consumia bebida alcoólica, não fazia uso de drogas ilícitas, não era tabagista, não praticava atividades físicas, não possuía outras doenças crônicas e fazia uso de medicamentos contínuos e/ou diários.

Além disso, a maioria das gestantes não planejou a gravidez, realizava pré-natal de risco habitual, não estava no primeiro parto, sendo o último parto em até cinco anos, com idade gestacional de 14 a 27 semanas (2º trimestre). A maior parte dessas mulheres avaliadas não teve preocupação nem problema na gravidez, apresentou mudança de humor e achou que a mudança física durante a gestação teve influência na sua vida. Afirmou, ainda, ter boa relação com o pai do recém-nascido e que terá ajuda para cuidar do mesmo.

Com relação aos eventos marcantes na vida, a maioria negou ter passado por algum evento nos últimos doze meses, sendo que, das que afirmaram, o evento mais marcante foi perda (morte) de pessoa querida.

Frente aos resultados encontrados para responder ao segundo objetivo específico (avaliar a ansiedade das mulheres no período gestacional), concluiu-se que a maioria das gestantes foram classificadas sem ansiedade, destacando-se um relevante percentual de mulheres com ansiedade.

É possível concluir também, por meio dos resultados apresentados para responder ao terceiro objetivo específico (avaliar a autoestima em mulheres no período gestacional), que a maior parte das gestantes possuía autoestima média e que um grande percentual dessas mulheres foi classificado com autoestima alta e um discreto percentual com autoestima baixa.

Conforme o quarto objetivo específico (verificar se existe associação entre o nível de ansiedade e as variáveis socioeconômicas, de hábitos de vida e de doença crônica, dados sobre a gestação e eventos marcantes na vida das mulheres no período gestacional), concluiu-se que as variáveis mudança de humor e influência da mudança física durante a gestação na vida da mulher apresentaram associação estatística com a ansiedade.

No que concerne ao quinto objetivo específico (verificar se existe associação entre o nível de autoestima e as variáveis socioeconômicas, de hábitos de vida e de doença crônica, dados sobre a gestação e eventos marcantes na vida das mulheres no período gestacional), constatou-se que nenhuma variável apresentou associação estatística com a medida da autoestima.

Por fim, foi possível concluir, com ênfase no último objetivo específico (verificar se existe associação entre ansiedade com a autoestima das mulheres no período gestacional), que as variáveis ansiedade e autoestima apresentaram associação estatística, em que as gestantes com ansiedade tiveram mais chances de apresentar autoestima média/baixa.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação é um momento de intensas mudanças no organismo da mulher, não se limita apenas aos aspectos fisiológicos e envolve uma gama de sentimentos, de hormônios, de mudanças psicológicas e físicas. Todas as possíveis alterações oriundas desse período surgem no decorrer dos nove meses de gestação, o que pode levar a mulher a ter que se adaptar a essas mudanças para conseguir vivenciar de modo positivo e saudável todo o processo gestacional.

O momento do pré-natal é oportuno para oferecer um auxílio, pois prepara a gestante para receber o bebê com entusiasmo, estimulando sua autoestima e diminuindo sua ansiedade, para que passe por uma boa gestação, bom parto e puerpério.

Frente a isso, é essencial a adoção de medidas que previnam ou amenizem os fatores facilitadores das alterações mentais, como a ansiedade e a diminuição da autoestima, para que as mulheres consigam enfrentar essas alterações e experimentar a gestação com boa saúde física e mental. É imprescindível que haja um adequado acompanhamento de pré-natal, sendo uma oportunidade para investigação desses aspectos, com uma consequente proposição de intervenções e de estratégias voltadas para essas mulheres.

Nesse íterim, a adaptação à nova realidade, com mudanças desencadeadas com a chegada de um bebê e com todos os cuidados de que ele necessita, juntamente com as mudanças da gestação, exigem que a mulher tenha apoio durante todo o processo, para que se favoreça uma gravidez e um puerpério saudável, com qualidade de vida, incluindo bem-estar físico, mental e social.

Diante disso, ressalta-se que a gestante que recebe a ajuda da família e do companheiro(a) consegue enfrentar os obstáculos e as dificuldades e, assim, se adaptar às mudanças e aceitar positivamente a vinda de um filho. Em grande parcela, a presença de ajuda da família ou do companheiro(a) resulta em benefícios para a saúde mental da gestante, com ajuda para cuidar do bebê, com orientações e com apoio, o que influencia na minimização de alterações mentais, como a ansiedade e a autoestima baixa.

Vale enfatizar que o profissional de saúde, incluindo o de enfermagem, tem um papel importante durante o ciclo reprodutivo da mulher, abrangendo a pré-concepção, o pré-natal e o pós-parto, sendo que, quando há assistência holística, o

resultado é benéfico, com minimização de problemas e uma maior adesão da mulher ao serviço de saúde.

Assim, é essencial também a presença de uma equipe multiprofissional, principalmente a enfermagem, que pode realizar, além de uma assistência adequada, atividades educativas com orientações, solução de problemas e esclarecimento de dúvidas, visando minimizar os sintomas desagradáveis, sejam eles físicos ou mentais, que surgem durante esse período. O vínculo desenvolvido durante o ciclo gravídico-puerperal entre a mulher e o profissional de saúde é um fator preponderante para adesão ao pré-natal, com consequente evolução satisfatória da gestação e do parto.

Para que estes profissionais de saúde consigam atuar adequadamente em todo esse processo, é necessária uma capacitação, como, por exemplo, investimentos em cursos de especialização em enfermagem obstétrica, incorporação de saúde mental nas práticas assistenciais e também o apoio dos gestores de saúde com a criação de políticas e de programas voltados para esse tema.

Cabe mencionar que o presente estudo apresentou algumas limitações. Uma delas refere-se ao desenho transversal, uma vez que não foi possível verificar a relação causa-efeito dos resultados encontrados. Entretanto, tal desenho foi relevante por permitir caracterizar e associar variáveis independentes com dependentes, observando-se a situação da mulher no período gestacional.

Outra limitação encontrada foi a dificuldade de acesso à população de estudo, sendo baixa a adesão ao pré-natal do município em que foi realizada a pesquisa. Porém, mesmo assim, foi possível atingir a meta proposta do quantitativo de gestantes do município para compor a população de estudo, o que forneceu informações relevantes para a pesquisa e maior compreensão desse fenômeno.

Mediante essas limitações, sugere-se a realização de investigações longitudinais que abordem a temática analisada neste estudo, de maneira que se demonstrem onexo-causal e a causa-efeito da ansiedade e da alteração na autoestima em mulheres no período gestacional.

Seria interessante também a realização de estudos em outras populações, com amostragens maiores, assim como, em outros períodos do ciclo gravídico-puerperal, como, por exemplo, o puerpério tardio. Isso se faz necessário no sentido de conhecer com mais detalhes a mulher no ciclo gravídico-puerperal no que

concerne ao seu perfil sociodemográfico e às alterações mentais, para que se possa comparar com a população pesquisada na presente investigação.

Por fim, sugere-se também a realização de pesquisas experimentais ou quase-experimentais envolvendo essa temática, para que se possa aplicar intervenções a essas mulheres no período gestacional, no intuito de constatar as alterações mentais que são ocasionadas pelas mudanças oriundas da gestação.

Esta pesquisa poderá trazer avanços para o conhecimento da área, com possível elaboração de educações continuadas e protocolos, buscando ter estratégias que visem à humanização, à integralidade e à continuidade da assistência prestada à mulher, com o objetivo de reduzir a ansiedade e aumentar a autoestima das mulheres em todo o ciclo gravídico-puerperal.

Enfatiza-se, ainda, que a presente investigação possa contribuir para uma melhoria da assistência pré-natal nas Estratégias de Saúde da Família, além de desenvolver, nos profissionais de saúde, uma percepção diferenciada quanto à saúde mental das gestantes.

Frente a todo o exposto no presente estudo, principalmente com os resultados apresentados, acredita-se que os profissionais da saúde, incluindo os da enfermagem, consigam se sensibilizar, visando prestar uma assistência integral à mulher no período gestacional, assim como aproveitar o momento para reforçar os laços com a mulher, com conseqüente melhora do vínculo paciente-profissional e maior adesão desta ao serviço de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ABAJOBIR, A. *et al.* Are past adverse pregnancy outcomes associated with maternal anxiety and depressive symptoms in a sample of currently pregnant women? **J Health Sci**, v. 27, n. 4, p. 351, 2017. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.4314/ejhs.v27i4.6>. Acesso em: 21 July. 2020.
- AGGARWAL, A. K.; JAINB, V.; KUMARA, R. Validity of verbal autopsy for ascertaining the causes of stillbirth. **Bull World Health Organ.**, v. 89, n. 1, p. 31-40, 2011. Disponível em: doi: 10.2471/BLT.10.076828. Acesso em: 21 July. 2020.
- AGGARWAL, H. K. *et al.* Prevalence of depression, anxiety and insomnia in chronic kidney disease patients and their co-relation with the demographic variables. **Journal Prilozi**, Unauthentifizier, v. 38, n. 2, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28991772>. Acesso em: 20 July. 2020.
- AGUIAR, F. A. R. *et al.* Experiência da gravidez entre adolescentes gestantes. **Rev Enferm UFPE online**, Recife, v. 12, n. 7, p. 1986-1996, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-986844>. Acesso em: 20 Ago. 2020.
- ALDER, J. *et al.* Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. **Journal of Maternal-fetal Medicine Neonatal**, Basiléia, n. 20, v. 3, p. 189-209, 2007. Disponível em: 10.1080/14767050701209560. Acesso em: 19 Mar. 2019.
- ALI, N. S. *et al.* Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: a hospital-based cross-sectional study. **The Scientific World Journal [Internet]**, v. 1, n. 9, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3354685/>. Acesso em: 20 July. 2020.
- ALMEIDA, M. S. *et al.* Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 385-393, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/17.pdf>. Acesso em: 21 Mar. 2019.
- ALMEIDA, N. M. C.; ARRAIS, A. R. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 36, n. 4, p. 847-863, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001382014>. Acesso em: 31 Ago. 2020.
- ALONSO, M. B. *et al.* Exposición a tabaco, alcohol y drogas de abuso en gestantes. Estudio de prevalencia en gestantes de Málaga. **Adicciones**, v. 27, n. 2, p. 99-108, 2015. Disponível em: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/695>. Acesso em: 02 Jul. 2020.
- ALVARENGA, P.; FRIZZO, G. B. Stressful life events and women's mental health during pregnancy and postpartum period. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 27, n. 66, p. 51-59, 2017. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2017000100051&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2017000100051&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 Aug. 2020.

ALVES JUNIOR, T. A. *et al.* Auto-percepção do papel do profissional de educação física no combate à obesidade: um estudo piloto. **Motricidade**, Ribeira de Pena, v. 12, n. 1, p. 30-41, dez. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1646-107X2016000500005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2016000500005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 09 out. 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM 5**. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. Acesso em: 20 Maio. 2020.

ANDRADE, E. R.; SOUSA, E. R.; MINAYO, M. C. S. Intervenção visando a autoestima e qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**. N.14, v.1, p.275-285. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100034>. Acesso em: 21 jul. 2020.

ANDRADE, L. H. S. G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Rev. Psiquiatr. Clínica.**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 8., 1998. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r256/ansi256a.htm>. Acesso em: 13 mar. 2019.

ANDREWS, B.; HEJDENBERG, J.; WILDING, J. Student anxiety and depression: Comparison of questionnaire and interview assessments. **J Affect Disord**, London, v. 95, n. 1, p. 29-34, jun. 2006. Disponível em: [https://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(06\)00223-0/fulltext](https://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(06)00223-0/fulltext). Acesso em: 07 mar. 2019.

ANTUNES, M. B. *et al.* Fatores sociodemográficos e condições de risco em gestantes de um ambulatório especializado do sul do Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde. Vol.Sup.38**. 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e1985.2020>. Acesso em: 20 jul. 2020.

APTER, G.; DEVOUCHE, E.; GRATIER, M. Perinatal mental health. **J Nerv Ment Dis**, Antony, v. 199, n. 8, p. 575-577, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21814083>. Acesso em: 21 Mars. 2019.

ARAUJO, D. D. Consumption of medicines in high-risk pregnancy: evaluation of determinants related to the use of prescription drugs and self-medication. **Braz J Pharm**, v. 49, n. 3, p. 491-499, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bjps/v49n3/v49n3a10.pdf>. Acesso em: 09 Sept. 2020.

ARAÚJO, D. M. R.; PEREIRA, N. L.; KAC, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: Uma revisão sistemática da literatura. **Cadernos Saúde Pública**, São Paulo, n. 23, v. 4, p.747-756, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400002>. Acesso em: 10 mar. 2019.

ARYAL, K. K. Anxiety and depression among pregnant women and mothers of children under one year in Sindupalchowk District, Nepal. **J Nepal Health Res Counc.**, v. 16, n. 2, p. 195-203, 2018. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.3126/jnhrc.v16i2.20310>. Acesso em: 10 July. 2020.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. **Labirinto de espelhos: a formação da autoestima na infância e adolescência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 207p.

AVANCI, J. Q. *et al.* Adaptação transcultural de escala de auto-estima para adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 397-405. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n3/a07v20n3.pdf>. Acesso em: 05 Mar. 2019.

AVELAR, C. F. P.; VEIGA, R. T. Como entender a vaidade feminina utilizando a autoestima e a personalidade. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 53, n. 4, p. 338-349, jun./ago. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75902013000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902013000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 09 Ago. 2020.

AZIZI, M. *et al.* The effect of individual factors, socioeconomic and social participation on individual happiness: a cross-sectional study. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, Deli, v. 11, n. 6, p. VC01–VC04, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5535462>. Acesso em: 15 Aug. 2020.

BARBOSA, E. S. **A importância da manutenção da atividade física durante a gestação da mulher militar**. 2019. 25f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: [https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/5760/1/MONO\\_ELAINE%20BARBOSA\\_CFO.pdf](https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/5760/1/MONO_ELAINE%20BARBOSA_CFO.pdf). Acesso em: 20 Ago. 2020.

BARROS, A. C. **Ansiedade traço e estado, risco para depressão e ideação suicida em gestantes de alto risco em Alagoas**. 2020. 73f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas. 2020. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/6809>. Acesso em: 20 Ago. 2020.

BARROS, B. P. *et al.* Ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes com gçomerulonefrite familiar ou doença renal policística autossômica dominante. **J. Bras. Nefrol**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 120-128, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-28002011000200002>. Acesso em: 10 Jan. 2020.

BARROS, M. B. A. *et al.* Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. **Rev Saúde Pública**, v. 51, n. 1, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000200307&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200307&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 20 Jul. 2020.

BARROS, R. M.; MOREIRA, A. S. Desemprego, autoestima e satisfação com a vida: estudo exploratório realizado em Portugal com beneficiários do rendimento social de inserção. **Rev. Psicol. Organ. Trab**, Brasília, v. 15, n. 2, 2015. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572015000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572015000200005). Acesso em: 10 Ago. 2020.

BATISTA, H. H. V.; PIOVEZAN, N. M.; MUNER, L. C. Relação entre autoestima e satisfação de vida de casais com e sem filhos. **PsicoFAE**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 75-88, 2015. Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/download/58/40>. Acesso em: 09 Set. 2020.

BEJELLAND, I. *et al.* The validity of the hospital anxiety and depression scale: an updated literature review. **J. Psychosom Res**, Bergen, v. 52, n. 2, p. 69-77, 2002. Disponível em: DOI: 10.1016/s0022-3999(01)00296-3. Acesso em: 25 July. 2019.

BERTONI, N. *et al.* Exploring sex differences in drug use, health and service use characteristics among young urban crack users in Brazil. **Intern. Jour. for Equity in Health**, v. 13, n. 1, p. 70, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/9307>. Acesso em: 02 July. 2020.

BIFFI, M.; GRANATO, T. M. M. Projeto de ter filhos: uma revisão da literatura científica nacional e internacional. **Rev.Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 207-220, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v25n1/v25n1a14.pdf>. Acesso em: 10 Jul. 2020.

BISQUERRA, R.; SARRIERA, J. C.; MARTINEZ, F. **Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

BOAROLLIT, M. *et al.* Avaliação do estresse, depressão, e ansiedade em um grande grupo de gestantes cadastradas na estratégia saúde da família no Bairro São Sebastião, Criciúma. **Rev Prog Resid Multi Atenção Básica**. v. 3, n. 1, p. 1-9. 2016. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/prmultiprofissional/article/view/3028/2792>. Acesso em: 27 jul. 2020.

BORTOLLETI, F. F. **Psicologia na prática obstétrica-abordagem interdisciplinar**. Barueri-SP: Manole, 2007.

BOTEGA, N. J. *et al.* Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 285-289, 1998. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/psi-3395>. Acesso em: 04 Mar. 2019.

BRANDBERG, Y.; ARVER, B.; LINDBLOM, A. Preoperative psychological reactions and quality of life among women with an increased risk of breast cancer who are considering a prophylactic mastectomy. **Eur. J. Cancer**, Stockholm, v. 40, n. 3, p. 365-374, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14746854>. Acesso em: 29 Abr. 2019.

BRANDEN, N. **Autoestima: como aprender a gostar de si mesmo**. São Paulo (SP): Saraiva, 2000.

BRADY, S. *et al.* Pre-coronary artery bypass graft measures and enrollment in cardiac rehabilitation. **J Cardiopulm Rehabil**, Toronto, v. 25, p. 343-349, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16327528>. Acesso em: 20 Apr. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 29 Abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão de alto risco: manual técnico**. Brasília, 2012. 302 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf). Acesso em: 07 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico de pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf). Acesso em: 07 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf). Acesso em: 21 Jul. 2020.

BRITAIN, K. *et al.* Risk factors for antenatal depression and associations with infant birth outcomes: results from a south african birth cohort study. **Paediatric Perinatal Epidemiol.**, v. 29, p. 505-514, 2015. Disponível em: doi: 10.1111/ppe.12216. Acesso em 15 July. 2020.

CABALLO, V. E. **Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais**. São Paulo: Ed. Santos; 2003.

CABRAL, S. A. A. O. *et al.* Receios na gestação de alto risco: uma análise da percepção das gestantes no pré-natal. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, v. 12, n. 40, p. 151-162, 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1051>. Acesso em: 21 Jul. 2020.

CABRERA, C. C.; SPONHOLZ, A. Ansiedade e insônia. *In*: BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CARMELLO, F. A.; VINHOLES, D. B.; FELDENS, V. P. Avaliação da autoestima no pré-operatório de pacientes submetidas à cirurgia plástica estética em uma clínica privada de Tubarão – SC. **Arquivo Catarinense de Medicina**, Santa Catarina, v. 42, n. 2, p.75-80, 2013. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1232.pdf>. Acesso em: 10 Mar. 2019.

CARVALHO, E.N. *et al.* A restrição do crescimento fetal como consequência do consumo de álcool e outras drogas na gestação: um estudo transversal. **Revista Interdisciplinar Ciências Médicas**, v. 4, n. 1, p. 44-49, 2019. Disponível em: <http://internato.feluma.org.br/ojs/index.php/ricm/article/view/302>. Acesso em: 01 jul. 2020.

CARVALHO, I. G. *et al.* Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. **Rev.Latino-Am.Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1405.2836>. Acesso em: 10 ago. 2020.

CARVALHO, R. *et al.* Níveis de ansiedade de alunos de graduação em enfermagem frente à primeira instrumentação cirúrgica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 918-923, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n6/v12n6a11.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2019.

CASTANHEIRA, E.; CORREIA, P.; COSTA, E. C. Relação entre morbidade psicológica, variáveis sociodemográficas e clínicas, percepção de intimidade relacional, satisfação conjugal e preocupações sentidas durante a gravidez. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 33, n. 5, p. 334-344, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v33i5.12261>. Acesso em: 04 mar. 2020.

CASTAN, J. U.; BRENTANO, V. Psicodiagnóstico na unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário: descrição da demanda de 2015. **Rev SBPH**, Rio de Janeiro, n. 20, v. 1, p. 195-208, 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582017000100012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000100012). Acesso em: 18 jul. 2020.

CASTILLO, A. R. G. *et al.* Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 20-23, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3791.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2019.

CHANG, G. Screening for alcohol and drug use during pregnancy. **Obstet Gynecol Clin North Am**, Novo México. v. 41, n. 2, p. 205- 212, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24845485/>. Acesso em: 02 jul 2020.

CLARK, A. *et al.* The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: a prospective study. **J Health Psychol**. Austrália, v. 14, n.1, p.27-35, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1359105308097940>. Acesso em: 20 mar. 2019.

CLAUDINO, J.; CORDEIRO, R. Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem o caso particular dos alunos da escola superior de saúde de Porto Alegre. **Journal Education, Techonogies and health**, Portugal, v. 11, n. 3, 2016. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millenum/article/view/8403>. Acesso em: 13 jun. 2020.

COELHO, C. A. T. **Determinantes das alterações psicoemocionais do puerpério: efeitos da autoestima**. 2015. 137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Instituto Politécnico de Viseu, Portugal, 2015. Disponível em:

<https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2839/1/COELHO,%20CatarinaAlexandraToipa%20DM.pdf>. Acesso em: 21 Jul. 2020.

COELHO, H. F. *et al.* Antenatal anxiety disorder as a predictor of postnatal depression: a longitudinal study. **Journal of Affective Disorders**, UK, n. 129, v. 1-3, p. 348-353. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.08.002>. Acesso em: 20 mar. 2019.

COMIN, F. S. *et al.* Fatores associados ao bem-estar subjetivo em pessoas casadas e solteiras. **Rev. Estud. Psicol. Campinas**, Campinas. v. 33, n. 2, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2016000200313&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000200313&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 20 Ago. 2020.

COSTA, D. O. *et al.* Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 691-700, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000300691&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000300691&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 01 Jun. 2020.

COSTA, E. E. *et al.* Padrão de uso de álcool e outras drogas por trabalhadores de obras públicas. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 27, n. 1, p. 76-81, jan./abr. 2013. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6385/6789>. Acesso em: 29 Jun. 2020.

COSTA, E. S. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação, **Repositório Institucional**, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/ri/handle/riufc/4380>. Acesso em: 15 mar. 2019.

COSTA, P. F.; BRITO, R. S. Orientações ofertadas às puérperas no alojamento conjunto: revisão integrativa da literatura. **Espaço para a saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v. 17, n. 2, p. 237-245, 2016. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/312355717\\_Orientacoes\\_ofertadas\\_as\\_puerperas\\_no\\_alojamento\\_conjunto\\_revisao\\_integrativa\\_da\\_literatura](https://www.researchgate.net/publication/312355717_Orientacoes_ofertadas_as_puerperas_no_alojamento_conjunto_revisao_integrativa_da_literatura). Acesso em: 25 mar. 2019.

COSTA, R.; PACHECO, A.; BÁRBARA, F. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo. v. 34, n. 4, p. 157-165, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000400001>. Acesso em: 29 abr. 2019.

CREMONESE, L. *et al.* Social support from the perspective of postpartum adolescents. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2017. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0088>. Acesso em: 25 jan. 2020.

CUNHA, A. C. S. *et al.* Efeitos psicossociais da gravidez na adolescência: um estudo transversal. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 47412-47424, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/13283>. Acesso em: 26 ago. 2020.

DALLA COSTA, L. *et al.* Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enferm. Curitiba**, v. 21, n. 2, p. 01-08, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44192>. Acesso em: 20 jun. 2020.

DAMACENA, L. C. A. *et al.* Gestação na adolescência e autoestima. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 7, n. 3, p. 39-49, 2018. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2884>. Acesso em: 20 ago. 2020.

DAVIES, T. *et al.* The sun has set even though it is morning: Experiences and explanations of perinatal depression in an urban township, Cape Town. **Transcult Psychiatry**, v. 53, n. 3, p. 286-312. 2016. Disponível em: doi: 10.1177/1363461516632389. Acesso em: 20 Aug. 2020.

DEVIDO, J; BOGUNOVIC, O; WEISS, R. D. Alcohol use disorders in pregnancy. **Harv Rev Psychiatry**, San Francisco, v. 23, n. 2, p. 112-121, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4530607/>. Acesso em: 10 July. 2020.

DIAS, M. S. *et al.* Auto-estima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2787-2797, 2008. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001200007&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001200007&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 18 jul. 2020.

DINI, G. M.; QUARESMA, M. R.; FERREIRA, L. M. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de autoestima de Rosenberg. **Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 41-52, 2004. Disponível em: <http://www.rbcpc.org.br/details/322/pt-BR/adaptacao-cultural-e-validacao-da-versao-brasileira-da-escala-de-auto-estima-de-rosenberg>. Acesso em: 18 mar. 2019.

DOURADO, J. M. B. **O rendimento acadêmico e sua relação com o autoconceito do aluno e a retroalimentação do professor**. 1984. 114f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 1984.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** [recurso eletrônico]: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf> . Acesso em: 09 set. 2020.

DUNKEL, S. C. *et al.* Demographic, medical, and psychosocial predictors of Pregnancy Anxiety. **Paediatr Perinat Epidemiol**, Los Angeles, v. 30, n. 5, p. 421-429, 2016. Disponível em: doi: 10.1111/ppe.12300. Acesso em: 20 July. 2020.

DUROWADE, K. A. *et al.* Barriers to contraceptive uptake among women of reproductive age in a semi-urban community of Ekiti state, **Southwest Nigeria. Ethiopian Journal of Health Science**, Nigeria, v. 27, n. 2, p. 121-128, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28579707/>. Acesso em: 17 July. 2020.

FALLON, V.; BENNET, K. M.; HARROLD, J.A. Prenatal anxiety and infant feeding outcomes a systematic review. **J Hum Lact**, n. 32, v. 1, p. 53-66, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0890334415604129>. Acesso em: 20 maio 2020.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life assessment, analysis and interpretation**. England: John Wiley e Sons, 2000. 393p.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de assistência pré-natal**. São Paulo, 2014.

FERIGATO, S. H.; SILVA, C. R.; AMBROSIO, L. Corporality of pregnant women and occupational therapy: possible actions in the primary health care. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 4, p. 768-783, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1173>. Acesso em: 25 mar. 2019.

FERNANDES, M. J. M.; FERREIRA, C. B. Percepções de gestantes com diabetes mellitus gestacional: diagnóstico, hospitalização e enfrentamentos. **REFACS (online)**, Uberaba, v. 8, n. 3, 2020. Disponível em: DOI: 10.18554/refacs.v8i3.3921. Acesso em: 22 Jul. 2020.

FERREIRA, M.E.C. *et al.* Imagem corporal: contexto histórico e atual. **Imagem corporal: reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa**. Juiz de Fora, p.15-28, 2014. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/259672167\\_Imagem\\_corporal\\_Contexto\\_historico\\_e\\_atual](https://www.researchgate.net/publication/259672167_Imagem_corporal_Contexto_historico_e_atual). Acesso em: 15 jul 2020.

FERREIRA, M.; SILVA, I. Seremos pais informados? Literacia sobre a gravidez e parto: uma revisão sistemática. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 21, n. 1, p. 144-151, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862020000100022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862020000100022&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 06 ago. 2020.

FLORIANI, F. M.; MARCANTE, M. D. S.; BRAGGIO, L. A. Autoestima e autoimagem: a relação com a estética. **Universidade do Vale do Itajaí**, Balneário Camboriú, v. 1, n. 15, 2010. Disponível em: <http://siaibib01.univali.br/pdf/Flavia%20Monique%20Floriani,%20M%C3%A1rgara%20Dayana%20da%20Silva%20Marcante.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

FONSECA, V. R.; SILVA, G. A.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 738-746, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2010000400016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000400016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 14 ago 2020.

FORMIGA, N. S. *et al.* Transtorno no uso do álcool e autoestima: verificação de um modelo empírico em diferentes grupos sociais. **Rev. Mudanças- Psicologia da saúde**, São Paulo, v. 22, n. 1, 2014. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/4075>. Acesso em: 20 ago. 2020.

FREITAS, G. V. S.; BOTEGA, N. J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 48, n. 3, p. 1-10. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302002000300039>. Acesso em: 15 maio 2020.

FROTA, C. A. *et al.* A transição emocional materna no período puerperal associada aos transtornos psicológicos como a depressão pós-parto. **Revista Eletrônica Acervo da Saúde**, n. 48, p.1-11. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3237.2020>. Acesso em 18 Jul. 2020.

GALATO, D. *et al.* Perfil do uso de medicamentos durante a gravidez de puérperas internadas em um Hospital do Brasil. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde**. v. 6, n. 1, p. 24-29. 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000700008&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000700008&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 02 ago. 2020.

GAMZE, F.; MELTEM, M. K.; UMRAN, Y. O. Psychosocial adaptation and depressive manifestations in high-risk pregnant women: implications for clinical practice. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, Istambul. v. 14, n. 1, p. 55-64, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/wvn.12186>. Acesso em: 26 Aug. 2020.

GARCIA, L. P.; FREITAS, R. S. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 227-237, 2015. Brasília. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200005>. Acesso em: 21 jul. 2020.

GALDEANO, L. E. **Validação do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio**. 2007. 147 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-19032008-163504/pt-br.php>. Acesso em: 06 mar. 2019.

GALLAR, M. **Promoción de La salud y apoyo psicológico al paciente**. Madrid: Paraninfo, 1998. 520p.

GECAS, V.; SCHWALBE, M. L. Parental behavior and adolescent self-esteem. **Journal of Marriage and Family**, San Francisco, v. 48, n. 1, p. 37-46. 1986. Disponível em: [https://www.jstor.org/stable/352226?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/352226?seq=1#page_scan_tab_contents). Acesso em: 25 mar. 2019.

GELAYE, B. *et al.* Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. **Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 10, p. 973-982, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5155709/>. Acesso em: 10 July. 2020.

GIARDINELLI, L. *et al.* Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. **Arch Womens Ment Health**, Florence, v. 15, n. 1, p. 21-30, 2010. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-011-0249-8>. Acesso em: 25 mar. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOLD, K. J. *et al.* Anxiety disorders and obsessive compulsive disorder 9 months after perinatal loss. **General hospital psychiatry**. Michigan, v. 36, n. 6, p. 650-654. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25305711/>. Acesso em 29 Aug. 2020.

GOMES, F. C. S. *et al.* Relação entre o estresse e a autoestima de gestantes durante o pré-natal. **Revista da USP Medicina**, Ribeirão Preto, v. 53, n. 1, p. 27-34. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v53i1.p27-34>. Acesso em: 20 jul. 2020.

GOMES, R. A. Violência enquanto agravo à saúde de meninas que vivem nas ruas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 156-167, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a11.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2019.

GOMES, N. S.; SILVA, S. R. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncologia mamária. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 509, p. 16-23, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a29.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2019.

GOMES, K. R. O.; SPEIZER, I. S. Longitudinal study on self-esteem among recently pregnant brazilian adolescents. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**. v. 28, n. 4, p. 359-371, 2010. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02646831003587361>. Acesso em: 20 Aug. 2020.

GONÇALVES, A. M. C. *et al.* Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, v. 67, p. 101-109, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000192>. Acesso em: 03 jul. 2020.

GONZALES, E. V. *et al.* Ansiedade y depression en gestantes adolescentes en un hospital de Lima, Peru. **Rev Int Salud Materno Fetal**, v. 4, n. 4, p. 3-7. Disponível em: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/107/110> Acesso em: 13 maio 2020.

GUERRA, M. J. *et al.* Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 1, p. 117-124, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602014000100019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000100019&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 mar. 2019.

GUILLERMIN, F.; BOMBARDIER, B. Cross-cultural adaptation of health-related of life. **Epidemiology**, Ottawa, v. 46, n. 12, p. 1471-1483, 1993.

HARTMANN, J. M.; MENDOZA-SASSI, R. A.; CESAR, J. A. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 9, 2017. Disponível em: doi: 10.1590/0102-311x00094016. Acesso em: 18 jul. 2020.

HENZ, G. S.; MEDEIROS, C. R. G.; SALVADORI, M. A inclusão paterna durante o pré-natal. **Rev. Enferm Atenção Saúde**, v. 6, n. 1, p. 52-66. 2017. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2053/pdf>. Acesso em: 07 jul 2020.

HERMANN, A. P. *et al.* Metodologias utilizadas nas dissertações de um programa de pós-graduação: pesquisa bibliográfica. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Curitiba, v. 8, n. 3, 2009. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2653/575>. Acesso em: 20 abr. 2019.

HERRMANN, C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale a review of validation data and clinical results. **J. Psychosom Res**, Göttingen, v. 42, n. 1, p. 17-42, 1997. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9055211>. Acesso em: 20 Apr. 2019.

HEYNINGEN, T. V. *et al.* Antenatal depression and adversity in urban South Africa. **J Affect Disorders**, v. 203, p. 121-129. 2016. Disponível em: doi: 10.1016/j.jad.2016.05.052. Acesso em: 13 Aug. 2020.

HODGKINSON, E. L.; SMITH, D. M.; WITTKOWSKI, A. Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis. **BMC Pregnancy Childbirth**, Manchester. p. 314-330. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-330>. Acesso em: 25 mar. 2019.

HOIRISCH-CLAPAUCHA, S.; BRENNER, B; NARDI, A. E. Adverse obstetric and neonatal outcomes in women with mental disorders. **Thrombosis Research**, v. 135, n. 1, p. 60-63, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25903540>. Acesso em: 01 jun. 2020.

HUTZ, C. S.; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 41-49, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v10n1/v10n1a05.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2019.

HUTZ, C.S. **Adaptação brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg**. 2000. 132 f. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

IBGE. **Agência IBGE notícias 2018: projeção da população 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>. Acesso em: 08 jul. 2020.

IBGE. **Censo demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 215p, 2012. Disponível em: <[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd\\_2010\\_religiao\\_deficiencia.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf)>. Acesso em: 13 jul. 2020.

IBGE. **Mudança Demográfica no Brasil e no Início do Século XXI**. Subsídios para as Projeções da População. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2020.

IBGE. **População estimada em 2018**. Alfenas: IBGE, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/alfenas/panorama>. Acesso em: 26 mar. 2019.

JANTSCH, P. F. *et al.* Principais características das gestantes de alto risco da região central do Rio Grande do Sul. **Revista Destaques Acadêmicos**, Lajeado, v. 9, n. 3, 2017. Disponível em: <http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/1534>. Acesso em: 21 jul. 2020.

JESUS, S. M. M. Depression in pregnancy. Prevalence and associated factors. **Invest Educ Enferm**, v. 34, n. 2, p. 342-350, 2016. Disponível em: doi: 10.17533/udea.iee.v34n2a14. Acesso em: 20 jul. 2020.

JESUS, S. M. M. *et al.* Ansiedade e depressão na gravidez: caracterização de gestantes que realizaram pré-natal em unidades públicas de saúde. **Rev Enferm UFPE online**, Recife, v. 9, n. 7, p. 9027-9037, 2015. Disponível em: DOI: 10.5205/reuol.8074-70954-1-SM0907supl201512. Acesso em: 07 jul. 2020.

JESUS, S. M. M. **Escala de risco de depressão na gravidez: construção e validação**. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2019.

JHA, S. *et al.* Burden of common mental disorders among pregnant women: a systematic review. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 36, p. 46–53, 2018. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.06.020>. Acesso em: 20 July. 2020.

JOHNSON, A. R. *et al.* Screening for mental health disorders among pregnant women availing antenatal care at a government maternity hospital in Bengaluru city. **Indian J Psychol Med**, v. 40, n. 4, p. 343–348, 2018. Disponível em: doi:10.4103/IJPSYM.IJPSYM\_41\_18. Acesso em: 25 jun. 2020.

KABAK, S. *et al.* Functional outcome of open reduction and internal fixation for completely unstable pelvic ring fractures (type C): a report of 40 cases. **J. Orthop. Trauma**, Kayseri, v. 17, n. 8, p. 555-562, 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14504576>. Acesso em: 29 Apr. 2019.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KASSADA, D. S. *et al.* Prevalence of drug abuse among pregnant women. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 5, p. 467-71, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000500010>. Acesso em: 15 July. 2020.

KAZMIERCZAK, M.; GOODWIN, R. Pregnancy and bodyimage in Poland: Gender roles and self-esteem during the third trimester. **Journal of Reproductive and Infantil Psychology**, UK, v. 29, n. 4, p. 334-342, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02646838.2011.631179>. Acesso em: 25 mar. 2019.

KEEDWELL, P.; SNAITH, R. P. What do anxiety scale measure? **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Singapore, v. 93, p. 170-180, 1996. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8739662>. Acesso em: 04 mar. 2019.

KIMBUI, E. *et al.* A cross-sectional study of depression with comorbid substance use dependency in pregnant adolescents from an informal settlement of Nairobi: drawing implications for treatment and prevention work. **Ann Gen Psychiatry**, v. 17, n. 53, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0222-2>. Acesso em: 09 July. 2020.

KISHORE, M. T. *et al.* Life events and depressive symptoms among pregnant women in India: Moderating role of resilience and social support. **Int J Soc Psychiatry**, v. 64, n. 6, p. 570-577, 2018. Disponível em: doi: 10.1177/0020764018789193. Acesso em: 20 Aug. 2020.

KLISZCZ, J. *et al.* The level of anxiety, depression and aggression in nurses and their life and job satisfaction. **Med Pr**, Gdynia, v. 55, n. 6, p. 461-468, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15887514>. Acesso em: 29 Apr. 2019.

KOSS, J. *et al.* Influence of perinatal depression on labor-associated fear and emotional attachment to the child in high-risk pregnancies and the first days after delivery. **Med Sei Monit.**, Poland, v. 22, n. 1, p. 1028-1037, 2016. Disponível em: doi: 10.12659/MSM.895410. Acesso em: 12 Aug. 2020.

KROB, A. D. *et al.* Depressão na gestação e no pós-parto e a responsividade materna nesse contexto. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 9, n. 3, p. 3-16, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v9i3.565>. Acesso em: 20 ago. 2020.

LAMERA, N. R. O. *et al.* Boas práticas de enfermagem voltadas à gravidez na adolescência: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. sup, n. 41, 2020. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e2300.2020>. Acesso em: 23 jul. 2020.

LEE, G.; SHEHAN, C. L. Social relations and the selfesteem of older persons. **Reserch on Aging**, Durhan, v. 11, n. 4, p. 427-442, 1989. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2623355>>. Acesso em: 24 mar. 2019.

LEON, A. R.; CAETANO, I. R. C. S.; FIGUEIREDO, I. J. **Depressão e ansiedade na gravidez e influência na intenção e duração pretendida da amamentação.**

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Mestrado integrado em medicina – trabalho final. Portugal, 2018. 46f. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/82637/1/TESE%20Final%20Alexandra%20Le%c3%b3n.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2020.

LIMA, B. V. B. G. *et al.* Avaliação da ansiedade e da autoestima em concluintes do curso de graduação de enfermagem. **Rev. UFPE**, Pernambuco, v. 11, n. 11, p. 4326-4333, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/enfermagem/article/download/13440/2468>. Acesso em: 13 ago. 2020.

LIMA, S. P. *et al.* Desvelando o significado da experiência vivida para o ser-mulher na amamentação com complicação puerperais. **Texto Contexto Enferm**, n. 27, v. 1. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018000880016>. Acesso em: 16 jul. 2020.

LIMA, M. O. P. *et al.* Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta paul. Enferm**, v. 30, n. 1, p. 39-46, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002017000100039&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002017000100039&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 10 jul 2020.

LINGAM, R. *et al.* Mental health difficulties in children with developmental coordination disorder. **Pediatrics**. v. 129, p. 882-93. 2012. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/129/4/e882.short>. Acesso em: 29 ago. 2020.

LI, Y. *et al.* Social support and depression across the perinatal period: a longitudinal study. **J. Clin. Nurs**, v. 26, n. 17-18, p. 2776-2783, 2017. Disponível em: doi: 10.1111/jocn.13817. Acesso em: 20 Aug. 2020.

LOPES, C. S. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 2, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s01518-8787.2016050006690>. Acesso em: 15 ago. 2020.

LUCHESE, R. *et al.* Fatores associados à probabilidade de transtorno mental comum em gestante: estudo transversal. **Esc. Anna Nery**, v. 21, n. 3, p. 1-6, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000300201&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000300201&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 10 jul 2020.

LUCCI, T. K. *et al.* Depressão materna e concentração de cortisol de recém-nascidos em uma amostra brasileira. **Revista Psico**, v. 47, n. 2, p. 140-147, 2016. Disponível em: doi: 10.15448/1980-8623.2016.2.23655. Acesso em: 20 jul. 2020.

MACEDO, A. A.; SANTOS, J. S.; BERTONI, S. **Estudo comparativo sobre a qualidade de vida em gestante**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Lins: Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium; 2016. 66f. Disponível em: <http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/60241.pdf>. Acesso em: 09 set. 2020.

MACELLARO, M. *et al.* Prevalência de episódios ansiosos e depressivos em hospital geral. **Diversitates Int J**, Niterói, v. 10, n. 1, p. 59-69, 2018. Disponível em: <http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/245>. Acesso em: 01 jun. 2020.

MACHADO, C. D.; VINHOLES, D. B.; FELDENS, V. P. Avaliação da autoestima de gestantes atendidas em um ambulatório no município de Tubarão, SC. **Arq Catarin Med.**, v. 42, n. 2, p. 50-55., 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-392>. Acesso em: 20 jul. 2020.

MAÇOLA, L.; VALE, I. N.; CARMONA, E. V. Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Revista Escola de Enfermagem USP.**, v. 44, n. 3, p. 570-577, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/04.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2020.

MANÇÚ, T. S.; ALMEIDA, O. S. C. Conhecimentos e sentimentos das gestantes diabéticas sobre a diabetes mellitus gestacional e tratamento. **Rev Enferm UFPE on line**, n. 10, v. 3, p. 1474-82, 2016. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i3a11089p1474-1482-2016>. Acesso em: 20 jul. 2020.

MANJREKAR, S.; PATIL, S. Perception and Attitude toward Mental Illness in Antenatal Mothers in Rural Population of Southern India: A Cross-Sectional Study. **J Neurosci Rural Pract**, v. 9, n. 4, p. 473-477, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6126298/>. Acesso em: 15 maio 2020.

MARANGONI, S. R. *et al.* Perfil sociodemográfico das mulheres usuárias de álcool e outras drogas na gravidez. **Revista Uningá Review**, v. 30, n. 3, 2018. Disponível em: [http://revista.uninga.br/index.php/uningarevi\\_ews/article/view/2034](http://revista.uninga.br/index.php/uningarevi_ews/article/view/2034). Acesso em: 04 jul. 2020.

MARCHESI, C. *et al.* Risk factors for panic disorder in pregnancy: a cohort study. **J Affect Disord**, v. 156, p. 134-138, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24388039>. Acesso em: 20 July. 2020.

MARCONI, M. A. L.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.

MARIUTTI, M. G. **Associações do aborto com a depressão, autoestima e resiliência**. 122 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde.../MarianaGondimMariutti.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde.../MarianaGondimMariutti.pdf) Acesso em: 30 abr. 2019.

MARQUES, A. C. M.; SOUZA, L. F.; VERÍSSIMO, M. R. G. **Gestação e seus fatores emocionais**. 2019. Monografia (Trabalho de conclusão de curso em Psicologia). Anápolis: Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/handle/aee/8110>. Acesso em: 09 set. 2020.

MATOS, M. G et al. Construindo o Vínculo Pai-Bebê: A Experiência dos Pais. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 22, n. 2, p. 261-271, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pusf/v22n2/2175-3563-pusf-22-02-00261.pdf>. Acesso em: 09 set. 2020.

MECCA, A.; SMELSER, N. J.; VASCONCELLOS, J. **The social importance of self-esteem**. Berkeley. CA: University of California Press, 1989.

MEIJSEN, D. *et al.* Maternal psychological distress in the first two years after very preterm birth and early interventions. **Early Child Development Care**, n. 181, p. 1-11, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/03004430903159852>. Acesso em: 19 mar. 2019.

MEIRELES, J. F. F. *et al.* Imagem corporal de gestantes: associação com variáveis sociodemográficas, antropométricas e obstétricas. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Juiz de Fora, v. 37, n. 7, p. 319-324. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n7/0100-7203-rbgo-37-07-00319.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

MEIRELES, J.F.F. Imagem corporal de gestantes: um estudo longitudinal. **J Bras Psiquiatr.**, v. 65, n. 3, p. 223-40, 2016. Disponível em: DOI: 10.1590/0047-2085000000128. Acesso em: 27 jul. 2020.

MERINO, M. F. G. L. *et al.* As dificuldades da maternidade e o apoio familiar sob o olhar da mãe adolescente. **Cienc Cuid Saude.**, v. 12, n. 4, p. 670-678, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienc cuidsaude.v12i4.22552>. Acesso em: 20 ago. 2020.

MISSIUNA, C. *et al.* Psychological distress in children with developmental coordination disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. **Res Dev Disabil**, v. 35, p. 1198-1307, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0891422214000110>. Acesso em: 30 Aug. 2020.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Factors affecting intention to breastfeed of a group of Brazilian childbearing women. **Women Birth.**, v. 30, n. 2, p. 119-124, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519216301767>. Acesso em: 01 Aug. 2020

MOLLER, L. A. M. Gender differences in CVD and depression. **Dialogues Clin Neurosci**. Munich, v. 9, p. 71-83, 2007. Disponível em: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181845/pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181845/pdf). Acesso em: 15 mar. 2019.

MOLINA, M. R. A. L. *et al.* Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Rev Psiquiatr Clín**, v. 39, n. 6, p. 194-197, 2012. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832012000600003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832012000600003&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 20 jul. 2020.

MONTEIRO, I. S. **O contributo das experiências familiares, vinculação e apoio social para a depressão no adulto. (Tese).** Porto: Universidade do Minho; 2010. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/10872>. Acesso em: 20 jul. 2020.

MONTEIRO, P. G. A. *et al.* Percepções de mulheres acerca do estresse vivenciado na gestação. **Revista Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, n. 7, p.1142-1149, 2018. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1889/1839>. Acesso em: 12 jul. 2020.

MONTENEGRO, C. A. B. **Rezende obstetrícia.** 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

MORAIS, A. O. D. S. *et al.* Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 6, 2017. Disponível em: doi: 10.1590/0102- 311x00032016. Acesso em: 20 jul. 2020.

MORALES, J.; BASILIO, M.; CANDIA-ZAMBRANO, C. Violencia y autoestima en gestantes de un distrito del Callao. **Peruvian Journal of Health Care and Global Health**, v. 3, n. 2, p. 75-80, 2019. Disponível em: <http://52.37.22.248/index.php/hgh/article/view/52>. Acesso em: 20 jul. 2020.

MOTTA, K. M. C.; LINHARES, M. B. M. Perfil das gestantes usuárias de álcool/drogas e os efeitos na saúde e desenvolvimento dos filhos. **Revista Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 19, n. 1, p. 133-44, 2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/35877/29077>. Acesso em: 09 jul. 2020.

NANDA International. **Diagnóstico de Enfermagem da NANDA:** definições e classificação. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 468p.

NASCIMENTO, G. B. *et al.* Indicadores de risco para a deficiência auditiva e aquisição da linguagem e sua relação com variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas em bebês pré-termo e a termo. **CoDAS**, São Paulo, v. 32, n. 1, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-17822020000100315&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822020000100315&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 jul. 2020.

NASCIMENTO, S. L. *et al.* Recomendações para a prática de exercício físico na gravidez: uma revisão crítica da literatura. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. 423-431, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/SO100-720320140005030> Acesso em: 21 jul. 2020.

NASH, M. Weighty matters: negotiating 'fatness' and 'in-betweenness' in early pregnancy. **Feminism Psychology**, v. 22, n. 3, p. 307-23, 2012. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0959353512445361>. Acesso em: 08 July. 2020.

NGUYEN, D. T. *et al.* Low self-esteem and its association with anxiety, depression and suicidal ideation in vietnamese secondary school students: a cross-sectional study. **Rev. Front. Psychiatry**, Amsterdã, v. 10, 2019. Disponível

em:<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00698/full>>. Acesso em: 06 ago. 2020.

OLIVEIRA, E. S. *et al.* O processo de morte e morrer na percepção de acadêmicos de enfermagem. **Rev. UFPE online**, Recife, v. 10, n. 5, p. 1709-1716, 2016.

Disponível

em:<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13546/16319>. Acesso em: 02 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. v. 1. p. 5.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Com depressão no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS lança a campanha “Vamos conversar”**.

2017. Disponível em:

[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-dalista-decausas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanhavirusconversar&Itemid=839](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-dalista-decausas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanhavirusconversar&Itemid=839). Acesso em: 7 out. 2018.

PARK, I. J. *et al.* The relationships of self-esteem, future time perspective, positive affect, social support, and career decision: a longitudinal multilevel study. **Rev. Front Psychol**, Seoul, v. 26, n. 9, p. 514, 2018. Disponível em:

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00514/full>. Acesso em: 15 mar. 2019.

PEREIRA, A. S. **Avaliação das habilidades sociais e suas relações com fatores de risco e proteção em jovens adultos brasileiros**. (dissertação). Porto Alegre: UFRGS, 2015. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/130477>.

Acesso em: 15 jul. 2019.

PEREIRA, A. S. *et al.* Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p.3767-3777, 2018. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232018001103767&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018001103767&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 ago. 2020.

PINHEIRO, T. *et al.* Relação dos procedimentos estéticos com satisfação da autoimagem corporal e autoestima de mulheres. **Revista Cathedral**, v. 2, n.1, 2020. Disponível em: <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/106>. Acesso em: 29 ago. 2020.

PINTO, T. M. *et al.* Maternal depression and anxiety and fetal-neonatal growth.

**Jornal de Pediatria**, v. 93, n. 5, p. 452-459, 2017. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255553617300241>. Acesso em: 14 jun. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALFENAS. **Secretaria de Saúde**. Alfenas, 2019.

Disponível em: <http://www.alfenas.mg.gov.br/Home/Secretaria/93>. Acesso em: 29 abr. 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PORTO, P. N. *et al.* Fatores associados ao uso de álcool e drogas por mulheres gestantes. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 19, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2018193116>. Acesso em: 20 jul. 2020.

RAHNAMA, P. *et al.* Does religious coping and spirituality have a moderating role on depression and anxiety in patients with spinal cord injury? A study from Iran. **Spinal Cord**, Houndmills, v. 53, p. 870-874, 2015. Disponível em: <http://www.nature.com/sc/journal/v53/n12/full/sc2015102a.html?foxtrotcallback=true>. Acesso em: 02 July. 2020.

RÄISÄNEN, S. *et al.* Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: a population-based analysis during 2002–2010 in Finland. **BMJ Open**, v. 4, 2014. Disponível em: doi: 10.1136/bmjopen-2014-004883. Acesso em: 12 Aug. 2020.

RAMOS, R. T. **Transtorno de ansiedade: investigação da adesão à terapêutica medicamentosa**. 2009. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, USPRP, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: 10.11606/D.22.2014.tde-03022015-162019. Acesso em: 24 mar. 2019.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. **Psico-USF**, Porto Alegre, n. 16, v. 2, p. 215-225, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712011000200010>. Acesso em: 26 mar. 2019.

RAUFF, E. L.; DOWNS, D. S. Mediating effects of body image satisfaction on exercise behavior, depressive symptoms, and gestational weight gain in pregnancy. **Ann Behav Med**, n. 42, v. 3, p. 381-390, 2011. Disponível em: DOI: 10.1007/s12160-011-9300-2. Acesso em: 20 July. 2020.

RICCIO, G. M. G. E. *et al.* Validação de instrumento de levantamento de dados para a formulação de diagnósticos de enfermagem. **Revista Sociedade Cardiologia**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 1-16, 1995.

ROBINSON J. P.; SHAVER, P. R.; WRIGHTMAN, L. S. **Measures of personality and social psychological attitudes**. New York: Academic Press, 1991.

ROCHA, G. V. M.; INGBERMAN, Y. K.; BREUS, B. Análise da relação entre práticas parentais e o autoconceito de pré-escolares. **Rev. Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 87-106, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v13n1/v13n1a07.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2019.

ROCHA, G. V. M. **Análise da relação entre práticas parentais e o autoconceito de pré-escolares**. 2002. 96f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia da Infância e da Adolescência, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2002.

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Patterns of alcohol and drug consumption in health care professionals: a portrait of students of lato sensu courses in a public institution. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Droga**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 41-48, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/98750/97304>. Acesso em: 02 July. 2020.

RODRIGUES, A. R. M. *et al.* Gravidez de alto risco: Análise dos determinantes de saúde. In: **SANARE**, v. 16, n. 01, p. 23-28, 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1135>. Acesso em: 27 jul. 2020.

RODRIGUES, C. L. **Aspectos Neuropsicológicos dos Transtornos de Ansiedade na Infância e Adolescência: Um Estudo Comparativo entre as Fases de Pré e Pós-Tratamento Medicamentoso**. Dissertação (Mestrado). Universidade São Paulo, 2011.

RODRIGUES, E. J. *et al.* Avaliação da autoestima de adolescentes gestantes de baixa renda assistidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **ConScientiae Saúde**, v. 9, n. 3, p. 395-401, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92915180008>. Acesso em: 20 maio 2020.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton: Princeton University Press, 1965.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image** (rev. ed.). Middletown, CT: Wesleyan University Press. 1989.

ROSENBERG, M. **The Rosenberg self-Esteem Scale**. 2017. Disponível em: <https://socy.umd.edu/quick-links/self-esteem-what-it>. Acesso em: 09 mar. 2019.

ROWAN, C.; BICK, D.; BASTOS, M. H. Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth: exploring the gap between the evidence and UK policy and practice. **Worldviews Evid Based Nurs**, London, v. 4, n. 2, p. 97-105, 2007. Disponível em: <https://doi/10.1111/j.1741-6787.2007.00088>. Acesso em: 26 mar. 2019.

SALERNO, M. C. *et al.* Autoestima de idosos comunitários e fatores associados: estudo de base populacional. **Rev. Cogitare Enferm**, Paraná, v. 20, n. 4, 2015. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/10/41895-166916-1-PB.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2020.

SAMPAIO, L. F. O papel do obstetra e do psicólogo na depressão pós-parto, **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 15, p. 180-183, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/13171>. Acesso em: 20 mar. 2019.

SANTOS, A. B. *et al.* Autoestima e qualidade de vida de uma série de gestantes atendidas em rede pública de saúde. **Cogitare Enferm**, Paraná, v. 20, n. 2, p.392-

400, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/38166>. Acesso em: 09 set. 2020.

SANTOS, L. A. V. *et al.* História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. *Temas Livres. Ciênc. Saúde Colet.*, v. 23, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.10962016>. Acesso em: 15 jul. 2020.

SCHIAVO, R. A.; RODRIGUES, O. M. P. R.; PEROSA, G. B. Variáveis associadas à ansiedade gestacional em primigestas e multigestas. *Trends Psychol.*, Ribeirão Preto, v. 26, n. 4, p. 2091-2104, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2358-18832018000402091&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-18832018000402091&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 05 jun. 2020.

SCHIEMAN, S.; CAMPBELL, J. E. Age variations in personal agency and self-esteem: the context of physical disability. *Journal of Aging and Health*, London, v. 13, n. 2, p. 155-185, 2001. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/089826430101300201>. Acesso em: 20 mar. 2019.

SCHULTHEISZ, T. S. V.; APRILE, M. R. Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. *Revista Equilibrio Corpo e Saúde*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 36-48, 2013. Disponível em: <http://revista.pgsskroton.com.br/index.php/reces/article/view/22/19>. Acesso em: 20 abr. 2019.

SENA, R. M. C.; MAIA, E. M. C. A utilização do constructo da autoestima nas pesquisas em saúde no Brasil: contribuições conceituais à prática clínica. *Revista Humanidades Médicas*, Camagüey, v.17, n. 2, p. 383-395, 2017. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v17n2/hmc10217.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2020.

SHAKEEL, N. *et al.* A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 15, n. 5, p. 1-11, 2015. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-014-0420-0>. Acesso em: 12 jul 2020.

SHU, C.; LAZATKHAN, J. Effect of leader-member exchange on employee envy and work behavior moderated by self-esteem and neuroticism. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, Madrid, v. 33, n. a, p. 69-81, 2017. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1576-59622017000100069&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1576-59622017000100069&lng=es&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 03 June. 2020.

SILVA, L. C. F. P. *et al.* As expectativas do parto em gestantes de Ermelino Matarazzo. *Enfermagem BRASIL*, v. 10, n. 1, 2011. Disponível em: <http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/3835>. Acesso em: 22 jul .2020

SILVA, L. J.; SILVA, L. R. Mudanças na vida e no corpo: vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. *Escola Anna Nery Revista de*

**Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 393-401, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200022>. Acesso em: 25 mar. 2019.

SILVA, L. K. P.; MARQUES, A. E. F. Utilização de medicamentos por gestantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev Aten Saúd.**, v. 17, n. 62, p. 90-97, 2019. Disponível em: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/6083](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6083). Acesso em: 25 jul. 2020.

SILVA, M. A. P. *et al.* Tristeza materna em puérperas e fatores associados. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 18, p. 08-13, 2017. Disponível em: doi: 10.19131/rpesm.0186. Acesso em: 20 jul. 2020.

SILVA, M. M. J. *et al.* Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. **Rev Esc. Enferm.** São Paulo, v. 51, n. 28, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016048003253>. Acesso em: 28 ago. 2020.

SILVA, M. M. J. *et al.* Depression in pregnancy. prevalence and associated factors. **Invest Educ Enferm**, v. 34, n. 2, p. 342-350, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28569938>. Acesso em: 12 jul. 2020.

SILVA, T. S.; GONÇALVES, J. R. A importância da presença do pai nas consultas de pré-natal. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 3, n. 6, 2020. Disponível em: <http://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/109/99>. Acesso em: 20 jul. 2020.

SILVA, R. A. *et al.* Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1832-1838, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000900016&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000900016&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 25 mar. 2019.

SILVEIRA, M. L. *et al.* The role of body image in prenatal and postpartum depression: a critical review of the literature. **Archives of women's mental health**, n. 18, v. 3, p. 409-421, 2015. Disponível em: doi: 10.1007/s00737-015-0525-0. Acesso em: 20 June. 2020.

SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale: Health Qual Life Outcomes. **Acta. Psychiatr. Scand**, Leeds, v. 1, n. 1, p. 29-31, 2003. Disponível em: <http://images.biomedsearch.com/12914662/1477-7525-1-29.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIBOKHYOLP4MBMRGQ&Expires=1528329600&Signature=BkksQ%2Bp8dNykFbJuD%2Frbz5es3mM%3D>. Acesso em: 10 mar. 2019.

SONCINI, N. C. V. *et al.* Aspectos psicossociais em mulheres brasileiras com gestações de alto e baixo risco. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 20, n.1, p. 122-136, 2019. Disponível em [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862019000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862019000100010&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 28 jul. 2020.

SOWISLO, J. F.; ORTH, U. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. **Psychol Bull**, Basel, v. 139, n. 1, p. 213-240. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22730921>. Acesso em: 15 mar. 2019.

SOUZA, F. T. Z.; OLIVEIRA, J. H. A. Sintomas depressivos ansiosos no paciente renal crônico em tratamento conservador. **Rev. Psicologia e Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 17-31, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v9n3/v9n3a02.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2019.

SOUZA, I.M.; SOUZA, J. P. M. Brazil: world leader in anxiety and depression rates. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 39, n. 4, p. 384, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2300>. Acesso em: 10 jun. 2020.

SOUZA, M. G. *et al.* Concern of primiparous women with regard to labor and birth. **J. Res. Fundam. Care.**, v. 7, n. 1, p. 1987-2000, 2015. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3504>. Acesso em: 20 ago. 2020.

SOUZA, P. H. L.; ROSS, J. R. Fatores relacionados ao consumo de bebida alcoólica por gestantes em uma cidade do leste maranhense. **R Interd.**, v. 8, n. 4, p. 144-151, 2015. Disponível em: [https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/download/605/pdf\\_252](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/download/605/pdf_252). Acesso em: 15 ago. 2020.

SPINDOLA, T. *et al.* Período pós-parto na ótica de mulheres atendidas em um hospital universitário. **Revista Enfermagem em Foco**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 42-46, 2017. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/847/364>. Acesso em: 19 mar. 2019.

STEEL, Z, *et al.* The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. **Int J Epidemiol**, v. 43, n. 2, p. 476-493, 2014. Disponível em: doi: 10.1093/ije/dyu038. Acesso em: 10 June. 2020.

STRAPSSON, M. R.; NEDEL, M. N. B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 521-528, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v31n3/v31n3a16.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2019.

STOPA, S. R. *et al.* Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da pesquisa nacional de saúde, 2013. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 18, n. 2, p. 170-180, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00170>. Acesso em: 20 ago. 2020.

SURITA, F. G.; NASCIMENTO, S. L.; SILVA, J. L. P. Exercício físico e gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, p. 531-534, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n12/0100-7203-rbgo-36-12-0531.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2020.

SURKAN, P. J. *et al.* Unintended pregnancy is a risk factor for depressive symptoms among socioeconomically disadvantaged women in rural Bangladesh. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 18, n. 1, p. 490, 2018. Disponível em: doi: 10.1186/s12884-018-2097-2. Acesso em: 29 Aug. 2020.

TAMAYO, A.; CUNHA, P. Autoconceito, sexo e frequência de atividade sexual pré-marital. **Ciência e Cultura**, Campinas, v. 35, n. 7, 1983.

TAMASHIRO, E. M.; MILANEZ, H. M.; AZEVEDO, R. C. S. “Por causa do bebê”: redução do uso de drogas por gestantes. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 20, n. 1, p. 313-317, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292020000100313&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292020000100313&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 jul. 2020.

TAVAKOL, Z. *et al.* Marital satisfaction through the lens of Iranian women: a qualitative study. **PanAfrican Medical Journal**, Nairobi, v. 8, p. 208, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5326191>. Acesso em: 09 ago 2020.

TEIXEIRA. *et al.* Síndrome alcoólica fetal e consequências para o feto: A perspectiva materna sobre a ingestão de álcool na gravidez. **Saúde Coletiva**, v. 9, n. 50, 2019. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/download/172/166>. Acesso em: 09 set. 2020.

TEIXEIRA, C. M. *et al.* Actividad física, autoestima y depresión en adultos mayores. **Cuadernos de Psicología del Deporte**, v. 16, n. 3, p. 55-66, 2016. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1578-84232016000300006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232016000300006). Acesso em: 23 ago. 2020.

TERRA, F. S. **Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em docentes de Enfermagem de universidades pública e privada**. 2010. 258f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, SP, 2010. Disponível em: <https://doi/10.11606/T.22.2011.tde-16052011-160607>. Acesso em: 20 abr. 2019.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. *et al.* Promovendo a autoestima na gestação: foco no Acolhimento. **Enferm. Foco**, v. 7, n. 2, p. 83-86, 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/85fa/6063927b123f4e69816bd37b9c76d862ca79.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

TORRES, L. V.; DOMÌNGUEZ, R. P.; TORRES, R. A. G. Uso de medicamentos durante el embarazo en un área de salud en bayamo. **Primer Congreso Virtual de Ciencias Básicas Biomédicas em Granma**, Manzanillo, 2020. Disponível em: <http://www.cibamanz2020.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2020/paper/download/290/334>. Acesso em: 21 jul. 2020.

TRAESEL, E. L.; MERLLO, A. R. C. “Somos sobreviventes”: vivências de servidores públicos de uma instituição de seguridade social diante dos novos modos de gestão

e a precarização do trabalho na reforma gerencial do serviço público. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 224-238, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/112344/110308>. Acesso em: 09 set 2020.

TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística**. 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 696 p.

VARGAS, T. V. P.; DANTAS, R. A. S.; GOIS, C. F. L. A autoestima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 20-27, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a03v39n1.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

VARGAS, D. *et al.* O primeiro contato com as drogas: análise do prontuário de mulheres atendidas em um serviço especializado. **Saúde Debate**, v. 9, n. 106, p. 782-91, 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000300782&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000300782&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 02 jul. 2020.

VASCONCELOS, A. D. S.; COSTA, C.; BARBOSA, L. N. F. Do transtorno de ansiedade ao Câncer. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 51-71, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v11n2/v11n2a06.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2019.

VAGE, V.; SOLHAUG, J. H.; VISTE, A. Anxiety, depression and healthrelated quality of life after jejunoileal bypass: a 25-year followup study of 20 female patients. **Obes Surg**, Oslo, v. 13, n. 5, p. 706-713, 2003. Acesso em: 29 abr. 2019.

VETTORE, M. V. *et al.* Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saude Publica.**, v. 27, n. 5, p. 1021-1034, 2011. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/19.pdf>. Acesso 15 jul 2020

VICENTE, S. R. C. R. *et al.* Estresse, ansiedade, depressão e coping materno na anomalia congênita. **Estud psicol.**, v. 21, n. 2, p. 104-116, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v21n2/1413-294X-epsic-21-02-0104.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2020.

VIEIRA, B. D.; PARIZOTTO, A. P. A. V. Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. **Unoesc & Ciência – ACBS**, v. 4, n. 1, p. 79-90, 2014. Disponível em: <https://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/viewFile/2559/pdf>. Acesso em: 03 ago. 2020.

WATKINS, L. L. *et al.* Association of anxiety and depression with all-cause mortality in individuals with coronary heart disease. **J Am Heart Assoc**, Durham, v. 19, n. 2, p. e000068, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3647264/pdf/jah3-2-e000068>. Acesso em: 15 mar. 2019.

WATSON, B. *et al.* The meaning of body image experiences during the perinatal period: a systematic review of the qualitative literature. **Body Image**, Bethesda, v. 14,

n. 10, p. 102-113, 2015. Disponível em: <https://doi/10.1016/j.bodyim.2015.04.005>. Acesso em: 20 mar. 2019.

WEHBY, G. L.; GIMENEZ, L. G.; LÓPEZ-CAMELO, J. S. The impact of unemployment cycles on child and maternal health in Argentina. **Int J Public Health**, v. 62, n. 2, p- 197-207, 2017. Disponível em: DOI: 10.1007/s00038-016-0857-1. Acesso em: 20 jul. 2020.

WEOBONG, B. *et al.* Prevalence and determinants of antenatal depression among pregnant women in a predominantly rural population in Ghana: The DON populationbased study. **J Affect Disord**, v. 165, p. 1-7, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24882170>. Acesso em: 12 jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Depression and Other Common Mental Disorders: **Global Health Estimates**, Geneva, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: Raising taxes on tobacco**. Geneva, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2014**. Geneva, 2014. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf?sequence=1). Acesso em: 10 jul 2020.

WOODS, H. C.; SCOTT, H. #Sleepyteens: social media use in adolescence is associated with poor sleep quality, anxiety, depression and low self-esteem. **Journal of adolescence**, v. 51, p, 41-49, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140197116300343>&gt;. Acesso em: 06 ago. 2020.

XAVIER, B. L. S. *et al.* Características individuais e clínicas de clientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 314-320, 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13683>. Acesso em: 10 jul. 2020.

XAVIER, R. B. *et al.* Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1161-1171, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400029>. Acesso em: 02 jul. 2020.

YOVANNA, S. C. D.; RICHARD, M. O. **Autoestima y satisfaccion vital en madres adolescentes del centro de salud "huascar"**. 2019. Tese (Doutorado) - Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela profesional de psicología, Peru, 2019.

YUSUFF, A. S. M. *et al.* Prevalence of antenatal depressive symptoms among women in Sabah, Malaysia. **J Matern Fetal Neonatal Med**, v. 29, n. 7, p. 1170-1174, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26037724/>. Acesso em: 20 ago. 2020.

YSTROM, E. Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-36>. Acesso em: 20 jul. 2020.

ZAMIGNANI, D.; BANACO, R. Um Panorama Analítico-Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 77-92, 2005. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452005000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452005000100009). Acesso em: 02 mar. 2019.

ZHAO, Y. *et al.* The prevalence of antenatal depression and its related factors in chinese pregnant women who present with obstetrical complications. **Arch Psychiatr Nurs**, v. 30, p. 316-321, 2016. Disponível em: doi: 10.1016/j.apnu.2015.11.012. Acesso em: 12 Aug. 2020.

ZANEI, S. S. V. **Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida whoqol-bref e sf-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de unidades de terapia intensiva e seus familiares**. 2006. 135 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ZEGEYE, A. *et al.* Prevalence and determinants of antenatal depression among pregnant women in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 29, n. 18, p. 462, 2018. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-2101-x>. Acesso em: 27 ago. 2020.

ZENG, Y.; CUI, Y.; LI, J. Prevalence and predictors of antenatal depressive symptoms among Chinese women in their third trimester: a cross-sectional survey. **BMC Psychiatry**, v. 15, p. 66, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25879965/>. Acesso em: 18 ago. 2020.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatr Scand**, Reino Unido, v. 67, n. 6, p. 361-370, 1983. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/b9da/812b7b3e43b13842b3386bb4a09524c55e00.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2019.

## ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DA AUTOESTIMA EM MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL

**Pesquisador:** FÁBIO DE SOUZA TERRA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 15505819.0.0000.5142

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.398.379

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa de mestrado submetido por docente da Escola de Enfermagem, com financiamento próprio, sem conflitos de interesse.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Avaliar a ansiedade e a autoestima em mulheres no período gestacional que realizam pré-natal nas Estratégias Saúde da Família urbanas de um município do Sul de Minas Gerais.

- a. claros e bem definidos;
- b. coerentes com a propositura geral do projeto;
- c. exequíveis (considerando tempo, recursos e metodologia)

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- a. os riscos de execução do projeto são bem avaliados, realmente necessários e estão bem descritos no projeto;
- b. os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos;
- c. para cada risco descrito, o pesquisador apresentou uma correta ação minimizadora e corretiva desse risco.

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700  
**Bairro:** centro **CEP:** 37.130-001  
**UF:** MG **Município:** ALFENAS  
**Telefone:** (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 3.398.379

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- a. Metodologia da pesquisa – adequada aos objetivos do projeto, é atualizada, é a melhor disponível;
- b. Referencial teórico da pesquisa – atualizado e é suficiente para aquilo que se propõe;
- c. Cronograma de execução da pesquisa – é coerente com os objetivos propostos e está adequado ao tempo de tramitação do projeto.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presente e adequado
- b. Termo de Assentimento (TA) – não se aplica
- c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – não se aplica
- d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – não se aplica
- e. Termo de Anuência Institucional (TAI) – presente e adequado
- f. Folha de rosto - presente e adequada
- g. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado
- h. Outro (Termo de participação dos juízes no processo de refinamento) – presente e adequado

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Recomenda-se aprovação do projeto.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Após discussão em reunião, o colegiado emite parecer.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                 | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                   | Situação |
|--------------------------------|---|------------------------|-------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1377842.pdf | 12/06/2019<br>10:33:07 |                         | Aceito   |
| Folha de Rosto                 | Folha_de_rosto.pdf                            | 12/06/2019<br>10:31:55 | FABIO DE SOUZA<br>TERRA | Aceito   |
| Outros                         | Instrumentos.pdf                              | 12/06/2019<br>10:23:46 | FABIO DE SOUZA<br>TERRA | Aceito   |
| TCLE / Termos de               | Termo_de_Juizes_Final.pdf                     | 12/06/2019             | FABIO DE SOUZA          | Aceito   |

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



Continuação do Parecer: 3.396.379

|  |   |                        |                         |        |
|--|---|------------------------|-------------------------|--------|
| Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência                     | Termo_de_Juizes_Final.pdf                     | 10:23:13               | TERRA                   | Aceito |
| TCLE / Termos de<br>Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência | Termo_consentimento_livre_esclarecido<br>.pdf | 12/06/2019<br>10:22:52 | FÁBIO DE SOUZA<br>TERRA | Aceito |
| Declaração de<br>Instituição e<br>Infraestrutura                   | Termo_de_Anuencia_Institucional.pdf           | 12/06/2019<br>10:20:28 | FÁBIO DE SOUZA<br>TERRA | Aceito |
| Projeto Detalhado /<br>Brochura<br>Investigador                    | Projeto_Mestrado_para_o_CEP.pdf               | 12/06/2019<br>10:19:36 | FÁBIO DE SOUZA<br>TERRA | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

ALFENAS, 18 de junho de 2019

Assinado por:

Angel Mauricio Castro Gamero  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700  
Bairro: centro CEP: 37.130-001  
UF: MG Município: ALFENAS  
Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

**ANEXO B – ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO  
(SUBESCALA DE ANSIEDADE)**

Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

**A (1)** Eu me sinto tenso ou contraído:

3 (  ) A maior parte do tempo

2 (  ) Boa parte do tempo

1 (  ) De vez em quando

0 (  ) Nunca

**A (3)** Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

3 (  ) Sim, e de um jeito muito forte

2 (  ) Sim, mas não tão forte

1 (  ) Um pouco, mas isso não me preocupa

0 (  ) Não sinto nada disso

**A (5)** Estou com a cabeça cheia de preocupações:

3 (  ) A maior parte do tempo

2 (  ) Boa parte do tempo

1 (  ) De vez em quando

0 (  ) Raramente

**A (7)** Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado:

0 (  ) Sim, quase sempre

1 (  ) Muitas vezes

2 (  ) Poucas vezes

3 (  ) Nunca

**A (9)** Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

0 ( ) Nunca

1 ( ) De vez em quando

2 ( ) Muitas vezes

3 ( ) Quase sempre

**A (11)** Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

3 ( ) Sim, demais

2 ( ) Bastante

1 ( ) Um pouco

0 ( ) Não me sinto assim

**A (13)** De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

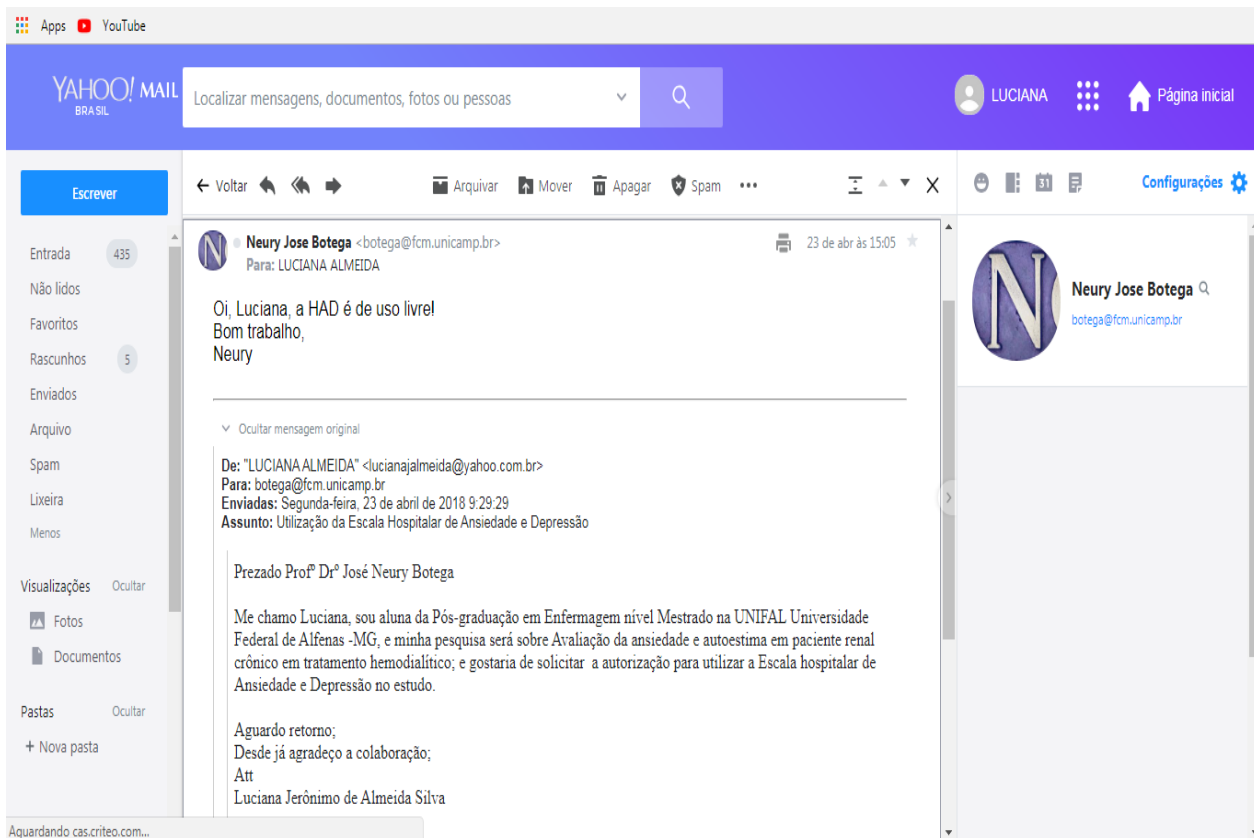
3 ( ) A quase todo momento

2 ( ) Várias vezes

1 ( ) De vez em quando

0 ( ) Não sinto isso

## ANEXO C - E-MAIL DO AUTOR DA ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO



The screenshot displays a Yahoo! Mail interface. At the top, there's a search bar with the text "Localizar mensagens, documentos, fotos ou pessoas" and a search icon. The user's name "LUCIANA" and a "Página inicial" link are visible. The main content area shows an email from "Neury Jose Botega" (botega@fcm.unicamp.br) dated "23 de abr às 15:05". The email body contains the following text:

Oi, Luciana, a HAD é de uso livre!  
Bom trabalho,  
Neury

Below the main text, there's a section for "Ocultar mensagem original" with the following details:

De: "LUCIANA ALMEIDA" <lucianajalmeida@yahoo.com.br>  
Para: botega@fcm.unicamp.br  
Enviadas: Segunda-feira, 23 de abril de 2018 9:29:29  
Assunto: Utilização da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

The email body continues with:

Prezado Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> José Neury Botega

Me chamo Luciana, sou aluna da Pós-graduação em Enfermagem nível Mestrado na UNIFAL Universidade Federal de Alfenas -MG, e minha pesquisa será sobre Avaliação da ansiedade e autoestima em paciente renal crônico em tratamento hemodialítico; e gostaria de solicitar a autorização para utilizar a Escala hospitalar de Ansiedade e Depressão no estudo.

Aguardo retorno;  
Desde já agradeço a colaboração;  
Att  
Luciana Jerônimo de Almeida Silva

The interface also shows a left sidebar with folders like "Entrada" (435), "Não lidos", "Favoritos", "Rascunhos" (5), "Enviados", "Arquivo", "Spam", "Lixeira", "Menos", "Visualizações", "Fotos", "Documentos", and "Pastas" (Nova pasta). A status bar at the bottom indicates "Aguardando cas.criteo.com...".

## ANEXO D - ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Este questionário é composto por 10 afirmativas. Leia com atenção cada uma delas e preencha cada item da lista marcando com um X nos espaços correspondentes a cada afirmativa. Marque apenas uma alternativa por questão.

|   |                          |               |               |                          |
|---|--------------------------|---------------|---------------|--------------------------|
| 1- No conjunto, eu estou satisfeito comigo.   | Concordo totalmente<br>4 | Concordo<br>3 | Discordo<br>2 | Discordo totalmente<br>1 |
| 2- Às vezes, eu acho que não presto para nada.  | Concordo totalmente<br>1 | Concordo<br>2 | Discordo<br>3 | Discordo totalmente<br>4 |
| 3- Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades.  | Concordo totalmente<br>4 | Concordo<br>3 | Discordo<br>2 | Discordo totalmente<br>1 |
| 4- Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.                     | Concordo totalmente<br>4 | Concordo<br>3 | Discordo<br>2 | Discordo totalmente<br>1 |
| 5- Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.                                       | Concordo totalmente<br>1 | Concordo<br>2 | Discordo<br>3 | Discordo totalmente<br>4 |
| 6- Eu, com <i>certeza</i> , me sinto inútil às vezes.                                     | Concordo totalmente<br>1 | Concordo<br>2 | Discordo<br>3 | Discordo totalmente<br>4 |
| 7- Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas. | Concordo totalmente<br>4 | Concordo<br>3 | Discordo<br>2 | Discordo totalmente<br>1 |
| 8- Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.                                  | Concordo totalmente<br>1 | Concordo<br>2 | Discordo<br>3 | Discordo totalmente<br>4 |
| 9- No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso.                             | Concordo totalmente<br>1 | Concordo<br>2 | Discordo<br>3 | Discordo totalmente<br>4 |
| 10- Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo.                                 | Concordo totalmente<br>4 | Concordo<br>3 | Discordo<br>2 | Discordo totalmente<br>1 |

**ANEXO E - E-MAIL DO AUTOR DA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG**

The screenshot shows a web browser window displaying a Yahoo! Mail inbox. The address bar shows the URL: <https://mail.yahoo.com/d/search/keyword=hutz/messages/202077.intl=br&lang=pt-BR&partner=none&src=fp>. The page header includes the Yahoo! Mail logo and a search bar with the text "Localizar mensagens, documentos, fotos ou pessoas". The user's name "LUCIANA" is visible in the top right corner.

The email list shows a message titled "Re: UTILIZAÇÃO ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG" from "LUCIANA ALMEIDA" to "Profº Drº Claudio". The email body contains the following text:

**Olá Luciana**

**Você pode usar livremente essa escala**

**Bom trabalho**

**Claudio**

Em 1 de abril de 2018 17:31, LUCIANAALMEIDA <[lucianajalmeida@yahoo.com.br](mailto:lucianajalmeida@yahoo.com.br)> escreveu:

Prezado Profº Drº Claudio;

Me chamo Luciana, sou aluna da Pós-graduação em Enfermagem nível Mestrado na UNIFAL Universidade Federal de Alfenas -MG, e minha pesquisa será sobre Avaliação da ansiedade e autoestima em paciente renal crônico em tratamento hemodialítico; e gostaria de solicitar a autorização para utilizar a Escala de Autoestima de Rosenberg no estudo.

Aguardo retorno;

Desde já agradeço a colaboração;

Att

Luciana Teófilo de Almeida Silva

## APÊNDICE A – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
 Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG  
 Rua 5004, Município de Alfenas, 1316 - Alfenas/MG - CEP: 13125-900  
 Fone: (35) 3206-3100 - Fax: (35) 3206-1401 - e-mail: unifal@unifal-mg.edu.br



Alfenas, 09 de maio de 2019.

Ilma. Srª Deyv Cabral de Assis  
 Secretária Municipal de Saúde de Alfenas.

Solicitamos a V.Sa. autorização para realização da pesquisa intitulada "Avaliação da ansiedade e da autoestima em mulheres no período gestacional". A pesquisa será realizada pela mestranda Nathália Gianini Nery e sob orientação do Profº Dr. Fábio de Souza Terra. O objetivo do estudo é avaliar a ansiedade e a autoestima em mulheres no período gestacional que realizam pré-natal nas Estratégias Saúde da Família urbanas de um município do Sul de Minas Gerais. A coleta de dados será realizada pelos pesquisadores e ocorrerá nos dias de consultas de pré-natal nas ESF urbanas do município, com a aplicação de três instrumentos de coleta de dados, realizado por meio de entrevista. Ressalta-se que os pesquisadores tomarão todos os cuidados para que esta coleta não interfira no andamento das atividades e na dinâmica e rotina do serviço. Este estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), de acordo com a Resolução 466/12, o que garante o anonimato dos dados fornecidos e os pesquisadores se comprometem ao sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição. A qualquer momento vossa senhoria poderá solicitar esclarecimentos sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que será realizado.

Desde já, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

  
 Prof. Dr. Fábio de Souza Terra

  
 Nathália Gianini Nery

Eu, Deyv Cabral de Assis, Secretária Municipal de Saúde de Alfenas, autorizo a coleta de dados solicitada acima para realização da pesquisa intitulada "Avaliação da ansiedade e da autoestima em mulheres no período gestacional".

  
 Deyv Cabral de Assis  
 Secretária Municipal de Saúde  
 Alfenas/MG  
 CPF: 069.718.235-96

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa intitulada **AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DA AUTOESTIMA EM MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL**, no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento.

Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição.

Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador(a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

**TÍTULO DA PESQUISA:** Avaliação da ansiedade e da autoestima em mulheres no período gestacional.

**PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL:** Prof. Dr. Fábio de Souza Terra.

**ENDEREÇO:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Centro. Alfenas-MG. CEP: 37130-001. Escola de Enfermagem

**TELEFONE:** (35) 3701-9471.

**PESQUISADORES PARTICIPANTES:** Mestranda Nathália Gianini Nery

**OBJETIVO:** Avaliar a ansiedade e a autoestima em mulheres no período gestacional que realizam pré-natal nas Estratégias Saúde da Família urbanas de um município do Sul de Minas Gerais.

**JUSTIFICATIVA:** Pretende-se com esta pesquisa, subsidiar conhecimentos para a promoção da saúde das mulheres gestantes e, conseqüentemente, aspectos para melhorar a qualidade de vida das mesmas, com o objetivo de minimizar a ansiedade e aumentar a sua autoestima. Assim como, poderá contribuir para produção de conhecimento na área de Enfermagem e da Saúde da Mulher.

**PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:** A coleta de dados será realizada pelos próprios pesquisadores e ocorrerá por meio de entrevistas no próprio local que a gestante realiza o pré-natal. Ressalta-se que os pesquisadores tomarão todos os cuidados para que esta coleta não interfira no andamento das atividades, na dinâmica e rotina do serviço e/ou cause algum transtorno para a mulher e os profissionais. Para esta coleta serão utilizados três instrumentos: caracterização dos participantes, escala para avaliação da autoestima (Escala de Autoestima de Rosenberg) e escala para avaliação da ansiedade (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - subescala de ansiedade) e que serão preenchidos pelos próprios pesquisadores. Posteriormente, os dados coletados serão avaliados em programa estatístico.

**RISCOS E DESCONFORTOS:** A participação nesta pesquisa poderá trazer riscos mínimos as participantes, podendo causar possíveis desconfortos emocionais ao responder os instrumentos. Se necessário, você será encaminhada à avaliação psicológica, a profissionais capacitados da rede básica do município, sem custos financeiros e por tempo necessário. Entretanto, afirmar-se que os pesquisadores tomarão devidos cuidados quanto ao ambiente da coleta de dados, mantendo a sua privacidade e uma atitude ética e respeitosa quanto aos seus questionamentos e as suas repostas, a fim de evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar constrangimentos e desconfortos. Destaca-se que você está livre para deixar

de participar da pesquisa em qualquer fase da mesma e sem necessidade de apresentar justificativa.

**BENEFÍCIOS:** A pesquisa trará como benefícios uma melhor compreensão sobre os temas ansiedade e autoestima no período gestacional. Com isso, possibilitar a promoção de saúde e a melhoria das condições gestacionais da mulher, além do estímulo à diminuição da ansiedade e o aumento da autoestima dessa população, proporcionando a estas mulheres uma melhor qualidade de vida durante e após o período de gestação.

**CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE:** Não haverá nenhum gasto com sua participação e você também não receberá nenhum pagamento.

**CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA:** Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais e somente os pesquisadores terão conhecimento dos mesmos, sendo garantido o sigilo e sua privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa. Como pesquisadores, nos comprometemos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa científica, sendo que não haverá identificação da instituição e dos participantes do estudo.

Assinatura do Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informada pela mestrande e pesquisadora Nathália Gianini Nery, dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa.

Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento. Declaro ainda que recebi uma via desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Poderei consultar a mestrande e pesquisadora Nathália Gianini Nery ou o CEP-UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, CEP 37130-001, Fone: (35) 3701-9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Alfenas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 2020.

\_\_\_\_\_  
(Nome da participante por extenso)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura da participante)

## APÊNDICE C - TERMO DE PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO DE REFINAMENTO

Prezado(a) Juiz(a),

Vimos convidar vossa senhoria a participar como voluntário(a) no processo de refinamento do instrumento de caracterização que será utilizado no estudo intitulado “AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DA AUTOESTIMA EM MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL”, cujo propósito é contribuir nesta etapa da pesquisa. Sua colaboração consiste em responder ao formulário, após análise do instrumento, cujo objetivo é analisar a facilidade de leitura, a clareza e a apresentação do mesmo (itens: aparência, pertinência e compreensão).

Esclarecemos que é assegurado total sigilo sobre sua identidade e que você tem o direito de não aceitar ou deixar de participar da pesquisa, em qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e suas contribuições serão respeitosamente utilizadas na pesquisa, e, posteriormente, em trabalhos e eventos científicos da área da saúde, sem restrições de prazo e citações, desde a presente data. Caso concorde em participar, é preciso assinar esse termo, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra do pesquisador.

Antecipadamente, agradecemos e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Após ter lido e compreendido as informações acima, Eu \_\_\_\_\_ concordo em participar deste processo de refinamento do instrumento de caracterização de forma voluntária sob a responsabilidade da mestrandia Nathália Gianini Nery e orientação do Profº Dr. Fábio de Souza Terra. Declaro ainda ter recebido uma via deste documento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) juiz(a)

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Contato:

Mestrandia Nathália Gianini Nery: e-mail: nathaliagianininery@gmail.com. Telefone: (35) 3701-9471.

Prof. Dr. Fábio de Souza Terra: e-mail: fabio.terra@unifal-mg.edu.br. Telefone: (35) 3701-9471.

## APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO

### **Dados socioeconômicos**

- 1) Idade (em anos): \_\_\_\_\_
- 2) Município que reside: \_\_\_\_\_
- 3) Estado civil:  
 solteira                       casada/com companheira  
 separada/divorciada       viúva
- 4) Crença religiosa:  
 Católica                       Evangélica       Espírita  
 Sem religião                 Outra: \_\_\_\_\_
- 5) Quantidade de filhos: \_\_\_\_\_
- 6) Renda familiar mensal aproximada (em reais): \_\_\_\_\_
- 7) Tipo de moradia:  
 Própria                       Própria com financiamento       Alugada  
 Empréstada                 Outra: \_\_\_\_\_
- 8) Escolaridade:  
 Sem alfabetização                       Ensino Médio completo  
 Ensino Fundamental incompleto       Superior incompleto  
 Ensino Fundamental completo       Superior completo  
 Ensino Médio incompleto               Pós-graduação

### **Hábitos de vida e doença crônica**

- 9) Você consome bebida alcoólica?     Não       Sim
- 9.1 Se sim, qual a frequência do consumo?  
 Utilizei bebida alcoólica no último mês, mas o consumo foi menor que uma vez por semana.  
 Utilizei bebida alcoólica semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês.  
 Utilizei bebida alcoólica diariamente durante o último mês.
- 10) Você é tabagista atualmente?       Não       Sim
- 10.1 Se sim, quantos cigarros você consome por dia? \_\_\_\_\_
- 10.1.1 Se sim, há quanto tempo você é tabagista? (em anos) \_\_\_\_\_
- 10.2 Se não, você já fumou?     Não       Sim

10.2.1 Se sim, por quanto tempo você fumou (em anos): \_\_\_\_\_

10.2.2 Se sim, faz quanto tempo que você parou (em anos): \_\_\_\_\_

11) Você faz uso de drogas ilícitas (como maconha, crack, cocaína, ecstasy, inalantes, heroína, chá de cogumelo, entre outras) ? ( ) Não ( ) Sim

11.1 Se sim, qual/quais? \_\_\_\_\_

12) Com relação à prática de atividades físicas, atualmente você:

- ( ) não pratica ( ) pratica alguns dias da semana  
 ( ) pratica raramente ( ) pratica diariamente  
 ( ) Outro: \_\_\_\_\_

13) Você possui alguma doença crônica? ( ) Não ( ) Sim

13.1 Se sim, qual/quais? \_\_\_\_\_

14) Você faz uso de medicamento(s) contínuo(s) ou de uso diário?

- ( ) Não ( ) Sim

14.1 Se sim. Qual/Quais?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### **Dados sobre a gestação**

15) Sua gravidez foi/é planejada? ( ) Não ( ) Sim

16) Qual o tipo de pré-natal que você realiza?

- ( ) Risco habitual ( ) Alto risco

17) Qual tipo de parto você deseja realizar?

- ( ) Normal ( ) Cesárea ( ) Não pensei ainda

18) Este é o seu primeiro parto? ( ) Não ( ) Sim

18.1 Se não, quando foi o seu último parto (em anos)? \_\_\_\_\_

19) Qual sua idade gestacional atual (em semanas): \_\_\_\_\_

20) Você tem/teve preocupação(ões) com a sua gravidez? ( ) Não ( ) Sim

20.1 Se sim, que tipo de preocupação você tem/teve:

- ( ) Parto  
 ( ) Saúde do bebê/mãe  
 ( ) Outra. Especificar: \_\_\_\_\_

21) Você tem/teve problema(s) na sua gravidez: ( ) Não ( ) Sim

21.1 Se sim, que tipo de problema(s) você tem/teve:

- ( ) Doença com repercussão somente no feto  
 ( ) Doença própria da mãe  
 ( ) Prematuridade ou perdas anteriores  
 ( ) Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

22) Você terá ajuda para cuidar do seu recém-nascido? ( ) Não ( ) Sim

22.1 Se sim, qual(is) a(s) fonte(s) de ajuda:

- ( ) Marido ( ) Família ( ) Família e Marido  
 ( ) Outra. Especificar: \_\_\_\_\_

23) Como é a sua relação com o pai do seu recém-nascido:

- ( ) Ótima ( ) Boa  
 ( ) Razoável ( ) Ruim

24) Você acha que apresenta(ou) algum(ns) tipo(s) de mudança de humor?

- ( ) Não ( ) Sim

24.1 Se sim, qual(is) tipo(s) de mudança de humor você apresenta(ou)?

- ( ) Alegria ( ) Instabilidade ( ) Irritação ( ) Tristeza  
 ( ) Outra. Especificar: \_\_\_\_\_

25) Você acha que a mudança física no seu corpo durante a gestação apresenta(ou) influência na sua vida?

- ( ) Não ( ) Sim

### **Eventos marcantes na vida**

26) No último ano, ocorreu(aram) algum(uns) evento(s) marcante(s) na sua vida?

- ( ) Não ( ) Sim

26.1 Se sim, o que ocorreu(aram)?

- ( ) Perda (morte) de pessoa querida  
 ( ) Separação do companheiro(a)  
 ( ) Diagnóstico de doença em pessoa querida  
 ( ) Diagnóstico de doença em você  
 ( ) Perda de emprego  
 ( ) Nascimento de filho/neto  
 ( ) Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE E – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PARA OS JUÍZES

| <b>ITENS A SEREM AVALIADOS</b>                   |                                |                    |                                |                 |
|--|--------------------------------|--------------------|--------------------------------|-----------------|
| <b>Itens do Instrumento</b>                      | <b>Aparência</b>               | <b>Pertinência</b> | <b>Compreensão</b>             | <b>Sugestão</b> |
| 1. Idade   | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |                 |
| 2. Município                                     | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |                 |
| 3. Estado civil                                  | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |                 |
| 4. Crença religiosa                              | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |                 |
| 5. Número de filhos                              | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |                 |
| 6. Renda familiar mensal                         | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |                 |
| 7. Tipo de moradia                               | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |                 |
| 8. Escolaridade                                  | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |                 |
| 9. Consumo de bebida alcoólica                   | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |                 |
| 10. Tabagismo                                    | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |                 |
| 11. Uso de drogas ilícitas                       | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |                 |
| 12. Prática de atividade física                  | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |                 |
| 13. Presença de doença crônica                   | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |                 |
| 14. Uso de medicamento contínuos e de uso diário | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |                 |
| 15. Gravidez planejada                           | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |                 |
| 16. Tipo de pré-natal                            | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |                 |
| 17. Tipo de parto desejado                       | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |                 |
| 18. Primeiro parto                               | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |                 |
| 19. Idade gestacional                            | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |                 |
| 20. Preocupação na gravidez                      | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |                 |
| 21. Problema na                                  | ( ) Adequado                   | ( ) Sim            | ( ) Adequado                   |                 |

|  |                                |                    |                                |  |
|--|--------------------------------|--------------------|--------------------------------|--|
| gravidez   | ( ) Inadequado                 | ( ) Não            | ( ) Inadequado                 |  |
| 22. Ajuda para cuidar do recém-nascido                         | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |  |
| 23. Relação com o pai do recém-nascido                         | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |  |
| 24. Mudança de humor   | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |  |
| 25. Influência da mudança física na gestação na vida da mulher | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |  |
| 26. Eventos marcantes na vida                                  | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado | ( ) Sim<br>( ) Não | ( ) Adequado<br>( ) Inadequado |  |

**Critérios de avaliação:**

**Aparência** = o instrumento apresenta forma didática e boa apresentação/formato (boa aparência)?

**Pertinência** = os itens do instrumento estão com coerência ao tema investigado e permite alcançar o objetivo do instrumento?

**Compreensão**= os itens do instrumento possuem uma linguagem de fácil leitura e compreensão?