

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**NATHÁLIA GIANINI NERY**

**AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA EM MULHERES NO PERÍODO PUERPERAL**

ALFENAS/MG

2018

**NATHÁLIA GIANINI NERY**

**AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA EM MULHERES NO PERIODO PUERPERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte do requisito para obtenção do diploma de especialista em Enfermagem Obstétrica do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG).

Orientador: Prof. Dr. Fábio de Souza Terra.

Coorientadora: Profa. Dra. Eliana Peres Rocha Carvalho Leite.

ALFENAS/MG

2018

NATHÁLIA GIANINI NERY

**AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA NO PERÍODO PUERPERAL**

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova o trabalho de conclusão de curso apresentado como parte dos requisitos para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG).

**Aprovada em:**

---

**Prof. Dr. Fábio de Souza Terra**

Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG)

---

**Profa. Dra. Patrícia Mônica Ribeiro**

Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG)

---

**Profa. Dra. Sueli de Carvalho Vilela**

Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG)

*Dedico este trabalho aos meus pais, **Mauro e Maricélia**, meus exemplos de vida, caráter, companheirismo, dedicação, sabedoria e amor.*

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

*Ao meu noivo **Davi**, o qual me transmite tamanha paz e amor.*

## AGRADECIMENTOS

*Gostaria de agradecer a todos que de alguma forma contribuíram para a finalização deste projeto tão importante, este mérito também é de vocês! Agradecimentos especiais àqueles que participaram em alguma etapa desta caminhada...*

*Ao meu orientador, **Fábio de Souza Terra**, que tanto me ajudou e contribuiu desde o princípio. Obrigada pela paciência, pelos ensinamentos, sabedoria e orientações. Serei eternamente grata pela sua contribuição em meu crescimento profissional e pessoal.*

*À minha coorientadora, **Eliana Peres Rocha Carvalho Leite**, que tanto me apoia e me incentiva desde o princípio. Obrigada pelos ensinamentos, sabedoria e orientações. Você me inspira a ser uma profissional melhor e a lutar pelo que acredito. Serei eternamente grata.*

*À **Deus e Nossa Senhora do Rosário**, por terem me dado a fé, a calma e a força necessária para concluir este trabalho e para superar todos os obstáculos encontrados nesta caminhada.*

*Aos meus pais, **Mauro César Nery e Maricélia Gianini Nery**, por todo amor, carinho, paciência, ensinamentos e apoio. Agradeço eternamente por sempre apoiarem e estarem ao meu lado em todas as minhas decisões, por acreditarem em mim e por darem forças quando o cansaço e o desânimo estiveram presentes. Se não fosse por vocês, eu nada seria. Eu amo vocês, meus exemplos!*

*À minha irmã, **Manuela Gianini Nery**, por sempre estar ao meu lado e apoiar minhas decisões, mesmo sendo contrária a algumas. Amo você.*

*Ao meu noivo, **Davi Borges Ferraz**, por não medir esforços em me ver feliz e me apoiar. Amo você pra sempre.*

*À minha amiga, **Allane Maria dos Santos Oliveira** (in memoriam), que não pôde ver a conclusão deste trabalho, e estar ao meu lado, mas sempre me apoiou, acreditou*

e torceu por mim. Sei que mesmo assim, estava sempre presente. Saudades eternas.

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

À **Escola de Enfermagem da UNIFAL/MG e aos seus professores de graduação e pós-graduação**, por terem feito parte da minha formação profissional desde o ano de 2012. Obrigada a todos os ensinamentos.

Ao professor **Denismar Alves Nogueira**, por ter contribuído com a estatística desta pesquisa e por todos os ensinamentos de estatística. Sou imensamente grata.

Ao **Hospital Regional do Sul de Minas**, por permitir que realizasse a pesquisa, só foi possível graças à vocês. Obrigada por todo conhecimento e amizade.

As **168 mulheres** voluntárias da pesquisa e as **10 mulheres** que participaram do estudo piloto.

À banca examinadora, **Patrícia Mônica Ribeiro e Sueli de Carvalho Vilela**, por terem contribuído na banca. Obrigada pelos ensinamentos.

As **colegas da residência** por toda união e companheirismo. Vou sentir saudades.

Por fim, à todos os **meus amigos** que contribuíram de alguma forma.

## RESUMO

A gestação é um momento de intensas mudanças para a mulher, englobando alterações físicas, psicológicas e hormonais no seu corpo. O puerpério é um período passível de riscos para essas alterações, e considera-se essencial que a atenção prestada pela enfermagem seja qualificada. O puerpério imediato é vivenciado pela mulher como uma experiência marcada por profundas mudanças, podendo promover a desordem e o desequilíbrio emocional, influenciando diretamente na sua autoestima. Assim, o objetivo deste estudo é avaliar a autoestima em mulheres no período puerperal que tiveram seus partos assistidos em um Hospital de um município do Sul de Minas Gerais. Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, descritivo-analítico e transversal, desenvolvido com 168 mulheres no período puerperal. A coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2017 a abril de 2018, com os instrumentos: questionário com dados socioeconômicos, hábitos de vida e doença crônica; e dados sobre a gestação e o parto, e a Escala de Autoestima de Rosenberg. A coleta foi realizada no próprio local que a puérpera esteve internada, por meio de entrevista, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Para análise de dados foram utilizados: estatística descritiva, Coeficiente Alfa de Cronbach, o teste de Qui-quadrado de Pearson e Teste Exato de Fisher com nível de significância de 5%. Foi estimado o odds ratio com intervalo de confiança de 95% e a regressão logística. Como resultados encontrou-se que a maioria das mulheres avaliadas foram atendidas pelo SUS, com faixa etária de até 25 anos, casadas ou conviventes com companheiros, católicas, com até 2 filhos, renda familiar mensal de 1001 a 2.000 reais, com ensino médio completo, não fazem uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, e não possuem doença crônica e nem fazem uso de medicamentos contínuos. Com relação aos dados sobre a gestação e o parto, houve maior frequência de puérperas em que a gravidez não foi planejada, tipo de parto cesárea, idade gestacional a termo, que apresentaram preocupação na gravidez, mas que não apresentaram problemas na gravidez, e que possui ajuda para cuidar do recém-nascido. A maioria dessas mulheres possuía autoestima média. Constatou-se que as variáveis renda familiar mensal, escolaridade, uso de tabaco, gravidez planejada, primeiro parto, ajuda para cuidar do recém-nascido, relação com o pai e influência da mudança física durante a gestação na vida da puérpera tiveram associação estatística significativa com a autoestima. Assim, nota-se a necessidade de realizar ações estratégicas em todo o ciclo gravídico-puerperal, a fim de prevenir alterações na autoestima e favorecer o vínculo entre o binômio mãe/filho. Sendo importante a presença de uma equipe multidisciplinar, especialmente da enfermagem.

Descritores: Autoimagem; Período Pós-parto; Saúde da Mulher; Enfermagem.

## ABSTRACT

Gestation is a time of intense changes for the woman, encompassing physical, psychological and hormonal changes in her body. The puerperium is a risk period for these changes, and it is considered essential that the care provided by nursing be qualified. The immediate puerperium is experienced by the woman as an experience marked by profound changes, which can promote disorder and emotional imbalance, directly influencing their self-esteem. Thus, the objective of this study is to evaluate the self-esteem in women in the puerperal period who had their deliveries attended in a hospital in a municipality in the south of Minas Gerais. It is a quantitative, descriptive-analytical and cross-sectional study developed with 168 women in the puerperal period. Data collection took place between December 2017 and April 2018, with the following instruments: questionnaire with socioeconomic data, life habits and chronic disease; and data on gestation and delivery, and the Rosenberg Self-Esteem Scale. The collection was performed at the place where the woman was hospitalized, through an interview, after approval by the Research Ethics Committee. For data analysis, we used: descriptive statistics, Cronbach's Alpha Coefficient, Pearson's Chi-square test and Fisher's Exact Test with a significance level of 5%. The odds ratios with 95% confidence interval and logistic regression were estimated. As results, it was found that the majority of the women evaluated were attended by the SUS, with an age group of up to 25 years, married or living with companions, catholic, with up to 2 children, monthly family income from 1001 to 2,000 reais, do not use alcohol, tobacco and illicit drugs, and do not have chronic disease and do not use continuous medications. With regard to data on gestation and delivery, there was a higher frequency of puerperal pregnancies in which pregnancy was not planned, type of cesarean delivery, full-term gestational age, which were of concern in pregnancy, but did not present pregnancy problems, and has help caring for the newborn. Most of these women had average self-esteem. It was verified that the variables monthly family income, schooling, tobacco use, planned pregnancy, first parturition, care of the newborn, relationship with the father and influence of physical change during pregnancy in the puerperal life had a statistically significant association with self-esteem. Thus, it is noted the need to carry out strategic actions throughout the pregnancy-puerperal cycle, in order to prevent changes in self-esteem and favor the link between the mother / child binomial. Being important the presence of a multidisciplinary team, especially of the nursing.

Keywords: Self Concept; Postpartum Period; Women's Health; Nursing.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição de puérperas de acordo com as variáveis “tipo de atendimento”, “faixa etária”, “estado civil” e “crença religiosa”. Varginha, MG, 2017/2018 (n=168).....	28
Tabela 2 -	Distribuição de puérperas de acordo com as variáveis “quantidade de filhos”, “renda familiar mensal” e “escolaridade”. Varginha, MG, 2017/2018 (n=168).....	29
Tabela 3 -	Distribuição de puérperas de acordo com as variáveis “uso de álcool”, “uso de tabaco” e “uso de drogas ilícitas”. Varginha, MG, 2017/2018 (n=168).....	30
Tabela 4 -	Distribuição de puérperas de acordo com as variáveis “doença crônica”, “tipo de doença crônica”, “uso de medicamentos” e “tipo de medicamentos”. Varginha, MG, 2017/2018 (n=168).....	31
Tabela 5 -	Distribuição das puérperas segundo as variáveis referentes à dados sobre gestação e parto: “gravidez planejada”, “tipo de parto”, “primeiro parto”, “intervalo interpartal” e “idade gestacional”. Varginha, MG, 2017/2018 (n=168).....	32
Tabela 6 -	Distribuição das puérperas segundo as variáveis referentes à dados sobre gestação e parto: “preocupação na gravidez”, “tipo de preocupação na gravidez”, “problema na gravidez”, “tipo de problema na gravidez” e “relação com o pai do recém-nascido”. Varginha, MG, 2017/2018 (n=168).....	33
Tabela 7 -	Distribuição das puérperas segundo as variáveis referentes à dados sobre gestação e parto: “ajuda para cuidar do recém-nascido”, *pessoa para ajudar a cuidar do recém-nascido”, “mudança de humor” e “mudança física”. Varginha, MG, 2017/2018 (n=168).....	34
Tabela 8 -	Distribuição das puérperas de acordo com as respostas das afirmativas da Escala de Autoestima. Varginha, MG, 2017/2018 (n=168).....	35
Tabela 9 -	Distribuição das puérperas conforme a classificação da autoestima de acordo o ponto de corte. Varginha, MG, 2017/2018 (n=168).....	36
Tabela 10-	Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “tipo de atendimento”, “faixa etária”, “estado civil” e “crença religiosa”. Varginha, MG, 2017/2018. (n=168).....	37
Tabela 11-	Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “quantidade de filhos”, “renda familiar mensal”, “escolaridade” e “uso de álcool”. Varginha, MG, 2017/2018. (n=168).....	38
Tabela 12-	Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “uso de tabaco”, “uso de drogas ilícitas”, “doença crônica” e “uso de medicamentos”. Varginha, MG, 2017/2018. (n=168).....	39
Tabela 13-	Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “gravidez planejada”, “tipo de parto”, “primeiro parto”, “idade gestacional” e “preocupação na gravidez”. Varginha, MG, 2017/2018. (n=168).....	40
Tabela 14-	Análise univariada dos fatores associados à autoestima	

	conforme as variáveis “problema na gravidez”, “ajuda para cuidar do recém-nascido”, “relação com o pai do recém-nascido”, “mudança de humor” e “mudança física”. Varginha, MG, 2017/2018. (n=168).....	41
Tabela 15-	Avaliação dos parâmetros do modelo de regressão logística das variáveis independentes com a autoestima. Varginha, MG, 2017/2018 (n=168).....	42

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DM	- Diabetes Mellitus
DSM-5	- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
HAS	- Hipertensão arterial sistêmica
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	- Intervalo de Confiança
INCA	- Instituto Nacional de Câncer
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OR	- <i>Odds Ratio</i>
PIB	- Produto Interno Bruto
SPSS	- <i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCC	- Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFAL-MG	- Universidade Federal de Alfenas
WHO	- World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	18
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	20
3.1 OBJETIVO GERAL .....	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	20
<b>4 MÉTODO</b> .....	21
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	21
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	21
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	22
4.4 ASPÉCTOS ÉTICOS .....	22
4.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	23
<b>4.5.1 Questionário</b> .....	23
<b>4.5.2 Escala de Autoestima de Rosenberg</b> .....	24
4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	25
4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	26
<b>5 RESULTADOS</b> .....	28
5.1 ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS .....	28
5.2 AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA .....	35
5.3 ANÁLISE UNIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS A AUTOESTIMA .....	37
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	44
6.1 ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS .....	44
6.2 AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA .....	50
6.3 ANÁLISE UNIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS A AUTOESTIMA EM MULHERES NO PERÍODO PUERPERAL .....	52
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	61

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICE A - AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL .....</b>	<b>72</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>74</b>
<b>APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO B - ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG .....</b>	<b>82</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A gestação é o momento de intensas mudanças para a mulher, englobando alterações físicas e hormonais no seu corpo, para que seja possível proporcionar condições para o adequado crescimento e desenvolvimento fetal em equilíbrio com o organismo materno, incluindo o seu meio socioeconômico e cultural, que traz uma bagagem espiritual e emocional, onde há variações de sentimentos como dúvidas, insegurança, fragilidade, ansiedade, medo da modificação da imagem corporal e da criança não ser saudável. Porém, surge também o sentimento de alegria, de felicidade, de ânimo e de fé, necessitando, assim, ser atendida em sua integralidade, e revelando a íntima relação entre os fenômenos psíquicos e os somáticos. Cabe destacar que todo esse ciclo exige uma grande capacidade de adaptação pela mulher (GOMES; NEVES, 2011; WATSON, et al, 2015; SPINDOLA, et al, 2017).

Com relação ao pré-natal, este é realizado pelo médico ou enfermeiro, sendo o espaço oportuno para realização de educação permanente para as mulheres e suas famílias, preparando-as, assim, para o pós-parto (SPINDOLA, et al, 2017).

O Ministério da Saúde traz o conceito de puerpério como sendo o período do ciclo gravídico puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico. Define que se inicia uma a duas horas após a saída da placenta e tem seu término imprevisto, uma vez que enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação, não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade (BRASIL, 2001). Zugaib (2016) complementa que o puerpério tem início após a dequitação, e se estende até seis semanas completas após o parto.

Segundo Cabral e Oliveira (2010) o pós-parto ou puerpério é determinado como sendo a fase ativa do ciclo gravídico-puerperal, período em que ocorrem múltiplos fenômenos de natureza hormonal, psíquica e metabólica. Já para Montenegro e Rezende (2011) o puerpério é o período que se inicia logo após o parto, depois da fase de dequitação da placenta.

Como conceituado pelo Ministério da Saúde, o puerpério pode-se didaticamente ser dividido em: imediato (1° ao 10° dia), tardio (11 ° ao 42° dia), e remoto (a partir do 43° dia) (BRASIL, 2001). Já Zugaib (2016) classifica o puerpério nos seguintes períodos: puerpério imediato - até o término da segunda hora após o

parto; puerpério mediato - do início da terceira hora até o final do décimo dia após o parto e puerpério tardio - do início do 11º dia até o retomo da menstruação, ou 6 a 8 semanas nas lactantes. Montenegro e Rezende (2011) afirma que o puerpério tem duração variável, que finaliza quando as alterações provocadas pela gravidez no organismo materno envolvem para seu estado normal anterior.

Mediante estes vários conceitos e classificações de puerpério, cabe destacar que para a realização da presente pesquisa será adotada a definição de puerpério proposto pelo Ministério da Saúde e publicada no Manual “Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher”, onde define-se didaticamente o puerpério em: imediato (1 ° ao 10º dia), tardio (11 ° ao 42º dia), e remoto (a partir do 43º dia) (BRASIL, 2001).

Ainda neste contexto, ressalta-se que o puerpério é um momento de transformações no organismo da mulher, visando o retorno à situação não gravídica. Porém, estas ocorrem não somente nos aspectos endócrino e genital, mas na mulher como um todo, e assim, deve ser vista com um olhar holístico, não excluindo seu componente psíquico. Por este fato, o profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, deve realizar a avaliação do seu psicológico, estando disponível para perceber e entender a necessidade individualizada de cada mulher, por meio do estabelecimento de vínculo, com uma adequada empatia, proporcionando uma melhor compreensão dos sintomas e sinais apresentados (BRASIL, 2001).

Como o puerpério é um período passível de riscos para alterações fisiológicas e psicológicas, considera-se essencial que a atenção prestada pela enfermagem seja qualificada e que tenha como base: a prevenção de complicações, estabelecimento de conforto físico e emocional, e a todo o momento, educação em saúde, baseados na escuta sensível, empatia, acolhimento e valorização da individualidade da mulher, facilitando, assim, o estabelecimento de vínculo e prevenindo agravos para a mãe e o bebê (STRAPASSON; NEDEL, 2010; SPINDOLA, et al, 2017). A assistência puerperal constitui-se de um momento especial que deve ser conduzido pelo enfermeiro de maneira a acompanhar a puérpera e família, fornecendo subsídios educativos e de assistência a fim de garantir suporte em razão das dificuldades inerentes a fase em que se encontram (GARCIA; LEITE; NOGUEIRA, 2013).

Entende-se que os profissionais que atuam em serviços de atenção ao cuidado à mulher e ao recém-nascido precisam de atualizações a fim de

desenvolver suas habilidades conforme a assistência prestada, realizando, dessa forma, intervenções e encaminhamentos cabíveis de suas funções, sempre que houver necessidade (PEREIRA, et al, 2017). Os profissionais enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica podem desempenhar um papel importante na identificação, suporte e referência das grávidas/puérperas vivenciando problemas sociais e de saúde mental durante o período perinatal (GUERRA, et al, 2014).

São várias as situações que podem afetar a vida das mulheres no puerpério. Podem ser evidenciadas as alterações emocionais, que se destacam a partir do estágio de transição vivenciado, das modificações decorrentes desta 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 no puerpério e podem resultar de um fenômeno intercultural de prevalência elevada e a autoestima da puérpera pode ter influência na sua presença. No período maternal, a mulher também está exposta a riscos emocionais, como a alteração na autoestima e ansiedade, além de riscos patológicos, como a depressão pós-parto (COELHO, 2017).

Dentro do contexto da autoestima, ela pode ser entendida como um conjunto de sentimentos e pensamentos do indivíduo sobre seu próprio valor, competência e adequação, que se reflete em uma atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo (ROSENBERG, 1965). Robinson, Shaver e Wrightman (1991) definem que a autoestima diz respeito à 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. 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.

A avaliação da autoestima tem sido realizada, por muitos estudos, por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale – RSES). Trata-se de um instrumento classificatório 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 sua competência e no seu 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. E a autoestima baixa é sentir-se totalmente errado como pessoa (BRANDEN, 2000).

A autoestima pode estar diretamente relacionada à saúde mental e bem-estar psicológico, sendo que a imagem corporal que a pessoa cria de si mesmo exerce um papel importante na sua identidade pessoal, refletindo nas relações pessoais e interpessoais, podendo ser o fundamento da alteração na autoestima (CARMELLO; VINHOLES; FELDEN, 2013).

Vale mencionar ainda que a autoestima é uma congregação de atitudes, crenças e valores, sendo de difícil mensuração, por serem intrínsecas ao ser humano, ou seja, referem-se à singularidade das características psicológicas, o que geralmente não é passível de visualização, e também à existência de uma grande diversidade de instrumentos para a sua avaliação. Essas características são instáveis, podendo apresentar variações durante o decorrer da vida dos indivíduos, com influência do seu grau de conhecimento, sua compreensão dos fenômenos, suas experiências e vivências prazerosas e/ou desagradáveis. Contudo, esta avaliação não deve ser menosprezada, principalmente durante o ciclo gravídico-puerperal (COELHO, 2015; SCHULTHEISZ; APRILE, 2013).

O ciclo gravídico-puerperal traz consigo uma mudança súbita da imagem corporal, que pode originar confusão e alteração negativa na forma como a mulher se percebe. Sendo assim, as mudanças que acompanham a gestação podem afetar diretamente a autoestima da mulher (SILVA, et al, 2010). O pós-parto constitui o período em que as manifestações psicopatológicas podem se manifestar com maior probabilidade, sendo caracterizado como um período de elevado risco para a saúde mental da mulher. A autoestima da mulher é uma variável preditora de alterações emocionais do puerpério, e pode sofrer oscilações, decorrentes das inúmeras adaptações e estresse a que a mulher se encontra sujeita nos processos de gravidez e nos processos de transição para a parentalidade (CANAVARRO; PEDROSA, 2005; COELHO, 2015; VAZ-SERRA, 2011).

Além das alterações emocionais, são muitas as mudanças físicas presentes durante o ciclo gravídico-puerperal, como as unhas e os cabelos 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, provocando alterações em sua autoestima (BRASIL, 2005).

Apesar de ser parte natural da gravidez, muitas mulheres podem entrar em conflito com seus valores e conceitos de estética, beleza e sensualidade, podendo alterar suas atitudes com relação ao próprio corpo e afetar diretamente a sua autoestima (KAZMIERCZAK; GOODWIN, 2011).

Para exemplificar este contexto, uma pesquisa realizada com 40 puérperas atendidas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Distrito Sanitário Leste de Goiânia-GO, tendo como critério de inclusão estar no período imediato ou tardio, mostra que a partir dos diagnósticos da Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), a autoestima baixa foi evidenciada em 30% das puérperas, relacionada à falta de reconhecimento do companheiro e distúrbio na imagem. Relataram também que se sentiam desamparadas e evidenciaram a importância do apoio e reconhecimento do companheiro nesta fase. E o risco de autoestima baixa apresentou-se em 17,5% das puérperas estudadas (VIEIRA et al., 2010).

Frente ao exposto, me questiono, por meio das atividades práticas do curso de Residência em Enfermagem Obstétrica, como as mulheres se sentem em relação a sua autoestima no período puerperal imediato, sendo este um momento de grandes mudanças no organismo, na sua imagem corporal e na sua rotina de vida. E se tais mudanças podem acarretar alterações emocionais, principalmente com relação à sua autoestima.

## 2 JUSTIFICATIVA

Devido o fato de o puerpério imediato tratar-se de uma fase que pode gerar insegurança, independentemente de ser ou não a primeira experiência como mãe, é importante que os profissionais da área da saúde, principalmente da Enfermagem, aprimorem seus conhecimentos nessa temática por meio de atualizações, e tenha sensibilidade para identificar quais são as reais necessidades desta mulher, com o propósito de oferecer uma assistência de qualidade e humanizada para o bem-estar e saúde das mulheres, bebê, cônjuge e família (BERNARDI; CARRAROT; SEBOLD, 2011).

É sabido que o puerpério imediato é vivenciado pela mulher como uma experiência marcada por profundas mudanças emocionais, tornando-a mais emotiva, sensível, podendo promover a desordem e o desequilíbrio emocional (OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012). As principais experiências referentes a esta fase são os desconfortos físicos e as mudanças emocionais, mostrando-se como um período de vulnerabilidade emocional e físico, cujas mães podem encontrar-se psicologicamente sobrecarregadas com a responsabilidade (CARVALHO et al., 2007). Destaca-se também que a labilidade emocional vivenciada no puerpério, e a não aceitação do novo corpo pode interferir na vida conjugal da mulher aumentando o risco para diminuição da autoestima. A insatisfação com as modificações corporais inerentes ao ciclo gravídico puerperal pode interferir nos relacionamentos intra e interpessoais, afetando outras necessidades (SILVA, 2012).

Cabe destacar ainda que as alterações na autoestima no puerpério imediato estão diretamente ligadas ao comportamento dos companheiros/parceiros, e é o momento em que se sentem mais desamparadas. Outra característica desse processo é o período de ajustamento a uma inovadora identidade materna, de aprendizagem de um novo papel de mãe, de adaptação a um novo elemento familiar com identidade própria (o filho), e, acima de tudo, de uma reestruturação das relações familiares e sociais (COSTA; PACHECO; BÁRBARA, 2007).

A autoestima da mulher pode sofrer variações ao longo do ciclo gravídico puerperal devido às constantes adaptações a que está sujeita e à vulnerabilidade em que esta se encontra. A literatura demonstra que o conhecimento da autoestima durante o ciclo gravídico-puerperal é fundamental para avaliar o risco desta vir a

desenvolver na mulher alterações psicológicas no pós-parto (COELHO, 2015), e por isso o desenvolvimento de estudos nesta área são de grande relevância, uma vez que podem ser incipientes.

Diante disto, justifica-se a realização desta pesquisa com intuito de aprofundar no tema de autoestima no puerpério imediato, visto que é de suma importância o conhecimento das alterações emocionais no período puerperal, como a autoestima, para que a mulher, neste período que pode ser tão frágil, esteja bem consigo mesmo para aceitar o momento, ter uma melhor qualidade de vida e uma relação saudável com o recém-nascido, o conjugue e seus familiares. E ainda acredita-se que os resultados encontrados possam trazer contribuições para pesquisas científicas na área da enfermagem, assim como para a elaboração de protocolos assistenciais, a educação continuada para os profissionais enfermeiros, para que assim possam desempenhar um atendimento mais integral e qualificado a estas mulheres.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a autoestima em mulheres no período puerperal que tiveram seus partos assistidos em um Hospital de um Município do Sul de Minas Gerais.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população de estudo quanto às variáveis sobre os dados socioeconômicos; hábitos de vida e doença crônica; e dados sobre a gestação e o parto;
- Avaliar o nível de autoestima de mulheres no período puerperal;
- Verificar se existe associação entre o nível de autoestima e as variáveis: tipo de atendimento, idade, estado civil, crença religiosa, quantidade de filhos, renda familiar mensal, escolaridade, uso de álcool, uso de tabaco, uso de drogas ilícitas, doença crônica, uso de medicamentos contínuos, gravidez planejada, tipo de parto, 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 e influência da mudança física durante a gestação na vida da puérpera.

## 4 MÉTODO

### 4.1 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 análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chaves. Parte da definição do problema e da seleção dos conceitos que serão focados para chegar à solução do problema. É caracterizada pela precisão e controle estatísticos, com a finalidade de fornecer dados para verificação de hipóteses, e apresentam, tipicamente, tabelas com números e informações estatísticas (HERMANN, et al, 2009; POLIT; BECK, 2011).

No estudo descritivo, os pesquisadores realizam a descrição das características de determinada população, observam, contam, esboçam, elucidam e classificam, enfatizando a prevalência, incidência, o tamanho e outros atributos mensuráveis do fenômeno. E servem também para identificar possíveis relações entre variáveis (GIL, 2010; POLIT; BECK, 2011).

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, 2011).

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em um Hospital de um Município do Sul de Minas Gerais que possui 123.081 habitantes, com uma área de unidade territorial de 395,396 km<sup>2</sup> e uma densidade demográfica de 311,29 hab/km<sup>2</sup>. Estas fontes foram obtidas com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2010. Este município conta com hospitais, centros de tratamentos de câncer e de diagnósticos no geral (VARGINHA, 2010).

O Hospital do presente estudo é de médio porte, e atualmente realiza

atendimentos no âmbito público e privado, sendo que na maternidade estão em funcionamento 40 leitos, sendo 25 leitos reservados para convênios e 15 leitos para o SUS, com uma média de 180 gestantes atendidas/internadas e 100 partos (normal e cesárea) por mês.

#### 4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo constituiu-se de 168 mulheres no período de puerpério imediato internadas no referido hospital, no período de dezembro de 2017 a abril de 2018.

Optou-se por eleger a população de mulheres no período de puerpério imediato, uma vez que se sabe do momento de transformação que a mulher passa no ciclo gravídico-puerperal, sendo o puerpério o de maior fragilidade.

Os critérios estabelecidos para a inclusão dos sujeitos neste estudo serão: possuir idade de 18 anos ou mais e estar no período puerperal imediato e decorrido pelo menos seis horas após o parto.

#### 4.4 ASPÉCTOS ÉTICOS

Para garantir os direitos dos participantes e fazer cumprir os aspectos contidos na Resolução 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), que diz respeito às diretrizes e normas preconizadas em pesquisa envolvendo seres humanos, foi solicitado autorização do Hospital Regional do Sul de Minas para a realização da coleta de dados com as mulheres no período do puerpério imediato (APÊNDICE A), e, posteriormente, este projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL/MG), por meio da Plataforma Brasil, tendo o parecer aprovado sob número 2.302.825 (CAEE: 74311317.6.0000.5142) (ANEXO A).

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

A participação nesta pesquisa poderá trazer riscos mínimos aos participantes, podendo causar possíveis desconfortos emocionais ao responder os instrumentos. Se necessário, a participante será encaminhado à avaliação psicológica, a profissionais capacitados da rede básica do município, sem custos financeiros e por tempo necessário. Entretanto, afirma-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 a participante está livre para deixar de participar da pesquisa em qualquer fase da mesma e sem necessidade de apresentar justificativa.

A pesquisa traz como benefícios, a promoção de saúde e da melhoria das condições puerperais da mulher e estímulo à melhoria da autoestima dessa população, proporcionando a estas mulheres uma melhor qualidade de vida pós-parto.

#### 4.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Foram utilizados para a coleta de dados, um questionário (APÊNDICE C) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (ANEXO B).

##### 4.5.1 Questionário

Trata-se de um questionário semiestruturado, que contém 23 questões e foi desenvolvido pelos pesquisadores (APÊNDICE C). Ele foi destinado para avaliar os dados socioeconômicos; os hábitos de vida e doença crônica; e os dados sobre a gestação e o parto, apresentando as seguintes variáveis: tipo de atendimento, idade, estado civil, crença religiosa, quantidade de filhos, renda familiar mensal, escolaridade, uso de álcool, uso de tabaco, uso de drogas ilícitas, doença crônica, uso de medicamentos contínuos, gravidez planejada, tipo de parto, 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 e



influência da mudança física durante a gestação na vida da puérpera.

Cabe destacar que este instrumento foi submetido a um teste piloto com 10 mulheres que estiveram internadas no referido hospital em período puerperal imediato. Este teste teve por finalidade verificar a efetividade do instrumento, a melhor maneira de coletar e registrar os dados, a compreensão das participantes em relação às questões, bem como, analisar adequações de vocabulário.

Após a realização do teste, não foi necessário realizar alterações no instrumento, e, com isso, estas participantes não pertenceram à população de estudo final, uma vez que serviu de treinamento para o pesquisador.

#### **4.5.2 Escala de Autoestima de Rosenberg**

Para avaliação da autoestima foi utilizada a Escala de Autoestima de Rosenberg (ANEXO A). 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).

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

A avaliação dos sentimentos positivos do indivíduo referente a si mesmo, é feita pelas afirmações: “No conjunto, eu estou satisfeito comigo”; “Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades”; “Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas”; “Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas”; “Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo”. Já para avaliação dos sentimentos negativos são realizadas as afirmações: “Às vezes, eu acho que não presto para nada”; “Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar”; “Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes”; “Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo”; “No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso” (VARGAS; DANTAS; GÓIS, 2005).

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 esta nota é decrescente e nas demais 2, 5, 6, 8, 9, o inverso. Para classificação da autoestima, são somados todos os itens que totalizaram um valor único para a escala. 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).

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 e ser de domínio público.

#### 4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi apresentada as mulheres internadas em período puerperal em um Hospital de um município do Sul de Minas Gerais, objetivos e os métodos da pesquisa. Este contato somente ocorreu após a solicitação da autorização ao referido hospital para realizar esse estudo (APÊNDICE A), além da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIFAL-MG (ANEXO A).

A coleta foi realizada no próprio local que a puérpera esteve internada, após decorrido um período de seis horas pós-parto, sem que atrapalhasse a rotina de serviço da instituição e/ou cause algum transtorno para a mulher.

A proposta da pesquisa foi apresentada a puérpera, assim como a solicitação de sua colaboração voluntária. Após a explicação, foi pedido que assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, foi realizada a coleta de dados por meio de entrevista, com aplicação do questionário e da escala de Autoestima de Rosenberg. Esses instrumentos foram preenchidos pelo pesquisador, uma vez que as mulheres podiam apresentar alguma dificuldade para preenchimento dos mesmos, devido ao quadro clínico e por estarem deitadas. Vale destacar que quando não houve entendimento de alguma questão da escala, o pesquisador repetiu pausadamente as perguntas, quantas vezes fossem necessárias, sem alteração do conteúdo e sem dar sinônimos as palavras.

#### 4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram agrupados em um banco de dados utilizando-se uma planilha eletrônica. Foi feita seleção, categorização e tabulação dos dados para sua elaboração. Em seguida, foi efetuado em dupla digitação a fim de evitar erros de transcrição. Posteriormente, utilizou-se para análise estatística descritiva e inferencial o software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0.

Para avaliação da confiabilidade da Escala de Autoestima de Rosenberg foi utilizado o Coeficiente *Alfa de Cronbach* com o intuito de avaliar a consistência interna e se os dados estão correlacionados uns aos outros.

Cabe destacar que não foi necessário efetuar o teste de normalidade no presente estudo, uma vez que foi possível dicotomizar as variáveis necessárias para a realização das análises estatísticas e das associações.

Determinadas variáveis independentes foram reagrupadas com a finalidade de facilitar a análise estatística dos dados e as comparações, conforme apresentada adiante. O reagrupamento foi realizado considerando a distribuição dos dados em cada categoria da variável original. Ressalva-se que a variável autoestima foi recodificada em duas categorias para a realização das comparações: autoestima alta x autoestima média.

Além disso, foram utilizados os testes *Qui-quadrado de Pearson* e *Exato de Fisher* para verificar se existe associação entre a medida de autoestima com as variáveis: tipo de atendimento (sus x convênio/particular), idade (até 30 x 31 ou mais), estado civil (com companheiro x sem companheiro), crença religiosa (católico x outros), quantidade de filhos (até 2 x 3 ou mais), renda familiar mensal (até 2000 x 2001 ou mais), escolaridade (até ensino médio completo x superior incompleto ou mais), uso de álcool (não x sim), uso de tabaco (não x sim), uso de drogas ilícitas (não x sim), doença crônica (não x sim), uso de medicamentos contínuos (não x sim), gravidez planejada (não x sim), tipo de parto (normal x cesárea), primeiro parto (não x sim), idade gestacional (prematureo x a termo), preocupação na gravidez (não x sim), problemas na gravidez (não x sim), ajuda para cuidar do recém-nascido (não x sim), relação com o pai do recém-nascido (ótima/boa x razoável/ruim), mudança de humor (sentimentos positivos x sentimentos negativos) e mudança física (não x sim).

Neste estudo foi adotado o nível de significância de 5%, ou seja, os dados serão estatisticamente significantes para  $p < 0,05$ .

Após essas análises, foi estimado o *odds ratio* (razão de chance) das variáveis independentes com a medida de autoestima, com o respectivo intervalo de confiança de 95%.

Em seguida, foi empregado o modelo de regressão logística das variáveis independentes com a medida de autoestima. O método de seleção das variáveis utilizado foi o *Forward Stepwise*, utilizando o *odds ratio* com intervalo de confiança de 95%. Assim, todas as variáveis independentes foram incluídas na análise. Posteriormente, as possíveis combinações de variáveis foram selecionadas até se chegar àquelas que forneceram um ajuste ao modelo, com valor estatístico significativo.

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

## 5 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados do presente estudo. Para tanto, o capítulo foi estruturado em três seções sendo que na primeira seção é mostrada a análise descritiva das variáveis estudadas, na segunda seção a análise da autoestima e, por fim, na terceira seção a análise univariada dos fatores associados à autoestima.

### 5.1 ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS

Tabela 1 - Distribuição de puérperas de acordo com as variáveis “tipo de atendimento”, “faixa etária”, “estado civil” e “crença religiosa”. Varginha, MG, 2017/2018 (n=168).

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de atendimento</b>		
SUS	132	78,6
Convênio	24	14,3
Particular	12	7,1
Total	168	100,0
<b>Faixa etária</b>		
Até 25 anos	75	44,6
26 a 30 anos	49	29,2
31 a 35 anos	25	14,9
36 ou mais	19	11,3
Total	168	100,0
<b>Estado civil</b>		
Solteira	63	37,5
Casada/com companheiro(a)	89	53,0
Separado(a)/divorciado(a)	16	9,5
Total	168	100,0
<b>Crença religiosa</b>		
Católica	132	78,6
Evangélica	30	17,9
Ateu (sem religião)	2	1,2
Espírita	4	2,4
Total	168	100,0

Fonte: Elaborada pela autora.

Evidenciou-se que a maioria dos atendimentos realizados às puérperas no hospital de estudo é pelo SUS, com 78,6% (132). A faixa etária mais frequente foi a

de até 25 anos, 44,6% (75) das puérperas. Com referência ao estado civil, a maioria é casada ou convive com companheiro(a), correspondendo a 53% (89) das puérperas que participaram da pesquisa. Em relação a crença religiosa, grande parte das entrevistadas relataram ser católicas, 78,6% (132) (Tabela 1).

Quanto à estatística descritiva da variável faixa etária, constatou-se que as puérperas têm em média 26,95 anos (desvio padrão = 6,259), com mediana de 26 anos, tendo como mínimo 18 e o máximo 43 anos.

O município mais citado pelas puérperas como local de moradia foi o de Varginha com um total de 86,9% (146), seguido do município de Elói Mendes com 7,7% (13), Carmo da Cachoeira com 3,6% (6), e por fim, os municípios de Três Pontas, Campos Gerais e Santana da Vargem, todos com 0,6% (1).

Tabela 2 - Distribuição de puérperas de acordo com as variáveis “quantidade de filhos”, “renda familiar mensal” e “escolaridade”. Varginha, MG, 2017/2018 (n=168).

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Quantidade de filhos</b>		
Até 2	138	82,1
3 ou mais	30	17,9
Total	168	100,0
<b>Renda familiar mensal</b>		
Até 1000	44	26,2
1001 a 2000	66	39,3
2001 a 3000	24	14,3
3001 ou mais	34	20,2
Total	168	100,0
<b>Escolaridade</b>		
Sem alfabetização	1	0,6
Ensino fundamental incompleto	8	4,8
Ensino fundamental completo	18	10,7
Ensino médio incompleto	31	18,5
Ensino médio completo	63	37,5
Ensino superior incompleto	21	12,5
Ensino superior completo	23	13,7
Pós-Graduação	3	1,8
Total	168	100,0

Fonte: Elaborada pela autora.

Em relação a quantidade de filhos, as puérperas com até 2 filhos obtiveram um maior percentual de respostas, 82,1% (138). A renda familiar mensal com maior frequência entre as puérperas foi de 1001 a 2000 reais, 39,3% (66). Na variável

escolaridade, houve maior número de puérperas que estudaram até o ensino médio completo, correspondendo a 37,5% (63) (Tabela 2).

Quanto à estatística descritiva da variável quantidade de filhos, constatou-se que as puérperas têm em média 1,8 filhos (desvio padrão = 0,988), com uma mediana de 2, sendo que o mínimo é 1 e o máximo são 7 filhos. Em relação à variável renda familiar mensal, a média é de 2313,20 (desvio padrão = 1468,031), com uma mediana de 2000, sendo que o mínimo é 900 e o máximo é 7000.

Tabela 3 - Distribuição de puérperas de acordo com as variáveis “uso de álcool”, “uso de tabaco” e “uso de drogas ilícitas”. Varginha, MG, 2017/2018 (n=168).

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Uso de álcool</b>		
Não	147	87,5
Sim	21	12,5
Total	168	100,0
<b>Uso de tabaco</b>		
Não	140	83,3
Sim	28	16,7
Total	168	100,0
<b>Uso de drogas ilícitas</b>		
Não	164	97,6
Sim	4	2,4
Total	168	100,0

Fonte: Elaborada pela autora.

Constatou-se que a maioria das puérperas afirmaram não realizar o uso de álcool, com um total de 87,5% (147), como também em relação ao uso de tabaco, 83,3% (140) não utilizam e, por fim, a maioria afirma não fazer uso de drogas ilícitas, 97,6% (164) (Tabela 3).

Tabela 4 - Distribuição de puérperas de acordo com as variáveis “doença crônica”, “tipo de doença crônica”, “uso de medicamentos” e “tipo de medicamentos”. Varginha, MG, 2017/2018 (n=168).

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Doença crônica</b>		
Não	153	91,1
Sim	15	8,9
Total	168	100,0
<b>Tipo de doença crônica*</b>		
Estenose mitral	1	6,7
Asma	2	13,3
Diabetes Mellitus	3	20,0
Hipertensão Arterial Sistêmica	8	53,3
Gastrite	1	6,7
Total	15	100,0
<b>Uso de medicamentos</b>		
Não	140	83,3
Sim	28	16,7
Total	168	100,0
<b>Tipo de medicamento**</b>		
Hipoglicemiantes	2	7,1
Broncodilatadores	1	3,6
Inibidores da enzima conversora de angiotensina	1	3,6
Betabloqueadores	1	3,6
Inibidores adrenérgicos	8	28,6
Complexo vitamínico	17	60,7

Fonte: Elaborada pela autora.

\* Somente puérperas que possuíam doença crônica.

\*\* Somente puérperas que fazem uso de medicamento. Houve mais de uma resposta por puérpera

Verificou-se que apenas 8,9% (15) das puérperas possuem algum tipo de doença crônica. Dentre elas, notou-se que a hipertensão arterial sistêmica é a mais presente entre as puérperas entrevistadas, 53,3% (8). Quanto ao uso de medicamentos contínuos, 16,7% (28) das puérperas afirmaram fazer uso, sendo o complexo vitamínico o mais utilizado, 60,7% (17) (Tabela 4).



Tabela 5 - Distribuição das puérperas segundo as variáveis referentes à dados sobre gestação e parto: “gravidez planejada”, “tipo de parto”, “primeiro parto”, “intervalo interpartal” e “idade gestacional”. Varginha, MG, 2017/2018 (n=168).

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Gravidez planejada</b>		
Não	95	56,5
Sim	73	43,5
Total	168	100,0
<b>Tipo de parto</b>		
Normal	56	33,3
Cesárea	112	66,7
Total	168	100,0
<b>Primeiro parto</b>		
Não	91	54,2
Sim	77	45,8
Total	168	100,0
<b>Intervalo interpartal (em anos)*</b>		
Até 5	63	69,2
6 a 10	22	24,2
11 ou mais	6	6,6
Total	91	100,0
<b>Idade gestacional</b>		
Prematuro	41	24,4
A termo	127	75,6
Total	168	100,0

Fonte: Elaborada pela autora.

\*Somente puérperas que tiveram mais de um filho

Foi evidenciado que 56,5% (95) das puérperas não planejaram a gravidez. Em relação ao tipo de parto, a cesárea apresentou um percentual de 66,7% (112). Com relação a ser o primeiro parto, 54,2% (91) das puérperas negaram. Já o intervalo interpartal predominante foi de até 5 anos, com um total de 69,2% (63). E a idade gestacional com maior frequência é a termo, com 75,6% (127) (Tabela 5).

Quanto à estatística descritiva da variável intervalo interpartal, constatou-se que as puérperas têm em média 4,98 (desvio padrão = 3,371) de intervalo interpartal em anos, com mediana de 4 anos, tendo 1 ano como mínimo e 18 anos como máximo. Com relação à variável idade gestacional, constatou-se que as puérperas tiveram seus partos em média com 38,84 (desvio padrão = 1,210) semanas de gestação, com mediana de 39 semanas, sendo que 34 semanas foi o mínimo e 41 o máximo.

Tabela 6 - Distribuição das puérperas segundo as variáveis referentes à dados sobre gestação e parto: “preocupação na gravidez”, “tipo de preocupação na gravidez”, “problema na gravidez”, “tipo de problema na gravidez” e “relação com o pai do recém-nascido”. Varginha, MG, 2017/2018 (n=168).

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Preocupação na gravidez</b>		
Não	72	42,9
Sim	96	57,1
Total	168	100,0
<b>Tipo de preocupação na gravidez*</b>		
Parto	69	71,9
Saúde do bebê/mãe	27	28,1
Total	96	100,0
<b>Problema na gravidez</b>		
Não	132	78,6
Sim	36	21,4
Total	168	100,0
<b>Tipo de problema na gravidez**</b>		
Doença com repercussão somente no feto	15	41,7
Doença própria da mãe	19	52,8
Prematuridade ou perdas anteriores	2	5,6
Total	36	100,0
<b>Relação com o pai do recém-nascido</b>		
Ótima	51	30,4
Boa	108	64,3
Razoável	7	4,2
Ruim	2	1,2
Total	168	100,0

Fonte: Elaborada pela autora.

\*Somente puérperas que apresentaram preocupação na gravidez

\*\*Somente puérperas que apresentaram problema na gravidez

A presença de preocupação na gravidez foi mais frequente entre as puérperas, com um total de 57,1% (96), sendo a preocupação com o parto, a mais relatada, 71,9% (69). Quanto à problema na gravidez, apenas 21,4% (36) das puérperas afirmaram ter, sendo que dentre estas, o problema com maior relato foi a doença própria da mãe, com 52,8% (19). E a variável relação com o pai do recém-nascido, 64,3% (108) das puérperas afirmaram ser boa (Tabela 6).

Tabela 7 - Distribuição das puérperas segundo as variáveis referentes à dados sobre gestação e parto: “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 puérpera”. Varginha, MG, 2017/2018 (n=168).

Variáveis	f	%
<b>Ajuda para cuidar do recém-nascido</b>		
Não	18	10,7
Sim	150	89,3
Total	168	100,0
<b>Pessoa para ajudar a cuidar do recém-nascido*</b>		
Marido	13	8,7
Família	86	57,3
Família e Marido	50	33,3
Vizinha	1	0,7
Total	150	100,0
<b>Mudança de humor</b>		
Alegria	54	32,1
Instabilidade	111	66,1
Tristeza	2	1,2
Nervoso	1	0,6
Total	168	100,0
<b>Influência da mudança física durante a gestação na vida da puérpera</b>		
Não	93	55,4
Sim	75	44,6
Total	168	100,0

Fonte: Elaborada pela autora.

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

Evidenciou-se neste estudo que 89,3% (150) das puérperas tem ajuda para cuidar do recém-nascido, sendo que a pessoa que mais ajuda é a família, 57,3% (86). A mudança de humor com maior relevância é a instabilidade, com um total de 66,1% (111). E quanto a influência da mudança física durante a gestação na vida da puérpera, 55,4% (93) delas responderam que não houve (Tabela 7).

## 5.2 AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA

Tabela 8 - Distribuição das puérperas de acordo com as respostas das afirmativas da Escala de Autoestima. Varginha, MG, 2017/2018 (n=168).

Afirmativas		Respostas	f	%
1	No conjunto, eu estou satisfeito comigo	(1) Discordo totalmente	0	0
		(2) Discordo	6	3,6
		(3) Concordo	118	70,2
		(4) Concordo totalmente	44	26,2
2	Às vezes, eu acho que não presto para nada	(1) Concordo totalmente	1	0,6
		(2) Concordo	90	53,6
		(3) Discordo	61	36,3
		(4) Discordo totalmente	16	9,5
3	Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades	(1) Discordo totalmente	0	0
		(2) Discordo	3	1,8
		(3) Concordo	120	71,4
		(4) Concordo totalmente	45	26,8
4	Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas	(1) Discordo totalmente	0	0
		(2) Discordo	12	7,1
		(3) Concordo	105	62,5
		(4) Concordo totalmente	51	30,4
5	Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar	(1) Concordo totalmente	1	0,6
		(2) Concordo	34	20,2
		(3) Discordo	122	72,6
		(4) Discordo totalmente	11	6,5
6	Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes	(1) Concordo totalmente	2	1,2
		(2) Concordo	65	38,7
		(3) Discordo	89	53
		(4) Discordo totalmente	12	7,1
7	Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas	(1) Discordo totalmente	0	0
		(2) Discordo	7	4,2
		(3) Concordo	120	71,4
		(4) Concordo totalmente	41	24,4
8	Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo	(1) Concordo totalmente	3	1,8
		(2) Concordo	80	47,6
		(3) Discordo	83	49,4
		(4) Discordo totalmente	2	1,2
9	No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso	(1) Concordo totalmente	0	0
		(2) Concordo	19	11,3
		(3) Discordo	125	74,4
		(4) Discordo totalmente	24	14,3
10	Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo	(1) Discordo totalmente	1	0,6
		(2) Discordo	4	2,4
		(3) Concordo	117	69,6
		(4) Concordo totalmente	46	27,4

Fonte: Elaborada pela autora

A análise da distribuição das puérperas de acordo com as respostas às afirmativas da Escala de Autoestima, conforme apresentada na Tabela 08, foi realizada separadamente. Esta 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 puérperas.

Desta forma, pode-se compreender que em relação aos sentimentos positivos, a maioria das puérperas concordou ou concordou totalmente com as afirmativas, totalizando em todas estas afirmativas percentuais acima de 90%. Assim, tornou-se possível perceber que os escores foram altos para estas questões, variando entre o escore três e quatro, que são os melhores da escala para as afirmativas (Tabela 8).

Em relação às afirmativas relacionadas aos sentimentos negativos, notou-se que grande parte das puérperas discordou ou discordou totalmente das afirmativas. Desta maneira, foi possível observar que os escores também foram altos para estas afirmativas, variando entre três e quatro. Ressalta-se que a afirmativa dois (Às vezes, eu acho que não presto para nada) obteve um percentual relevante de puérperas que apresentaram o escore dois (concorda), 53,6% (90). Ainda, na afirmativa 6 (Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes), o escore dois (concordo) apresentou um percentual de respostas de 38,7% (65) como também a afirmativa 8 (Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo), o escore dois (concordo) apresentou um percentual de respostas de 47,6% (80) (Tabela 8).

Torna-se importante enfatizar que nas afirmativas positivas 1, 3, 4 e 7 não houve percentual de puérperas que apresentaram o escore um (discordo totalmente), sendo este considerado o escore mais baixo da escala (Tabela 8).

Tabela 9 - Distribuição das puérperas conforme a classificação da autoestima de acordo o ponto de corte. Varginha, MG, 2017/2018 (n=168).

<b>Classificação da Autoestima</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Autoestima Alta	61	36,3
Autoestima Média	107	63,7
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Ao avaliar a distribuição das puérperas conforme a classificação da autoestima, de acordo com o escore, foi possível verificar que 63,7% (107) das puérperas possuem autoestima média (Tabela 9).

Para a avaliação da consistência interna do instrumento utilizado, Escala de Autoestima de Rosenberg, foi aplicado o coeficiente interno de *Alpha de Cronbach*, que teve como valor 0,821. Com isso, 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.

### 5.3 ANÁLISE UNIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS A AUTOESTIMA

Tabela 10 - Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “tipo de atendimento”, “faixa etária”, “estado civil” e “crença religiosa”. Varginha, MG, 2017/2018. (n=168).

Variáveis	Autoestima alta	Autoestima média	Valor-p	OR	IC 95%
<b>Tipo de atendimento</b>					
SUS	43(32,6%)	89(67,4%)	0,054*	2,070	0,980 – 4,372
Convênio/Particular	18(50,0%)	18(50,0%)		1,000	
<b>Faixa etária</b>					
Até 30 anos	45(36,3%)	79(63,7%)	0,993*	1,003	0,491 – 2,051
31 ou mais	16(36,4%)	28(63,6%)		1,000	
<b>Estado civil</b>					
Com companheiro	38(42,7%)	51(57,3%)	0,068*	1,000	0,955 – 3,447
Sem companheiro	23(29,1%)	56(70,9%)		1,814	
<b>Crença religiosa</b>					
Católica	47(35,6%)	85(64,4%)	0,717*	1,000	0,407 – 1856
Outras	14(38,9%)	22(61,1%)		0,869	

Fonte: Elaborada pela autora

\*Aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson

IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

OR= *Odds ratio* (razão de chances)

Nesta análise (Tabela 10) notou-se que as variáveis “tipo de atendimento”, “faixa etária”, “estado civil” e “crença religiosa” não mostraram associação significativa com a autoestima ( $P > 0,05$ ).

Tabela 11 - Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “quantidade de filhos”, “renda familiar mensal”, “escolaridade” e “uso de álcool”. Varginha, MG, 2017/2018. (n=168).

Variáveis	Autoestima alta	Autoestima média	Valor-p	OR	IC 95%
<b>Quantidade de filhos</b>					
Até 2	52(37,7%)	86(62,3%)	0,428*	1,000	0,601 – 3,312
3 ou mais	9(30,0%)	21(70,0%)		1,411	
<b>Renda familiar mensal</b>					
Até 2000	30(27,3%)	80(72,7%)	0,001*	3,062	1,575 – 5,954
2001 ou mais	31(53,4%)	27(46,6%)		1,000	
<b>Escolaridade</b>					
Até ensino médio completo	36(29,8%)	85(70,2%)		2,683	
Superior incompleto ou mais	25(53,2%)	22(46,8%)	0,005*	1,000	1,342 – 5,365
<b>Uso de álcool</b>					
Não	54(36,7%)	93(63,3%)	0,762*	1,000	0,441 – 3,055
Sim	7(33,3%)	14(66,7%)		1,161	

Fonte: Elaborada pela autora

\*Aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)  
OR=Odds ratio (razão de chances)

Na análise realizada (Tabela 11), evidenciou-se que a variável “renda familiar mensal” mostrou associação significativa com a autoestima ( $p=0,001$ ), ou seja, as puérperas que tem renda de até 2000 reais tem 3 vezes mais chance de apresentar autoestima média. Além disso, a variável “escolaridade” também apresentou associação significativa com a autoestima ( $p=0,005$ ), em que puérperas com menos tempo de estudo (até ensino médio completo) tiveram quase 3 vezes mais chances de apresentar autoestima média.

As demais variáveis (quantidade de filhos e uso de álcool) não apresentaram associação significativa com a autoestima ( $P>0,05$ ) (Tabela 11).

Tabela 12 - Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “uso de tabaco”, “uso de drogas ilícitas”, “doença crônica” e “uso de medicamentos”. Varginha, MG, 2017/2018. (n=168).

Variáveis	Autoestima alta	Autoestima média	Valor-p	OR	IC 95%
<b>Uso de tabaco</b>					
Não	56(40,0%)	84(60,0%)	<b>0,026**</b>	1,000	1,101 – 8,543
Sim	5(17,9%)	23(82,1%)		2,240	
<b>Uso de drogas ilícitas</b>					
Não	61(37,2%)	103(62,8%)	0,126**	***	
Sim	0(0,0%)	4(100%)			
<b>Doença crônica</b>					
Não	59(38,6%)	94(61,4%)	0,088**	1,000	0,889 – 18,726
Sim	2(13,3%)	13(86,7%)		4,080	
<b>Uso de medicamentos</b>					
Não	52(37,1%)	88(62,9%)	0,615*	1,000	0,525 – 2,960
Sim	9(32,1%)	19(67,9%)		1,247	

Fonte: Elaborada pela autora

\*Aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson

\*\*Aplicação do teste Exato de Fisher

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

OR=*Odds ratio* (razão de chances) IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

Com a análise da tabela 12, evidenciou-se que a variável “uso de tabaco” mostrou associação significativa com a autoestima ( $p=0,026$ ), ou seja, as puérperas que fazem uso de tabaco tem 2 vezes mais chance de apresentar autoestima média.

As demais variáveis (uso de drogas ilícitas, doença crônica e uso de medicamentos) não apresentaram associação significativa com a autoestima ( $P>0,05$ ) (Tabela 12).



Tabela 13 - Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “gravidez planejada”, “tipo de parto”, “primeiro parto”, “idade gestacional” e “preocupação na gravidez”. Varginha, MG, 2017/2018. (n=168).

Variáveis	Autoestima alta	Autoestima média	Valor-p	OR	IC 95%
<b>Gravidez planejada</b>					
Não	27(28,4%)	68(71,6%)	<b>0,015*</b>	2,196	1,157 – 4,166
Sim	34(46,6%)	39(53,4%)		1,000	
<b>Tipo de parto</b>					
Normal	20(35,7%)	36(64,3%)	0,910*	1,000	0,493 – 1,877
Cesárea	41(36,6%)	71(63,4%)		0,962	
<b>Primeiro parto</b>					
Não	26(28,6%)	65(71,4%)	<b>0,023*</b>	1,000	0,253 – 0,909
Sim	35(45,5%)	42(54,5%)		0,480	
<b>Idade gestacional</b>					
Prematuro	13(31,7%)	28(68,3%)	0,481*	1,309	0,619 – 2,768
A termo	48(37,8%)	79(62,2%)		1,000	
<b>Preocupação na gravidez</b>					
Não	28(38,9%)	44(61,1%)	0,547*	1,000	0,644 – 2,290
Sim	33(34,4%)	63(65,6%)		1,215	

Fonte: Elaborada pela autora

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

OR= *Odds ratio* (razão de chances)

Verificou-se que a variável “gravidez planejada” demonstrou associação significativa com a autoestima ( $p=0,015$ ), evidenciando que as puérperas que não planejaram a gravidez tiveram mais chance de apresentar autoestima média. Além desta, a variável “primeiro parto” demonstrou também uma associação significativa com a autoestima ( $p=0,023$ ), evidenciando que as puérperas que já têm filhos tem mais chance de apresentar autoestima média (Tabela 13).

Destaca-se que as demais variáveis (tipo de parto, idade gestacional e preocupação na gravidez) não obtiveram associação significante com a autoestima ( $P>0,05$ ) (Tabela 13).

Tabela 14 - Análise univariada dos fatores associados à autoestima conforme as variáveis “problema na gravidez”, “ajuda para cuidar do recém-nascido”, “relação com o pai do recém-nascido”, “influência da mudança física durante a gestação na vida da puérpera” e “mudança física”. Varginha, MG, 2017/2018. (n=168).

Variáveis	Autoestima alta	Autoestima média	Valor-p	OR	IC 95%
<b>Problema na gravidez</b>					
Não	52(39,4%)	80(60,3%)	0,111*	1,000	0,849 – 4,478
Sim	9(25,0%)	27(75,0%)		1,950	
<b>Ajuda para cuidar do recém-nascido</b>					
Não	1(5,6%)	17(94,4%)	<b>0,003**</b>	11,333	1,469 – 87,428
Sim	60(40,0%)	90(60,0%)		1,000	
<b>Relação com o pai do recém-nascido</b>					
Ótima/boa	61(38,4%)	98(61,6%)	<b>0,027**</b>	***	
Razoável/Ruim	0(0,0%)	9(100,0%)			
<b>Mudança de humor</b>					
Sentimentos positivos	25(46,3%)	29(53,7%)	0,064*	1,000	0,961 – 3,632
Sentimentos negativos	36(31,6%)	78(68,4%)		1,868	
<b>Influência da mudança física durante a gestação na vida da puérpera</b>					
Não	43(46,2%)	50(53,8%)	<b>0,003*</b>	1,000	1,396 – 5,314
Sim	18(24,0%)	57(76,0%)		2,723	

Fonte: Elaborada pela autora

\*Aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson

\*\*Aplicação do teste Exato de Fisher

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

OR=*Odds ratio* (razão de chances) IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior)

A análise realizada na tabela 14 apresentou que a variável “ajuda para cuidar do recém-nascido” demonstrou associação significativa com a autoestima ( $p=0,003$ ), evidenciando que as puérperas que não tem ajuda tiveram 11 vezes mais chance de apresentar autoestima média. Além desta, a variável “influência da mudança física

durante a gestação na vida da puérpera” apresentou associação significativa com a autoestima ( $p=0,003$ ), constatando que as puérperas que relataram que a mudança física durante a gestação influenciou sua vida tiveram quase 3 vezes mais chance de apresentar autoestima média. Já a variável “relação com o pai do recém-nascido” apresentou associação significativa com a autoestima ( $p=0,027$ ).

Destaca-se que as demais variáveis (problema na gravidez e mudança de humor) não obtiveram uma associação significativa com a autoestima ( $P>0,05$ ) (Tabela 14).

Tabela 15 – Avaliação dos parâmetros do modelo de regressão logística das variáveis independentes com a autoestima. Varginha, MG, 2017/2018 (n=168).

Variáveis	Parâmetro	Erro-padrão	OR	Valor-p
Renda familiar mensal	1,197	0,339	3,310	0,001
Primeiro parto	0,783	0,366	0,457*	0,033
Influência da mudança física durante a gestação na vida da puérpera	1,085	0,357	2,959	0,002
Ajuda para cuidar do recém-nascido	2,464	1,059	11,750	0,020

Fonte: Elaborada pela autora.

OR=*Odds ratio* (razão de chances)

\*Cálculo do OR: parâmetro menor que 1, dividiu o valor 1 por 0,457, equivalendo o resultado de 2,18.

Após análise dos parâmetros de todas as variáveis independentes com a medida de autoestima pelo modelo de regressão logística, constatou-se que somente as variáveis “renda familiar mensal”, “primeiro parto”, “influência da mudança física durante a gestação na vida da puérpera” e “ajuda para cuidar do recém-nascido” evidenciaram significância estatística, respectivamente,  $p=0,001$ ,  $p=0,033$ ,  $p=0,002$  e  $p=0,020$ , resultando, assim, em um modelo final ajustado (Tabela 15).

Desta forma, o modelo final constatou que ser a primeira gravidez constituiu fator de proteção, em que essas puérperas possuíam menos chances de terem

autoestima média. Já, as puérperas que possuíam renda familiar mensal até 2000 reais, que relataram que a mudança física durante a gestação influenciou sua vida e não ter ajuda para cuidar do recém-nascido tiveram mais chance de possuir autoestima média (Tabela 15).

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS

Neste estudo, observou-se que a amostra foi constituída em sua maioria por atendimentos realizados às puérperas no SUS, com maior frequência na faixa etária de até 25 anos, casadas ou conviventes com companheiro, católicas, com até 2 filhos, com ensino médio completo e renda familiar mensal de R\$ 1001,00 a 2000,00. Estes achados corroboram-se aos resultados de outros estudos, conforme apresentado a seguir.

Em uma pesquisa realizada com 127 gestantes atendidas em um hospital escola do interior de São Paulo, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), constatou-se que 61,4% destas apresentavam idade entre 20 a 29 anos, com escolaridade predominante de ensino médio completo e casadas ou vivem com companheiro (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010). Resultado semelhante também foi constatado no estudo de Dalla Costa et al. (2016), em que 85,5% das mulheres avaliadas viviam com o companheiro.

Ao tomar por base os comentários de Montenegro (2017), é ressaltado 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 na literatura mais recente foi elevada para 40 a 45 anos. Em contraponto, um estudo atual realizado em Francisco Beltrão/PR, verificou-se que a maioria das gestantes tinha idade entre 15 e 35 anos, ou seja, estas gestantes eram jovem 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).

Quanto à crença religiosa, é encontrado na literatura que os brasileiros são, em sua maioria, católicos, e isso pode ser explicado pela característica herdada do processo histórico de colonização do país. No entanto, dados colhidos do Censo Demográfico de 2010 mostrou um declínio dessa tendência para 64,4%, revelando o aumento de pessoas pertencentes a outros grupos religiosos, com destaque para a religião evangélica, totalizando 22,2% da população (IBGE, 2012). Porém, é visto que a maioria das puérperas tem alguma influência da religião católica, como

apresentado no presente estudo, e que outras crenças religiosas, como a evangélica e o espiritismo também foi mencionada pelas participantes da pesquisa.

Cabe mencionar que a religiosidade e a espiritualidade são termos intimamente ligados que apresentam uma influência muito importante nas diversas áreas da vida da pessoa, facilitando o enfrentamento de diferentes eventos negativos da vida cotidiana (RAHNAMA et al., 2015).

Em relação ao número de filhos, os resultados apresentados na amostra desta investigação denotam semelhança deste grupo com a tendência da população em geral no Brasil, em que no ano de 2015 apresentou média de 1,72 filhos por mulher, segundo dados do censo demográfico (IBGE, 2015). E como apresentado nos resultados de um estudo realizado em Goiânia-GO, a maioria das entrevistadas tinha até dois filhos (VIEIRA et al., 2010). Paralelamente a estes dados, uma investigação realizada em Santarém/PA, mostrou que 59% das gestantes eram múltiparas (XAVIER et al., 2013), o que também foi evidenciado em 82,1% das gestantes avaliadas no presente estudo.

Quanto ao fator econômico, verificou-se que a renda familiar mensal baixa pode apresentar influência na autoestima da pessoa, resultado também encontrado em estudo realizado com 278 mulheres internadas em uma maternidade de um município do Paraná, em que evidenciou que a baixa situação econômica corresponde a uma alteração mental nas puérperas (ANDRADE et al., 2017). Outro estudo realizado na Tunísia com 302 puérperas entrevistadas na primeira semana puerperal também apresenta consonância com o presente estudo, sendo que a alteração mental se mostrou associada ao baixo nível socioeconômico (MASMOUDI et al., 2014).

Uma pesquisa realizada em Juiz de Fora-MG, com 2077 mulheres cadastradas em duas Unidades de Saúde da Família, que utilizou um questionário contendo variáveis sociodemográficas, apoio social, autoavaliação de estado de saúde, estilo de vida, morbidade e saúde da mulher, verificou que a presença de alteração mental mostrou associação com fatores como escolaridade, situação conjugal, renda mensal e apoio social de parentes (GONÇALVES et al., 2018). Tal estudo remete que quanto menor a escolaridade, maior a probabilidade de ocorrência de alteração mental, e que é apontado também na investigação de Maçola; Vale; Carmona (2010), ao ficar evidenciado que a baixa escolaridade e a autoestima insatisfatória apresentam relação significativa.

É notável que durante a gestação a maioria das mulheres apresentam 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 a experiência da maternidade (PORTO et al., 2018). Em um estudo realizado em Maringá/PR, com 394 gestantes foi identificado 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). Estes resultados também foram encontrados na presente investigação, mostrando que uma parcela das gestantes entrevistadas fazia uso de álcool (12,5%) e de tabaco (16,7%).

Evidenciou-se ainda neste trabalho, embora em pequena parcela (8,9%), a presença de doenças crônicas e das que tiveram destaque foram citadas a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM). Ainda, no que se refere ao consumo de medicações contínuas e diárias, as mais utilizadas foram da classe dos anti-hipertensivos (inibidores da enzima conversora de angiotensina, betabloqueadores e inibidores adrenérgicos) e complexos vitamínicos. Alguns destes achados assemelham-se aos resultados de outros estudos, conforme apresentado a seguir.

Importante considerar que, de acordo com Montenegro (2017), as mulheres que apresentam determinadas complicações no período gestacional estão mais propensas ao desenvolvimento de doenças crônicas ao longo da vida. Sendo que na gravidez, a pré-eclâmpsia pode determinar risco para doença cardiovascular futura, e ainda mulheres acometidas por diabetes gestacional, tem grandes chances de tornarem-se diabéticas tipo 2.

No que concerne às doenças crônicas, é evidenciado que as morbidades de maior incidência encontradas no estudo de Peixoto; Martinez e Valle (2008), foram a HAS e a DMG, e que tais são responsáveis por um índice elevado de morbidade e de mortalidade materna e perinatal. Além de que, no Brasil, a hipertensão arterial é a principal causa de mortes maternas, apesar de já existirem intervenções baseadas em evidência científicas que podem prevenir esta complicação obstétrica (SOUSA et al., 2014).

Em outra pesquisa desenvolvida em um ambulatório especializado em atendimento à gestantes de alto risco na região central do Rio Grande do Sul, onde

foram revisados 233 prontuários, foi evidenciado que há uma maior incidência de gestantes com HAS, associada ou não a outros fatores (JANTSCH et al., 2017). Este resultado assemelha-se aos dados encontrados no presente estudo.

Cabe ressaltar ainda que, no caso da diabetes gestacional, o diagnóstico precoce corresponde à percepção das alterações da tolerância à glicose e permite medidas terapêuticas que priorizam evitar e postergar as complicações da patologia, preservando a saúde do binômio mãe/bebê (JACOB et al., 2014).

Neste sentido, é importante que o profissional responsável pelo acompanhamento no pré-natal tenha pleno conhecimento das alterações fisiológicas da gestação. Isso é importante para que se conheça o que é fisiológico e, assim, tem-se a capacidade de identificação dos processos patológicos. Vale mencionar também que a mulher precisa adaptar-se as alterações fisiológicas da gestação e quando o processo adaptativo é deficiente observa-se a instalação do processo patológico, de modo que, a incapacidade da mulher para se adaptar às mudanças físicas e de humor e também às exigências da gravidez pode afetar a saúde física e mental e, com isso, influenciar a saúde do concepto (ZUGAIB, 2016).

Além disso, no estudo de Maçola; Vale; Carmona (2010) foi evidenciado que a falta de planejamento da gravidez influenciou negativamente a autoestima das mulheres, e também foi demonstrado no presente estudo que a gravidez não foi planejada em 56,6% das gestantes entrevistadas. Com isso, é possível considerar que essa questão da gravidez não planejada pode interferir na relação positiva do binômio mãe/filho. Outra investigação realizada em Recife-PE com 1057 entrevistadas após o parto, mostrou que mulheres com gestação não planejada tiveram maior chance de apresentar sentimentos depressivos durante o período pós-parto (BRITO et al., 2015).

Quanto à caracterização obstétrica, os resultados apresentados na presente pesquisa mostram que o parto cesárea foi maioria (66,7%), o que reflete a realidade do país, que é um dos campeões em índice de cesárea no mundo (OMS, 2015). Segundo os dados mais atuais disponíveis, em 2008, no sistema público de saúde do Brasil, a taxa de cesárea no município do presente estudo foi de 80,1% (BRASIL 2010). Esta taxa sobrepõe de forma alarmante a preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que recomenda, desde 1985, que o índice de cesárea não ultrapasse 15% em qualquer país (WHO, 1985).



O alto índice de cesáreas é presente em muitas localidades do Brasil, como apresentado em um estudo realizado em Goiânia-GO, com 40 puérperas e que aplicaram diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) no período pós-parto imediato e tardio, resultando em 65% em parto cesárea e 90% de recém-nascido a termo (VIEIRA et al., 2010). Estes dados são corroborados com os encontrados no presente estudo, ao constatar maior frequência de parto cesária e idade gestacional a termo.

A escolha da via de parto é um direito da mulher, sendo determinada por vários fatores, avaliando os riscos e os benefícios de cada um deles. Porém, para isso, são necessárias informações corretas sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e no Nascimento, sendo abordadas durante o pré-natal, e é de suma importância essa troca de conhecimentos, aliviando, assim, a ansiedade das mulheres durante o parto e a gestação. Em uma pesquisa realizada em Florianópolis/SC, no ano de 2010, foi encontrado que as participantes mostraram relevar a importância da informação durante a gestação, podendo, assim, se preparar para o parto, conhecendo as vantagens de cada tipo de parto e de que forma essa escolha acarreta a vida do bebê (COSTA E SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

Quanto à variável intervalo interpartal, o Ministério da Saúde sugere que seja, no mínimo de dois anos, devido ao risco de complicações maternas, como por exemplo, a rotura uterina, a deiscência de cicatriz, entre outros (BRASIL, 2006), e no presente estudo, pode-se constatar um percentual relevante de puérperas com intervalo interpartal acima de 6 anos.

É importante mencionar, que é recomendável planejar o melhor momento para a gestação, incluindo adequação de medicações que por ventura estejam sendo utilizadas e/ou desencorajando a gravidez em mulheres com doenças crônicas até que estas estejam compensadas, como por exemplo, a diabetes mellitus, as cardiopatias, a hipertensão arterial crônica, a infecção pelo HIV, a hepatite, a obesidade, entre outras (BRASIL, 2006).

Com relação à preocupação na gravidez, o presente estudo denota que a maioria das puérperas apresentou algum tipo de preocupação, sendo a preocupação com o parto a mais citada. Paralelamente, uma pesquisa realizada em uma maternidade do sertão paraibano com 31 gestantes mostrou que a maioria delas

demonstraram receio quanto ao parto (34%). Isso foi associado talvez pelo déficit de informações concisas sobre esse momento (CABRAL et al., 2018).

Com referência a variável problema na gravidez, é possível destacar que 21,4% das puérperas possuíam algum tipo de problema, sendo a doença própria da mãe a mais citada por elas (52,9%). Como doenças próprias da mãe, é possível citar como principais as síndromes hipertensivas, que são a primeira causa de morte materna no Brasil e determinam o maior número de óbitos perinatais. Elas também estão ligadas à risco aumentado para parto pré-termo, recém-nascido com baixo peso ao nascer e aumento expressivo do número de neonatos com sequelas (VETTORE et al., AGGARWAL; JAINB; KUMARA, 2011).

Diante dos principais problemas de saúde durante a gestação, é necessário que a equipe multiprofissional de saúde 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 adequem o número de atendimentos no pré-natal e realizem grupos educativos, a fim de promover a prevenção de eventuais problemas na gravidez (SANTOS et al., 2018).

Foi evidenciado em um estudo realizado em Campinas-SP, que a ausência de “ajuda do marido” após o nascimento do bebê apresenta forte influência na autoestima insatisfatória das respondentes (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010). Esta informação corrobora com a presente investigação ao apontar que a falta de apoio do parceiro e/ou da família pode ser considerado um fator de risco para eventuais problemas de saúde mental materna.

Neste contexto, vale mencionar que a família tem grande relevância na vida da mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal, uma vez que não só auxilia nos cuidados que foram assumidos e ministrados aos recém-nascidos, aos outros filhos e à própria puérpera, como também traz a sensação de força e melhora da autoestima da mulher (LIMA et al., 2018).

Destaca-se também que a gravidez é um evento capaz de consolidar mudanças intensas, capazes de desencadear sentimentos positivos ou negativos na mulher (SOUSA et al., 2010). Assim como constatado na presente pesquisa, a mudança de humor na mulher também foi evidenciada no estudo realizado em Campinas-SP, em que a maioria delas demonstrou que a mudança de humor é presente nesta etapa (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010). Nesta investigação, de

todas as puérperas que apresentaram mudança de humor, a instabilidade foi a mais citada, com 66,1% das respostas.

## 6.2 AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA

Na análise da distribuição das puérperas avaliadas 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 puérperas concordou ou concordou totalmente com as afirmativas. No que se refere às afirmativas relacionadas aos sentimentos negativos, a maior parte das puérperas discordou das afirmativas. Assim, por meio dos pontos de cortes da escala, evidenciou-se autoestima média na maioria das puérperas avaliadas neste estudo.

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, tendo si própria como um objeto. Dessa forma, a autoestima é um julgamento positivo ou negativo referente a si mesmo; uma avaliação universal do seu próprio valor (ROSENBERG, 2017). Por isso, é possível inferir no presente estudo, que as puérperas apresentaram pontos de cortes enquadrados na classificação alta e média, pelo fato de discordarem nas afirmativas relacionadas aos sentimentos negativos e por concordarem nas afirmativas de sentimentos positivos.

Acrescenta-se ainda que a autoestima constitui-se também das experiências subjetivas vivenciadas pelas pessoas, nas quais apresentam sentimentos ou atitudes de satisfação ou insatisfação com si próprio, além da autoavaliação no que se refere a ser bem sucedido, capaz, significativo e valioso (ANDRADE; SOUSA; MINAYO, 2009).

Pela literatura, a autoestima possui três classificações: baixa, média ou alta, em que aqueles que possuem autoestima baixa sentem-se errados como pessoa, assim como inadequados à vida. Por sua vez, aqueles que possuem autoestima média vivem a ambivalência de se sentirem adequados ou inadequados, certos ou errados como pessoa, ou seja, manifestam inconsistências e incertezas no comportamento. Ainda, aquelas pessoas que possuem autoestima alta, sentem-se adequados, competentes e confiantes (BRANDEN, 2000).

Assim, constatou-se neste estudo, ao avaliar a distribuição das puérperas mediante a classificação da autoestima, que a maioria delas possui autoestima média. Contudo, um percentual relevante de puérperas foi classificado com autoestima alta e nenhuma delas apresentou a classificação baixa.

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

No entanto, pesquisas que avaliaram a autoestima por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg em mulheres no período puerperal imediato não foram identificadas, dificultando a comparação com os dados do presente estudo. Entretanto, existem investigações que avaliaram a autoestima de gestantes e que serão descritas a seguir.

Contradizendo os resultados referente a autoestima encontrados no presente estudo, pesquisa realizada com 127 gestantes atendidas no interior do Estado de São Paulo, constatou alta prevalência de autoestima insatisfatória/baixa, após aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010).

Em um estudo realizado com 560 gestantes divididas em alto e baixo risco, na cidade de Pelotas, foi identificado que a maioria das entrevistadas apresentava autoestima média, o que corrobora com resultados da presente investigação (DIAS et al., 2008). Estes 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).

Deste modo, Branden (2000) menciona que mesmo sendo admirado e amado por outras pessoas, passar uma imagem de segurança, preencher as expectativas dos outros e chegar ao sucesso, não configuram elementos para que se tenha autoestima alta. Sendo que tais fatores podem levar a um conforto temporário, o que difere do significado de autoestima, uma vez que ela só será construída se o próprio indivíduo possuir esta percepção de si mesmo.

O mesmo autor afirma ainda, que quanto maior a autoestima, mais bem preparados para lidar com os obstáculos da vida. Quanto mais flexíveis a pessoa, mais fácil resistir ao desespero ou à derrota; além de que, maiores serão as possibilidades de manter relações saudáveis, em vez de destrutivas.

Com relação à avaliação da consistência interna da Escala de Autoestima de Rosenberg, encontrou-se neste estudo um valor de 0,821, ou seja, a consistência interna deste instrumento foi aceitável para os itens avaliados e correlacionados uns aos outros, apresentando homogeneidade. Este resultado também foi semelhante ao encontrado em outra investigação que utilizaram a Escala de Autoestima de Rosenberg, realizada com 127 gestantes atendidas no interior do Estado de São Paulo, em que encontrou o valor de 0,760 (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010).

### 6.3 ANÁLISE UNIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS A AUTOESTIMA EM MULHERES NO PERÍODO PUERPERAL

Neste estudo, verificou-se que a variável renda familiar mensal apresentou associação significativa com a autoestima, demonstrando que as puérperas com renda familiar mensal de até 2000 reais possuem até 3 vezes mais chances de apresentar autoestima média.

Em estudo realizado com 71 gestantes no município de Tubarões, observou-se que a medida que o grau de renda salarial decresce, a autoestima diminui significativamente (MACHADO; VINHOLES; FELDENS, 2013), o que corrobora com o presente estudo.

É mencionado na literatura que a autoestima alta está diretamente relacionada com a felicidade, o que possibilita ao indivíduo maior facilidade em resolver problemas, aprimorar o suporte social, o que favorece oportunidades para realizar atividades favoritas, realizar desejos próprios e perceber suas necessidades (AZIZI et al., 2017).

É visto, assim, que indivíduos que apresentam baixos níveis salariais são mais suscetíveis a problemas físicos, mentais e emocionais. Além de que, possuem maiores chances de enfrentar dificuldades em atender às suas necessidades básicas quando comparados a pessoas com maiores rendimentos salariais. Tal fato pode se relacionar com o grau de escolaridade, uma vez que um maior nível de escolaridade pode favorecer um emprego mais apropriado, maior renda, alcance de melhor posição econômica e social, autoestima alta e mais felicidade na vida (AZIZI et al., 2017).

Ao relacionar com as gestantes, as que apresentarem menores rendimentos mensais, associado à menor escolaridade, resulta em influência na autoestima materna, devido a uma maior ansiedade e possível despreparo para assumir as responsabilidades econômicas que a maternidade exige (DIAS; SPÍNDOLA, 2007).

No entanto, no mundo econômico que a população vive, há muitos fatores que podem contribuir para a sustentação dos baixos níveis salariais ou estagnação dos mesmos, como a falta de um efetivo plano de carreira nas profissões, de incentivo e de apoio à qualificação, bem como também exposição às mudanças e falta de acesso a oportunidades de crescimento profissional. Cabe destacar também que estes baixos níveis salariais, podem dificultar as pessoas adquirirem moradias próprias, resultando em maiores gastos mensais, como a locação ou empréstimos de moradias, e, com isso, interferir em sua autoestima (TRAESEL; MERLO, 2014).

Porém, é importante ressaltar que na relação entre renda salarial e trabalho, não basta o empregador dizer o quanto seu funcionário é importante. É necessário que o ambiente de trabalho seja propício, preocupando não só com sua remuneração, bem como, com a qualidade de vida fora do ambiente de labor (GALASSE, 2015). Dessa forma, há a possibilidade de reduzir os danos físicos e psíquicos ao trabalhador, auxiliando na melhora de suas relações dentro e fora do trabalho, podendo elevar, assim, sua autoestima.

Frente ao exposto, é significativo destacar também que os baixos níveis salariais colaboram para a necessidade de o trabalhador ter que sustentar outro emprego para acrescentar sua renda, e, com isso, tendo que manter suas atividades laborais em diferentes turnos. Fato que leva o trabalhador a abrir mão de seus momentos de descanso e de lazer em detrimento de outro emprego. Somado a isso, há a sobrecarga de trabalho, o que pode culminar em danos físicos e psicossociais, com possíveis influências na autoestima (MAURO et al., 2010).

No que se refere a níveis salariais altos, pesquisa evidencia que quanto maior nível socioeconômico, maior será os acessos a serviços ou tecnologias que aumentam as alternativas de atividades de lazer como televisão, celulares, computadores, tablets, videogames e Internet, o que pode também melhorar a autoestima da pessoa (GARCIA et al., 2015).

É visto também nos resultados do presente estudo, que a variável escolaridade apresentou associação significativa com a autoestima, demonstrando

que as puérperas com menos tempo de estudo (até ensino médio completo) possuem quase 3 vezes mais chances de apresentar autoestima média.

A literatura aponta que quanto menor a escolaridade da mulher, maior a chance de alterações mentais, como depressão e autoestima baixa. Tal fato é evidenciado no presente estudo e também em pesquisa realizada por Gonçalves et al. (2018), que entrevistaram mulheres atendidas por Estratégias Saúde da Família.

Pesquisa Nacional de Saúde relatou que a escolaridade pode ser um fator determinante para o surgimento de transtornos mentais, uma vez que está associada à condições sociais, como desemprego, baixa qualidade de moradia e alimentação inadequada (STOPA et al., 2015).

Com isso, a escolaridade mais elevada pode aumentar e facilitar a possibilidade de escolhas na vida, além de ter influência direta sobre a autoestima da pessoa, motivando atitudes e comportamentos mais saudáveis. E sua falta pode diminuir o poder de decisão do indivíduo, gerando incapacidade de influenciar o meio, resultando em comprometimento da saúde do indivíduo, incluindo a saúde mental (CASTAN; BRENTANO, 2017).

Outra variável que apresentou associação significativa com a autoestima, no presente estudo, é a gravidez planejada, no qual ficou evidenciado que as puérperas que não planejaram a gravidez tiveram mais chances de apresentar autoestima média.

Como visto também no estudo de Maçola, Vale e Carmona (2010), a falta de planejamento da gravidez influenciou negativamente a autoestima das mulheres avaliadas. Resultado presente também em pesquisa de Machado, Vinholes e Feldens (2013).

Neste contexto, vale mencionar que a gestação não planejada pode trazer à tona preocupações diferentes, como a saúde da mulher como fator complicador da gestação; rompimento com o parceiro e o impacto financeiro sobre a família, o que resulta em alteração na autoestima (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010).

Dessa forma, cita-se que os métodos contraceptivos são amplamente divulgados na população feminina, e mesmo com fácil acesso, estudo encontrou que a gravidez não planejada ainda pode ser explicada pelo limitado conhecimento das mulheres em relação a tais métodos, muitas vezes por se restringir ao conhecimento popular. Embora a maioria das mulheres sejam assistidas por profissionais de saúde, seja durante o pré-natal ou em consulta ginecológica, é ausente o

esclarecimento adequado de dúvidas, o que resulta à falta de planejamento familiar (DIAS; SPÍNDOLA, 2007).

Alguns autores trazem que a gravidez não planejada pode ainda preocupar as mulheres devido a todo processo que implica na criação de um filho, podendo influenciar na formação de vínculo com o recém-nascido. Com isso, não ter planejado ou desejado a gestação faz com que as mulheres não reajam positivamente quanto ao papel materno, apresentando, assim, dificuldades no desenvolvimento deste vínculo, e refletindo diretamente em sua autoestima (HOGA; REBERTE, 2007; MOREIRA et al., 2008).

A variável relação com o pai do recém-nascido, neste estudo, apresentou associação significativa com a autoestima.

É notável que a ausência de parceiro, 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).

Assim, a relação conjugal satisfatória tem efeitos sobre a saúde física e mental do indivíduo, além de sucesso nas relações comerciais e sociais. O casal unido busca desenvolver sentimentos de responsabilidade e de compromisso entre si, o que pode contribuir para o comprometimento da vida conjugal e melhor desempenho na resolução de problemas familiares. Sendo que, quando há apoio mútuo, honestidade, companheirismo e respeito entre o casal em todos os estágios da vida, o resultado é de maiores níveis de felicidade, fato que auxilia a manter os níveis de autoestima elevados (TAVAKOL et al., 2012).

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

Neste estudo, verificou-se também que a variável primeiro parto apresentou associação significativa com a autoestima, evidenciando que quando as mulheres já tem filhos influencia em mais chances de apresentar autoestima média.

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 também pode resultar em situação favorável para a autoestima, onde 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, aumentando o amor e o carinho na relação (TAVAKOL et al., 2016).

Adicionalmente, em estudo realizado com 15 casais, cujo 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, verificou que aqueles casais que possuíam mais filhos (2 a 7 filhos) apresentaram média de escore de autoestima maior do que aqueles com apenas um ou nenhum filho (BATISTA; PIOVEZAN; MUNER, 2015).

Verificou-se também que a variável ajuda para cuidar do recém-nascido apresentou associação significativa com a autoestima, demonstrando que as puérperas que não tiveram ajuda têm até 11 vezes mais chances de apresentar autoestima média.

Estes achados corroboram com a literatura que aponta a falta de apoio do parceiro e/ou família como fator de risco para problemas de saúde mental materna. A falta de apoio para cuidar do filho após nascimento influenciou negativamente a autoestima.

Cabe ressaltar que a presença da família é de grande importância para a mulher, não só no puerpério como em todo o ciclo gravídico-puerperal, fornecendo-lhes opiniões, sugerindo possíveis diagnósticos frente aos sintomas apresentados pelos bebês e ajudando-as no cuidado, resultando em sentimentos positivos e melhora da autoestima (MERINO et al., 2013; LIMA et al., 2018).

O vínculo entre pai e filho também deve ser presente e constante. Com isso, a enfermagem tem o papel de orientar ao pai a realizar atividades de cuidados com o bebê e cuidados domiciliares. Por meio desse vínculo, se faz importante acariciar o filho, uma vez que é um momento em que ele se sente protegido e indiretamente reflete na autoconfiança da mãe, que sente que não está sozinha e que o pai preocupa com o bem-estar do bebê (FRANCISQUINI et al., 2010).

Este vínculo familiar se fortalece quando há envolvimento do pai com o bebê, principalmente quando o pai 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 puérpera, o que influencia diretamente na sua autoestima (MATOS et al., 2017).

O apoio social da família em contribuição para o bem estar da mulher em todo o ciclo gravídico-puerperal é 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 que ajuda ao desenvolvimento infantil (MORAIS et al., 2017).

É visto também, pelos resultados da presente investigação, que a variável influência da mudança física durante a gestação na vida da puérpera apresentou associação significativa com a autoestima, demonstrando que as puérperas que relataram que a mudança física teve influência em sua vida apresentaram 3 vezes mais chances de possuir autoestima média.

Como já citado anteriormente, a autoestima é a avaliação que o indivíduo faz de si mesmo e a literatura traz que ela possui ligação com a beleza e vaidade das mulheres, no que se refere a autoimagem. Em que para avaliação da própria aparência, a vaidade se faz presente, e está associada ao quanto a mulher se preocupa exacerbadamente com a própria aparência. Compreende-se então, que quanto mais baixa a autoestima, maior a possibilidade de a mulher avaliar como ruim sua aparência (AVELAR; VEIGA, 2013; ROSENBERG, 2017).

Pesquisas mostram que durante a gravidez e o pós-parto, a mulher está mais suscetível a sofrer pressões sociais e a perder a autoconfiança que apresentava anteriormente a gestação, principalmente pelas mudanças físicas e sociais que são inerentes e evidentes a essas fases (CAIROLLI, 2009; WATSON et al., 2015). Portanto, segundo Silva et al. (2010), tais mudanças que acompanham essas etapas, podem afetar diretamente a sua autoestima.

A gravidez envolve inúmeras mudanças dinâmicas na vida da mulher, do ponto de vista físico, social e psicológico. Devido a esse período de transição, o estado gravídico torna-se um evento desencadeador de alterações na autoestima (GREINERT; MILANI, 2015). A seguir, serão apresentadas considerações importantes relacionadas a mudança física na mulher, de acordo com cada fase da gestação.

Geralmente, é no primeiro trimestre a descoberta da gestação, sendo um momento de sentimentos singulares. Tal momento pode elevar a autoestima materna, quando a gestação for planejada e/ou desejada, ou diminuí-la quando esta

vier em um momento inoportuno, de dificuldades econômicas para a mulher ou quando não houver apoio ou presença de um parceiro (DIAS; SPÍNDOLA, 2007).

No segundo trimestre, normalmente, a mulher está adaptada a ideia de gerar uma vida, entretanto é neste período que se iniciam as primeiras mudanças físicas, sendo que o abdome e as mamas começam a aumentar de tamanho, resultando em ganho de peso (SILVA et al., 2010). Pesquisa realizada no Rio de Janeiro relaciona que as mudanças na fisionomia da mulher iniciadas abruptamente neste período, pode afetar sua autoestima (MACHADO; VINHOLES; FELDENS, 2013).

Já no terceiro trimestre da gestação, alterações no corpo da mulher ficam mais evidenciadas, podendo ser observados edema facial e de membros inferiores e aumento da circunferência abdominal. Nesta fase a mulher depara-se com essas mudanças mais significativas em sua aparência, e, assim, acredita-se que tais alterações físicas evidentes somadas a fatores sociais específicos de cada gestante, possam refletir diretamente na autoestima materna (NEME, 2006; MACHADO; VINHOLES; FELDENS, 2013).

No período pós-parto, as percepções e atitudes das mulheres em relação ao corpo continuam a sofrer alterações (MILLS; SCHMIED; DAHLEN, 2013; WALKER; GAO; XIE, 2015). E a maioria dessas mudanças estão diretamente relacionadas às alterações que ocorrem durante a gravidez, como apresentadas anteriormente. Na pesquisa de Mills, Schmied e Dahlen (2013) foi relatado pelas mães que o desconforto em relação ao peso, às críticas voltadas a elas mesmas por causa do corpo e preocupação com a própria saúde e com a do bebê estão presentes no puerpério e que podem alterar a sua autoestima.

Ainda, no que concerne às mudanças físicas na mulher durante a gestação, quanto ao aumento de peso e a insatisfação com a imagem corporal, tem-se maiores chances de autoestima baixa apresentada por pessoas nestas condições. Assim, a autoestima baixa relaciona-se ao estigma social, em que as pessoas sentem envergonhadas por serem alvos de piadas e de críticas e isso, muitas vezes, as levam a não procurar ajuda e não adquirir hábitos saudáveis (ALVES JUNIOR et al., 2016).

No que se refere ao sentimento pós-parto, é notável que a estrutura corporal da puérpera permaneça em processo de modificação e, assim, algumas mulheres sentem incômodo em relação ao seu corpo, bem como a preocupação com a

recuperação do períneo e uma possível dificuldade de retornar a vida ativa sexual (SALIN; ARAUJO; GUALDA, 2010).

Com isso, dado o sofrimento que a maioria das mulheres estão propensas a experimentar devido a mudança em seus corpos durante a gravidez e o pós-parto, segundo Skouteris (2011), estes são os momentos ideais para realizar intervenções, inclusive pelos enfermeiros, que serão bem sucedidas para reverter o excesso de peso, a obesidade, e a insatisfação corporal, e que poderão favorecer a mulher apresentar níveis elevados de autoestima.

Por fim, a variável uso de tabaco apresentou associação significativa com a autoestima, demonstrando que as puérperas que utilizam o cigarro tem até 2 vezes mais chances de apresentar autoestima média

Quanto a problemas de saúde, é confirmado que são diversos os efeitos que o consumo de tabaco causa no organismo dos indivíduos, como alterações ligadas à autoestima. E, mesmo sabendo disso, e que apresentem doenças, muitas mulheres continuam a utilizá-lo durante a gestação (DSM-5, 2014; WHO, 2015).

O tabaco é uma substância maléfica, e quando usada na gestação, pode resultar em problemas para a saúde do binômio mãe/feto, uma vez que é altamente tóxico, podendo ocasionar aborto espontâneo e parto prematuro, influenciando na puérpera a autoestima baixa (PACCOLA; PAULINO, 2007).

Além disso, a gestante que utiliza o tabaco, pode apresentar maiores complicações durante o parto associando-se a um maior risco de intercorrências e tem o dobro de chances de ter um bebê de menor peso e menor comprimento, o que pode influenciar sua autoestima (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004; BRASIL, 2010).

O consumo de tabaco pela mãe pode trazer várias implicações para o feto como descritos anteriormente, assim como, provocar diminuição da oferta de oxigênio, restrição do crescimento fetal e aborto espontâneo. Quando inaladas, as substâncias presentes no cigarro diminuem a espessura das artérias responsáveis pelo transporte de oxigênio e nutrientes para o feto, provocando malformações congênitas no sistema respiratório, digestivo e morte fetal, trazendo risco para o bem estar da saúde mental da mãe (BRASIL, 2016; FERREIRA; MIRANDA, 2016).

Já na genitora, o uso de tabaco estimula malformações na inserção da placenta no útero, hemorragias, descolamento de placenta e alterações psicológicas. Além disso, pode estar associado ao desenvolvimento de doenças cardiopulmonares e vasculares. Sendo que, no puerpério pode ocorrer uma

diminuição da quantidade de leite produzido e, ao amamentar, as substâncias tóxicas são transmitidas no leite materno para o recém-nascido (MAIA; PEREIRA; DE ALCÂNTARA MENEZES, 2015; SANTOS et al., 2015). Todos estes fatores também podem vir a provocar alterações na autoestima desta mulher.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como principal objetivo avaliar a autoestima de mulheres no período puerperal que tiveram seus partos assistidos em um Hospital de um Município do Sul de Minas Gerais.

Sendo assim, de acordo com a caracterização da população de estudo quanto às variáveis sobre os dados socioeconômicos, hábitos de vida e doença crônica, e dados sobre a gestação e o parto, torna-se possível concluir que a maioria das puérperas avaliadas neste estudo foram atendidas pelo SUS, com faixa etária de até 25 anos, casadas ou conviventes com companheiros, católicas, com até 2 filhos, renda familiar mensal de 1.001 a 2.000 reais, com ensino médio completo, não fazem uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, e não possuem doença crônica e nem fazem uso de medicamentos contínuos. Além disso, na maior parte das puérperas pesquisadas a gravidez não foi planejada, o tipo de parto foi cesárea, a idade gestacional a termo, que apresentaram preocupação na gravidez, mas que não apresentaram problemas na gravidez, e que possui ajuda para cuidar do recém-nascido.

Com relação à avaliação da autoestima, conclui-se que a maioria dessas mulheres possuía autoestima média. No entanto, cabe enfatizar que um percentual relevante dessas mulheres foi classificado com autoestima alta e nenhuma apresentou autoestima baixa.

Por fim, torna-se possível concluir que as variáveis renda familiar mensal, escolaridade, uso de tabaco, gravidez planejada, primeiro parto, ajuda para cuidar do recém-nascido, relação com o pai e influência da mudança física durante a gestação na vida da puérpera tiveram associação estatística significativa com a autoestima.

É necessário mencionar que o presente estudo apresentou uma limitação, sendo caracterizada pelo desenho transversal, a qual não permitiu verificar a relação causa-efeito dos resultados encontrados. Contudo, tal desenho foi relevante por permitir caracterizar e associar variáveis independentes com dependentes, observando a situação da mulher no período puerperal.

Frente a esta limitação, sugere-se a realização de investigações longitudinais que abordem a temática analisada neste estudo, de maneira que demonstre onexo-causal e a causa-efeito da alteração da autoestima em mulheres no período

puerperal. Seria interessante também, a realização deste estudo em outras instituições, assim como, em outro período do ciclo gravídico-puerperal, como, por exemplo, o puerpério tardio. Isso se faz necessário, no sentido de conhecer a fundo a mulher no ciclo gravídico-puerperal no que concerne o seu perfil sociodemográfico e a sua autoestima, para que se possa comparar com a população pesquisada na presente investigação.

Pelo fato do grau de autoestima da mulher no ciclo gravídico-puerperal ser apontado na literatura como um dos fatores importantes para vinculação ao filho, o acompanhamento pré-natal é a oportunidade para investigação deste aspecto, com conseqüente proposição de intervenções. Sendo assim, ressalta-se a necessidade de elaboração de um conjunto de ações estratégicas voltadas para estas mulheres.

Assim, sugere-se que tais ações estratégicas possam incluir oportunidades de discussão, com declarações da mulher em relação ao seu autoconceito, encorajando-a a identificar os aspectos positivos de suas experiências e características individuais. Nesses momentos, seria interessante abordar sobre as expectativas relacionadas à maternidade, sentimentos durante a gestação, participação ou não do companheiro e preocupações com a gestação ou decorrentes dela. Tal estratégia poderia criar um vínculo entre profissional/cliente e favorecer a verbalização de incômodos e de sentimentos, e que não poderiam, de outra forma, ser expostos e acolhidos.

Destaca-se ainda, a necessidade da atuação da equipe multidisciplinar nestas ações, com a participação de médicos, de enfermeiros, de psicólogos e de assistentes sociais, buscando refletir na melhoria da autoestima da mulher e resultando em melhor qualidade de vida da mesma, além de criar um vínculo positivo ao binômio mãe/filho.

## REFERÊNCIAS

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.

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.

ANDRADE, E. R.; SOUSA, E. R.; MINAYO, M. C. S. Intervenção visando a auto-estima e qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 275-285, jan./fev. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100034&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100034&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 25 set. 2018.

ANDRADE, M. et al. Tristeza materna em puérperas e fatores associados **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n.18, dez. 2017

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.

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 out. 2018.

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, jun. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5535462/>>. Acesso em: 09 out. 2018.

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.

BERNARDI, M.C.; CARRAROT, E.; SEBOLD, L.F. Visita Domiciliária Puerperal como Estratégia de Cuidado de Enfermagem na Atenção Básica: Revisão Integrativa. **Revista Rene**, Fortaleza - CE, v.12, n.1074, p.80, 2011. Disponível em: [http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4\\_esp\\_pdf/a25v12esp\\_n4.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a25v12esp_n4.pdf) Acesso em: 07 jun. 2017.

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



BRASIL, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Gravidas fumantes: Os malefícios do cigarro na gestação** [Internet]. 2016 Mar. Disponível em: < <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2016/gravidas-fumantes-os-maleficios-docigarro-na-gestacao> >. Acesso em: 13 out. 2018.

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Mulheres gastam 12% do salário com cigarros** [Internet]. 2010 Mar. Disponível em: < [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/comunicacaoinformacao/site/home/sala\\_imprensa/releases/2010/dia\\_mundial\\_sem\\_tabaco\\_2010](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/comunicacaoinformacao/site/home/sala_imprensa/releases/2010/dia_mundial_sem_tabaco_2010) >. Acesso em: 13 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico de pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada**. Brasília: MS, 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 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Manual Técnico: Pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada**. 2. ed. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de saúde. Cadernos de Informações de Saúde [on-line]** 2007. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>.> Acesso em: 07 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf) . Acesso em: 07 jun. 2017

BRITO, C. N. O., et al. Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida. **Revista de Saúde Pública**, v.49, p.33, 2015.

CABRAL F.B.; OLIVEIRA, D.L.L.C. Vulnerabilidades de Puérperas na visão de equipes de saúde da família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo-SP, v.44, n.2, p. 368-375, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/18.pdf> . Acesso em: 07 jun. 2017.

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.

CAIROLI, P.B. **Avaliação da imagem corporal e da (in)satisfação com o corpo grávido pela escala de medida em imagem corporal em gestantes inscritas no programa de pré-natal da rede básica de saúde de Vinhedo-SP**. 2009. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

CANAVARRO, M. C.; PEDROSA, A. A. Transição para a parentalidade - Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. **Psicologia da gravidez e da maternidade**. Lisboa: Fim de Século, 2005. p. 225-256.

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: 29 jun. 2017.

CARVALHO, A.L.S.; et al. Sentimentos de puérperas com bebês hospitalizados em unidades de terapia intensiva neonatal. **Revista Rene**, v. 8, n.1, p. 26-31, 2007.

CASTAN, J.U.; BRENTANO, V. Psicodiagnóstico na Unidade de Internação Psiquiátrica de um Hospital Universitário: descrição da demanda de 2015. **Rev SBPH**. V. 20, n.1, p.195-208. 2017.

CASTRIGHINI, C. C. et al. Evaluation of self-esteem in people living with HIV/AIDS in the city of Ribeirão Preto, state of São Paulo, Brazil. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1049-1055, out./dez. 2013. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000400022&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400022&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 09 out. 2018.

COELHO, C. A. T. **Determinantes das alterações psicoemocionais do puerpério: Efeitos da autoestima**. 2015. Dissertação (Mestrado) – Instituto Politécnico de Viseu, Portugal, 2015.

COSTA E SILVA, S.P, PRATES, R.C.G, CAMPELO, B.Q.A. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. **Rev Enferm UFSM.**, v.4, n.1, p. 1-9, 2014.

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**, v. 17, n. 2 , p. 237-245, Londrina, 2016.

COSTA, R.; PACHECO, A.; BÁRBARA, F. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. **Revista Psiquiatria Clínica**, v.34, n.4, p. 157-65, 2007.

DALLA COSTA, L. et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enferm.** v. 21, n. 2, p.01-08, 2016.

DIAS, C.N; SPÍNDOLA, T. Conhecimento e prática das gestantes acerca dos métodos contraceptivos. **R Enferm UERJ.**, v. 15, p. 59-63, 2007.

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, dez. 2008.

DINI, G. M. **Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da versão brasileira da escala de autoestima de Rosenberg**. 2001. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.

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.

DSM-5 - 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.

FERREIRA, B. R. M.; MIRANDA, J. K. S. As complicações causadas pelo consumo de drogas lícitas e ilícitas durante a gestação: um desafio para a equipe de enfermagem. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 6 n. 18, p. 36-43, 2016.

FRANCISQUINI, A.R, et al. Orientações Recebidas Durante a Gestação, Parto e Pós-Parto por um Grupo de Puérperas. **Cienc Cuid Saude.**, v. 9. n. 4. p. 743-751. Out./dez. 2010.

GALASSE, C. A relação entre a qualidade de vida no trabalho e a área de higiene e segurança do trabalho. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 8, n. Edição Especial, p. 65-78, 2015.

GARCIA, E.S.G.F.; LEITE, E.P.R.C.; NOGUEIRA, D.A. Assistência de enfermagem às puérperas em unidades de atenção primária. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v.7, n.5923, p.8, 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4836/7397>. Acesso em: 07 jun. 2017.

GARCIA, L. M. T. et al. Aspectos sociodemográficos associados a três comportamentos sedentários em trabalhadores brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.5, p. 1015-1024, maio. 2015. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000500013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000500013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 12 out. 2018.

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

GOMES, A.O.; NEVES, J.B.O. Enfermeiro na Assistência à puérpera na Atenção Primária à Saúde. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga v.4, n.2, p.821, 2011.

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, 2013.

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.

GREINERT BR, MILANI RG. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 17, n.1, abr. 2015.

GUERRA, M. J. et al. Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. spe1, 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: 06 jun. 2017.

HERMANN, A.P. et al. Metodologias utilizadas nas dissertações de um Programa de Pós-graduação: pesquisa bibliográfica. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, n.3, 2009.

HOGA, L.A.K.; REBERTA, L.M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 41, n.19, p.559-566, 2007.

HUTZ, C.S.; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre-RS, v.10, n.1, p. 41-49, 2011.

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

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. 215p.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil em síntese. **Taxa de fecundidade total – Brasil – 2000 a 2015**. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>>. Acesso em: 05 set. 2018.

JACOB, T.A, et al. Diabetes Mellitus Gestacional: uma revisão de literatura. **Braz J Surg Clin Res.**, v. 6, n.2, p.33-37, 2014.

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.

KASSADA, D.S, et al. Prevalence of drug abuse among pregnant women. **Acta Paul Enferm.** v.26, n.5, p.467-71, 2013.

KAZMIERCZAK, M.; GOODWIN, R. Pregnancy and bodyimage in Poland: Gender roles and self-esteem during the third trimester. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, UK, v. 29, n. 4, p. 334-342, 2011.

- LEOPÉRCIO, W.; GIGLIOTTI, A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, n. 2, p. 176-85, 2004. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132004000200016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000200016) >. Acesso em: 13 out. 2018.
- LIMA, S. P. L.; et al. Desvelando o significado da experiência vivida para o sermullher na amamentação com complicações puerperais; **Texto Contexto Enfermagem**, v. 27, n.1, 2018.
- LUCCHESI, R. et al. Fatores associados ao uso nocivo do tabaco durante uma gestação. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 29, n.3, p.325-331, junho de 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_isoref&pid=S0103--21002016000300325&lng=en&tng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0103--21002016000300325&lng=en&tng=pt)>. Acesso em: 14 out. 2018.
- 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., abr./jun. 2013.
- 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.
- MAIA, J. A.; PEREIRA, L. A.; DE ALCÂNTARA MENEZES, F. Consequências do uso de drogas durante a gravidez. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 2, 2015. Disponível em: < <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/664/540> >. Acesso em: 13 out. 2018.
- MARCONI, M. A. L.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.
- MASMOUDI, J. et al. Postpartum depression: Prevalence and risk factors. A prospective study concerning 302 tunisian parturients. **La tunisie Medicali**, v. 92, p. 615-621, 2014.
- 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, mai./ago. 2017.
- MAURO, M. Y. C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Escola Anna Nery Revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 13-18, abr./jun. 2010.
- 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, out./dez. 2013.
- MILLS, A.; SCHMIED, V.A.; DAHLEN, H.G. 'Get alongside us', women's experiences of being overweight and pregnant in Sydney, Australia. **Maternal & Child Nutrition**, v. 9., n. 3, p. 309-321, 2013.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE, F. J. **Rezende Obstetrícia Fundamental**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 223-225.

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.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6., 2017.

MOREIRA, T.M.M, et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 42, p.312-320, 2008.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 3. ed. São Paulo: Savier; 2006.

OLIVEIRA, F. B.; QUIRINO, J. S.; RODRIGUES, G. P. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério, **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 2012. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027980010>> Acesso em: 11 ago 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Suíça. 2015.

PACCOLA, C. C.; PAULINO, C. A. Contribuição ao estudo dos efeitos do cigarro durante a gestação e suas implicações para o feto e o neonato. **Pediatria moderna**, v. 43, n. 3, p. 137-143, 2007. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-469684>>. Acesso em: 13 out. 2018.

PEIXOTO, M.V; MARTINEZ, M.D, VALLE, N.S.B. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégia e cuidados de enfermagem. **Rev Edu Meio Amb e Saúde**, v. 3, n.1, p. 208-222, 2008.

PEREIRA, S. B. et al. Educação permanente em uma unidade obstétrica na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v. 11, n.3, p.1458-1463, 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

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.

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: 05 set. 2018.

ROBINSON J. P.; SHAVER, P. R.; WRIGHTMAN, L. S. **Measures of personality and social psychological attitudes**. New York: Academic Press, 1991.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton: Princeton University Press, 1965.

ROSENBERG, M. **The Rosenberg self-Esteem Scale**. Disponível em: < <https://socy.umd.edu/quick-links/self-esteem-what-it> >. Acesso em: 09 out. 2018.

SALIM N.R, ARAUJO N.M, GUALDA D.M.R. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 4, p.158-164, 2010.

SANTOS, H. T. S. et al. Os malefícios do uso do tabaco na gestação e suas complicações ao feto. **Revista de enfermagem da UFPE**, v. 9, p. 9978-82, 2015. Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfemagem/article/viewFile/10796/11958> >. Acesso em: 13 out. 2018.

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, fev. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.10962016>. Acesso em: 25 set. 2018.

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://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/reces/article/view/22/19>. Acesso em: 07 jun. 2017.

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: 25 set. 2018.

SILVA, A. F. et al. Diagnósticos/resultados de enfermagem para parturientes e puérperas utilizando a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 267-76, 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/11211/11622>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

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.

SILVA, T. A. et al. Smoking prevalence and of nicotine dependence's therapeutics: na integrative review. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 4942-4948, out./dez., 2016. Disponível em: < <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3678/pdf>>. Acesso em: 07 out. 2018.

SKOUTERIS, H. Body image issues in Obstetrics and Gynecology. In T. F Cash & L. Smolak (Eds), **Body imagem: A handbook of science, practice, and prevention**. 2 ed. New York: The Guilford Press. 2011. p. 56-64.

SOUSA, D.M.N. et al. Mortalidade materna por causas hipertensivas e hemorrágicas: análise epidemiológica de uma década. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.500-506, jul./ago. 2016.

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.

STOPA, S.R. et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 18, n. 2, p. 170-80, 2015.

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.521-8, 2010.

TAVAKOL, Z. et al. Marital satisfaction through the lens of Iranian women: a qualitative study. **PanAfrican Medical Journal**, Nairobi, v. 8, p. 208, dez. 2016. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5326191/>>. Acesso em: 09 out. 2018.

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 out. 2018.

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. 20-7, 2005.

VARGINHA, MG. **Site da Prefeitura**. 2010. Disponível em: <http://www.varginha.mg.gov.br/>. Acesso em: 29 jun. 2017.

VAZ-SERRA, A. **O stress na vida de todos os dias**. 3. ed. Coimbra: Dinalivro. Editora, 2011.

VIEIRA, F. et al. Diagnósticos de enfermagem da nanda no período pós-parto imediato e tardio. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.83-89, 2010.

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.

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.



WALKER, L.O.; GAO, J.; XIE, B. Postpartum Psychosocial and Behavioral health: A Systematic Review of Self-Administered Scales Validated for Postpartum Women in the United States. **Women Health Issues.**, v. 25, n. 5, p. 586-600, 2015.

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.

WHO. World Health Organization. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v. 2, p.436-37, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: Raising taxes on tobacco.** Geneva, 2015.

ZUGAIB, M. **Zugaib obstetrícia.** 3. ed. - Barueri, SP: Manole, 2016.

## APÊNDICE A - AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL

## AUTORIZAÇÃO AO HOSPITAL



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
 Universidade Federal de Alfenas . UNIFAL-MG  
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714 . Alfenas/MG . CEP 37.130-000  
 Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063 . reitoria@unifal-mg.edu.br



Varginha, 01 de agosto de 2017.

Ilmo. Sr. Dr. Rogério Bueno  
 Diretor do Hospital Regional do Sul de Minas

Solicitamos a V. Sa. autorização para a realização da pesquisa intitulada **"Avaliação da autoestima em mulheres no período puerperal"**. O objetivo do estudo é avaliar a autoestima em mulheres no período puerperal que tiveram seus partos assistidos no referido Hospital. A coleta de dados com as puérperas ocorrerá após decorrido um período de seis horas pós-parto para que não interfira no andamento das atividades e na dinâmica e rotina do serviço, por meio da aplicação de dois instrumentos e realizado por entrevista. A pesquisa será realizada pela discente e pesquisadora Nathália Gianini Nery, acadêmica da Residência em Enfermagem Obstétrica da Unifal-MG. Este estudo não implica em nenhum prejuízo para o hospital e 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.

Desde já, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Fábio de Souza Terra  
 Orientador

Profa. Dra. Eliana Peres Rocha  
 Carvalho Leite  
 Coorientador

Nathália Gianini Nery

Eu, Rogério Bueno, autorizo a realização da coleta de dados solicitada acima para realização da pesquisa intitulada **"Avaliação da autoestima em mulheres no período puerperal"**.

Hospital Regional do Sul de Minas

Rogério B. Bueno  
 Diretor Geral

Dr. Rogério Bueno  
 Diretor do Hospital Regional do Sul de Minas

## **APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa – **AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA EM MULHERES NO PERÍODO PUERPERAL**, 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 autoestima em mulheres no período puerperal.

**PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL:** Fábio de Souza Terra.

**ENDEREÇO:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Centro. Alfenas-MG. CEP: 37130-000. Escola de Enfermagem

**TELEFONE:** (35) 3299-1380.

**OBJETIVO:** Avaliar a autoestima em mulheres no período puerperal que tiveram seus partos assistidos em um Hospital de um Município do Sul de Minas Gerais.

**JUSTIFICATIVA:** Subsidiar conhecimentos para a promoção da saúde das mulheres puérperas, e conseqüentemente, aspectos para melhorar a qualidade de vida no puerpério, assim como na contribuição de produção de conhecimento na área de Enfermagem.

**PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:** A coleta de dados será realizada no próprio local de internação, sem que interfiram no andamento das atividades e na dinâmica e rotina do serviço. Os instrumentos que serão aplicados por meio de entrevista são: questionário de caracterização e a Escala de Autoestima de Rosenberg e ambos serão preenchidos pelo pesquisador.

**RISCOS E DESCONFORTOS:** A participação nesta pesquisa poderá trazer riscos mínimos aos participantes podendo causar possíveis desconfortos emocionais ao responder os instrumentos. Se necessário, você será encaminhado 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 promoção de saúde e da melhoria das condições puerperais da mulher e estímulo à melhoria da autoestima dessa população, proporcionando a estas mulheres uma melhor qualidade de vida pós-parto.

**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 informado(a) pela discente 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.

Poderei consultar o discente pesquisadora responsável Nathália Gianini Nery. UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep 37130-000, Fone: (35) 3299-1318, 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.

Varginha, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 2017.

\_\_\_\_\_  
(Nome por extenso)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

## APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO

### Dados socioeconômicos

- 1) Tipo de atendimento: ( ) SUS ( ) Convênios ( ) Particular
- 2) Idade (em anos): \_\_\_\_\_
- 3) Município que reside: \_\_\_\_\_
- 4) Estado civil: ( ) solteira ( ) casada/com companheira  
( ) separada/divorciada ( ) viúva
- 5) Crença religiosa: ( ) Católica ( ) Evangélica ( ) Espírita  
( ) Ateu (sem religião) ( ) Outra: \_\_\_\_\_
- 6) Quantidade de filhos: \_\_\_\_\_
- 7) Renda familiar mensal aproximada (em reais): \_\_\_\_\_
- 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 faz uso de álcool? ( ) Sim ( ) Não
- 10) Você faz uso de tabaco? ( ) Sim ( ) Não
- 11) Você faz uso de drogas ilícitas? ( ) Sim ( ) Não
- 12) Você possui algum tipo de doença crônica? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim, qual/quais? \_\_\_\_\_
- 13) Você faz uso de medicamento(s) contínuo(s) e de uso diário?  
( ) Não ( ) Sim  
Se sim. Qual/Quais? \_\_\_\_\_

### Dados sobre a gestação e o parto

- 14) Gravidez planejada? ( ) Sim ( ) Não
- 15) Qual tipo de parto? ( ) Normal ( ) Cesárea

16) É o primeiro parto? ( ) Sim ( ) Não

Se não, quando foi o último parto (em anos)? \_\_\_\_\_

17) Idade gestacional atual (em semanas): \_\_\_\_\_

( ) Prematuro ( ) A termo ( ) Pós-termo

18) Teve preocupação com a gravidez? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, que tipo de preocupação: ( ) Parto ( ) Saúde do bebê/mãe

( ) Outra. Especificar: \_\_\_\_\_

19) Teve problemas na gravidez: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, que tipo de problema: ( ) Doença com repercussão somente no feto

( ) Doença própria da mãe

( ) Prematuridade ou perdas anteriores

( ) Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

20) Tem ajuda para cuidar do recém-nascido? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, fonte de ajuda: ( ) Marido ( ) Família ( ) Família e Marido

( ) Outra. Especificar: \_\_\_\_\_

21) Relação com o pai do recém-nascido: ( ) Ótima ( ) Boa ( ) Razoável

( ) Ruim

22) Apresentou algum tipo de mudança de humor?


( ) Alegria ( ) Instabilidade ( ) Irritação ( ) Tristeza

( ) Outra. Especificar: \_\_\_\_\_

23) A mudança física no seu corpo durante a gestação apresentou influência na sua

vida? ( ) Sim ( ) Não

## ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS</b>		
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>		
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>		
Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA EM MULHERES NO PERÍODO PUERPERAL		
Pesquisador: FÁBIO DE SOUZA TERRA		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 74311317.6.0000.5142		
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
<b>DADOS DO PARECER</b>		
Número do Parecer: 2.302.825		
<b>Apresentação do Projeto:</b>		
Projeto de pesquisa apresentado como parte do requisito para obtenção do diploma de especialista em Enfermagem Obstétrica do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG). Financiamento próprio. Não foram identificados conflitos de interesses.		
<b>Objetivo da Pesquisa:</b>		
a. claros e bem definidos;		
b. coerentes com a propositura geral do projeto;		
c. exequíveis (considerando tempo, recursos, metodologia etc.)		
<b>Objetivo primário:</b>		
Avaliar a autoestima em mulheres no período puerperal que tiveram seus partos assistidos em um Hospital de um Município do Sul de Minas Gerais.		
<b>Objetivos secundários:</b>		
• Caracterizar a população de estudo quanto às variáveis sobre os dados socioeconômicos; hábitos de vida e doença crônica; e dados sobre a gestação e o parto;		
• Avaliar o nível de autoestima de mulheres no período puerperal;		
<b>Endereço:</b> Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700		
<b>Bairro:</b> centro		<b>CEP:</b> 37.130-000
<b>UF:</b> MG	<b>Município:</b> ALFENAS	
<b>Telefone:</b> (35)3299-1318	<b>Fax:</b> (35)3299-1318	<b>E-mail:</b> comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 2.302.826

de vida e doença crônica; e os dados sobre a gestação e o parto e a Escala de Autoestima de Rosenberg.

A coleta será realizada no próprio local que a puerpera estiver internada, após decorrido um período de seis horas pós-parto, sem que atrapalhe a rotina de serviço da instituição e/ou cause algum transtorno para a mulher, por meio de entrevista, com aplicação dos instrumentos.

Será utilizado para análise estatística descritiva e inferencial o software Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 20.0. Poderão ser utilizados os seguintes testes estatísticos: Coeficiente Alfa de Cronbach, Qui-quadrado de Pearson, Exato de Fisher, teste t de Student, de Mann-Whitney e odds ratio (razão de chance).

Metodologia de Análise de Dados bem descrita.

**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 adequado.
- g. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado.
- h. Outro (especificar) – Não se aplica.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Recomenda-se a aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado do CEP acata o parecer do relator.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700  
 Bairro: centro CEP: 37.130-000  
 UF: MG Município: ALFENAS  
 Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br



Continuação do Parecer: 2.302.825

• Verificar se existe associação entre o nível de autoestima e as variáveis: tipo de atendimento, idade, estado civil, crença religiosa, renda familiar mensal, escolaridade, uso de álcool, uso de tabaco, uso de drogas ilícitas, doença crônica, gravidez planejada, tipo de parto, primeiro parto, idade gestacional, preocupação na gravidez, problemas na gravidez, ajuda para cuidar do recém-nascido, e relação com o pai do recém-nascido.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

- os riscos de execução do projeto são bem avaliados, realmente necessários e estão bem descritos no projeto;
- os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos;
- o pesquisador apresentou uma correta ação minimizadora/corretiva para cada risco descrito.

**Riscos:**

Riscos mínimos aos participantes, podendo causar possíveis desconfortos emocionais ao responder os instrumentos. Se necessário, a participante será encaminhado à avaliação psicológica, a profissionais capacitados da rede básica do município, sem custos financeiros e por tempo necessário. Entretanto, afirma-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.

**Benefícios:**

A pesquisa traz como benefícios, a promoção de saúde e da melhoria das condições puerperais da mulher e estímulo à melhoria da autoestima dessa população, proporcionando a estas mulheres uma melhor qualidade de vida pós-parto.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- Metodologia da pesquisa – adequada aos objetivos do projeto, atualizada.
- Referencial teórico da pesquisa – atualizado e suficiente para aquilo que se propõe;
- Cronograma de execução da pesquisa – coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto.

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

Serão utilizados para a coleta de dados, um questionário com dados socioeconômicos; os hábitos

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700  
 Bairro: centro CEP: 37.130-000  
 UF: MG Município: ALFENAS  
 Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



Continuação do Parecer: 2.302.828

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB INFORMACOES BÁSICAS_DO_P ROJETO_984163.pdf	23/08/2017 09:39:17		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	23/08/2017 09:38:42	FÁBIO DE SOUZA TERRA	Aceito
Outros	Instrumentos.doc	23/08/2017 09:30:30	FÁBIO DE SOUZA TERRA	Aceito
Outros	Autorizacao_hospital.pdf	23/08/2017 09:30:11	FÁBIO DE SOUZA TERRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	23/08/2017 09:28:02	FÁBIO DE SOUZA TERRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Final_1.doc	23/08/2017 09:27:48	FÁBIO DE SOUZA TERRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 28 de Setembro de 2017

*Marcela Filizé Haddad*

Assinado por:  
Marcela Filizé Haddad  
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

## ANEXO B - 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 4	Concordo 3	Discordo 2	Discordo totalmente 1
2- Às vezes, eu acho que não presto para nada.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
3- Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades.	Concordo totalmente 4	Concordo 3	Discordo 2	Discordo totalmente 1
4- Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.	Concordo totalmente 4	Concordo 3	Discordo 2	Discordo totalmente 1
5- Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
6- Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
7- Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas.	Concordo totalmente 4	Concordo 3	Discordo 2	Discordo totalmente 1
8- Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
9- No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
10- Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo.	Concordo totalmente 4	Concordo 3	Discordo 2	Discordo totalmente 1