

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS CENTRO DE CIÊNCIAS  
BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Patrícia Fernanda Evaristo Mazziero**

**Qualidade de vida, autoeficácia e autoestima de gestantes de baixo risco**

**SÃO CARLOS-SP  
2024**

**Patrícia Fernanda Evaristo Mazziero**

**Qualidade de vida, autoeficácia e autoestima de gestantes de baixo risco**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos-UFSCar- SP para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde

Área de concentração: Cuidado e trabalho em saúde e enfermagem.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e enfermagem

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Anamaria Alves Napoleão

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Natália Rejane Salim

**SÃO CARLOS-SP**

**2024**

Evaristo Mazziero, Patrícia Fernanda

Qualidade de vida, autoeficácia e autoestima de gestantes de baixo risco / Patrícia Fernanda Evaristo Mazziero -- 2024.

100f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Anamaria Alves Napoleão

Banca Examinadora: Profa. Dra. Anamaria Alves

Napoleão, Profa. Dra. Priscilla Hortense, Profa. Dra.

Mariana Torreglosa Ruiz

Bibliografia

1. Gestação. 2. Qualidade de Vida . 3. Autoeficácia. I. Evaristo Mazziero, Patrícia Fernanda. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Ronildo Santos Prado - CRB/8 7325



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

---

**Folha de Aprovação**

---

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Patrícia Fernanda Evaristo Mazziero, realizada em 11/03/2024.

**Comissão Julgadora:**

Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão (UFSCar)

Profa. Dra. Priscilla Hortense (UFSCar)

Profa. Dra. Mariana Torregiosa Rulz (UFTM)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, o criador do Universo, pela vida e saúde.

Agradeço ao Rodrigo, meu amigo, meu marido e meu amor, que me compreende mesmo sem compreender e me entende mesmo sem entender.

Aos meus filhos, Gabriel e Augusto, pela paciência e sabedoria em respeitar minhas ausências.

À minha família que sempre acreditou e acredita em mim.

À minha orientadora, por todo respeito e paciência.

À minha coorientadora, pela parceria e paciência.

Aos meus amigos queridos, por toda palavra de incentivo.

Por fim, aos desafios que vieram, sem eles eu não teria crescido e evoluído.

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

“Comece fazendo o que é necessário,  
depois o que é possível e de repente  
estará fazendo o impossível.”

São Francisco de Assis

## RESUMO

A gestação é um período de intensas mudanças para a mulher, tanto em seu organismo quanto em sua vida, envolvendo significativas alterações físicas e hormonais. Mesmo em gestações de baixo risco, observam-se alterações que podem impactar a qualidade de vida das gestantes e afetar a sua saúde e a do neonato. A forma como a gestante vivencia essas mudanças tem repercussões na formação de sua maternidade e na relação com seu filho. A autoestima da gestante é apontada na literatura como um dos fatores importantes para a vinculação com o filho, a autoeficácia pode favorecer o desenvolvimento de habilidades e contribuir para o enfrentamento das alterações. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de gestantes de baixo risco e associações com a autoeficácia e a autoestima. **Método:** O estudo é do tipo descritivo, transversal de abordagem quantitativa. Foi desenvolvido no município de Mococa-SP, nos serviços de atenção primária da rede municipal de saúde. A amostra foi composta por 135 gestantes em diferentes estágios gestacionais. Foram incluídas gestantes com idade superior a 18 anos e envolvidas em acompanhamento pré-natal ativo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar. Todos os princípios éticos estabelecidos na Resolução CONEP nº 510, de 07 de abril de 2016 foram seguidos. O período de coleta foi de julho a outubro de 2023. **Resultados:** As gestantes apresentaram níveis elevados de qualidade de vida geral e satisfação com a saúde, níveis elevados de autoeficácia e a autoestima insatisfatória ocorreu em elevado percentual (81%). Houve associação com a qualidade de vida e a autoeficácia ( $p < 0,005$ ) e com os dados sociodemográficos e clínicos ( $p < 0,05$ ) nos domínios físico, relação social e meio ambiente. E não houve associação entre a autoestima e autoeficácia ( $p = 0,40$ ). **Conclusão:** As gestantes em geral apresentaram níveis adequados de qualidade de vida e estavam satisfeitas com a saúde. Apresentaram também autoeficácia elevada, porém autoestima diminuída. Há fatores sociodemográficos e clínicos como ser preta, ter abortos anteriores, partos vaginais anteriores, gravidezes anteriores e ter várias pessoas residindo na moradia que se associaram a certos domínios para pior qualidade de vida. O presente estudo poderá contribuir para a prática clínica, uma vez que aponta para a possibilidade de um cuidado focado a necessidades específicas dessa população que extrapolam o

âmbito físico. Sugere-se que novos estudos sobre qualidade de vida, autoeficácia e autoestima em gestantes sejam realizados, frente à escassez de estudos que realizaram investigação dessas variáveis conjuntamente e dada a relevância de um maior entendimento sobre os fatores que as influenciam, o que poderá favorecer a produção de dados mais robustos e contribuir para a qualidade da assistência às gestantes.

**Palavras-Chave:** Gestação; Qualidade de Vida; Autoestima; Autoeficácia.



## ABSTRACT

Pregnancy is a period of intense changes for women, both in their body and in their lives, involving significant physical and hormonal changes. Even in low-risk pregnancies, changes are observed that can impact the quality of life of pregnant women and affect their health and that of the newborn. The way pregnant women experience these changes has repercussions on the formation of their maternity and on their relationship with their child. The self-esteem of the pregnant woman is pointed out in the literature as one of the important factors for bonding with the child, self-efficacy can favor the development of skills and contribute to coping with the alterations. **Objective:** To evaluate the quality of life of low-risk pregnant women and associations with self-efficacy and self-esteem. **Method:** This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. It was developed in the city of Mococa-SP, in the primary care services of the municipal health network. The sample consisted of 135 pregnant women at different gestational stages. Pregnant women over 18 years of age and involved in active prenatal care were included. The study was approved by the Human Research Ethics Committee of UFSCar. All ethical principles established in CONEP Resolution No. 510 of April 7, 2016 were followed. The collection period was from July to October 2023. **Results:** Pregnant women had high levels of general quality of life and satisfaction with health, high levels of self-efficacy and unsatisfactory self-esteem occurred in a high percentage (81%). There was an association with quality of life and self-efficacy ( $p < 0.005$ ) and with sociodemographic and clinical data ( $p < 0.05$ ) in the physical, social relationship and environment domains. There was no association between self-esteem and self-efficacy ( $p = 0.40$ ). **Conclusion:** Pregnant women in general had adequate levels of quality of life and were satisfied with their health. They also had high self-efficacy, but decreased self-esteem. There are sociodemographic and clinical factors such as being black, having previous abortions, previous vaginal births, previous pregnancies, and having several people living in the house that were associated with certain domains for worse quality of life. The present study may contribute to clinical practice, since it points to the possibility of care focused on the specific needs of this population that go beyond the physical scope. It is suggested that new studies on quality of life, self-efficacy and self-esteem in pregnant women should be carried out,

given the scarcity of studies that investigated these variables together and given the relevance of a greater understanding of the factors that influence them, which may favor the production of more robust data and contribute to the quality of care for pregnant women.

**Keywords:** Pregnancy; Quality of Life; Self-esteem; Self-efficacy.

## RESUMEN

El embarazo es un período de cambios intensos para las mujeres, tanto en su cuerpo como en su vida, que implica cambios físicos y hormonales significativos. Incluso en embarazos de bajo riesgo, se observan cambios que pueden impactar en la calidad de vida de las embarazadas y afectar su salud y la del recién nacido. La forma en que las mujeres embarazadas experimentan estos cambios repercute en la formación de su maternidad y en su relación con su hijo. La autoestima de la gestante es señalada en la literatura como uno de los factores importantes para el vínculo con el niño, la autoeficacia puede favorecer el desarrollo de habilidades y contribuir al enfrentamiento de las alteraciones. **Objetivo:** Evaluar la calidad de vida de gestantes de bajo riesgo y su asociación con la autoeficacia y la autoestima. **Método:** Estudio descriptivo, transversal y con enfoque cuantitativo. Se desarrolló en la ciudad de Mococa-SP, en los servicios de atención primaria de la red municipal de salud. La muestra estuvo constituida por 135 gestantes en diferentes etapas gestacionales. Se incluyeron mujeres embarazadas mayores de 18 años e involucradas en el cuidado prenatal activo. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la UFSCar. Se siguieron todos los principios éticos establecidos en la Resolución CONEP N° 510 del 7 de abril de 2016. El periodo de cobro fue de julio a octubre de 2023. **Resultados:** Las gestantes presentaron altos niveles de calidad de vida general y satisfacción con la salud, altos niveles de autoeficacia y autoestima insatisfactoria ocurrieron en un alto porcentaje (81%). Hubo asociación con la calidad de vida y la autoeficacia ( $p < 0,005$ ) y con los datos sociodemográficos y clínicos ( $p < 0,05$ ) en los dominios físico, de relaciones sociales y ambiente. No hubo asociación entre autoestima y autoeficacia ( $p = 0,40$ ). **Conclusión:** Las gestantes en general tenían niveles adecuados de calidad de vida y estaban satisfechas con su salud. También tenían una alta autoeficacia, pero una baja autoestima. Existen factores sociodemográficos y clínicos como ser negra, tener abortos previos, partos vaginal esperevios, embarazos previos y tener varias personas viviendo en la casa que se asociaron con ciertos dominios para una peor calidad de vida. El presente estudio puede contribuir a la práctica clínica, ya que apunta a la posibilidad de una atención centrada en las necesidades específicas de

esta población que van más allá del ámbito físico. Se sugiere la realización de nuevos estudios sobre calidad de vida, autoeficacia y autoestima en gestantes, dada la escasez de estudios que investiguen estas variables en conjunto y dada la relevancia de una mayor comprensión de los factores que influyen en ellas, lo que puede favorecer la producción de datos más robustos y contribuir a la calidad de la atención a las gestantes.

**Palabras clave:** Embarazo; Calidad de vida; Autoestima; Autoeficacia.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> –Distribuição das gestantes por unidades de atendimentos. Mococa, São Paulo, Brasil, 2023 .....	35
<b>Tabela 2</b> – Dados sociodemográficos das participantes.Mococa, São Paulo, Brasil, 2023. (n:135).....	43
<b>Tabela 3</b> – Dados clínicos das gestantes entrevistadas. Mococa, São Paulo, Brasil, 2023. (n:135).....	44
<b>Tabela 4</b> – Avaliação da qualidade de vida segundo domínios do WHOQOL-Bref das participantes. Mococa São Paulo, Brasil, 2023. (n = 135).....	44
<b>Tabela 5</b> – Avaliação da autoeficácia das participantes. Mococa, São Paulo, Brasil, 2023.(n:135).....	45
<b>Tabela 6</b> – Associação entre qualidade de vida e autoestima das participantes. Mococa, São Paulo, Brasil, 2023. (n:135).....	47
<b>Tabela 7</b> – Avaliação da autoestima das participantes. Mococa, São Paulo, Brasil, 2023. (n:135).....	46
<b>Tabela 8</b> – Associação entre qualidade de vida e autotestima das participantes. Mococa, São Paulo, Brasil, 2023. (n:135).....	47
<b>Tabela 9</b> – Associação entre autoeficácia e autoestima das participantes. Mococa, São Paulo, Brasil, 2023. (n: 135).....	48
<b>Tabela 10</b> - Associação entre qualidade de vida segundo domínios do WHOQUOL-Bref e variáveis sociodemográficas e clínicas das gestantes. Mococa, São Paulo, Brasil, 2023. (n: 135).....	49
<b>Tabela 11</b> –Associação entre qualidade de vida segundo domínios do WHOQUOL-Bref e variáveis sociais e obstétricas das participantes. Mococa, São Paulo, Brasil, 2023. (n:135).....	50

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1-</b> Representação gráfica da avaliação da qualidade de vida segundo domínios do WHOQOL-Bref das participantes. Mococa, São Paulo, Brasil, 2023 .....	46
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Federal de Enfermagem
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
EAGP	Escala de Autoeficácia Geral Percebida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LES	Lúpus Eritematoso Sistêmico
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PHPN	Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RAMI	Rede Cegonha pela Rede Materno e Infantil
RSES	Escala de Autoestima de Rosenberg
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	11
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	18
2.1 alterações fisiológicas importantes no período gestacional .....	18
2.2 A assistência ao pré-natal no Brasil.....	20
2.3 Qualidade de vida na gestação .....	24
2.4 Autoeficácia na gestação.....	26
2.5 Autoestima na gestação .....	28
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	32
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	33
4.1 Objetivo Geral.....	33
4.2 Objetivos Específicos.....	33
<b>5 MÉTODO</b> .....	34
5.1 Tipo de estudo .....	34
5.2 Local .....	34
5.4 Amostra .....	35
5.5 Critérios de inclusão e não inclusão .....	36
5.6 Procedimento de coleta de dados .....	36
5.7 Instrumentos de coleta de dados .....	36
5.7.1 Dados sociodemográficos e clínicos.....	37
5.7.2 Avaliação da qualidade de vida .....	37
5.7.3Avaliação da autoeficácia .....	39
5.7.4 Avaliação de autoestima.....	40
5.7.5 Análise dos dados.....	41
<b>6 RESULTADOS</b> .....	41
6.1 Dados sociodemográficos e clínicos.....	42
6.2 Avaliação da Qualidade de vida .....	44
6.3 Avaliação da Autoeficácia.....	45
6.4Avaliação da Autoestima .....	47
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	50
<b>8 CONCLUSÃO</b> .....	62



<b>9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES FUTURAS.....</b>	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICE 2 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS.....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICE 3- CARTA DE AUTORIZAÇÃO .....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO 1- PARECER CEP .....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXO 2- ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA .....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO 3 - ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA.....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO 4- ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG.....</b>	<b>91</b>

## APRESENTAÇÃO

Início contando que tudo o que conquistei até aqui foi com muita luta, sacrifício, resistência e resiliência.

Sou a terceira filha de um casal semianalfabeto, o estudo para eles era algo raro e distante.

O incentivo aos estudos sempre foi intrínseco, vinha de dentro do coração, do fundo da alma. Algo me dizia que um dia alcançaria o que desejava. Adorava estudar e tinha profunda admiração pelos meus professores.

Apaixonei-me pela enfermagem aos 12 anos, quando precisei ser hospitalizada por uma pneumonia. Eu me sentia bem dentro da Pediatria, ajudava as técnicas de enfermagem a dar banho e cuidar dos bebês internados.

Cursei ensino fundamental em uma Escola Municipal.

Aos 14 anos, ingressei no Ensino Médio Integrado ao Curso Técnico em Enfermagem numa Escola Estadual. Formei-me em técnico em enfermagem aos 18 anos em 1999.

A Graduação veio aos 21 anos e precisou ser feita em faculdade privada. Meu sonho era uma Universidade Federal, mas eu precisava trabalhar e ajudar nas contas do lar. Então, a estratégia foi trabalhar à noite como técnica em enfermagem e estudar durante o dia. Foram quatro anos árduos e sofridos. Mas venci, o diploma chegou em 2006. Fui a primeira pessoa da família a entrar e concluir o ensino superior.

Cursei Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica, concluindo em 2009, o diploma veio junto com meu primeiro grande amor, meu filho, Gabriel. Meu segundo grande amor chegou em 2011, meu filho Augusto.

Dediquei-me a assistência materno-infantil desde a minha formação inicial.

Em 2018, iniciei minhas atividades como docente de ensino técnico e cursei Pós-Graduação em Educação para Ensino de Nível Técnico.

Senti o chamado para avançar.

Em 2018, entrei na UFSCAR como aluna especial. Em 2022, entrei como aluna regular no mestrado acadêmico.

Hoje, concluindo essa etapa valiosa e grandiosa, vejo que tudo tem seu tempo. Realizo não apenas uma formação, mas o sonho de estudar em uma Universidade Federal.

Confio fielmente na enfermagem e na educação. Sinto-me fortalecida para seguir.

Que venham novos desafios!

## 1 INTRODUÇÃO

A gestação é um período de intensas mudanças para a mulher, envolvendo significativas alterações físicas e hormonais em seu organismo e em sua vida. Essas modificações visam proporcionar condições adequadas para o desenvolvimento e crescimento do feto, sendo essencial que esse processo ocorra em equilíbrio com o organismo materno (Watson *et al.*, 2015). Cada mulher é um ser único e singular, com idealizações e significados pessoais do que é estar grávida e do que é ser mãe, pautada em sua formação e contexto sociocultural e familiar. Ela tem dúvidas, medos e fantasias advindas das fortes transformações pelas quais está passando.

Mesmo em gestações de baixo risco, observam-se alterações que podem impactar a qualidade de vida das gestantes e afetar a sua saúde e a do neonato (Lagadec *et al.*, 2018). Transformações físicas, psicológicas, pessoais, emocionais e sociais exemplificam algumas das mudanças significativas durante o processo gestacional (Lima *et al.*, 2017).

Soares *et al.* (2021) afirmam que, apesar de ser um processo fisiológico, a gravidez pode acarretar mudanças significativas na vida das mulheres, podendo impactar sua qualidade de vida. Essas mudanças devem ser compreendidas como um processo passageiro e adaptativo. A forma como a gestante vivencia essas mudanças tem repercussões profundas na formação de sua maternidade e na relação com seu filho (Piccinni *et al.*, 2008). As mulheres enfrentam riscos emocionais durante esse período, incluindo alterações na autoestima e a presença de ansiedade (Spindola *et al.*, 2017).

Autores afirmam que a ansiedade, a depressão e o estresse durante a gravidez são considerados fatores de risco para desfechos adversos tanto para a mãe quanto para o bebê. A ansiedade na gravidez, em particular, está associada a uma gestação mais curta e possui implicações diretas no neurodesenvolvimento fetal, tornando-se um fator especialmente impactante (Dunkel; Schiette; Tanner, 2012). Assim, é essencial avaliar e cuidar das questões emocionais durante o pré-natal, visando a prevenção de complicações futuras.

Há também estudos que apontam para evidências consideráveis de que o estresse na gestação desempenha um papel causal em uma série de distúrbios do desenvolvimento neurológico do feto (Lautarescu *et al.*, 2020).

A ansiedade materna foi associada à morfologia cerebral no feto em desenvolvimento dentro de períodos sensíveis específicos. Especificamente, a ansiedade da gravidez às 19 semanas de gestação foi associada a reduções de volume de substância cinzenta no córtex pré-frontal, no córtex pré-motor, no lobo temporal medial, no córtex temporal lateral, no giro pós-central, bem como no cerebelo que se estende até o giro occipital médio e o giro occipital médio (Buss *et al.*, 2009).

Assim, a ansiedade e a depressão materna aumentam o risco de a criança ter uma série de problemas emocionais, comportamentais e/ou cognitivos mais tarde na vida. Estes incluem depressão, ansiedade, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e/ou transtornos de conduta. Há também um risco aumentado para outros resultados, incluindo parto prematuro e redução do comprimento do relógio biológico (Lautarescu *et al.*, 2020).

Caron (2000) define a gravidez, o parto e o puerpério como períodos sensíveis no ciclo vital da mulher. Esses momentos envolvem grandes transformações não apenas do ponto de vista fisiológico, mas também do ponto de vista psíquico e do papel sócio familiar feminino.

Ademais, há várias possibilidades a serem consideradas no contexto de uma gestação, por exemplo, quando não planejada ou até mesmo indesejada, pode ocasionar impactos negativos na aceitação da maternidade e influenciar a qualidade de vida da mulher.

Nesse sentido, a autoestima foi outro fator considerado por Maçola, Vale e Carmona (2010), que indicaram que gestantes que relatam uma gestação não planejada apresentam uma maior prevalência de autoestima insatisfatória em comparação com aquelas que planejaram a gravidez.

A assistência à saúde de qualidade oferecida à mulher durante a gestação pode prevenir uma série de problemas tanto para a mãe quanto para o filho após o parto. Portanto, torna-se imprescindível a implementação de um plano de cuidados especiais que atenda às reais necessidades desse grupo durante o período gestacional (Calou *et al.*, 2018).

O cuidado pré-natal é reconhecido mundialmente como uma intervenção com grande impacto na redução dos níveis de morbimortalidade materna e perinatal, refletindo nos indicadores de saúde e desenvolvimento social de um país.

A consulta de pré-natal proporciona uma oportunidade para a avaliação da saúde da gestante e do feto, além de permitir a avaliação de diversos fatores psicológicos. Assim, a autoestima e o autocuidado da gestante são construtos que podem ser abordados, favorecendo a identificação de problemas reais e potenciais associados ao período gestacional. No entanto, a investigação desses aspectos entre as gestantes tem sido deficiente, possivelmente devido à subjetividade das respostas psicológicas, o que dificulta o desenvolvimento de planos de cuidados específicos (Cavalcante; Souza; Lopes, 2013).

Um apoio social bem estabelecido pode agir como um fator protetor contra a depressão, ansiedade e automutilação em mulheres grávidas. É crucial que os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados com a saúde materna conversem com as gestantes sobre o nível e a fonte de apoio social que estão recebendo. Além disso, é fundamental monitorar o estado de saúde mental dessas mulheres, especialmente se for identificado que elas têm baixo apoio social (Bedaso *et al.*, 2021).

No Brasil, a Rede Cegonha, estabelecida em 2011, teve como objetivos promover a implantação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com ênfase no atendimento ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança nos primeiros vinte e quatro meses. A rede também tem como meta organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento, resolutividade e redução da mortalidade materna e infantil, com destaque para o componente neonatal (Brasil, 2011).

O inquérito nacional realizado no Brasil entre 2011 e 2012 evidenciou que, apesar de o país possuir uma excelente cobertura de pré-natal (98,7%), apenas 73,1% das gestantes realizou o número mínimo de seis consultas (Viellas *et al.*, 2014; Leal *et al.*, 2020). Isso indica que a presença das gestantes nas unidades de saúde ainda é menor do que o desejado, o que pode resultar na diminuição da qualidade do pré-natal. Mulheres residentes em áreas rurais também enfrentam barreiras de acesso aos serviços de saúde, e algumas delas não têm seus direitos garantidos, sendo que algumas nem mesmo têm conhecimento de que possuem esses direitos (Rodrigues *et al.*, 2022).

A cobertura pré-natal e o cuidado hospitalar ao parto ainda demandam aprimoramentos, pesquisas apontam falhas e erros na assistência prestada, contribuindo para resultados negativos referentes à saúde da mãe e do recém-

nascido. As taxas de mortalidade materna são significativamente mais altas em minorias étnico-raciais, sendo no Brasil duas vezes e meia maiores em mulheres pretas do que em brancas (Leal *et al.*, 2017). A população negra continua enfrentando piores desfechos em comparação com a população branca, indicando que mulheres negras estão suscetíveis a passar por situações de maior descaso no âmbito da assistência pré-natal e no parto, aumentando os riscos de desfechos maternos e infantis desfavoráveis (Lessa *et al.*, 2021).

Apesar das indicativas e da redução significativa da incidência de morte materna nos últimos anos, o Brasil ainda tem regiões com ocorrência de 300 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos (OPAS, 2018). Em 2015, a taxa de mortalidade materna nos países em desenvolvimento foi de 239 por 100 mil nascidos vivos e 12 por 100 mil nascidos vivos em países desenvolvidos (OPAS, 2018). Essa disparidade se acentua entre mulheres com baixas e altas rendas e entre a população rural e a população urbana, com conseqüente reflexo das desigualdades no acesso aos serviços de saúde (OPAS, 2018).

A literatura destaca a importância da atenção à saúde mental da gestante e sua relação com o desenvolvimento do vínculo mãe-filho, assim como melhores desfechos da gestação e parto (Brasil, 2006). No entanto, ainda são escassos os programas de pré-natal que abordam efetivamente as questões emocionais, visando auxiliar a mulher a lidar com o processo da gravidez e da maternidade, considerando a repercussão dos aspectos emocionais da mulher (Maçola; Vale; Carmona, 2010).

As bases conceituais que contribuem para esse "novo" olhar sobre a saúde materna partem da hipótese de que a assistência pré-natal deve ter como objetivos o apoio e o encorajamento do ajustamento psicossocial saudável durante a gestação, incluindo uma consideração dos aspectos sociológicos e das influências que a gestação pode acarretar à família (Symon; Dobb, 2008).

O ajustamento da mulher com seu corpo, sua gestação e suas emoções dependem diretamente do suporte da família e da rede de serviços de saúde relacionados ao pré-natal.

Dado que as significativas mudanças físicas ocorridas durante a gravidez podem desencadear instabilidades emocionais na mulher e afetar sua autoestima (Caron, 2000) e que o grau de autoestima da gestante é apontado na literatura como um dos fatores importantes para a vinculação com o filho, o acompanhamento pré-

natal oferece a oportunidade de investigar esse aspecto, com a consequente proposição de intervenções (Maçola; Vale; Carmona, 2010).

As mudanças emocionais ocorridas na gestação podem estar ligadas ao novo papel social e à necessidade de uma nova adaptação física e existencial para essa nova mulher que se torna mãe (Gandolfi *et al.*, 2019). Nesse cenário, a autoeficácia, por sua definição, pode exercer um papel essencial como medida de enfrentamento.

Segundo Bandura (1977), promover melhores níveis de autoeficácia pode favorecer o desenvolvimento de habilidades e contribuir para o enfrentamento das mais diversas situações (Bandura, 1977). Supostamente, gestantes que demonstram comportamento de autoeficácia apresentam maior envolvimento com o cuidado proposto para sua saúde e gestação. Nesse sentido, autores trazem que a avaliação da autoeficácia em gestantes possibilita analisar seu engajamento no planejamento e na adesão aos cuidados propostos, incentivando a manutenção do cuidado à saúde, com avaliações dos objetivos a curto, médio e longo prazo (Chaves; Wall, 2021).

O cuidado pré-natal é mundialmente reconhecido como uma intervenção que gera grande impacto na redução dos níveis de morbimortalidade materna e perinatal e que sua prática reflete nos indicadores de saúde e de desenvolvimento social de um país (Paiz *et al.*, 2021). Estender esse cuidado para fatores subjetivos que podem influenciar na saúde mental das gestantes é uma ação que pode trazer mudanças na saúde da mulher e da criança.

Esse modelo de assistência é uma prática comum em alguns países desenvolvidos, aonde o foco do pré-natal vai além dos princípios tradicionais e inclui em suas diretrizes o apoio psicológico e o incentivo às gestantes, promovendo em algumas situações, a melhoria da sua qualidade de vida (Symon; Dobb, 2008).

Ampliar as ações para além da saúde física, olhar para os aspectos emocionais, a fim de propor intervenções, é uma nova proposta de modelo de assistência no cuidado pré-natal, visando prevenir desfechos negativos.

Considerando a dimensão da saúde mental durante a gestação e os impactos que podem resultar na saúde da criança, da mulher, da família e de uma sociedade, propõe-se realizar um estudo com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de gestantes de baixo risco e associações com a autoeficácia e a autoestima. A pesquisa poderá contribuir para a prática clínica e para a ciência, uma vez que trará dados sobre características e necessidades de gestantes de baixo risco, permitindo



a possibilidade de identificação de novas propostas do cuidado pré-natal focadas na avaliação da qualidade de vida, autoestima e autoeficácia de gestantes.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS IMPORTANTES NO PERÍODO GESTACIONAL

Durante a gravidez, a placenta libera no organismo feminino hormônios sexuais e não sexuais o que pode justificar mudanças orgânicas e comportamentais significativas, não condizentes com os comportamentos habituais (Barini, 1997). Essas mudanças sofrem variações conforme a evolução da gestação.

A gestação está associada a mudanças não apenas biológicas e somáticas, mas também psicológicas e sociais, influenciando a dinâmica psíquica individual e relacional da gestante (Piccinni *et al.*, 2008). Este período caracteriza-se como um momento em que as mulheres se encontram mais suscetíveis, enfrentando modificações físicas, psicológicas e sociais, as quais, muitas vezes, refletem em sua autoestima, podendo acarretar consequências tanto para a mãe quanto para o bebê (Silva *et al.*, 2015).

No primeiro trimestre, é comum experimentar sensação de cansaço, irritabilidade, mudanças no apetite, diminuição do prazer e distúrbios do sono (Daher, 1999). Além disso, a ambiguidade de sentimentos, incluindo alegria e tristeza, pode ser notada com maior frequência, principalmente por gestações não planejadas (Kessler *et al.*, 2009).

No segundo trimestre, a preocupação pode se concentrar nas alterações físicas, como o medo de não voltar à forma natural antes da gestação, o receio de ser modificada como pessoa e a apreensão de perder a identidade, tornando-se outra pessoa. Nesta fase, é comum a passividade, decorrente de modificações no metabolismo necessárias para a preparação do novo papel de mãe (Baptista; Baptista; Torres, 2006).

No terceiro e último trimestre, as gestantes se vêem próximas ao momento do parto e geralmente são tomadas pela ansiedade, pois haverá mudanças em sua rotina de vida diária após o nascimento do bebê. A grande maioria preocupa-se com o parto, as dores das contrações, consigo mesmas e seus bebês. Existe o medo associado à morte (Melo; Lima, 2000). A ansiedade na gestação é uma das

alterações psicológicas mais comuns, variando em intensidade nas diferentes sociedades e culturas, sendo que seus índices são superiores aos do puerpério (Baptista; Baptista; Torres, 2006). Apesar da gestação não configurar uma doença, as alterações fisiológicas, psicológicas e sexuais que permeiam a vida da mulher neste período podem alterar sua qualidade de vida.

A ansiedade é um estado ou condição emocional debilitante, com potencial para alterar a qualidade de vida (Lima *et al.*, 2017). Além de ser o transtorno psiquiátrico mais prevalente, está associado a diversas condições que comprometem o desenvolvimento da gravidez e do feto, resultando em efeitos neonatais negativos como prematuridade, baixo peso ao nascer, baixos escores de Apgar e déficit no desenvolvimento fetal. Também pode causar efeitos duradouros sobre o desenvolvimento físico e psicológico dos filhos. A ansiedade pode estar relacionada à autoeficácia e à autoestima (Kessler *et al.*, 2009).

De acordo com Perry (2006), sentimentos negativos tendem a aumentar com o avanço da gestação. A instabilidade emocional resultante das mudanças hormonais pode repercutir em uma situação geradora de estresse. Para uma melhor adaptação da mulher a essas transformações e ao novo papel de mãe, é necessária a aceitação da gestação e de tudo que a envolve, sendo um comportamento comum entre mulheres com autoestima elevada.

A maneira como a gestante vivencia essas mudanças repercute intensamente na constituição da maternidade e na relação mãe-bebê (Piccinini *et al.*, 2008). As gestantes necessitam de uma atenção qualificada por parte dos profissionais de saúde para enfrentar tais alterações provenientes desse período de transição. É imprescindível uma assistência pré-natal de alta qualidade, com o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, assegurando a melhoria da qualidade de vida das gestantes neste período e evitando futuras complicações maternas e neonatais (Gandolfi *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, o período pré-natal é um momento de preparação tanto para o nascimento do bebê quanto para a maternidade. Deve ser um período de grande aprendizado. Ele oferece aos profissionais de saúde a oportunidade de desenvolver a educação em saúde como extensão do cuidado, assumindo a condição de educadores que trocam e compartilham saberes, buscando estimular na mulher sua autoconfiança e autoestima para viver de forma leve e segura sua gestação, parto e puerpério (Brasil, 2006).

## 2.2 A ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL NO BRASIL

A atenção pré-natal se baseia em um conjunto de ações que são simultaneamente preventivas, promotoras de saúde, diagnósticas e curativas, visando o bom desfecho da gestação para a mulher e seu filho (OMS, 2016). O Brasil tem um histórico de políticas públicas inovadoras para as mulheres. No entanto, a redução dos indicadores de morbimortalidade materna ainda requer atenção específica do governo (Pacagnella *et al.*, 2018).

Nesse sentido, a saúde materno-infantil vem passando por mudanças desde a Reforma Sanitária, com foco principal na redução da mortalidade materno-infantil. Muitos programas foram implantados com esse propósito. Em 1970, o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil foi o primeiro a surgir com essa finalidade, porém enfrentou limitações de diversidade regional e não se desenvolveu plenamente (Bisceki *et al.*, 2012; Cassiano *et al.*, 2014).

O Ministério da Saúde, em 1980, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), com o intuito de promover outras ações como aleitamento materno, prevenção de doenças, promoção da saúde do binômio e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Devido à total vinculação entre a saúde da criança e a saúde materna, em 1984, impulsionado pelos movimentos sociais de mulheres que lutavam pelo direito à assistência plena, foi implantado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (Araújo *et al.*, 2016; Cassiano *et al.*, 2014).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, a organização da assistência à saúde em rede foi sendo incorporada e aperfeiçoada em todos os seus dispositivos legais e outras diretrizes normativas (Preuss, 2018). Desde então, observa-se uma cobertura crescente da assistência pré-natal.

Em meados de 2000, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o intuito de atender a população garantindo acesso universal ao pré-natal, parto, puerpério e período neonatal, visando impactos sobre a morbimortalidade materna e perinatal. O PHPN estabeleceu parâmetros quantitativos e mínimos que deveriam ser abordados nas

consultas de pré-natal e puerpério, utilizando um software conhecido como Sis-Pre-natal que deveria ser alimentado após cada consulta da gestante, contendo as informações criadas a partir de indicadores necessários para uma assistência de qualidade (Andreucci *et al.*, 2011).

A Rede Cegonha foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde em 2011, consistindo em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e à criança o direito ao nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudável, com o princípio de respeito, proteção e realização dos direitos humanos, respeito à diversidade cultural, étnica e racial. Além disso, a Rede estimula a equidade, o enfoque de gênero, a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes, incentivando a participação e a mobilização social (Brasil, 2011).

A Rede Cegonha foi desmontada em 23 de fevereiro de 2022, quando o Ministério da Saúde anunciou, sem qualquer pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), Conselho Nacional de Saúde (CNS) e outras instâncias de controle social, a substituição unilateral da Rede Cegonha pela Rede Materno e Infantil (RAMI) através da Portaria MS nº 715/2022 (COFEN, 2022). Esse fato impactou diretamente na autonomia das equipes multiprofissionais que assistiam mulheres no período gravídico-puerperal, especialmente as enfermeiras obstetras. No entanto, a RAMI foi revogada pela Portaria nº 13, de janeiro de 2023 (Brasil, 2023).

Os programas voltados à saúde materna mostraram um impacto significativo nos índices de mortalidade materna. Entre 1990 e 2015, a redução na razão de mortalidade materna no Brasil foi de 143 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, representando uma diminuição de 56%. Essa redução foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que destacou avanços significativos desde a década de 90 nas políticas públicas de saúde (PNDU, 2019).

Dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) em 2015 mostraram um registro de 1.738 casos de morte materna no Brasil, englobando óbitos causados por problemas relacionados à gravidez ou ao parto, ocorridos até 42 dias depois. Em 2016, foram registrados 1.463 casos, uma queda de 16% em relação ao ano anterior (DataSus, 2016).

A redução da mortalidade materna, independentemente do risco gestacional, é uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável do Milênio da Organização Mundial da Saúde (OMS) para 2030 (OMS, 2015).

Em 2019, no Brasil, a razão da mortalidade materna (RMM) era de 58 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, valor quase duas vezes superior à meta estabelecida pela OMS para 2030, de 30 óbitos por 100 mil nascidos vivos (MS, 2021). Se os desafios para essa empreitada já eram hercúleos no combate às causas proximais de óbito materno, representadas pela hemorragia, hipertensão e infecção, somou-se a esse cenário a sindemia por covid-19 (Brasil, 2022).

Os últimos anos dos governos de direita trouxeram um desinvestimento na maioria das políticas públicas para os direitos das mulheres. A regulação da fertilidade, em especial, os métodos hormonais e de longo prazo, foram mantidos. Porém, os limitados direitos gerais do aborto são mal institucionalizados e constantemente ameaçados. Os cuidados maternos tendem a ser altamente medicalizados e abusivos. Favorecendo o aumento das mortes maternas no Brasil (Diniz, 2022).

Ao se tratar de mortalidade materna podemos afirmar que:

A mortalidade materna é uma das maiores chagas médico-sociais que maculam o Brasil. Com uma propensão especial para acometer mulheres mais vulneráveis, o óbito materno vai além das questões ligadas ao acesso ao pré-natal de qualidade, assistência ao parto seguro e cuidado puerperal apropriado, mas diz respeito também às fragilidades do planejamento familiar, em especial no risco reprodutivo, aos grandes desertos sanitários desse país continental e a um eficiente sistema de referência e contra referência para atender os casos mais graves. O estupor só aumenta quando a avaliação das mortes revela que 90% dos óbitos são evitáveis. Mulheres jovens, em idade reprodutiva, cujas vidas ceifadas impactarão para sempre o pilar de nossa sociedade, nossa célula mater – a família (Brasil, 2022, p 9).

A implementação das políticas públicas deve ser reformuladas. Embora a concepção teórica dessas políticas seja abrangente, a atenção à saúde prestada às gestantes ainda é precária em diversos contextos no país (Pacagnella *et al.*, 2018). O maior desafio talvez seja estabelecer o princípio da equidade associado à assistência obstétrica adequada. Isso requer cuidados pré-natais qualificados e baseados em evidências. A prática universal de algumas medidas durante o pré-natal pode prevenir diversas complicações maternas e eventuais óbitos. Ter acesso ao pré-natal especializado e a um sistema de referência adequado é fundamental para reduzir o risco de morte. Além disso, a avaliação pré-concepcional e o

aconselhamento reprodutivo por meio do planejamento familiar minimizam significativamente os riscos de gravidez indesejada e partos com desfechos negativos (Pacagnella *et al.*, 2018; Leal *et al.*, 2020).

A rede cegonha incorporou parte dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização, que tem como objetivo promover mudanças culturais nos modelos de atenção e gestão da saúde como uma política afirmativa e transversal do SUS (Brasil, 2011). Analisar a saúde das mulheres negras sob o prisma étnico-racial permite compreender que o racismo pode ser considerado como um determinante social e pode influenciar diretamente no processo saúde-doença. As formas como as relações raciais estão conformadas no Brasil tornam a população negra mais vulnerável e tendem a dificultar seu acesso aos serviços de saúde (Theophilo; Rattner; Pereira, 2018). Ser negra e ocupar lugares sociais desfavoráveis trazem desvantagens para as mulheres em relação ao acesso a um pré-natal considerado adequado (Lessa *et al.*, 2022).

Pode-se entender que a assistência voltada à gestante necessita melhorar sua qualidade de forma integral. Devem-se incluir aspectos relevantes como questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais. Isso implica em melhorar a qualidade dos serviços de saúde bem como promover a qualidade de vida das gestantes (Oliveira *et al.*, 2013). Além disso, deve-se trabalhar de forma criteriosa as questões ligadas a equidade, focando sempre nas desigualdades sociais.

Lima *et al* (2021) acredita que o cuidado materno perinatal é um processo com pontos de início e término bem definidos, permitindo estabelecer o engajamento e as intervenções necessárias, bem como métricas para rastrear e avaliar desfechos em prazos relativamente curtos.

Sendo assim, se tornam possíveis a realização de planejamento e execução eficazes em relação a um pré-natal adequado que contemple o bem-estar materno e fetal (Brasil, 2006). Ao se considerar o conceito de assistência integral à saúde da mulher e da criança, a assistência pré-natal precisa focalizar nos aspectos relativos à qualidade de vida, além de atentar-se aos parâmetros físicos do cuidar.

### 2.3 QUALIDADE DE VIDA NA GESTAÇÃO

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido associada ao nível de satisfação encontrado nas esferas familiar, amorosa, social, ambiental e na própria estética existencial (Minayo; Hartz; Buss, 2000). Pode ser percebida sob diferentes perspectivas, uma vez que é um construto amplo e multifatorial que avalia o grau de bem-estar sentido pelos indivíduos através de sua subjetividade, variando com diversas influências culturais. Segundo Mogos (2013), o estado de saúde é considerado um componente essencial da qualidade de vida, sendo referido como qualidade de vida relacionada à saúde. A qualidade de vida em sentido amplo e deve ser medida para que se possa tomar decisões em termos de tratamentos e intervenções, assim como para avaliar resultados de políticas públicas e programas de saúde.

A Qualidade de Vida é uma preocupação constante do ser humano, desde o início da sua existência e constitui um compromisso pessoal de busca contínua de uma vida saudável, além da boa saúde física e mental. Engloba o estar bem com você mesmo, com a vida e com as pessoas. A importância do conceito de qualidade de vida direcionado à saúde deve ser dissociada do estado de saúde em si, deixando claro que o indivíduo é o centro dessa avaliação, na qual são relatadas as experiências de vida e não a condição de vida (Fleck, 2018).

A qualidade de vida configura-se como um construto subjetivo, multidimensional e abrange diversos conceitos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997; 2012), a qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Este é um conceito amplo e pode ser influenciado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e interações com os elementos essenciais do seu ambiente.

O conceito de qualidade de vida é bastante mutável. Tal conceito sofre variação em função da época, da cultura e, inclusive, entre indivíduos pertencentes à mesma sociedade (Pedrozo, 2021).

Os primeiros instrumentos destinados a medir a qualidade de vida surgiram na década de 1970 e, desde então, esse campo tem apresentado grandes

evoluções. Nas últimas décadas, vários instrumentos foram desenvolvidos para mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde em diversas populações (Pereira; Teixeira; Santos, 2012).

Um recente estudo publicado por Brekke *et al.* (2022) avaliou os instrumentos utilizados na mensuração da qualidade de vida das gestantes e suas propriedades psicométricas para uso com pais durante a gravidez e o período pós-parto, por meio de uma revisão sistemática de escopo. Os pesquisadores revisaram 53 estudos e encontraram 19 instrumentos que avaliavam a QV: 12 genéricos e 07 específicos de períodos. Os instrumentos mais relatados foram SF-36, SF-12 e WHOQOL-BREF, e os instrumentos mais bem avaliados foram SF-12, WHOQOL-BREF, QOL-GRAV e PQOL.

A qualidade de vida é um foco de estudo em diversos campos de conhecimento, dada a sua natureza transversal. Entretanto, na área da saúde, denomina-se qualidade de vida relacionada à saúde a importância que o indivíduo atribui à sua saúde, tornando-se essencial para a investigação em enfermagem, cujo sujeito principal do cuidado está voltado para a pessoa/família em sua integralidade (Bica, 2020). Ao avaliar a qualidade de vida de gestantes podemos avaliar o impacto da gestação na vida das mulheres.

A qualidade de vida da gestante pode ser influenciada por vários fatores, incluindo a inserção social, aceitação da gestação, reestruturação familiar, concepção do papel da mãe e preparação para o parto durante a gestação (Vachkova *et al.*, 2013).

Soares *et al.*, (2020) notaram que gestantes com maior idade, maior escolaridade, com parceiro estável, que trabalhavam fora, com alta renda familiar, que possuem religião, com história de parto abdominal, nulíparas, com gestação planejada, com apoio do parceiro, que receberam orientações educativas, que praticavam atividade física e que foram atendidas no serviço privado apresentaram melhores índices de qualidade de vida

Nessa perspectiva, a melhoria da qualidade da assistência à saúde da gestante no pré-natal, envolvendo ações como a assistência integral e a vinculação das gestantes às unidades de referência devem promover a redução de prejuízos decorrentes de cuidado inadequado e aprimorar a qualidade de vida do binômio mãe-filho (Brasil, 2011).



## 2.4 AUTOEFICÁCIA NA GESTAÇÃO

O construto da Autoeficácia foi desenvolvido por Albert Bandura, psicólogo canadense, com o objetivo de contribuir para os estudos sobre o comportamento humano nas organizações. Segundo Bandura (1994), as crenças de autoeficácia são determinantes no comportamento humano, e quanto maior forem, melhores serão as capacidades de enfrentamento de problemas ou tarefas difíceis.

A observação do comportamento humano e os reflexos que as emoções podem causar no enfrentamento dos desafios apresentados pela vida são temas estudados por vários pesquisadores. Há mais de três décadas, estudos fundamentados pela teoria social cognitiva têm reiterado o papel da autoeficácia como um dos principais aspectos que afetam diretamente os processos cognitivos, motivacionais, de tomada de decisões e aqueles relacionados ao domínio afetivo (Bandura, 2015). As crenças das pessoas em sua eficácia para exercer controle sobre eventos que afetam suas vidas contribuem de maneira significativa para suas realizações, resiliência diante das adversidades e bem-estar psicológico (Bandura, 2003).

A autoeficácia para a regulação emocional pode ser definida como o julgamento que o indivíduo faz sobre sua própria capacidade para gerenciar emoções negativas e expressar emoções positivas. Essa autoeficácia é composta por duas dimensões: a capacidade para gerenciar emoções negativas decorrentes de eventos estressantes e a capacidade de expressar emoções positivas resultantes de situações de sucesso que promovem satisfação pessoal (Caprara *et al.*, 2008).

O nível e a força da autoeficácia determinam o comportamento de enfrentamento do indivíduo, influenciando o quanto de esforço será investido e por quanto tempo será sustentado diante de obstáculos e experiências aversivas. A persistência em atividades que são subjetivamente ameaçadoras, mas de fato relativamente seguras, produz, por meio de experiências de domínio, um maior aprimoramento da autoeficácia e reduções correspondentes no comportamento defensivo (Bandura, 1997).

A Autoeficácia Geral corresponde à avaliação da capacidade/crença de um indivíduo em acreditar em sua própria capacidade de enfrentar dificuldades diárias, novas e obstáculos. A escala de avaliação da Autoeficácia Geral foi desenvolvida no

idioma alemão por Schwarzer e Jerusalem e publicada em 1992 (Schwarzer; Jerusalem, 1995). No Brasil, Souza e Souza (2004) adaptaram a escala original de Schwarzer e Jerusalem, atribuindo-lhe o nome de Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP). A autoeficácia tem sido estudada em diferentes etapas do curso da vida e em diferentes contextos (Fontes e Azzi, 2012; Sbicigoet *al*, 2012; Bandura *et al*, 2003).

Atualmente, é possível encontrar, tanto na literatura nacional quanto internacional, diferentes instrumentos que se propõem a medir a autoeficácia, baseados em concepções diversificadas (Balsan *et al.*, 2020). Podendo ser relacionado a gestação e no processo de enfrentamento de situações adversas tanto quanto amamentação, parto e pós-parto (Iwanowicz-Palus *et al*, 2019; Maleki *et al*, 2021; Thuller *et al*, 2021; Chunmei *et al*, 2023).

Um estudo transversal quantitativo australiano analisou 771 gestantes de 18 a 41 anos com o objetivo de examinar a influência da paridade e idade na autoeficácia parental percebida e na ansiedade relacionada à gravidez. A conclusão foi que a baixa expectativa de autoeficácia dos pais pode aumentar a ansiedade relacionada à gravidez, e que mulheres primíparas apresentam níveis mais elevados de ansiedade relacionada à gravidez e a todos os aspectos associados a ela (Brunton; Dimpson; Dryer, 2020).

Thuller e Wall (2021) trabalharam na elaboração e validação de uma escala de autoeficácia para a prevenção de complicações de síndromes hipertensivas da gravidez. O estudo metodológico, de abordagem quantitativa, analisou a eficácia da escala aplicada a 30 gestantes. A escala é composta por 17 itens em 7 domínios: tratamento medicamentoso, assistência pré-natal, intervenção baseada no senso comum, entendimento das recomendações com apoio familiar, estilo de vida, intervenção dietética e cuidado de si. As autoras puderam concluir que a escala apresentou qualidades psicométricas aceitáveis e pode aprimorar a sistematização do cuidado às gestantes com diagnóstico de hipertensão.

A educação em saúde durante a gestação pode fortalecer a autoeficácia relacionada às experiências vivenciadas no período gestacional, no parto, no puerpério e na amamentação. Uma meta-análise avaliou a eficácia das intervenções educativas na melhoria da autoeficácia na amamentação (Maleki; Faghihzadeh; Youseflu, 2021). Os pesquisadores analisaram 40 artigos em inglês e persa e concluíram que o efeito da educação sobre a autoeficácia na amamentação foi

significativamente maior nos países asiáticos, destacando a importância de considerar os valores específicos relacionados à amamentação em cada país. Além disso, fatores como religião, tradição cultural, crenças e costumes podem influenciar a autoeficácia na amamentação.

Chunmei *et al.* (2023) conduziram um estudo prospectivo de caso-controle, avaliando a autoeficácia das gestantes e a capacidade de lidar com a dor nas costas relacionada à gravidez. O grupo chinês avaliou 112 gestantes de risco habitual, com idades entre 20 e 45 anos, e concluiu que a baixa autoeficácia está associada a um risco duas vezes maior de não experimentar regressão da dor nas costas relacionada à gravidez. Para eles, a avaliação da autoeficácia é suficientemente simples para ser utilizada na melhoria da saúde perinatal.

Shakarami *et al.* (2021) conduziram um estudo transversal iraniano com 200 gestantes, comparando o medo do parto, estado e traço de ansiedade e autoeficácia no parto entre mulheres nulíparas e múltiparas. Concluíram que há um elevado medo do parto e baixa autoeficácia no parto em primíparas em comparação com múltiparas. Os autores sugerem intervenções apropriadas pelos profissionais de saúde para reduzir o medo e melhorar a autoeficácia no parto nas mulheres nulíparas.

O estudo longitudinal e quantitativo de Razurel *et al.* (2017) examinou 235 mulheres com idades entre 21 e 43 anos em Genebra, Suíça. O objetivo foi avaliar a relação entre a autoeficácia parental percebida, o estresse, a depressão e a ansiedade. Os autores observaram que quanto mais as mulheres recebiam apoio de seus parceiros, menos sintomas depressivos e níveis elevados de ansiedade relatavam. Os resultados revelaram que o estresse perinatal estava relacionado à saúde psicológica das mães, mas o suporte social podia modular esses efeitos por meio de várias abordagens.

Portanto, trabalhar com a autoeficácia na gestação se faz necessário. Preparar a família, sua rede de apoio, oferecer suporte social e assistência adequada é, de alguma forma, garantia de mães e bebês saudáveis em nível físico e emocional.

## 2.5 AUTOESTIMA NA GESTAÇÃO

A autoestima se manifesta na forma como as pessoas se aceitam e valorizam, projetando suas expectativas para o outro. Ela se evidencia nas respostas que os indivíduos oferecem diante das diversas situações da vida (Vincenzo; Aprile, 2013). O estudo da autoestima gerou vasta literatura internacional nas últimas décadas, e a Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1989) tem sido um dos instrumentos mais utilizados (Tomaka; Heatherton; Wyland, 2004).

A autoestima é o juízo de valor que um indivíduo faz de si mesmo e começa a ser moldada no cotidiano da primeira infância. Sua importância é significativa nas relações do indivíduo consigo mesmo e com os outros, influenciando sua percepção dos acontecimentos e, principalmente, seu comportamento. O sucesso diante de um desafio está ligado ao estado emocional do indivíduo, que está diretamente relacionado à qualidade da autoestima e ao seu nível de confiança. Portanto, ao enfrentar os desafios da maternidade, quanto melhor o estado emocional da mulher, maior a chance de sucesso nessa tarefa (Bowlby, 1990).

A autoestima pessoal refere-se à avaliação positiva ou negativa que o indivíduo faz de si mesmo, constituindo-se assim em um aspecto central do eu, desempenhando um papel fundamental no processo de construção da identidade. O fato de estar grávida pode ser visto como motivo de alegria e orgulho para algumas mulheres, especialmente quando há o desejo de engravidar. No entanto, as modificações ocorridas durante a gestação frequentemente causam certo desconforto entre as mulheres, principalmente em relação à aparência (Silva *et al.*, 2010).

Para Gomes (2014), a autoestima pode ser gerada a partir das interações sociais, sendo resultado da percepção que temos de nós mesmos e influenciada pelo modo como os outros nos veem e reagem diante daquilo que somos. Já Hutz (2011) acredita na possibilidade de o desenvolvimento da autoestima depender do sucesso da interação com pares. Portanto, outras variáveis, como traços de personalidade, que também podem influenciar essas interações, possivelmente afetarão a autoestima.

Para Ophein *et al.* (2020), a autoestima é um autocuidado ou autopercepção que reflete um sentimento individual, baseando-se na forma pela qual o indivíduo se autoavalia positiva ou negativamente por seus atos, pensamentos e referências estéticas. A alta autoestima está associada a um afeto mais positivo e pode ser importante no enfrentamento de situações estressantes e emoções negativas.

Baumeister *et al.* (2003) afirmam que os conceitos de autoestima e autocuidado apresentam uma ligação estreita, contribuindo ambos para o bem-estar e para o desenvolvimento humano bem-sucedido.

Souza e Junior (2022) publicaram um estudo realizado com 273 estudantes no Brasil sobre bem-estar espiritual como preditor de autoestima por meio de uma regressão linear. Os autores utilizaram a Escala de Autoestima de Rosenberg em seus estudos e concluíram que acreditar em um propósito para a vida contribui para a autoestima.

Na gestação, as mulheres experimentam diversos sentimentos, incluindo a diminuição da autoestima, pois as mudanças no corpo e o consequente ganho de peso fisiológico podem levar a distorções na imagem corporal e prejudicar a autoestima (Araújo *et al.*, 2012). Um estudo descritivo e transversal foi realizado com o objetivo de avaliar a autoestima de 127 gestantes atendidas em um programa de pré-natal de um hospital público de ensino em Campinas, Brasil. Os dados foram coletados utilizando a Escala de Autoestima de Rosenberg; a autoestima insatisfatória foi relacionada a variáveis sociodemográficas, de saúde da gestante e à presença ou ausência de sistemas de apoio (Maçola; Vale; Carmona, 2010).

Silva *et al.* (2010) conduziram um estudo transversal que fez parte de uma coorte perinatal para avaliação de 1.267 gestantes. A prevalência de transtornos mentais comuns entre as gestantes foi de 41,4%. O principal achado do estudo foi a alta prevalência de transtornos mentais comuns nessa amostra e sua significativa associação com menor autoestima. A Escala de Autoestima de Rosenberg foi utilizada para avaliar a autoestima das gestantes.

Cavalcante, Souza e Lopes (2012) analisaram 52 gestantes por meio de um estudo transversal com o objetivo de avaliar a baixa autoestima situacional. As autoras utilizaram a Escala de Autoestima de Rosenberg e concluíram que 32,7% das gestantes têm baixa autoestima. Para elas, tais resultados podem contribuir com a prática de enfermagem e os cuidados com as gestantes.

Um estudo na Irlanda do Norte conduzido por Hutchinson e Carsidy (2022) avaliou o bem-estar, a autoestima e a satisfação corporal em puérperas. Os autores utilizaram a Escala de Autoestima de Rosenberg para avaliar a autoestima. Concluíram que o bem-estar mental, a autoestima e a satisfação corporal parecem ser componentes interligados que se conectam de forma fluida e podem ser afetados por muitos eventos da vida.

Dos Santos *et al.* (2015) analisaram a autoestima e a qualidade de vida de 352 gestantes acima de 16 anos atendidas na rede pública do Acre, com risco habitual. Os autores observaram uma menor autoestima entre as grávidas não casadas e aquelas de maior classificação econômica. Além disso, taxas de baixa autoestima foram notadas em gestantes mais jovens. Quanto à qualidade de vida, os menores índices foram observados nos domínios psicológico e ambiental. A pesquisa concluiu que investigar a autoestima e a qualidade de vida em gestantes são uma necessidade, visto que esses fatores influenciam diretamente na saúde da gestante e do feto.

Uma vez que o grau de autoestima da gestante é apontado na literatura como um dos fatores importantes para a vinculação ao filho, o acompanhamento pré-natal oferece a oportunidade de investigação desse aspecto, com a consequente proposição de intervenções (Maçola; Vale; Carmona, 2010). Durante o pré-natal, a aplicação de instrumentos de triagem para identificar gestantes com baixo nível de apoio social e em risco de desenvolver dificuldades psicológicas permitiria que a atenção primária à saúde promovesse resultados positivos para a saúde da mãe e do bebê (Rasmieh; Malakeh; Malak, 2022).

### 3 JUSTIFICATIVA

A gravidez é um momento de profundas mudanças físicas e emocionais, que geram grandes alterações, aumentando o risco de doenças mentais (Bedasco *et al.*, 2021). As modificações emocionais podem repercutir de forma intensa e, às vezes, negativa na saúde do binômio, podendo trazer complicações importantes. Elas estão associadas a uma gestação mais curta e têm implicações diretas no neurodesenvolvimento fetal, sendo especialmente significativas (Dunkel; Schiette; Tanner, 2012).

Problemas mentais durante a gravidez e no período pós-parto são comuns e podem ser intensos, com graves consequências maternas e perinatais. Isso reforça a importância dos serviços de saúde mental no cuidado pré-natal (Ghahremani *et al.*, 2022). Entende-se que a qualidade de vida, autoestima e autoeficácia estão ligadas à saúde mental das gestantes.

Avaliar a qualidade de vida das gestantes é uma oportunidade de propor intervenções focadas às suas necessidades (Longhi Rezende *et al.*, 2021).

A autoestima é um construto que deve ser trabalhado no período gestacional, pois ele favorece a vinculação mãe-bebê e promove melhores desfechos do nascimento (Maçola; Vale e Carmona, 2010).

A autoeficácia pode determinar o nível de enfrentamento que a gestante possui diante das alterações gestacionais, incluir a avaliação desse construto durante o pré-natal pode estimular a adoção de comportamentos positivos, adesão ao tratamento proposto e melhores níveis de bem estar mental (Thuller; Wall, 2021).

Dada a importância de um cuidado mais abrangente no período gestacional, de como as alterações podem gerar impactos na saúde da mãe e do bebê, da importância de avaliar a qualidade de vida, a autoestima e a autoeficácia, este estudo se justifica.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida de gestantes de baixo risco e associações com a autoeficácia e a autoestima.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar fatores sociodemográficos e clínicos das gestantes e caracterizar a amostra;
- Avaliar os níveis de autoeficácia nas gestantes;
- Avaliar os níveis de autoestima nas gestantes;
- Avaliar a qualidade de vida nas gestantes;
- Identificar as associações entre a qualidade de vida e fatores sociodemográficos e clínicos;
- Identificar as associações entre autoeficácia e autoestima;
- Identificar as associações entre qualidade de vida, autoestima e autoeficácia.



## 5 MÉTODO

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo é do tipo descritivo, transversal de abordagem quantitativa.

### 5.2 LOCAL

O estudo foi desenvolvido no município de Mococa-SP, nos serviços de atenção primária (Unidades básicas de saúde e Estratégia de saúde da família) da rede municipal de saúde da cidade, cujo atendimento é exclusivamente realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A cidade de Mococa localiza-se no nordeste do Estado de São Paulo, distante 113 km de Ribeirão Preto, a maior cidade da região. Sua população estimada em no último censo foi de 67.681 pessoas (IBGE, 2022).

O município é formado pela sede e pelos distritos de Igarai e São Benedito das Areias.

### 5.3 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, com o CAAE 69376323.1.0000.5504, e foi aprovado com o parecer número 6.139.696, conforme as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016 (ANEXO-1). A coleta de dados só se iniciou após essa aprovação. As gestantes participantes receberam o convite para a entrevista e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 1), submetido ao CEP e aprovado. Além disso, o estudo foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Mococa, município onde foi realizada a pesquisa (APÊNDICE 3).

#### 5.4 AMOSTRA

A amostra do estudo foi composta por 135 gestantes em diferentes idades gestacionais. O cálculo amostral foi realizado por um profissional estatístico especializado.

De acordo com informações coletadas durante uma reunião realizada em 23 de fevereiro de 2023 com a pesquisadora e os gestores do departamento de saúde do Município de Mococa, havia 232 gestantes ativas no pré-natal.

O cálculo amostral teve como base a população-alvo de 232 gestantes e o desvio padrão da escala de autoeficácia apresentado por Iwanowicz-Palus *et al.* (2019), que é de 4,6. O intervalo de confiança adotado foi de 95%, e o erro amostral adotado foi de 0,5. A amostra final é composta por 135 pessoas e foi dividida por unidades de atendimento.

A divisão da amostra foi calculada de forma intencional por unidade de atendimento às gestantes e ficou dividida da seguinte forma:

**Tabela 1**–Distribuição das gestantes por unidades de atendimentos. Mococa, São Paulo, Brasil, 2023.

<b>Local</b>	<b>N</b>	<b>n</b>
Santa Rosa 1	18	10
Santa Rosa 2	21	12
Lambari	17	10
PPA	16	9
Massaro 1	11	6
Massaro 2	14	8
Vila Carvalho	18	10
Adolev	50	29
São Benedito	6	4
Igarai	6	4
Nenê	23	14
ESF Mocoquinha	12	7
NAI Mocoquinha	20	12
<b>Total</b>	<b>232</b>	<b>135</b>

Local: unidades de atenção primária baseados nos bairros que estão localizadas.

N: Número total de gestantes em cada unidade/bairro

n: Número da amostra daquela unidade/bairro

Fonte: Própria autoria, 2023.

## 5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E NÃO INCLUSÃO

Foram adotados como critérios de elegibilidade para inclusão: gestante com idade superior a 18 anos ativa no pré-natal. Como critérios de não inclusão: gestante de alto risco e gestante com déficit cognitivo, conforme informado pela enfermeira ou pelo médico responsável pelo seu acompanhamento. Não houve gestante que solicitou interrupção na participação. Ressalta-se que não houve perdas após a inclusão.

## 5.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Após a aprovação do estudo pelo CEP, a coleta de dados foi iniciada, ocorrendo de julho a outubro de 2023, após consulta às enfermeiras responsáveis pelos serviços de atendimento às gestantes na atenção primária do SUS do município de Mococa, SP, quanto às datas e horários de atendimento.

A coleta de dados foi conduzida pela pesquisadora e uma profissional de enfermagem devidamente treinada. Elas abordaram as gestantes nos próprios serviços, seguindo as datas e horários de atendimento fornecidos pelas enfermeiras responsáveis. As gestantes foram informadas sobre o objetivo do estudo e convidadas a participar. As entrevistas para a coleta de dados foram realizadas nos mesmos dias agendados para as consultas das gestantes que concordaram em participar do estudo, em horários previamente acordados com elas e em um local privativo nas dependências da unidade de saúde, conforme disponibilizado pelos responsáveis pelas unidades.

Para o preenchimento dos instrumentos, foi utilizado um espaço reservado na unidade para garantir sigilo e confiança das gestantes com a pesquisadora. Cada entrevista com as gestantes teve uma duração aproximada de 30 minutos. Não houve gestante que optou por responder os questionários em seu domicílio, e não houve solicitação de interrompimento da coleta de dados.

## 5.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

### 5.7.1 Dados sociodemográficos e clínicos

Para o levantamento dos dados sociodemográficos e clínicos das gestantes, foi elaborado pela própria autora um instrumento de caracterização com informações referentes à idade, cor/raça autodeclarada, estado civil, escolaridade, área de residência, quantidade de pessoas residentes no domicílio, renda salarial média, idade gestacional, patologias prévias ou instaladas na gestação, número de gestações anteriores, número de filhos vivos, número de cesáreas anteriores, número de partos vaginais anteriores e número de abortos anteriores (Apêndice 2).

### 5.7.2 Avaliação da qualidade de vida

A qualidade de vida foi avaliada por meio do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde - WHOQOL-bref (Anexo 2), um instrumento abreviado derivado do WHOQOL-100, também desenvolvido por essa entidade.

O teste de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – BREF (WHOQOL-BREF) permite avaliar a QV tanto em indivíduos saudáveis como doentes na prática clínica, foi desenvolvido com base no questionário WHOQOL-100. Foi adaptado para uso Brasileiro por Fleck (2000) e inclui 26 itens referentes a situações vivenciadas pelo paciente nas últimas 4 semanas. Seus dois primeiros itens envolvem a visão subjetiva do paciente sobre sua QV e saúde geral. Os restantes itens permitem avaliar 4 domínios da QV: físico (somático), psicológico, social e ambiental. As respostas são fornecidas usando uma escala de 5 itens para uma pontuação de 1 a 5. Em cada domínio, a pontuação é positiva, ou seja, pontuações mais altas refletem uma melhor QV conforme percebida pelo respondente (Iwanowicz-Palus *et al.*, 2019).

Os escores de domínio gerados pelo WHOQOL-BREF apresentam uma alta correlação (0,89 ou acima) com os escores de domínio do WHOQOL-100, calculados em uma estrutura de quatro domínios. Vale ressaltar que os escores dos domínios do WHOQOL-BREF tem evidenciado boa validade discriminante, validade de conteúdo, consistência interna e confiabilidade teste-reteste (The Whoqol Group, 1998).

O domínio físico do WHOQOL-Bref obtém informações sobre dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho. No domínio psicológico captam-se informações sobre sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima, imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, crenças pessoais e religião. No domínio social as informações a serem obtidas referem-se às relações sociais, suporte (apoio) social e atividade sexual. Quanto ao domínio ambiental há informações sobre segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação e/ou oportunidades de recreação e lazer; ambiente físico (poluição, ruído, trânsito e clima) e meio de transporte (Santos *et al.*, 2015)

Os resultados dos domínios apresentam valores entre zero e cem, sendo piores os mais próximos de zero e melhores, os mais próximos de cem. Dessa forma, um entrevistado que apresente valor igual a 50 para determinado domínio pode ser considerado mediano para esse domínio (Santos *et al.*, 2015).

O instrumento mostrou características satisfatórias de consistência interna, avaliadas pelo coeficiente de fidedignidade de Cronbach, com um valor obtido de 0,91. Este instrumento combina um bom desempenho psicométrico com praticidade de uso, o que o coloca como uma alternativa útil para ser utilizado em estudos que visam avaliar a qualidade de vida no Brasil (Fleck *et al.*, 2000).

O WHOQOL-BREF tem sido empregado para medir a qualidade de vida geral e foi validado em português, tornando-o uma ferramenta apropriada para uso no Brasil. Embora o questionário não seja específico para os aspectos funcionais associados à saúde durante a gravidez, o WHOQOL-BREF tem sido utilizado no Brasil para a avaliação de gestantes em pré-natal de risco habitual (Santos *et al.*, 2015; Oliveira *et al.*, 2013; Castro *et al.*, 2019). Além disso, o instrumento foi indicado como sendo o mais utilizado para avaliar a qualidade de vida na gravidez (Mogos *et al.*, 2012).

Estudos nacionais e internacionais que utilizaram o WHOQOL-Bref em gestantes também apresentaram propriedades psicométricas satisfatórias, como evidenciado por Castro e Fracolli (2013), Rodrigues *et al.* (2023), Machado *et al.*

(2020), Vachkova *et al.* (2013), Krepota, Sadowska e Biernat (2018), e Shisheghgar *et al.* (2014).

Shisheghgar *et al.* (2014) concluíram que a confiabilidade desta escala foi estimada satisfatória usando o alfa de Cronbach em quatro domínios: saúde física - 0,81, estado psicológico - 0,78, relações sociais - 0,82 e condições ambientais - 0,80. Já Castro e Fracoli (2013) analisaram a qualidade de vida de 42 gestantes utilizando o instrumento WHOQOL-bref, as autoras concluíram que o WHOQOL-bref tem pertinência como instrumento de monitoramento e ampliação da assistência pré-natal e que a avaliação da qualidade de vida durante o pré-natal se torna uma importante ferramenta para uma abordagem integral e promotora da saúde da gestante.

Mogos *et al.* (2012) conduziram uma revisão sistemática das medidas de qualidade de vida em gestantes e puérperas. Eles analisaram 129 artigos que abordavam a qualidade de vida em gestantes e/ou puérperas, sendo que apenas 64 eram relevantes para a pesquisa. A análise das escalas de medição utilizadas em populações de gestantes e/ou puérperas revelou uma importante validade e confiabilidade. No entanto, o achado mais notável dessa revisão é a escassez de escalas de medição projetadas especificamente para uso em cuidados maternos

### **5.7.3 Avaliação da autoeficácia**

Para avaliação da autoeficácia, foi utilizada a Escala de Autoeficácia Geral Percebida desenvolvida por Schwarzer e Jerusalem em 1979 e adaptada por Souza e Souza (2004), sendo a Versão Brasileira Final publicada por Gomes-Valério em 2016 (Gomes-Valério, 2016) (Anexo 3). A primeira versão foi desenvolvida no idioma alemão, contendo 20 itens. Em 1981, a escala foi reduzida para 10 itens e posteriormente foi sendo traduzida e adaptada para 30 idiomas (Sbicigoet *al.*, 2012).

No Brasil, inicialmente, a Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP) foi adaptada com base nas versões inglesa, espanhola e portuguesa, validada por Souza e Souza (2004). Apresentou consistência interna através do Alfa de Cronbach de 0,81, mostrando adequação da escala na versão brasileira. Sbicigoet *al.* (2012) analisaram as propriedades psicométricas da EAGP em suas pesquisas com 1007 adolescentes, mostraram resultados positivos e concluíram que o instrumento é

unidimensional, com alta confiabilidade e fidedignidade, obtendo resultados de 0,85 no Alfa de Cronbach.

A última versão está disponível no website oficial da escala em diversos idiomas, sendo apresentada por Gomes-Valério (2016). É composta por 10 itens, numa escala Likert de 1 a 4 pontos, atribuindo-se sempre a maior pontuação à melhor percepção de autoeficácia. A versão brasileira final está em domínio público e pode ser acessada em <http://userpage.fu-berlin.de/~health/brazilian.pdf>.

As buscas realizadas para o presente estudo sobre autoeficácia na gestação mostraram um maior número de pesquisas voltadas para situações específicas, como a presença de determinada patologia. A maioria dos estudos encontrados criou instrumentos específicos para cada situação.

Chaves e Wall (2021) trabalharam na elaboração e validação de uma escala de autoeficácia para a prevenção de complicações de síndromes hipertensivas da gravidez. Brunton, Simpson e Dryer (2020) analisaram a autoeficácia parental percebida e a influência da paridade e idade, enquanto Maleki, Faghihzadeh e Youseflu (2021) avaliaram a eficácia das intervenções educativas na melhoria da autoeficácia na amamentação.

#### **5.7.4 Avaliação de autoestima**

Para avaliar a autoestima das gestantes no presente estudo, foi adotada uma escala considerada padrão ouro e amplamente utilizada, a Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale - RSES), que foi adaptada para o Brasil por Hutz (2000; 2011) (ANEXO 4).

Trata-se de uma escala unidimensional composta por dez afirmações relacionadas a um conjunto de sentimentos de autoestima e autoaceitação que avalia a autoestima global. Os itens são respondidos em uma escala tipo Likert de quatro pontos, variando entre 1 - discordo totalmente, 2 - discordo, 3 - concordo, e 4 - concordo totalmente, ao final da avaliação a pessoa é classificada com autoestima satisfatória ou insatisfatória, conforme sua pontuação obtida. Em estudos com adolescentes, obteve uma consistência interna de 0,90 no alfa de Cronbach (Hutz; Zanon, 2011).

A Escala de Autoestima Rosenberg é um instrumento amplamente utilizado para avaliação da autoestima. De modo geral, a escala avalia a atitude e o

sentimento positivo ou negativo em relação a si mesmo. Níveis baixos de autoestima estão relacionados ao aparecimento de transtornos mentais como depressão, ansiedade e queixas somáticas, o que pode ter consequências negativas na interação do binômio mãe-bebê, bem como no desenvolvimento infantil (Castro; Fracoli, 2013).

Existe vasta literatura nacional e internacional sobre a aplicabilidade da Escala de Autoestima de Rosenberg em diversas populações, a grande maioria com resultados positivos. Em seus estudos com adolescentes, Sbicigio *et al.* (2010) avaliaram as propriedades psicométricas da Escala de Autoestima de Rosenberg, obtendo um valor de alpha de Cronbach de 0,84 em seu estudo.

Essa escala foi adaptada para o português brasileiro por Hutz (2000) e revisada por Hutz e Zanon (2011), indicando propriedades psicométricas. A escala está totalmente disponível em Hutz, Zanon e Vazquez (2014), incluindo suas normas, forma de aplicação e interpretação dos resultados por sexo e faixa etária. A escala tem domínio público e está disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v10n1/v10n1a05.pdf>.

### **5.7.5 Análise dos dados**

As variáveis qualitativas foram apresentadas em forma de frequência absoluta e relativa e as quantitativas passaram pelo teste de Shapiro Wilk e tiveram a normalidade rejeitada. Por essa razão foram apresentadas em forma de mediana e quartis.

A associação entre domínios da qualidade de vida e autoestima das gestantes foi feita através do teste de Mann Whitney. A associação da qualidade de vida com a autoeficácia foi feita através da correlação de Spearman. A comparação da qualidade de vida com as variáveis sociodemográficas qualitativas foi feita através do teste de Kruskal Wallis.

A comparação da autoeficácia por classificação de autoestima foi feita através do teste de Mann Whitney, visto que existem apenas duas classificações de autoestima.

Todas as análises foram feitas no software SPSS versão 25 com nível de significância de 5%



## 6 RESULTADOS

Neste capítulo, inicialmente, serão apresentados os dados de caracterização sociodemográfica e clínica das participantes, bem como informações sobre suas percepções de qualidade de vida. Em seguida, serão descritos os níveis de autoestima e autoeficácia e as associações identificadas. .

### 6.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Através da primeira análise (Tabela 2), é possível visualizar o perfil sociodemográfico das participantes.

Na variável idade, as participantes foram divididas em faixas etárias de 18 a 24 anos, 25 a 39 anos e 40 a 45 anos (n=135). A maior prevalência foi da faixa etária de 25 a 39 anos (57%) uma quantidade menor, mas também expressiva (42,2%) estava entre a faixa etária de 18 a 24 anos e apenas uma (0,7%) estava com idade entre 40 a 45 anos.

Com relação à cor, 45,2% das participantes consideravam-se brancas, 11,9% consideravam-se pretas, 42,2% consideravam-se pardas, e apenas uma considerava-se amarela (0,7%). Na variável estado civil, houve uma aproximação entre as participantes que relataram ser casadas e as que relataram ser solteiras, sendo 35,6% casadas e 34,1% solteiras. Já aquelas que relataram união estável foram 27,4%, 2,2% relataram ser divorciadas, e apenas uma relatou ser viúva (0,7%).

Com relação à escolaridade, 11,9% das participantes possuem ensino superior completo, e 6,7% não o concluíram; a maioria (53,3%) concluiu o ensino médio, e 19,3% não o concluíram; 8,1% não concluíram o ensino fundamental, e apenas 01 gestante (0,7%) tinha apenas o ensino o fundamental completo.

A maioria residia em área urbana (87,4%) e 12,6% residiam na área rural. A maioria das participantes (74,1%) referiu receber entre 1 a 3 salários mínimos; 15,6% referiram receber menos de 1 salário mínimo; 8,9% referiram receber entre 4 a 6 salários mínimos, e apenas duas gestantes referiram receber de 7 a 9 salários mínimos (1,5%).

**Tabela 2** – Dados sociodemográficos das participantes. Mococa, São Paulo, Brasil, 2023. (n: 135)

<b>Idade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
18 a 24 anos	57	42,2
25 a 39 anos	77	57
40 a 45 anos	1	0,7
<b>Cor</b>		
Branca	61	45,2
Preta	16	11,9
Parda	57	42,2
Amarela	1	0,7
<b>Estado Civil</b>		
Casada	48	35,6
Solteira	46	34,1
Viúva	1	0,7
União estável	37	27,4
Divorciada	3	2,2
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental completo	1	0,7
Ensino fundamental incompleto	11	8,1
Ensino médio completo	72	53,3
Ensino médio incompleto	26	19,3
Ensino superior completo	16	11,9
Ensino superior incompleto	9	6,7
<b>Área de Residência</b>		
Área urbana	118	87,4
Área rural	17	12,6
<b>Renda Média Mensal</b>		
Inferior a 1 SM	21	15,6
1 a 3 SM	100	74,1
4 a 6 SM	12	8,9
7 a 9 SM	2	1,5

Fonte: Própria autoria, 2023.

Com relação à idade gestacional, dividida em trimestres conforme mostra a tabela 3, no momento da entrevista 21,5% estavam no primeiro trimestre, 40,7% estavam no segundo trimestre e 37,8% estavam no terceiro trimestre de gestação.

**Tabela 3** – Dados clínicos das participantes. Mococa, São Paulo, Brasil, 2023.  
(n:135)

<b>Idade gestacional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1º trimestre	29	21,5
2º trimestre	55	40,7
3º trimestre	51	37,8

Fonte: própria autoria, 2023.

## 6.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

**Tabela 4** – Avaliação da qualidade de vida das participantes segundo os domínios da WHOQOL-Bref. Mococa, São Paulo, Brasil, 2023. (n = 135)

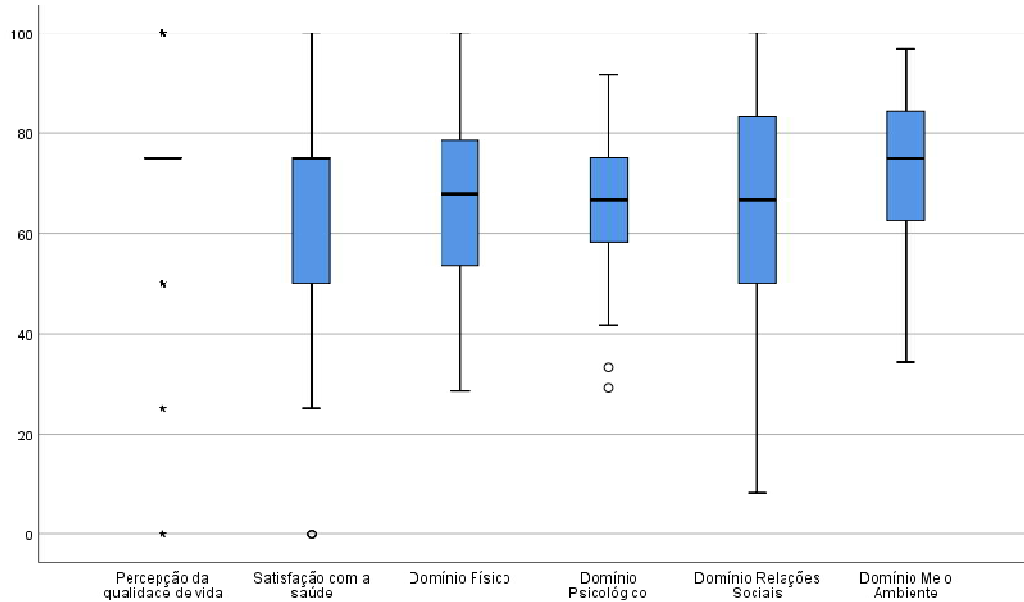
	Percepção da qualidade de vida	Satisfação com a saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Q1	75,0	50,0	53,6	58,3	50,0	62,5
Mediana	75,0	75,0	67,9	66,7	66,7	75,0
Q3	75,0	75,0	78,6	75,0	83,3	84,4

Fonte: Própria autoria, 2023.

A avaliação da qualidade de vida abordou a percepção de qualidade de vida, satisfação com a saúde e os domínios físicos, psicológicos, relações sociais e de meio ambiente. A percepção da qualidade de vida, satisfação com a saúde e o domínio meio ambiente obtiveram mediana de 75, isso é, metade da amostra pontuou abaixo de 75 e a outra metade, acima desse valor. O domínio físico teve mediana de 67,9 enquanto o psicológico e as relações sociais tiveram mediana de 66,7.

O primeiro quartil (Q1), indica que 25% das participantes tiveram valores abaixo dessas marcas e o terceiro quartil (Q3) indica que 25% das participantes tiveram valores acima dessas marcas.

**Gráfico 1-** Representação gráfica da avaliação da qualidade de vida segundo os domínios da WHOQOL-Bref das participantes. Mococa, São Paulo, Brasil, 2023. (n = 135)



Fonte: Própria autoria, 2023.

O traço destacado da caixa é a mediana, o fechamento inferior da caixa é Q1 e o fechamento superior é Q3. Observa-se que na questão da percepção da qualidade de vida, praticamente todos os casos estão em 75, alguns no 100 e alguns outros pontos isolados abaixo. Os demais itens – domínios – obtiveram uma maior variabilidade de resultados.

### 6.3 AVALIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA

O instrumento que foi aplicado é uma escala que permite avaliar o sentimento geral de eficácia pessoal, sendo um instrumento que tem revelado propriedades psicométricas adequadas em diversas amostras internacionais (Araújo; Moura, 2011).

Por ser uma variável qualitativa, ela foi correlacionada com situações sociais e obstétricas das gestantes, mostrando que os níveis de autoeficácia são semelhantes em todos os grupos.

**Tabela 5** – Avaliação da autoeficácia das participantes. Mococa, São Paulo, Brasil, 2023. (n:135)

	Residentes domicílio	Nº de gestações anteriores	Nº filhos vivos	Nº cesáreas anteriores	Nº partos vaginais anteriores	Nº abortos anteriores	Autoeficácia
Q1	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30,00
Mediana	3,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	33,00
Q3	4,00	2,00	1,00	1,00	0,00	0,00	37,00

Fonte: Própria autoria, 2023.

O primeiro quartil (Q1) foi de 30 pontos, indicando que 25% das participantes pontuaram abaixo de 30 pontos. O terceiro quartil (Q3) foi de 37 pontos, significando que 25% das participantes pontuaram acima de 37 pontos. A mediana de 33 pontos indica que metade da amostra pontuou abaixo de 33 pontos, enquanto a outra metade pontuou acima de 33 pontos. Vale lembrar que essa variável não tem um parâmetro de corte. Apenas é apontado que, ao comparar dois ou mais grupos em relação a ela, aquele que tiver estatisticamente mais pontos tem uma maior percepção de autoeficácia.

**Tabela 6** - Associação entre qualidade de vida e autoeficácia das participantes de Mococa, São Paulo, 2023. (n:135)

		Percepção da qualidade de vida	Satisfação com a saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Autoeficácia	Coefficiente de Correlação (rho)	0,165	0,086	.205*	.243**	0,132	.281**
	valor p*	0,073	0,353	0,025	0,008	0,152	0,002

Correlação de Spearman significativos a \*5% e \*\*1%

Fonte: Própria autoria, 2023.

O resultado da correlação indica que uma maior autoeficácia se relaciona a um maior domínio físico ( $p = 0,025$ ), maior domínio psicológico ( $p = 0,008$ ) e maior domínio do meio ambiente ( $p = 0,002$ ).

## 6.4 AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA

Para avaliar a autoestima, foi utilizada a Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), adaptada para o Brasil por Hutz (2000; 2011).

**Tabela 7** – Avaliação da Autoestima das participantes. Mococa, São Paulo, Brasil, 2023. (n:135)

Autoestima	n	%
Autoestima insatisfatória	119	88,1
Autoestima satisfatória	16	11,9

Fonte: Própria autoria, 2023.

Houve uma alta prevalência de participantes com autoestima insatisfatória (88,1%), e apenas 11,9% com autoestima satisfatória.

## 6.4 ASSOCIAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS

**Tabela 8** - Associação entre qualidade de vida e autoestima das participantes. Mococa, São Paulo, Brasil, 2023. (n: 135)

	Autoestima		valor p*
	Insatisfatória (n = 119)	Satisfatória (n = 16)	
Percepção da qualidade de vida	75 (75 - 75)	75 (56,3 - 75)	0,699
Satisfação com a saúde	75 (50 - 75)	75 (50 - 93,8)	0,624
Domínio Físico	67,9 (53,6 - 78,6)	66,1 (58 - 76,8)	0,801
Domínio Psicológico	66,7 (58,3 - 75)	70,8 (56,3 - 78,1)	0,704
Domínio Relações Sociais	66,7 (50 - 83,3)	75 (60,4 - 81,3)	0,719
Domínio Meio Ambiente	75 (62,5 - 84,4)	78,1 (69,5 - 83,6)	0,555

\*Teste de Mann Whitney. Dados apresentados como mediana e quartis  
Fonte: Própria autoria, 2023.

Não houve associação entre qualidade de vida e autoestima ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 9** – Associação entre a autoeficácia e autoestima das participantes. Mococa, São Paulo, Brasil, 2023. (n:135)

Autoeficácia	Autoestima		valor p*
	Insatisfatória (n = 119)	Satisfatória (n = 16)	

Mediana (Q1 - Q3)	33 (30 - 37)	31 (30 - 36,8)	0,401
-------------------	--------------	----------------	-------

\*Teste de Mann Whitney

Fonte: Própria autoria, 2023.

O resultado indica que não houve associação entre autoeficácia e autoestima  
(p = 0,401)

**Tabela 10-** Associação entre qualidade de vida segundo domínios do WHOQOL-Bref e variáveis sociodemográficas e clínicas das participantes. Mococa, São Paulo, 2023. (n:135)

Idade	Percepção da qualidade de vida	Satisfação com a saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
18 a 24 anos	75 (75 - 75)	75 (50 - 75)	67,9 (53,6 - 78,6)	66,7 (58,3 - 75)	66,7 (50 - 83,3)	71,9 (62,5 - 81,3)
25 a 39 anos	75 (50 - 100)	75 (50 - 75)	67,9 (53,6 - 78,6)	66,7 (58,3 - 75)	66,7 (50 - 83,3)	78,1 (64,1 - 87,5)
40 a 45 anos**	75	50	35,7	62,5	91,7	84,4
valor p*	0,973	0,478	0,285	0,764	0,403	0,112
<i>Cor</i>						
Branca	75 (75 - 87,5)	75 (50 - 75)	71,4 (50 - 75)	66,7 (60,4 - 79,2)	75 (54,2 - 83,3)	75 (62,5 - 84,4)
Preta	75 (75 - 93,8)	75 (50 - 75)	<b>51,8 (42,9 - 66,1)</b>	60,4 (54,2 - 69,8)	62,5 (43,8 - 83,3)	71,9 (60,2 - 81,3)
Parda	75 (62,5 - 75)	75 (50 - 75)	67,9 (55,4 - 78,6)	66,7 (60,4 - 75)	66,7 (54,2 - 83,3)	71,9 (62,5 - 84,4)
Amarela**	50	50	82,1	62,5	75	71,9
valor p*	0,368	0,268	<b>0,018</b>	0,368	0,795	0,908
<i>Estado civil</i>						
Casada	75 (75 - 100)	75 (50 - 75)	71,4 (50 - 78,6)	66,7 (59,4 - 75)	75 (58,3 - 83,3)	81,3 (68,8 - 87,5)
Solteira	75 (50 - 75)	75 (50 - 75)	67,9 (50 - 78,6)	64,6 (58,3 - 71,9)	75 (47,9 - 83,3)	68,8 (62,5 - 81,3)
Viúva**	75	75	57,1	62,5	50	62,5
União estável	75 (75 - 100)	75 (50 - 75)	64,3 (55,4 - 76,8)	66,7 (56,3 - 79,2)	66,7 (41,7 - 83,3)	71,9 (59,4 - 79,7)
Divorciada	100 (75 - ***)	75 (75 - ***)	92,9 (89,3 - ***)	83,3 (70,8 - ***)	91,7 (83,3 - ***)	84,4 (75 - ***)
valor p*	0,068	0,527	0,106	0,172	0,139	0,094
<i>Escolaridade</i>						
Ensino fundamental completo**	50	75	57,1	50	66,7	87,5
Ensino fundamental incompleto	75 (50 - 75)	75 (50 - 75)	71,4 (50 - 82,1)	66,7 (50 - 70,8)	66,7 (41,7 - 75)	65,6 (53,1 - 75)
Ensino médio completo	75 (75 - 100)	75 (50 - 75)	69,6 (53,6 - 78,6)	66,7 (59,4 - 75)	75 (52,1 - 83,3)	75 (62,5 - 84,4)
Ensino médio incompleto	75 (68,8 - 75)	75 (50 - 75)	64,3 (52,7 - 78,6)	62,5 (54,2 - 71,9)	58,3 (41,7 - 77,1)	68,8 (60,2 - 85,2)
Ensino superior completo	75 (75 - 100)	75 (50 - 75)	71,4 (61,6 - 83,9)	68,8 (59,4 - 82,3)	66,7 (52,1 - 75)	79,7 (68,8 - 84,4)
Ensino superior incompleto	50 (50 - 75)	75 (50 - 100)	50 (35,7 - 66,1)	70,8 (62,5 - 75)	83,3 (62,5 - 87,5)	75 (67,2 - 84,4)
valor p*	0,051	0,819	0,234	0,407	0,345	0,216
<i>Reside</i>						
Área urbana	75 (75 - 75)	75 (50 - 75)	64,3 (53,6 - 78,6)	66,7 (58,3 - 75)	66,7 (50 - 83,3)	75 (62,5 - 81,3)
Área rural	75 (75 - 87,5)	75 (75 - 87,5)	78,6 (67,9 - 83,9)	70,8 (62,5 - 77,1)	75 (50 - 83,3)	<b>84,4 (73,4 - 87,5)</b>
valor p*	0,701	0,15	0,06	0,354	0,694	<b>0,031</b>

*Renda média*

Inferior a 1 SM	75 (50 - 75)	75 (50 - 75)	67,9 (50 - 80,4)	62,5 (52,1 - 75)	58,3 (41,7 - 75)	<b>62,5 (54,7 - 73,4)</b>
1 a 3 SM	75 (75 - 75)	75 (50 - 75)	67,9 (53,6 - 78,6)	66,7 (58,3 - 75)	75 (58,3 - 83,3)	75 (65,6 - 84,4)
4 a 6 SM	75 (75 - 100)	75 (75 - 100)	76,8 (54,5 - 91,1)	75 (63,5 - 83,3)	75 (54,2 - 89,6)	82,8 (78,1 - 86,7)
7 a 9 SM	62,5 (50 - ***)	<b>62,5 (50 - ***)</b>	60,7 (50 - ***)	68,8 (66,7 - ***)	66,7 (58,3 - ***)	79,7 (78,1 - ***)
valor p*	0,148	<b>0,047</b>	0,541	0,341	0,155	<b>0,002</b>
<i>Idade gestacional</i>						
1º trimestre	75 (50 - 75)	75 (75 - 75)	67,9 (60,7 - 76,8)	62,5 (54,2 - 70,8)	66,7 (58,3 - 87,5)	68,8 (62,5 - 81,3)
2º trimestre	75 (75 - 100)	75 (50 - 75)	78,6 (53,6 - 82,1)	70,8 (62,5 - 79,2)	75 (58,3 - 91,7)	75 (62,5 - 87,5)
3º trimestre	75 (75 - 75)	75 (50 - 75)	<b>60,7 (50 - 71,4)</b>	66,7 (58,3 - 75)	<b>58,3 (50 - 75)</b>	75 (68,8 - 84,4)
valor p*	0,209	0,277	<b>0,016</b>	0,051	<b>0,021</b>	0,355

SM= Salário mínimo

\*Teste KruskalWallis.

\*\*Apenas 1 caso.

\*\*\*Apenas 3 dados.

Destacados estão os dados diferentes dos demais

Fonte: Própria autoria, 2023.

Na satisfação com a saúde, participantes com maior nível de renda salarial, apresentaram pior nível de satisfação com a saúde ( $p = 0,047$ ).

No domínio físico, as participantes que se autodeclararam pretas apresentaram menor qualidade de vida que as demais ( $p = 0,018$ ). Nesse mesmo domínio, participantes no terceiro trimestre gestacional apresentaram pior qualidade de vida ( $p = 0,016$ ).

No domínio relações sociais houve associação entre estar no terceiro trimestre de gestação com pior qualidade de vida ( $p = 0,021$ ).

No domínio de meio ambiente, a qualidade de vida da área rural é maior que da urbana ( $p = 0,031$ ). Nesse mesmo domínio, pessoas com renda inferior a 1 salário mínimo, reportaram pior qualidade de vida ( $p = 0,002$ ).

**Tabela 11-** Associação entre a qualidade de vida segundo domínios WHOQUOI-Bref e variáveis sociais e obstétricas das participantes. Mococa, São Paulo, Brasil, 2023. (n:135)

		Percepção da qualidade de vida	Satisfação com a saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Residentes no domicílio	Coefficiente de Correlação	-0,108	-0,095	<b>-0,208*</b>	-0,060	<b>-0,209*</b>	-0,125
	valor p	0,211	0,271	<b>0,015</b>	0,487	<b>0,015</b>	0,150
Num. Gestações anteriores	Coefficiente de Correlação	-0,142	<b>-0,209*</b>	<b>-0,303**</b>	-0,069	-0,146	-0,139
	valor p	0,100	<b>0,015</b>	<b>0,000</b>	0,427	0,092	0,109



Num. Filhos vivos	Coefficiente de Correlação	-0,136	-0,166	<b>-0,257**</b>	-0,021	-0,140	-0,096
	valor p	0,115	0,054	<b>0,003</b>	0,806	0,106	0,266
Num. Cesáreas anteriores	Coefficiente de Correlação	-0,093	0,042	-0,094	0,066	-0,033	-0,017
	valor p	0,285	0,631	0,278	0,449	0,707	0,842
Num. Partos vaginais anteriores	Coefficiente de Correlação	-0,027	<b>-0,216*</b>	<b>-0,193*</b>	-0,062	<b>-0,177*</b>	-0,109
	valor p	0,752	<b>0,012</b>	<b>0,025</b>	0,475	<b>0,040</b>	0,207
Num. Abortos anteriores	Coefficiente de Correlação	<b>-0,178*</b>	<b>-0,230**</b>	<b>-0,200*</b>	-0,144	0,008	-0,147
	valor p	<b>0,039</b>	<b>0,007</b>	<b>0,020</b>	0,097	0,929	0,088

Correlação de Spearman significativos a \*5% e \*\*1%

Fonte: própria autoria, 2023.

Em relação às variáveis sociais e obstétricas, quanto mais pessoas morando no domicílio, menor a qualidade de vida no domínio físico ( $p = 0,015$ ) e no domínio de relações pessoais ( $p = 0,015$ ).

Em relação às gestações anteriores, quanto maior o número de gestações, pior a satisfação com a saúde ( $p = 0,015$ ) e pior o domínio físico ( $p = 0,000$ ). Já quanto ao número de filhos, quanto mais filhos vivos, menor a qualidade de vida no domínio físico ( $p = 0,003$ ).

Em relação aos partos vaginais e abortos, quanto maior o número de partos vaginais, pior a satisfação com a saúde ( $p = 0,012$ ), pior o domínio físico ( $p = 0,025$ ) e pior as relações sociais ( $p = 0,040$ ) e quanto maior o número de abortos, pior a percepção de qualidade de vida ( $p = 0,039$ ), pior a satisfação com a saúde ( $p = 0,007$ ) e pior o domínio físico ( $p = 0,020$ ).

## 7 DISCUSSÃO

O escopo central deste estudo foi avaliar a qualidade de vida de gestantes de baixo risco e associações com a autoeficácia e a autoestima utilizando instrumentos genéricos, subjetivos, uni e multidimensionais.

Além disso, caracterizar as participantes e buscar associações entre os dados sociodemográficos clínicos obstétricos, qualidade de vida, autoestima e autoeficácia.

### 7.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DAS GESTANTES

Na descrição do perfil sociodemográfico observou-se que a prevalência da idade das participantes foi de 25 a 39 anos (57%). Esse número corrobora com os resultados encontrados na pesquisa realizada por Fernandes, Santos e Barbosa (2019), que mostrou que na região Sudeste, o maior percentual de primeiras gestações ocorreu na faixa etária de 30 a 39 anos. Vem-se observando o envelhecimento do perfil etário entre as mulheres que planejam engravidar, acompanhando a tendência mundial, especialmente em países desenvolvidos. São apontados diversos os motivos, dentre eles o desejo de investir na carreira profissional, a postergação do casamento, a constituição de novas uniões, a grande e diversificada oferta de métodos contraceptivos e problemas de infertilidade (Gravena *et al.*, 2012). Dados do Brasil de 2012 apontam que, no período entre 2000 e 2010, observou-se um aumento do número de gestações tardias no momento do parto, com uma redução no percentual de mães com menos de 20 anos (adolescentes: de 23,5% para 19,3%) e aumento daquelas com 30 anos ou mais (de 22,5% para 27,9%) (Brasil, 2012).

Em relação à variável cor, houve um nivelamento entre as gestantes que se consideraram brancas e pardas, sendo que 45,2% consideravam-se brancas e 42,2% consideravam-se pardas, enquanto 11,9% se identificaram como pretas. No Brasil, a coleta do quesito cor e o preenchimento obrigatório do campo denominado raça/cor tornaram-se instrumentos de extrema importância para denunciar as iniquidades étnico-raciais e para o avanço das políticas públicas voltadas à saúde da população negra (Geraldo *et al.*, 2022).

Vale ressaltar que o termo "pardo" foi incorporado como categoria oficial no Censo a partir de 1950 e é alvo de debates raciais desde então. Hoje, o Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) considera pardo quem se identifica como mistura de duas ou mais opções de cor, ou raça, incluindo branca, preta e indígena. O Censo 2022 mostra que, no Brasil, 45,3% das pessoas eram pardas; 43,5% brancas; 10,2% pretas e 0,8% declaravam-se indígenas (IBGE, 2022).

Lessa *et al.* (2022) caracterizaram as mulheres que realizaram o pré-natal no Brasil segundo raça/cor e variáveis sociodemográficas e buscaram verificar a associação entre os indicadores do processo do cuidado no pré-natal e a raça/cor das mulheres. Os resultados deste estudo apontaram que ser negra e ocupar lugares sociais desfavoráveis trazem desvantagens para as mulheres em relação ao acesso a um pré-natal considerado apropriado, quando comparado com os indicadores de uma assistência considerada adequada de acordo com o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e o Manual Técnico de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco.

Leal, Gama e Cunha (2005) concluíram em suas pesquisas que as desvantagens observadas para as mulheres pretas e pardas extrapolaram os indicadores socioeconômicos e se estenderam para a assistência à sua saúde e do conceito. Além disso, doenças importantes podem ter relação com a cor da pele, como demonstrado no estudo de Souza *et al.* (2013), que identificou em gestantes paraenses a associação da cor parda com a anemia, a vaginose e a obesidade.

Costa e Mascarello (2022) analisaram a prevalência de disparidades raciais na assistência pré-natal e no parto no Brasil no período entre 2007 e 2018. Os percentuais obtidos e analisados associaram-se à raça/cor, apontando que a assistência e os indicadores maternos e neonatais melhoraram a qualidade, exceto para o índice de via de parto cesárea e baixo peso ao nascer. Percebe-se que, mesmo com melhorias em todas as raças/cores, mulheres pretas e pardas ainda possuem piores indicadores quando se refere à saúde na gestação, parto e puerpério.

Na variável que tratou do estado civil, também houve um pareamento entre as casadas (35,6%) e solteiras (34,1%), o que pode apontar para o fato de que manter relações conjugais não tem sido uma prioridade para algumas mulheres. Nicholson *et al.* (2006) mostraram que a ausência de parceiro fixo era um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos. Ressalta-se que se trata de um estudo realizado em 2006 e esta realidade pode estar sofrendo mudanças.

Quanto aos anos de estudo, na variável escolaridade, os dados mostram que 53,3% possuíam o ensino médio completo e 11,9% o ensino superior completo, indicando um nível educacional razoável apontado pela maioria das participantes. Segundo Brasil (2011), o índice de escolaridade é um bom indicador da classe social, exercendo forte influência no comportamento das novas mães, ao passo que a baixa escolaridade materna é apontada como um fator que predispõe a mãe e o recém-nascido ao aparecimento de situações potencialmente de risco.

Entretanto, considerando o resultado na maioria das participantes, supõe-se que possa haver, por parte delas, uma compreensão mais adequada frente às orientações em saúde ofertadas durante o pré-natal, a fim de possibilitar comportamentos saudáveis e, assim, minimizar complicações obstétricas durante o processo gestacional. Ferreira, Hass e Pedrosa (2013) concluíram que quanto maior a escolaridade, maior a qualidade de vida. Ademais, com um conhecimento mais elevado, as gestantes supostamente tendem a demonstrar mais interesse nos cuidados com a sua saúde. A literatura evidencia que o grau de escolaridade está associado às condições socioeconômicas e às oportunidades dos indivíduos (Oliveira, Sene e Watanabe, 2018).

Quanto à renda salarial 74,1% das participantes referiram receber entre 1 a 3 salários mínimos. Esse número possivelmente ocorreu devido ao fato a pesquisa ter sido realizada no sistema público de saúde. Esse resultado se assemelha aos achados da pesquisa de Castro (2010) e Oliveira (2011), que indicam que as gestantes vivem com uma média de até 2 salários-mínimos, evidenciando que a população ainda possui uma renda média salarial baixa. Lessa *et al.* (2022) apontaram que 25,9% das gestantes participantes de sua pesquisa viviam com renda entre 1 a 3 salários mínimos.

Quanto à localidade de residência, 87,4% das participantes residem na área urbana, enquanto 12,6% residem na área rural. Talvez o motivo seja a procura por mais recursos e maior acessibilidade aos serviços de saúde. Rodrigues *et al.* (2022) realizaram um estudo com mulheres residentes da área urbana e rural no Nordeste Brasileiro e concluíram que as barreiras de acesso ainda impedem a efetiva garantia dos direitos das mulheres, embora muitas demonstrem falta de conhecimento sobre esses direitos. Os autores evidenciaram a falta de mais orientações durante o pré-natal, tanto sobre cuidados consigo e com o bebê, quanto sobre seus direitos de saúde.

A amostra do presente estudo foi composta por gestantes em diferentes idades gestacionais. No momento da entrevista, 37,8% das participantes estavam no 3º trimestre, 21,5% no 1º trimestre e a maioria encontrava-se no 2º trimestre (40,7%). Essa diversificação na amostra pode favorecer a identificação de como o processo gestacional pode interferir na qualidade de vida, considerando as modificações físicas, psicológicas e nas relações sociais peculiares desse período. Apesar de o estudo ter sido do tipo transversal, entende-se que houve uma variabilidade equilibrada na idade gestacional das participantes.

Apenas gestantes de risco habitual foram selecionadas para participar da pesquisa; no entanto, algumas delas referiram algum tipo de desordem emocional (9,5%), como síndrome do pânico, depressão, ansiedade e outros transtornos de origem psicológica. De acordo com Melo e Lima (2000), no terceiro e último trimestre, as gestantes se veem próximas ao momento do parto e geralmente são tomadas pela ansiedade, pois há mudanças em sua rotina de vida diária após o nascimento do bebê. A maioria se preocupa com o parto, com as dores das contrações, consigo mesmas e com seus bebês, existe o medo associado à morte. Esse fato pode justificar os achados, já que um percentual significativo das participantes estava no 3º trimestre de gestação (37,8%). A gravidez não é doença, mas acontece em um corpo de mulher inserida em um contexto social, no qual a maternidade por vezes é vista como uma “obrigação feminina”. Além de fatores econômicos, a condição de subalternidade das mulheres interfere no processo saúde e doença e pode configurar um padrão de adoecimento e morte específicos (Bezerra e Cardoso, 2006).

Silva *et al.* (2010) realizou um estudo de prevalência de transtornos mentais comuns na gestação e a prevalência entre as gestantes avaliadas foi de 41,4% (N=1.267). Dukker, Schetter e Tanner (2012) chamam a atenção para a tensão crônica e os sintomas depressivos nas mães durante a gravidez. Os autores associaram esses fatores a bebês com baixo peso ao nascer e consequências para o desenvolvimento infantil.

Verbeke *et al.* (2022) apontaram que problemas de saúde mental durante e após a gravidez, como depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático ou dependência, são comuns e podem ter implicações ao longo da vida, tanto para os pais quanto para os filhos.

## 7.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Na avaliação da qualidade de vida foi utilizado o instrumento da OMS WHOQOL-Bref, que traz consigo um rigor metodológico, o qual foi utilizado no processo de construção e validação possibilitando a obtenção de características psicométricas satisfatórias, perfazendo com que os resultados das aplicações de tais instrumentos sejam válidos, consistentes e fidedignos à população estudada (Pedroso, 2021). O instrumento avalia a percepção da qualidade de vida, a satisfação com a saúde de forma isolada e depois avalia a qualidade de vida segundo domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Os resultados dos domínios apresentam valores entre zero e cem, sendo piores os mais próximos de zero e melhores, os mais próximos de cem (Santos *et al.*, 2015).

Na percepção da qualidade de vida e satisfação com a saúde a média obtida pelas participantes foi de 75, significando que, metade pontuou abaixo de 75 e a outra metade, acima desse valor, demonstrando que, em geral, as gestantes estão satisfeitas com a qualidade de vida e com a saúde.

Nos domínios de qualidade de vida a mediana foi de 75,00 para o domínio meio ambiente, 67,9 no domínio físico, enquanto no psicológico e nas relações sociais, foi de 66,7. Esses resultados vão ao encontro a vários estudos que utilizaram o mesmo instrumento como, por exemplo, Rodrigues *et al.* (2022) que em seu estudo observacional descritivo, avaliaram a qualidade de vida de 50 gestantes que faziam pré-natal de alto risco em Campinas, Brasil, sendo portadoras de lúpus eritematoso sistêmico. Os autores aplicaram o instrumento WHOQOL-BREF e concluíram que o domínio físico apresentou menores pontuações em comparação com os outros domínios. Mulheres grávidas com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) tiveram pontuação alta no item qualidade de vida geral, e a pontuação no item qualidade de vida relacionada à saúde também foi relativamente alta. Segundo os autores, certos aspectos, como o acesso aos cuidados nos serviços de saúde pode influenciar a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde e o contexto da região onde essas mulheres vivem no Sudeste do Brasil, região economicamente mais desenvolvida do país, pode influenciar de forma positiva a qualidade de vida geral.

Em uma revisão sistemática de literatura realizada por pesquisadores franceses, cujo objetivo foi descrever a qualidade de vida durante a gravidez sem complicações e avaliar seus fatores sociodemográficos, físicos e psicológicos associados em países desenvolvidos, os autores identificaram que em alguns países a qualidade de vida de gestantes tem sido pouco estudada, que poucas mulheres falam espontaneamente de sua saúde psicológica com profissionais de saúde (menos de 20%) e que recomendações das autoridades de saúde são necessárias para melhor identificação de baixa qualidade de vida das mulheres grávidas e avaliação do impacto dos cuidados nesse sentido (Lagadec *et al.*, 2018).

Pantzartis *et al.* (2019) utilizaram o instrumento WHOQOL-BREF em um estudo de caso-controle com 52 gestantes (31 com diabetes gestacional e 31 sem complicações gestacionais) para avaliar a qualidade de vida. A conclusão foi que o diabetes mellitus gestacional está associado à redução da qualidade de vida das gestantes. No presente estudo, as participantes, gestantes de baixo risco, pontuaram melhor em qualidade de vida.

Shishehgar *et al.* (2014) realizaram um estudo do tipo quantitativo de corte transversal com 210 gestantes no Irã, no qual um dos objetivos foi avaliar o papel da qualidade de vida nas taxas de estresse na gravidez. Os autores utilizaram o instrumento WHOQOL-Bref em uma versão iraniana e identificaram que as gestantes tinham qualidade de vida média e apresentam estresse moderado. Concluíram que a melhoria das condições financeiras pode influenciar o nível de estresse entre as mulheres grávidas.

Iwanowicz-Palus *et al.* (2019) realizaram um estudo na Polônia com 339 gestantes hiperglicêmicas, utilizando o instrumento WHOQOL-BREF para avaliar a qualidade de vida dessas mulheres. Notaram que o maior escore de qualidade de vida obtido por gestantes hiperglicêmicas em domínios específicos do WHOQOL-BREF (físico, psicológico, social e ambiental) estão associados a maiores níveis de aceitação da doença e autoeficácia generalizada. Além disso, as gestantes com hiperglicemia avaliam a qualidade de vida global superior à sua saúde geral percebida e em termos de domínios específicos, sendo a qualidade de vida mais elevada no domínio social e mais baixa no domínio físico.

Vale ressaltar que, o conceito de qualidade de vida é amplo e subjetivo, possibilitando assim que os sujeitos pesquisados evidenciem a sua percepção frente ao objeto estudado. Essa percepção está livre de julgamentos do que é certo ou

errado, sendo influenciada por elementos culturais, políticos, religiosos e éticos (Minayo; Hartz; Buss, 2000; Oliveira et al., 2013).

A qualidade de vida diz respeito aos padrões impostos pela sociedade, nos quais há uma busca consciente e inconsciente para atingi-los. Está relacionada ao ser humano, que tem sido aproximado ao grau de contentamento encontrado na vida familiar, amorosa e social (Minayo MCS *et al.*, 2000). Isso pode auxiliar no entendimento da variação nos resultados das pesquisas sobre a percepção da qualidade de vida, uma vez que sentimentos e percepções são mutáveis.

### 7.3 AVALIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA

A autoeficácia pode ser definida como o julgamento que o indivíduo faz sobre sua própria capacidade para gerenciar emoções negativas e expressar emoções positivas (Bandura, 1996).

No presente estudo, a pontuação média do questionário de autoeficácia geral percebida foi de 33 pontos, indicando um alto nível de autoeficácia generalizada nas participantes. Iwanowicz-Palus (2021) encontrou em seus estudos de autoeficácia e qualidade de vida em mulheres pós-aborto a média do escore de autoeficácia generalizada entre as mulheres após a perda gestacional de 30,29 e concluíram que as mesmas possuíam altos níveis de autoeficácia.

As buscas realizadas para o presente estudo sobre autoeficácia na gestação mostraram um maior número de pesquisas voltadas para situações específicas, como a presença de determinada patologia. A maioria dos estudos encontrados utilizou instrumentos específicos para cada situação.

Chaves e Wall (2021) trabalharam na elaboração e validação de uma escala de autoeficácia para a prevenção de complicações de síndromes hipertensivas da gravidez. Brunton, Simpson e Dryer (2020) analisaram a autoeficácia parental percebida e a idade, e Maleki, Faghihzadeh e Youseflu (2021) avaliaram a eficácia das intervenções educativas na melhoria da autoeficácia na amamentação. Linden *et al.* (2016) analisaram a autoeficácia em mulheres com diabetes e perceberam níveis elevados de autoeficácia. Bien *et al.* (2016) em seus estudos demonstraram que a qualidade de vida teve impacto na autoeficácia generalizada de gestantes com hiperglicemia. Aqueles que avaliaram melhor sua qualidade de vida física,



psicológica, social e ambiental também obtiveram pontuações mais altas na escala de autoeficácia generalizada.

#### 7.4 AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA

A autoestima é uma variável subjetiva e qualitativa pela qual o indivíduo avalia sua aparência física e seu amor-próprio, ela pode ser entendida como um conjunto de pensamentos e sentimentos do indivíduo sobre seu valor e adequação, que se expressa em atitudes e comportamentos em relação a si (Rosenberg, 1965). No presente estudo foi identificado um elevado número de participantes com autoestima insatisfatória (88,1%). Esse dado está em concordância com pesquisas que avaliaram a autoestima de gestantes. Por exemplo, o estudo de Marçola, Vale e Carmona (2010) no qual foi identificado alta prevalência de autoestima insatisfatória entre as gestantes do grupo estudado com a aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg.

Silva *et al.* (2010) encontraram alta prevalência de transtornos mentais comuns e associação com a menor autoestima em seu estudo transversal com gestantes atendidas pelo serviço público na cidade de Pelotas.

Santos *et al.* (2013) verificaram que as gestantes não casadas e classificadas segundo a condição econômica inferior apresentaram a menor autoestima. Além disso, os menores escores da autoestima foram observados nas idades mais jovens, com baixa escolaridade, sem ocupação, com ganho de peso maior que 15 quilos, com gestações anteriores, gravidez atual não desejada, etilistas e tabagistas.

Cavalcante, Souza e Lopes (2013) mostraram em seu estudo que a baixa autoestima situacional esteve presente em 32,7% das gestantes.

Um estudo realizado na Finlândia com 125 mulheres analisou o papel da autoestima no medo do parto e na experiência do parto. A autoestima foi avaliada por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg. Os autores concluíram que a autoestima moderou a associação entre o medo do parto e a experiência subjetiva do parto (Raudasoja *et al.*, 2022).

Dryer, Chee e Brunton (2022) conduziram um estudo sobre se a insatisfação corporal mediava a relação entre a pressão sociocultural relacionada à aparência e a ansiedade relacionada à gravidez, e se essa relação era moderada pela autocompaixão e/ou autocrítica. Suas análises de mediação moderada revelaram

que a insatisfação corporal mediou totalmente a relação entre pressão sociocultural e ansiedade relacionada à gravidez. Os resultados confirmaram o papel moderador da autocompaixão e da autocrítica na relação entre pressão sociocultural e insatisfação corporal, mas não na relação entre insatisfação corporal e ansiedade relacionada à gravidez.

Calou *et al* (2018), analisaram a autoestima relacionada à ocupação como variável preditiva e notaram que houve influência positiva nos escores de autoestima, corroborando a tendência mundial de que mulheres que exercem outras funções em busca de estabilidade financeira e satisfação no trabalho apresentam maior autoestima. Em contrapartida, mulheres que não possuem ocupação apresentam menores escores de autoestima.

Schultheisz e Aprile (2013), afirmam que as atitudes, crenças e valores que integram a autoestima não são fáceis de medir, visto que tratam-se de propriedades intrínsecas ao ser humano, ou seja, referem-se às características psicológicas e que essas características não são estáveis, assim, podem sofrer variações durante a vida, a depender de fatores como conhecimento, compreensão dos fenômenos, experiências e vivências.

## 7.5 ASSOCIAÇÕES IDENTIFICADAS

Neste trabalho buscou-se identificar associação entre qualidade de vida, autoestima e autoeficácia, assim como com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Não houve associação entre qualidade de vida e autoestima não houve associação entre as variáveis. Ou seja, o fato de apresentar autoestima satisfatória ou não, não esteve associado com os níveis de qualidade de vida ( $p > 0,05$ ).

Houve associação entre qualidade de vida e autoeficácia. O resultado da correlação indica que uma maior autoeficácia se relaciona a um maior domínio físico ( $p = 0,025$ ), maior domínio psicológico ( $p = 0,008$ ) e maior domínio do meio ambiente ( $p = 0,002$ ). Ou seja, as gestantes que possuem maior nível de autoeficácia, vivenciam melhor a qualidade de vida nos domínios físicos, psicológicos e de meio ambiente. Esse resultado vai ao encontro com a conclusão de Iwanowicz-Palus *et al.*, (2019), mesmo gestantes com diagnóstico de

hiperglicemia apresentam altos níveis de aceitação da doença e autoeficácia generalizada.

No presente estudo foram identificadas associações dos fatores sociodemográficos e clínicos com a qualidade de vida e seus domínios, diferente dos estudos de Castro *et al.* (2019) onde não encontraram relação entre variáveis sociodemográficas e os escores de qualidade de vida. Chama a atenção o estudo realizado por Lessa *et al.* (2021) onde foi identificado que ser negra e ocupar lugares sociais desfavoráveis acarretam desvantagens para as mulheres em relação ao acesso a um pré-natal considerado adequado. No domínio físico, as gestantes que se autodeclararam pretas, as que estavam no terceiro trimestre gestacional, aquelas com mais pessoas morando no domicílio, com mais gestações anteriores, com maior número de filhos vivos e com maior número de abortos tiveram menor qualidade de vida que as demais ( $p < 0,05$ ) as gestantes do terceiro trimestre gestacional, com maior número de partos vaginais e com mais pessoas morando no domicílio também tiveram pior qualidade de vida ( $p < 0,05$ ). Concordando com os resultados de Iwanowicz-Palus *et al.*, (2019) que mostraram que a maior qualidade de vida nos domínios psicológico e social foi vivenciada pelas mulheres que engravidaram pela primeira vez, e a menor pelas que engravidaram três ou mais vezes.

No domínio de meio ambiente, a qualidade de vida da área rural foi maior que da urbana ( $p = 0,031$ ). Nesse mesmo domínio, pessoas com renda inferior a um salário mínimo, reportaram pior qualidade de vida ( $p = 0,002$ ). Iwanowicz-Palus *et al.*, (2019) também notaram maiores níveis de qualidade de vida geral, saúde geral percebida e qualidade de vida no domínio ambiental em gestantes residentes em áreas rurais.

Soares *et al.* (2021) concluíram que fatores sociodemográficos, como maior idade e escolaridade, renda mais elevada, gestantes com parceiro estável e que tinham trabalho remunerado, estavam associados a uma melhor qualidade de vida. Aquelas que tinham um ou mais filhos apresentaram pior qualidade de vida e aquelas com apoio do parceiro, que planejaram sua gestação, receberam orientações educativas, praticaram atividade física e foram acompanhadas no serviço privado durante a gestação apresentaram melhores índices de qualidade de vida.

Lagadec *et al.* (2018) analisaram alguns estudos para buscar fatores sociodemográficos que estiveram fortemente associados á melhor qualidade de vida

de gestantes e encontraram a idade materna média, primiparidade, idade gestacional precoce, ausência de problemas econômicos, nível educacional elevado, estar empregado, ser casado, ter família e amigos. Mostrando que esses fatores podem exercer influência na qualidade de vida.

Bien *et al.* (2016) avaliaram a qualidade de vida, focando no funcionamento do indivíduo nos domínios físico, psicológico e social, bem como em seu ambiente. No que diz respeito a esses domínios, os entrevistados experimentaram a maior qualidade de vida nos domínios social e físico.

Calou *et al.* (2018) mostraram que as alterações físicas, psicológicas, ambientais e sociais durante a gravidez são influenciadas pelo contexto em que a gestante está inserida e pela forma como ela se relaciona consigo mesma e com outras pessoas. Nessa perspectiva evidenciaram alguns preditores que exerceram variação positiva na qualidade de vida durante a gravidez, a saber, ocupação, paridade, apoio do parceiro, estado civil e pessoas com quem as mulheres moram.

Com relação a autoeficácia e autoestima, os resultados indicaram que não houve associação ( $p = 0,401$ ). Ou seja, o fato das gestantes possuírem ou não autoestima satisfatória não interfere em suas crenças de autoeficácia. Bandura (1986) discute que a motivação intrínseca é uma função de autoeficácia e crenças autoavaliativas semelhantes às percebidas pela realização de metas e percepções de sucesso.

Assim, supostamente o fato de estar gerando um filho pode ser uma motivação que leva ao aumento da autoeficácia, independentemente de situações adversas da vida.

A autoeficácia geral captura crenças motivacionais (ou julgamento) em relação às capacidades para realização de tarefas em geral, enquanto a autoestima captura uma avaliação mais afetiva (ou sentimentos) sobre si mesmo. De fato, dados empíricos sugerem que a autoeficácia geral pode ser um componente que contribui para o desenvolvimento da autoestima. Contrariando os achados do presente estudo, autores afirmam que é esperado que exista correlação positiva entre medidas dessas variáveis (Sbicigo *et al.*, 2012).

## 8 CONCLUSÃO

Houve associação entre a qualidade de vida e autoeficácia. Uma maior autoeficácia se relacionou a um maior domínio físico ( $p = 0,025$ ), maior domínio psicológico ( $p = 0,008$ ) e maior domínio do meio ambiente ( $p = 0,002$ ).

Não houve associação entre a qualidade de vida e autoestima ( $P > 0,05$ ) e não houve associação entre autoeficácia e autoestima ( $p = 0,401$ ).

Em relação aos fatores sociodemográficos e clínicos e associações com a qualidade de vida, participantes com maior número de abortos obtiveram pior percepção da qualidade de vida ( $p = 0,039$ ) e aquelas com maior nível de renda, com gestações anteriores, com maior número de partos vaginais e com maior número de abortos, obtiveram pior nível de satisfação com a saúde do que as demais ( $p < 0,05$ ).

A maioria das participantes apresentou níveis elevados de qualidade de vida e de autoeficácia e, por outro lado, autoestima insatisfatória.

Com base nestes dados, entende-se que sejam necessários mais estudos sobre estas variáveis para explorar os fatores que interferem na qualidade de vida das gestantes e, sobretudo na autoestima.

Assim sendo, esta pesquisa buscou contribuir com as investigações do processo gravídico, fornecendo subsídios para o progresso e melhoria da qualidade da assistência às gestantes, por meio da identificação de situações que afetam positiva e negativamente a qualidade de vida das gestantes, priorizando dimensões da saúde, como física, mental e social, que geralmente ficam fragilizadas neste período marcante de suas vidas.

Os estudos relacionados à qualidade de vida, autoestima e autoeficácia de gestantes trazem resultados que podem estimular um olhar empático dos profissionais envolvidos no processo de cuidado dessas mulheres. Espera-se que os resultados do presente estudo de alguma forma favoreçam um atendimento mais humanizado, acolhedor e com tratamento mais respeitoso para a gestante, seu bebê e seus familiares.

## 9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES FUTURAS

Embora os achados dessa investigação possuam relevância para a promoção da saúde e qualidade de vida de gestantes, existem limitações que merecem destaque: o estudo possui desenho transversal e a população é composta por gestantes de baixo risco. A transversalidade da pesquisa impossibilitou o acompanhamento das gestantes durante o processo. Cada trimestre gestacional revela mudanças físicas, emocionais e sociais, requerendo dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, um cuidado integral que seja capaz de reconhecer em que dimensões da qualidade de vida estão sendo afetadas, para que a assistência seja adaptada na busca de preservar uma boa qualidade de vida para a gestante.

Recomenda-se o desenvolvimento de um estudo longitudinal, de modo a identificar, ao longo do tempo, fatores que possam influenciar de forma positiva e negativa a qualidade de vida das gestantes nos diferentes períodos gestacionais e favorecer a identificação de possibilidades de implementação de um cuidado direcionado às particularidades de cada mulher por trimestre.

Além disso, faz-se necessário que novas pesquisas sejam realizadas com o objetivo de avaliar a qualidade de vida, autoestima e autoeficácia de gestantes de alto risco, com um acompanhamento que permita conhecer, observar e comparar esse grupo específico com o grupo estudado na presente pesquisa, visto que a temática merece ser mais explorada. Sugere-se ainda a criação e validação de instrumentos que avaliem de forma específica as gestantes.

## REFERÊNCIAS

- ANDREUCCI, C.B.*et al.* Sis prenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000064>. Acesso em: 07 ago. 2023.
- BALSAN, L. A. G.*et al.* Adaptação e Validação da Nova Escala Geral de Autoeficácia. **Revista Avaliação Psicológica**, v. 19, n. 4, p. 409-419, 10 out. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2020.1904.16654.07>. Acesso em: 21 fev. 2023.
- BANDURA, A. **Fundamentos sociais do pensamento e da ação**. Penhascos de Englewood, N.J.: Prentice-Hall, 1986
- BANDURA, A. **Autoeficácia**: O exercício do controle. Nova Iorque: Freeman, 1997.
- BANDURA, A. On deconstructing commentaries regarding alternative theories of self-regulation. **Journal of Management**, v.41, n. 4, p. 1025-1044, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0149206315572826>. Acesso em: 10 jan. 2023.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, n.2, p. 191-215, 1997. Disponível em: [doi:10.1037/0033-295X.84.2.191](https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191). Acesso em: 01 jan. 2023.
- BANDURA, A.*et al.* Role of affective self-regulatory efficacy on diverse spheres of psychosocial functioning, **Child Development**, v. 74, n. 3, p. 769-782. 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8624.00567>. Acesso em: 27 fev. 2023.
- BANDURA, A. Self-efficacy. *In*: RAMACHAUDRAN, V. S. (Ed.). **Encyclopedia of human behaviour**. v. 4. New York: Academic Press, 1994. p. 71-8.
- BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S.D.; TORRES, E. C.R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **Psic: Revista da Vetor Editora**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 39-48, jun. 2006. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-73142006000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000100006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 27 jan. 2023.
- BARINI, R. Modificações Hormonais e Variações Comportamentais na mulher. *In*: ZAMIGNANI, D.R. **Sobre Comportamento e Cognição**. v. 3. São Paulo: Arbytes Editora Ltda, 1997.
- BEDASO, A.*et al.* The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Reproductive health**, v. 18, n. 1, 162, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5>. Acesso em: 16 jan. 2024.
- BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L.. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 414–421, maio 2006. Disponível em

<https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000300016>. Acesso em 10 de janeiro de 2024.

BICA, I. *et al.* Influência sociodemográfica na qualidade de vida relacionada com a saúde dos adolescentes. **Acta Paul Enferm.**33, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0054>. Acesso em: 15 jan. 2023.

BIEN, A. *et al.* Fatores que afetam a qualidade de vida e a aceitação da doença em mulheres grávidas com diabetes. **Internacional J. Meio Ambiente. Res. Saúde Pública**, 2016.

BISCESKI, A. *et al.* Características epidemiológicas da saúde materno-infantil. **Rev. enfermagem**, v. 8, n. 8, 2012. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/477>. Acesso em: 05 de jun.2023.

BOWLBY, J. **Apego e perda: a natureza do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

BRASIL. Banco de dados do sistema único de saúde (DATASUS). **Informações de saúde, indicadores de saúde: indicadores e dados básicos, indicadores de coberturas, coberturas de consulta pré-natal**. 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/f06.def>. Acesso em: 27 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria gm/ms nº 13, de 13 de janeiro de 2023**. Revoga Portarias que especifica e dá outras providências. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0013\\_16\\_01\\_2023.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0013_16_01_2023.html). Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do sistema único de saúde - sus - a rede cegonha. Disponível em: [https://Bvsms.Saude.Gov.Br/Bvs/Saudelegis/Gm/2011/Prt1459\\_24\\_06\\_2011.Html](https://Bvsms.Saude.Gov.Br/Bvs/Saudelegis/Gm/2011/Prt1459_24_06_2011.Html). Acesso em: 10 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Caderno HUMANIZASUS: Humanização do Parto e Nascimento**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BREKKE, M. *et al.* Quality of Life instruments and their psychometric properties for use in parents during pregnancy and the postpartum period: a systematic scoping review. **Health Qual Life Outcomes**, v. 20, n. 107, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-022-02011-y>. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRUNTON, R.; SIMPSON, N.; DRYER, R. Ansiedade relacionada à gravidez, percepção da autoeficácia dos pais e a influência da paridade e da idade. **Int. J.**



**Environ. Res. Public Health**, v. 17, n. 18, p. 6709, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17186709>. Acesso em: 10 mar. 2023.

BUSS, C., DAVIS, E. P. L., MUFTULER, T., HEAD.,K.,SANDMAN, C. A. HIGH.Pregnancy anxiety during mid-gestation is associated with decreased gray matter density in 6–9-year-old children, **Psychoneuroendocrinology**, V. 35, n. 1, p. 141-153,2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.07.010>. Acesso em 10 de jan. de 2024.

CALOU, C.G.P.*et al.* Preditores maternos relacionados à qualidade de vida em gestantes do Nordeste do Brasil. **Health Qual Life Outcomes**, v.16,n. 109, p. 109, 2018. Disponível em:<https://doi.org/10.1186/s12955-018-0917-8>. Acesso em: 09 mar. 2023.

CAPRARA, G. V.*et al.* Assessing regulatory emotional self-efficacy in three countries, **Psychological Assessment**, v.20, n.3, p. 227-237, 2008.Disponível em: <https://doi.org/10.1037/1040-3590.20.3.227>. Acesso em: 10 out. 2023.

CARON, N.A. **A relação pais e bebês-** da observação à clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

CASSIANO, A. C. M.*et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, v. 65, n. 2, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.21874/rsp.v65i2.581>. Acesso em: 01 jun. 2019

CASTRO, D. A. de. Qualidade de vida de gestantes assistidas pela Estratégia de Saúde da Família. 2010. 184p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: [https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-13012011-150422/publico/Danielle\\_Castro.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-13012011-150422/publico/Danielle_Castro.pdf). Acesso em: 10 maio 2023.

CASTRO, D. F. A.de; FRACOLLI, L. A. Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes. **Mundo saúde**, v. 37, n. 2, p. 159-165, 2013. Disponível em:<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-757660>. Acesso em: 21 fev. 2023.

CASTRO, G. G. de *et al.* Diferenças da qualidade de vida entre mulheres com alto e habitual risco gestacional. **Aletheia**, Canoas, v. 52, n. 1, p. 102-115, jun. 2019. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942019000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942019000100008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 15 set. 2023.

CAVALCANTE, J. C. B.; SOUSA, V. E. C.; LOPES, M. V. O. Baixa autoestima situacional em gestantes: uma análise de acurácia. **Revista Brasileira de Enfermagem**,v.65, n.6, p.977-83, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a14v65n6.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2023.

CHUNMEI, D.*et al.* Autoeficácia associada à regressão da dor na cintura pélvica relacionada à gravidez e dor lombar a pós a gravidez.**BMC Gravidez Parto**,v. 23,

p.122, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05393-z>. Acesso em: 13 mar. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Conselhos de Enfermagem repudiam desmonte da Rede Cegonha. **Cofen**, 04 abr. 2022. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/conselhos-de-enfermagem-repudiam-desmonte-da-rede-cegonha\\_97611.html](http://www.cofen.gov.br/conselhos-de-enfermagem-repudiam-desmonte-da-rede-cegonha_97611.html). Acesso em: 22 mar. 2023.

COSTA, A. C. O.; MASCARELLO, K. C. Prevalência de disparidades raciais na assistência pré-natal e no parto no Brasil no período entre 2007 e 2018. *Práticas E Cuidado: Revista De Saúde Coletiva*, v. 3, p. e14204-e14204, 2022.

DAHER, A.S.; BAPTISTA, M.N.; DIAS, R.R. Aspectos relevantes da depressão na gravidez e dos transtornos pós-parto. **Psico-Usf**, v.4, n.1, p. 77-89, 1999.

DEVELOPMENT of the world health organization. Whoqol-bref quality of life assessment. The WHOQOL Group. **Psychol Med.**, v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998. Disponível em: <https://doi.org/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

DINIZ, C. S. G.; CABRAL, C. S. Saúde reprodutiva e direitos, e políticas públicas no Brasil: revisitando desafios durante pandemias de covid-19, **Global Public Health**, v. 17, n. 11, p. 3175-3188, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1995463>. Acesso em: 16 jan. 2024.

DRYER, R.; CHEE, P.; BRUNTON, R. The role of body dissatisfaction and self-compassion in pregnancy-related anxiety. **Journal of Affective Disorders**, v. 313, p. 84-91, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.06.068>. Acesso em: 17 jan. 2024.

FERNANDES, F. C. G. de M.; SANTOS, E. G. de O.; BARBOSA, I. R. A idade da primeira gestação no Brasil: dados da pesquisa nacional de saúde. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 304-312, dez. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.v29.9523>. Acesso em: 11 jan. 2024.

FERREIRA, D. Q. *et al.* Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 34, n. 9, p. 409-13, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000900004>. Acesso em: 10 jan. 2024.

FERREIRA, F. M.; HAAS, V. J.; PEDROSA, L. A. K. *et al.* Qualidade de vida de adolescentes após a maternidade. **Acta Paul Enferm.**, v.26, n.3, p. 245-9, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000300007>. Acesso em: 12 set. 2023.

FLECK, M.P.A. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 19, p. 28, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006>. Acesso em: 12 maio 2023.

FLECK, M.P.A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p.

178-83, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>. Acesso em: 02 out. 2023.

FLECK, M. P. A. **Problemas conceituais em qualidade de vida**. Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde, p. 19-28, Porto Alegre, 2018.

FONTES, A. P.; AZZI, R. G. Crenças de autoeficácia e resiliência: apontamentos da literatura sociocognitiva. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29, n. 1, p. 105-114, mar. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000100012>. Acesso em: 17 jan. 2024.

GANDOLFI, F. R. R. *et al.* Mudanças na vida e no corpo da mulher durante a gravidez. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, São Paulo, v. 27, n.1, p.126-131, 2019. Disponível em: [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190607\\_200629.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190607_200629.pdf). Acesso em: 10 mar. 2023.

GERALDO, R. M. *et al.* Preenchimento do quesito raça/cor na identificação dos pacientes: aspectos da implementação em um hospital universitário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3871-3880, out. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.08822022>. Acesso em: 05 jan. 2024.

GHAHREMANI, T. *et al.* Women's Mental Health Services and Pregnancy: A Review. **Obstetrical & gynecological survey**, v. 77, n. 2, p. 122-129, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000994>. Acesso em: 30 nov. 2022.

GOMES-VALÉRIO, J. O. **Apresentação da versão brasileira definitiva da escala de autoeficácia geral percebida**. Juiz de Fora: 2016.

GRAVENA, A. A. F. *et al.* Resultados perinatais em gestações tardias. **Revista Esc Enferm. USP**, v. 46, n. 1, p. 15-21, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/zVjsdHqVhtkcMm7D9QFVQyH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2023.

HEATHERTON, T. F.; WYLAND, C. L. Avaliando a autoestima. **Associação Americana de Psicologia**, p. 2019-233, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/10612-014>. Acesso em: 10 dez. 2023.

HUTZ, C. S. **Adaptação da escala de autoestima de Rosenberg**. Manuscrito não publicado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.

HUTZ, C.S.; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica**, v.10, n.1, p. 41-49, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v10n1/v10n1a05.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2023.

HUTZ, C.S.; ZANON, C.; VAZQUEZ, A. Escala de Autoestima de Rosenberg. *In*:HUTZ, C. S. (Eds.). **Avaliação em psicologia positiva**.v. 7.p.85-94. Porto Alegre: Artmed., 2014.

HUTZ, C. S.*et al.*A relação de esperança, otimismo, autoestima, bem-estar subjetivo e personalidade em brasileiros e americanos, **Psicologia**,v. 5, n.6, p. 514-522, 2014.

IBGE. **Censo demográfico**. 2022. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 10 jan. 2024

IWANOWICZ-PALUS, G. *et al.* Quality of Life, Social Support, Acceptance of Illness, and Self-Efficacy among Pregnant Women with Hyperglycemia.**Int J Environ Res Public Health**,v. 16, n.20, p.3941, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16203941>. Acesso em: 20 mar. 2023.

IWANOWICZ-PALUS, G.;MRÓZ, M.;BIEN, A. Quality of life, social support and self-efficacy in women after a miscarriage. **Health and quality of life outcomes**, v.19, n.16, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01662-z>. Acesso em:20 mar. 2023.

HUTCHINSON, J.; CASSIDY, T. Bem-estar, autoestima e satisfação corporal em novas mães, **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 40, n. 5, p. 532-546, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1916452>. Acesso em: 12 mar. 2023.

KESSLER, R.C. *et al.* The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v.18, n.1, p. 23-33. jan./mar. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s1121189x00001421>. Acesso em: 25 jan. 2023.

KRZEPOTA, J.;SADOWSKA, D.;BIERNAT, E. Relações entre atividade física e qualidade de vida em gestantes no segundo e terceiro trimestre. **Int J Environ Res Saúde Pública**, v. 15, n. 12, p. 2745, 2018.Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph15122745>.Acesso em: 09 out. 2023.

LAGADEC, N.*et al.*Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. **BMC Pregnancy Childbirth**,v.18, p. 455,2018. Disponível em:<https://doi.org/10.1186/s12884-018-2087-4>. Acesso em: 01 mar. 2023.

LAUTARESCU, A.; CRAIG,C.M.;GLOVER, V. Chapter two-Prenatal Stress: Effects on fetal and child brain development. **Science Direct**. v.150, p.17-40, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2019.11.002>. Acesso em: 15 de jan. 2024.

LEAL, M. C. *et al.* Prenatal care in the Brazilian public health services. *Revista de Saúde Pública* [online]. v. 54 [Acessado 25 Março 2024] , 08. Disponível em:

<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>. Acesso em: 10 de dezembro de 2023.

LEAL, M. C. *et al.* Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no município do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**, v.20, Suppl. 1, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000700007>. Acesso em: 18 abr. 2023.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. da; CUNHA, C. B. DA. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 100–107, jan. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000100013>. Acesso em: 05 jan. 2024.

LEAL, M. do C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>. Acesso em: 31 out. 2023.

LESSA, M. S. de A. *et al.* Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3881–3890, out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.01282022>. Acesso em: 10 set. 2023.

LIMA, M. O. *et al.* Depressive symptoms is pregnancy and associated factors: longitudinal study. **Acta Paul Enferm.**, v. 30. n.1, p. 30-46, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/NMBmYV38fbJcTFTGmDXLzWh/?format=pdf>. Acesso em: 30 abr. 2023.

LINDEN, K. *et al.* Bem-estar e controle do diabetes em mulheres grávidas com diabetes mellitus tipo 1. **Internacional J. Meio Ambiente. Res. Saúde Pública**, v. 13, p. 836, 2016.

LONGHI REZENDE, C.; GRUBITS FREIRE, H. B.; VERA NORIEGA, J. Ángel; DURAZO SALAS, F. F. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento de embarazadas de alto riesgo y riesgo habitual. **Diversita**, v. 17, n. 1, 2021. Disponível em: <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/6542>. Acesso em: 01 de fev. 2024.

MACHADO, M. de S. R. *et al.* Multiprofessional care promotes of quality of life in pregnant women with preeclampsia: a cross-sectional study. **Clinics, Science Direct**, v. 75, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e1951>. Acesso em: 21 fev. 2023.

MAÇOLA, L.; VALE, I. D.; CARMONA, E.V. Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Ver. Esc. enferm USP**. v.44, n. 3, p.70-77, set. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300004>. Acesso em: 06 mar. 2023.

MALEKI, A.; FAGHIHZADEH, E.; YOUSEFLU, S. O efeito da intervenção educacional na melhoria da autoeficácia da amamentação: uma revisão sistemática

e meta-análise. **Obstetrics and Gynecology International**, Hindawi, n. 5522229, p. 1-18, 18 ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2021/5522229>. Acesso em: 20 mar. 2023.

MELO, L. L.; LIMA, M. A. D. Mulheres no segundo e terceiro trimestres de gravidez: suas alterações psicológicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n.1, p. 81-86, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672000000100010>. Acesso em: 02 maio 2023.

MINAYO, M.C.S., HARTZ, Z.M.A., BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciê. Saúde Colet.**, v.5, n.1, p.7-18, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>. Acesso em: 12 maio 2023.

MOGOS, M.F. *et al.* Systematic review of quality of life measures in pregnant and postpartum mothers. **Appl Res Qual Life**, v. 8, n. 2, p. 219-250, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11482-012-9188-4>. Acesso em: 1 fev. 2023.

NICHOLSON, W. K. *et al.* Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. **Obstetrics and gynecology**, v.107, n. 4, p. 798-806, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000204190.96352.05>. Acesso em: 17 jan. 2024.

OLIVEIRA, A. C.; SENE, L. B.; WATANABE, L. A. Perception of pain in normal delivery in pregnant women. **ScireSalutis.**, v. 8, n. 2, p. 32-42, 2018.

OLIVEIRA, S. X. *et al.* Características dos domínios da qualidade de vida em gestantes da estratégia de saúde da família. **Ver Enferm UFPE OnLine**, v.7 (esp), 7007-7016, dez. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.4767-42136-1-ED.0712esp201307>. Acesso em: 27 jun. 2023.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Folha Informativa Mortalidade Materna**. Brasília, DF, Brasil, 2018. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820). Acesso em: 22 jan. 2023.

OPHEIN, *et al.* Self-esteem in patients with inflammatory bowel disease. **Qual Life Res**, v. 29, n.7, p. 1839-1846, jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02467-9>. Acesso em: 10 dez. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Geneva: WHO, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment: position paper from the world health organization. **Soc Sci Med.**, v. 4, p.1403-9, 1995.

PACAGNELLA, R. C. *et al.* Maternal Mortality in Brazil: Proposals and Strategies for its Reduction. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 40, n. 9, p. 501-506, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1672181>. Acesso em 15 set. 2023.

PAIZ, J. C. *et al.* Fatores associados à satisfação das mulheres com a atenção pré-natal em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **CiênciaSaúde Coletiva**, v. 26, n. 8, p. 3041-3051, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.15302020>. Acesso em: 12 fev. 2023.

PANTZARTZIS, K. A. *et al.* Gestational diabetes mellitus and quality of life during the third trimester of pregnancy. **Quality of Life Research**, v.28, n. 5, p. 1349-1354, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2090-2>. Acesso em: 05 jan.

PEDROSO, B. Novas possibilidades e limites da avaliação da qualidade de vida: análise dos instrumentos WHOQOL, modelos clássicos de qualidade de vida no trabalho e proposição de um instrumento. 2021. 317 f. Tese (Livre-docência em Educação Física) – Departamento de Educação Física, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2021. Disponível em: [https://ri.uepg.br/riuepg/bitstream/handle/123456789/954/TESE-Livre-doc%C3%A0ncia\\_BrunoPedroso.pdf?sequence=1](https://ri.uepg.br/riuepg/bitstream/handle/123456789/954/TESE-Livre-doc%C3%A0ncia_BrunoPedroso.pdf?sequence=1). Acesso em 15 de janeiro de 2024.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241–250, abr. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>. Acesso em: 20 dez.2023.

PERRY, S. E. Enfermagem Materna Contemporânea. *In*: LOWDERMILK, D. L. e PERRY, S. E. **Enfermagem na Maternidade**. 7. ed. Loures: Lusodidacta, 2006.

PICCININI, C. A. *et al.* Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia Em Estudo**, v. 13, n. 1, p. 63-72, mar. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000100008>. Acesso em: 08 mar. 2023.

PNUD no Brasil: Por um desenvolvimento humano, inclusivo e sustentável. **PNUD**. 2023. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/odm.aspx>. Acesso em: 08 set. 2023.

PONTING, C. *et al.* Cognitive behavioral stress management effects on prenatal anxiety among low-income women. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 90 n.2, p.148-160, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/ccp0000699>. Acesso em: 12 jan. 2023.

PREUSS, L. T. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Revista Katálysis**, v. 21, n. 2, p. 324-335, maio/ago. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n2p324>. Acesso em: 10 mar. 2023.

PROGRAMME on Mental Health. **World Health Organization**, 1997.

RASMIEH, M. AL-AMER; MALAKEH, Z.; MALAK, M. M. D. Autoestima, estresse e sintomas depressivos entre mulheres grávidas jordanianas: apoio social como fator

mediador. **Women&Health**, v. 62, n.5, p. 412- 420, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/03630242.2022.2077508>. Acesso em: 13 mar. 2023.

RAUDASOJA, M. *et al.* The role of self-esteem on fear of childbirth and birth experience. **Journal of reproductive and infant psychology**, 2022. Advance online publication. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02646838.2022.2115989>. Acesso em: 03 jan. 2023.

RAUDASOJA, M.; VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K.; TOLVANEN, A. Passing the test of motherhood? Self-esteem development and birth experience in the transition to motherhood: A longitudinal mixed methods study in Finland. **Journal of advanced nursing**, v. 78, n.2, p. 4246-4260, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.15468>. Acesso em: 13 mar. 2023.

RAZUREL, C. *et al.* Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support. **Women & health**, v. 57, n. 2, p. 154-172, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1157125>. Acesso em: 18 jan. 2023.

RODRIGUES, L. *et al.* Quality of Life of Pregnant Women with Systemic Lupus Erythematosus. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 44, n. 5, p. 475-482, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1743092>. Acesso em: 21 fev. 2023.

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

SANTOS, A. B. dos *et al.* Autoestima e qualidade de vida de uma série de gestantes atendidas em rede pública de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 392-400, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483647679020.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2023.

SBICIGO, J. B. *et al.* Propriedades Psicométricas da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP). **Psico**, v. 43, n. 2, 2012 Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/revistapsico/article/view/11691>. Acesso em: 21 fev. 2023.

SCHETTER, C. D.; LYNLEE, T. Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 25, n. 2, p. 141-148, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503680>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SCHULTHEISZ, T. S. V.; S.; APRILE, M. R. Autoestima, conceitos, correlatos e avaliação. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 36-48, 2013. Disponível em: [https://www.academia.edu/12178758/AUTOESTIMA\\_CONCEITOS\\_CORRELATOS\\_E\\_AVALIA%C3%87%C3%95ES](https://www.academia.edu/12178758/AUTOESTIMA_CONCEITOS_CORRELATOS_E_AVALIA%C3%87%C3%95ES). Acesso em: 17 jan. 2024.

SCHWARZER, R.; JERUSALÉM, M. General Self-Efficacy Scale (GSE). **APA PsycTests**, 1995.



SHAKARAMI, A.; MIRGHAFORVAND, M.; ABDOLALIPOUR, S. *et al.* Comparação de medo, ansiedade e autoeficácia no parto entre mulheres primíparas e múltiparas. *BMC Gravidez Parto*, v.21, n. 642, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04114-8>. Acesso em: 01 dez. 2023.

SHISHEHGAR, S. *et al.* Percepção de estresse na gravidez e qualidade de vida entre mulheres iranianas, *Glob J Health Sci.*, v. 6, p. 270-277, 2014.

SILVA, R. A. *da et al.* Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 9, p. 1832-1838, set. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900016>. Acesso em: 10 dez. 2023.

SILVA, L.S. *et al.* Análise das mudanças fisiológicas durante a gestação: desvendando mitos. *Revista Eletrônica*, v.8, n.1, p.1-16, 2015. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/AN%C3%81LISE-DAS-MUDAN%C3%87AS-FISIOLOGICAS-DURANTE-A-MITOS-Silva-Pessoa/d277e78a53a90cfe47f347db990ede6b32f1e909>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SOARES, P. R. A. L. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes e fatores associados. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 34, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO002075>. Acesso em 20 mar. 2023.

SOUZA, I.; SOUZA, M. A. de. Validação da Escala de Auto-Eficácia Geral Percebida. *Rev. Univ. Rural, Sér. Ciências Humanas*. Seropédica, RJ, EDUR, v. 26, n. 1, p. 12-17, jan./dez. 2004. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/260338439\\_Validacao\\_da\\_Escala\\_de\\_Auto\\_eficacia\\_Geral\\_Percebida](https://www.researchgate.net/publication/260338439_Validacao_da_Escala_de_Auto_eficacia_Geral_Percebida). Acesso em: 13 nov. 2023.

SOUZA, J.P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SO100-720320150005526>. Acesso em: 07 set. 2023.

SPINDOLA, T. *et al.* Período pós-parto na ótica de mulheres atendidas em um hospital universitário. *Enfermagem Foco*. v.8, n.1, p. 42-6, 2017. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/847/364>. Acesso em: 09 mar. 2023.

SYMON, A. G.; DOBB, B. R. An exploratory study to assess the acceptability of an antenatal quality-of-life instrument (the Mother-generated Index). *J Midw*, v. 24, n. 4, p. 442-450, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.05.005>. Acesso em: 12 mar. 2023.

THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, É. L.. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 11, p. 3505–3516, nov. 2018.

THULLER, A.C. de M.; WALL, M.L. Construção e validação de escala de autoeficácia de gestantes na prevenção das síndromes hipertensivas da

gravidez. **Cogit. Enferm.**, v.26, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.75754>. Acesso em: 10 mar. 2023

VACHKOVA, E. *et al.* A avaliação das propriedades psicométricas de um questionário específico de qualidade de vida para gravidez fisiológica. **Resultados em saúde e qualidade de vida**, v. 11, n. 1, p. 214, 2013.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saude Publica**, 30(Supl. 1), p. 85-100, ago. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Acesso em: 10 nov. 2023.

WATSON, B. *et al.* The meaning of body image experiences during the perinatal period: a systematic review of the qualitative literature. **Body Image**, v.14, n.10, p. 102-213, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.005>. Acesso em: 09 mar. 2023.

ZAMIRI-MIANDOAB, N.; KAMALIFARD, M.; MIRGHAFOURVAND, M. Relationship of Self-Esteem With Body Image and Attitudes Toward Motherhood and Pregnancy. **Journal of psychosocial nursing and mental health services**, v. 60, n.10, p.29-37, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/02793695-20220330-01>. Acesso em: 06 mar. 2023.

## **APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**(Resolução CNS 510/2016)**

**Qualidade de vida na gestação: associações entre autoestima e autoeficácia.**

A Senhora está sendo convidada para participar da pesquisa “Qualidade de vida, autoeficácia e autoestima na gestação”

O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida de gestantes e associações com a autoeficácia e autoestima de gestantes que realizam o pré-natal no Sistema Único de Saúde.

A senhora foi selecionada por ter idade igual ou superior a 18 anos, estar grávida e realizar pré-natal no serviço de saúde pública de Mococa. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento a senhora pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que realiza o seguimento da sua gestação.

A coleta de dados será composta por quatro questionários, inicialmente, um questionário para coletar informações sobre dados sociodemográficos e clínicos como idade, estado civil, escolaridade e outros dados de sua gestação. Também serão usados instrumentos de pesquisa validados por outros pesquisadores da área da saúde para avaliar sua qualidade de vida, sua autoeficácia e autoestima. O tempo utilizado para a coleta dos dados será de aproximadamente 30 minutos.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos, mas reforço garantia de que seu nome não será divulgado.

A senhora tem direito de ter acesso aos resultados dessa pesquisa e garanto apresentar à senhora os resultados dela, basta me informar de que forma prefere que os resultados sejam apresentados ou enviados.

O preenchimento destes questionários não oferece risco imediato à senhora, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter a algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço após responder os questionários. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, a senhora poderá optar pela suspensão imediata da entrevista.

Durante a entrevista poderão ocorrer sentimentos negativos que podem gerar desconfortos e até ansiedade, caso isto ocorra, a senhora terá a garantia de ser acolhida e atendida integralmente pela pesquisadora responsável de forma gratuita. A senhora não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo e terá direito a indenização se ocorrer qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Também, a senhora não terá nenhum benefício direto. Entretanto, este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento sobre a qualidade de vida das gestantes e sua autoestima e autoeficácia. Além da possibilidade de voltar o olhar para si, com isso poderá conhecer ou reconhecer conceitos que poderão contribuir para uma melhor qualidade de vida durante o processo gestacional.

A senhora receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal com quem você poderá tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação agora ou a qualquer momento.

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP)** da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km

235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br). Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30.

O CEP está vinculado à **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)** do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br).

**Dados para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):**

**Pesquisadora Responsável:** Patrícia Fernanda Evaristo Mazziero

Endereço: Rua LuisAntonio Fernandes Dias, 281. Jd São Luis. Mococa-SP.

Contato telefônico: 19 991645576 E-mail: [pfemazziero@estudante.ufscar.br](mailto:pfemazziero@estudante.ufscar.br)

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Anamaria Alves Napoleão. Endereço: Rod. Washington Luis, km 235 Caixa postal 676, CEP 13565- 905 – São Carlos/SP. E-mail: [anamaria@ufscar.br](mailto:anamaria@ufscar.br)

**Co-orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Natália Rejane Salim. Endereço: Rod. Washington Luis, km 235 Caixa postal 676, CEP 13565- 905 – São Carlos/SP

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante

## APÊNDICE 2 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

**Data da coleta:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**1. Idade:**

( ) 18 a 24 anos ( ) 25 a 39 anos ( ) 40 a 45 anos

**2. Cor/Raça autodeclarada:**

( ) Branca ( ) Preto ( ) Pardo ( ) Amarela ( ) Indígena

**3. Estado civil:**

( ) casada ( ) solteira ( ) viúva ( ) união estável ( ) divorciada

**4. Escolaridade:**

( ) não alfabetizado

ensino fundamental ( ) completo ( ) incompleto

ensino médio ( ) completo ( ) incompleto

ensino superior ( ) completo ( ) incompleto

**5. Reside em ( ) área urbana ( ) área rural**

**6. Quantidade de pessoas residentes no domicílio:** ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )

outras \_\_\_\_\_

**5. Renda salarial média:**

( ) inferior a 1 salário mínimo ( ) 1 a 3 salários mínimos ( ) 4 a 6 salários mínimos ( )

7 a 9 salários mínimos ( ) superior a 10 salários mínimos

**6. Idade gestacional:** ( ) 1º trimestre ( ) 2º trimestre ( ) 3º trimestre

**7. Patologias prévias ou instaladas na gestação:** S.H.G ( ) D.M.G ( )

Outras \_\_\_\_\_

**8. Número de gestações anteriores:** ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

Outras \_\_\_\_\_

**9. Número de filhos vivos:** 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

Outros \_\_\_\_\_

**10. Número de cesáreas anteriores:** 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

Outras \_\_\_\_\_

**11. Número de partos vaginais anteriores:** ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

Outras \_\_\_\_\_

**12. Número de abortos anteriores:** ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

Outras \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE 3- CARTA DE AUTORIZAÇÃO**

### **CARTA DE AUTORIZAÇÃO**

**Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),**

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da Secretaria Municipal de Saúde de Mococa, informo que o projeto de pesquisa intitulado "Qualidade de Vida na gestação: associações entre autoestima e autoeficácia", apresentado pela pesquisadora Patrícia Fernanda Evaristo Mazziero, e que tem como objetivo principal Avaliar a qualidade de vida de gestantes e associações com a autoeficácia e autoestima, foi analisado e autorizada sua realização apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

Solicito a apresentação do Parecer de Aprovação do CEP-UFSCar antes de iniciar a coleta de dados nesta Instituição.

**"Declaro conhecer a Resolução CNS 510/2016. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.**

**Mococa, 23 de fevereiro de 2023**



Fábio Deiduca da Silva

**Secretário Municipal de Saúde  
Prefeitura Municipal de Mococa**

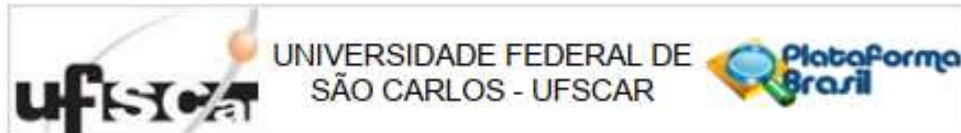
**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOCOCA**

**SECRETARIA DE SAÚDE**

**Praça Marechal Deodoro, 93 - Centro - Mococa - São Paulo**

**Tel.: (19) 3666-5200 Portal da Cidadania: [www.mococa.sp.gov.br](http://www.mococa.sp.gov.br)**

## ANEXO 1- PARECER CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Qualidade de vida na gestação: associações entre autoestima e autoeficácia

**Pesquisador:** Patricia Fernanda Evaristo Mazziero

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 69376323.1.0000.5504

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.139.696

**Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2110475.pdf de 15/08/2023) e/ou do Projeto Detalhado (DETALHADO\_02.pdf de 15/08/2023): RESUMO, HIPÓTESE (se houver), METODOLOGIA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.

**Resumo:**

**Introdução:** A gestação é um momento de intensas mudanças para a mulher, em seu organismo e em sua vida com grandes alterações físicas e hormonais. A maneira como a gestante vive estas mudanças repercutem intensamente na constituição da sua maternidade e na sua relação com seu filho. A ansiedade, a depressão e o estresse na gravidez são fatores de risco para desfechos adversos para mãe e bebê. A ansiedade na gravidez está associada a uma gestação mais curta e tem implicações diretas no neurodesenvolvimento fetal, por isso é especialmente potente. É fundamental avaliar e cuidar de questões emocionais durante o pré-natal com a possibilidade de prevenir complicações futuras. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes e associações entre autoeficácia e autoestima. **Método:** O estudo será do tipo descritivo, transversal de abordagem quantitativa. **Local:** O estudo será desenvolvido no município de

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235  
**Bairro:** JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905  
**UF:** SP **Município:** SAO CARLOS  
**Telefone:** (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



## ANEXO 2- ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA

### ANÁLISE DO WHOQOL-BREF

O módulo whoqol-bref é constituído de 26 perguntas (sendo a pergunta numero 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral), as respostas seguem uma escala de likert (de 1 a 5 quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Fora essas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas as quais compõem 4 domínios que são: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, neste instrumento terá que aparecer o resultado somente em média (1 a 5) por domínio e por faceta.

### ATENÇÃO!

Neste instrumento é necessário também recodificar o valor das questões **3, 4, 26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)** as perguntas 1 e 2 deverão aparecer da seguinte forma:

- 1 – percepção da qualidade de vida (resultado em média 1 a 5);
- 2 – satisfação com a saúde (resultado em média 1 a 5)

**Cada faceta é só somar os valores da entrevista (de 1 a 5) e dividir pelo numero de participantes, fazer uma média onde o resultado vai ser de 1 até 5.**

**Abaixo estão os domínios e suas facetas correspondentes a cada faceta com um número identificador conforme o questionário whoqol-bref.**

#### Domínio 1 -domínio físico

- 3. dor e desconforto **aqui do lado vai aparecer a média (resultado)**
- 4. energia e fadiga **em cada faceta.**
- 10. sono e repouso
- 15. mobilidade
- 16. atividades da vida cotidiana
- 17. dependência de medicação ou de tratamentos
- 18. capacidade de trabalho

**Para calcular o domínio físico é só somar os valores das facetas e dividir por 7. (q3,q4,q10,q15,q16,q17,q18)/7** mesmo formato deve ser feito nos demais dominios.

#### Domínio 2 - domínio psicológico

- 5. sentimentos positivos
- 6. pensar, aprender, memória e concentração
- 7. auto-estima
- 11. imagem corporal e aparência

19. sentimentos negativos

26. espiritualidade/religião/crenças pessoais

**para calcular o domínio psicológico é só somar os valores das facetas e dividir por 6. (q5,q6,q7,q11,q19,q26)/6**

### **Domínio 3 - relações sociais**

20. relações pessoais

21. suporte (apoio) social

22. atividade sexual

**para calcular o domínio relações sociais é só somar os valores das facetas e dividir por 3. (q20,q21,q22)/3**

### **Domínio 4 - meio ambiente**

8. segurança física e proteção

9. ambiente no lar

12. recursos financeiros

13. cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade

14. oportunidades de adquirir novas informações e habilidades

23. participação em, e oportunidades de recreação/lazer

24. ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)

25. transporte

**para calcular o domínio meio ambiente é só somar os valores das facetas e dividir por 8. (q8,q9,q12,q13,q14,q23,q24,q25)/8**

Todos os resultados vão ser em média tanto no domínio quanto nas facetas. Quanto aos relatórios mesmo formato do whoqol-old.opção para imprimir para alunos o relatório completo (com domínio, as facetas, as perguntas um e dois e a classificação **necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5)** e resumido com os resultados das questões um e dois **necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5)**.os dados tabulados devem ser compatíveis para importação para o excel, caso seja necessário.

Whoqol – abreviado (fleck et al, 2000) - versão em português

### **Instruções**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. **Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.**

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
--	--	------------	------	------------------	-----	-----------

1	como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	Muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5

7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-	1	2	3	4	5

	a-dia?					
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre <b>quão bem ou satisfeito</b> você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as	1	2	3	4	5

	atividades do seu dia-a-dia?					
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentente	sempre
26	Com que frequência você Tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

---

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

---



### ANEXO 3 - ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA

Versão Portuguesa de Renato Nunes, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1999.

Versão Inicial Brasileira Sbicigo, Teixeira, Dias, & Dell'aglio, 2012.

Versão Brasileira Final Gomes-Valério, 2016.

NOME:

Data:     /     /

Abaixo são apresentadas algumas frases. Leia cada frase e circule o número que melhor descreve você, conforme o esquema de respostas abaixo:

1- Não é verdade a meu respeito	2- É dificilmente verdade a meu respeito	3- É moderadamente verdade a meu respeito	3- É totalmente verdade a meu respeito
---------------------------------	--	---	--

1. Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário.	1	2	3	4
2. Mesmo que alguém se oponha eu encontro maneiras e formas de alcançar o que quero.	1	2	3	4
3. Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar meus objetivos	1	2	3	4
4. Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas.	1	2	3	4
5. Devido às minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas.	1	2	3	4
6. Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante.	1	2	3	4
7. Eu me mantenho calmo mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas.	1	2	3	4
8. Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções.	1	2	3	4
9. Se estou com problemas, geralmente encontro uma saída.	1	2	3	4
10. Não importa a adversidade, eu geralmente consigo enfrentá-la.	1	2	3	4

#### **ANEXO 4- ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG**

**Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada**

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

9. Às vezes eu me sinto inútil.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

10. Às vezes eu acho que não presto para nada.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

Observação: Os itens 3, 5, 8, 9 e 10 devem ser invertidos para calcular a soma dos pontos

