

AUTOESTIMA EM GESTANTES DE RISCO: FATORES SOCIAIS E OBSTÉTRICOS CORRELACIONADOS*

SELF-ESTEEM IN AT-RISK PREGNANT WOMEN: CORRELATED SOCIAL AND OBSTETRIC FACTORS*

AUTOESTIMA EN MUJERES EMBARAZADAS CON RIESGO: FACTORES SOCIALES Y OBSTÉTRICOS CORRELACIONADOS

LinikerScolfield Rodrigues da Silva¹, Eliana Lessa Cordeiro², Cristina Albuquerque Douberin³, Karla Roberta Leite de Lima⁴, Ariel Dandara de Carvalho⁵, Emilly Francine Silva⁶, Jhordana-Claryssa Calado Alves⁷, Josenilda Gusmão da Silva⁸

RESUMO

Objetivo: correlacionar os fatores sociais e obstétricos com a Escala de Autoestima em gestantes de alto risco. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal, tipo pesquisa de campo. Compôs-se a amostra por 112 gestantes de alto risco. Utilizou-se a Escala de Autoestima Rosenberg, adaptada no Brasil por Hutz em 2000, bem como um questionário sobre questões socioeconômicas e obstétricas. Usaram-se, para a análise dos dados, um modelo ajustado de regressão univariada de Poisson e dois modelos multivariados e apresentados em forma de tabela. **Resultados:** verificou-se a apresentação dos resultados referentes a quatro variáveis significativas a 5%: nos modelos multivariados, a escolaridade até o Ensino Fundamental e, no univariado, a escolaridade e o número de cirurgias cesarianas. **Conclusão:** nota-se que os principais fatores que levam as gestantes de alto risco a desenvolverem uma autoestima baixa relacionam-se à baixa escolaridade, à falta de ocupação e a cirurgias cesarianas. Aponta-se que isso contribui para uma preocupação científica em se instituir tecnologias que promovam a melhoria do bem-estar físico e mental das gestantes.

Descritores: Gestantes; Autoestima; Enfermagem; Obstetrícia; Gravidez de Alto Risco; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: to correlate social and obstetric factors with the Self-Esteem Scale in high-risk pregnant women. **Method:** It is a quantitative, descriptive, cross-sectional, field research type study. The sample was composed of 112 high-risk pregnant women. The Rosenberg Self-Esteem Scale, adapted in Brazil by Hutz in 2000, was used, as well as a questionnaire about socioeconomic and obstetric questions. For the data analysis, an adjusted model of Poisson's univariate regression and two mul-

tivariate models were used and presented in table form. **Results:** it was verified that the results referring to four significant variables at 5% were presented: in the multivariate models, the education up to Elementary School and, in the univariate, the education and the number of cesarean operations. **Conclusion:** It is noted that the main factors that lead high-risk pregnant women to develop low self-esteem are related to low education, lack of occupation and cesarean surgeries. It is pointed out that this contributes to a scientific concern in instituting technologies that promote the improvement of the physical and mental well-being of pregnant women.

Descriptors: Pregnant women; Self-esteem; Nursing; Obstetrics; High Risk Pregnancy; Women's Health.

RESUMEN

Objetivo: correlacionar factores sociales y obstétricos con la Escala de Autoestima en gestantes de alto riesgo. Método: se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, tipo de investigación de campo. La muestra estuvo compuesta por 112 gestantes de alto riesgo. Se utilizó la Escala de Autoestima de Rosemberg, adaptada en Brasil por Hutz en 2000, así como un cuestionario sobre aspectos socioeconómicos y obstétricos. Para el análisis de datos, se utilizó un modelo ajustado de regresión univariante de Poisson y dos modelos multivariados y presentados en forma de tabla. Resultados: se verificó la presentación de los resultados referidos a cuatro variables significativas al 5%: en los modelos multivariados, la educación hasta la Primaria y, en el univariante, la educación y el número de cesáreas. Conclusión: se observa que los principales factores que llevan a las gestantes de alto riesgo a desarrollar baja autoestima están relacionados con la baja educación, la falta de ocupación y las cesáreas. Se señala que esto contribuye a una preocupación científica por instituir tecnologías que promuevan la mejora del bienestar físico y mental de las embarazadas.

Descriptores: Mujeres Embarazadas; Autoestima; Enfermería; Obstetricia; Embarazo de Alto Riesgo; Salud de la Mujer.

^{1,3}Universidade de Pernambuco/UPE. Recife (PE), Brasil. ¹<https://orcid.org/0000-0003-3710-851X>

³<https://orcid.org/0000-0003-0023-0036>

²Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. ²<https://orcid.org/0000-0001-7305-9431>

^{4,6,7}Centro Universitário Redentor/Instituto de Desenvolvimento Educacional/IDE. Recife (PE), Brasil. ⁴<https://orcid.org/0000-0002-1731-2727> ⁶<https://orcid.org/0000-0001-6572-7313>

⁷<https://orcid.org/0000-0003-1015-8920>

⁵Universidade de Pernambuco/UPE. Recife (PE), Brasil. ⁵<https://orcid.org/0000-0002-0078-2060>

[0000-0001-5981-2431](https://orcid.org/0000-0001-5981-2431)

*Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Residência<<Associação entre autoestima e níveis de ansiedade em gestantes de alto risco em uma maternidade de referência na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil>>. Universidade de Pernambuco/UPE, 2017.

Como citar este artigo

Silva LSR, Cordeiro EL, Douberin CA, Lima KRL, Carvalho AD, Silva EF, *et al.* Autoestima em gestantes de risco: fatores sociais e obstétricos correlacionados. Rev enferm UFPE on line. 2020;14:e246330. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.246330>

INTRODUÇÃO

Considera-se que a gestação, conhecida como um evento natural que desencadeia uma sucessão de adaptações no corpo da mulher, gerando mudanças internas e externas que são essenciais e esperadas, é um processo biológico de transformações, que intervém nas imagens física, emocional, hormonal e social da mulher, bem como no seu convívio familiar.¹

Aponta-se que gestar é um momento singular, porém, não para todas as mulheres, pois é nesta fase gravídico-puerperal que existe uma grande prevalência de transtornos psíquicos, como a ansiedade, depressão, insônia, fadiga, irritabilidade, entre outros. Relaciona-se esta vulnerabilidade a fatores psicossociais e conjugais, à personalidade e à autoestima, podendo, assim, afetar a mãe e o bebê.²

Sabe-se, no Brasil, que cerca de 10% a 20% das gestantes apresentam uma evolução inadequada, podendo vir a desenvolver complicações por serem portadoras de doenças, por algumas intercorrências clínicas ou, até mesmo, pela história reprodutiva anterior. Registra-se, assim, um desenvolvimento inapropriado para a mãe e o bebê, definindo-se o grupo de gestantes de alto risco.³

Denomina-se, por outro lado, em relação àquelas que não desenvolvem nenhuma situação diferente das esperadas no estágio gravídico, como gestação de risco habitual, caracterizando-se esta fase como um cenário em que modificações, adaptações e um quadro de ansiedade são previstos, considerando-se que o aparecimento de riscos para a mãe ou para o feto pode tornar esse padrão de ansiedade elevado, podendo, até, se estender para um quadro depressivo.⁴

Entende-se por autoestima pessoal o que se refere à apreciação/análise positiva ou negativa do indivíduo sobre si, em relação à sua autoconfiança, pautada no juízo pessoal de valor em uma visão central do eu, podendo-se ter uma aprovação ou repulsão que executará um papel essencial no processo de elaboração da identidade.⁵

Ressalta-se, nesse contexto, que Rosenberg criou um instrumento para analisar a autoestima, uma escala que avalia a atitude e o sentimento positivo ou negativo de si mesmo. Associam-se ní-

veis baixos de autoestima ao surgimento de transtornos mentais, como depressão, ansiedade e queixas somáticas, o que pode desencadear resultados desfavoráveis tanto para a mãe quanto para o bebê, bem como no desenvolvimento individual.²

Pontua-se, sendo assim, a necessidade de correlacionar quais os fatores socioculturais, econômicos, psicossociais e conjugais, de uma forma geral, influenciam o aparecimento de problemas de saúde, quando associados à vulnerabilidade de uma gestação de alto risco. Considera-se, portanto, de grande importância conhecer o perfil dessas mulheres, a fim de se detectar quais são os problemas que podem interferir no desenvolvimento saudável da gestação, para que assim, se possa efetivar uma avaliação especializada que dará respaldo à equipe de saúde para se executar, por meio da promoção/prevenção em saúde, soluções que tragam melhoria para a qualidade de vida das gestantes.⁶

Partindo-se desta perspectiva, este estudo teve como premissa analisar quais os fatores que associados a autoestima, interferem na gestação de alto risco.

OBJETIVO

Correlacionar os fatores sociais e obstétricos com a Escala de Autoestima em gestantes de alto risco.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal, tipo pesquisa de campo, que buscou correlacionar os fatores sociais e obstétricos com a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) em gestantes de alto risco.

Incluíram-se mulheres gestantes maiores de 18 anos, atendidas nos serviços de alto risco na maternidade do Hospital Agamenon Magalhães (HAM). Excluíram-se puérperas, gestantes portadoras de algum transtorno mental prévio e/ou com deficiência auditiva, que não sabiam ler.

Registra-se que a pesquisa foi censitária e a população deste estudo foi composta por 126 gestantes encaminhadas ao setor de alto risco da instituição mencionada. Alerta-se, entretanto, que só foi possível entrevistar 112 gestantes, sendo excluídas oito pela recusa em participar do estudo, três, por evasão da instituição, uma, por ter diagnóstico prévio de transtorno mental e duas, por serem menores de idade.

Realizou-se o estudo na maternidade do HAM, situado no III Distrito Sanitário da cidade de Recife (PE), referência em atendimentos de alto risco.

Coletaram-se os dados por meio de visitas realizadas no período de abril a junho de 2016. Abordaram-se as mulheres após a admissão no setor de alto risco da maternidade, sendo apresentadas

explicações sobre a participação no estudo, os seus riscos e benefícios, o sigilo, assim como a retirada das mesmas durante o processo de questionamentos relacionados aos instrumentos de coleta. Procedeu-se à aplicação da EAR (1965), que é amplamente utilizada e conhecida internacionalmente, desde 1989, tendo sido adaptada no Brasil por Hutz no ano de 2000.

Constituiu-se esta escala por dez questões de múltipla escolha, sendo seis questões que dizem respeito a si mesmo e quatro, que se remetem a uma visão autodepreciativa. Analisam-se os itens em uma escala *Likert*, atribuindo-se uma de quatro pontuações distintas: “concordo totalmente” (quatro pontos); “concordo” (três pontos); “discordo” (dois pontos) e “discordo totalmente” (um ponto). Indica-se uma elevada autoestima por um escore alto. Especifica-se, com relação à pontuação, que esta pode variar de dez a 40, a partir da soma da pontuação dada às dez frases. Define-se uma autoestima satisfatória por um escore maior ou igual a 30 e insatisfatória por um escore menor que 30.⁷

Complementou-se esta pesquisa por um questionário do tipo *checklist*, o Levantamento dos Dados Sociodemográficos e Obstétricos, para a análise de fatores biopsicossociais, elaborado pelos pesquisadores desta pesquisa, que aborda 12 variáveis: idade; escolaridade; habitação; ocupação; idade gestacional; via de parto das gestações anteriores; estado civil; nível socioeconômico; moradia; religião; número de gestações e, quanto à gravidez, se ela era desejada e planejada ou não.

Estudaram-se os dados descritivamente e por inferências. Ajustaram-se, para se avaliar cada um dos percentuais de autoestima insatisfatória, um modelo de regressão univariada de Poisson e dois modelos multivariados, um para cada variável dependente. Selecionaram-se as variáveis independentes quando apresentavam $p < 0,20$ nas regressões univariadas. Especifica-se que o programa utilizado para a digitação dos dados e a elaboração dos cálculos estatísticos foi o SPSS, versão 23.0.

Realizou-se a coleta após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HAM, sob o nº do CAAE 53579916.2.0000.5197, precedida da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos sujeitos do estudo. Informa-se que a pesquisa faz parte de um recorte do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) intitulado "Associação entre Autoestima e Níveis de Ansiedade em Gestantes de Alto Risco em uma Maternidade de Referência na Cidade do Recife, Pernambuco, Brasil". Atenderam-se às recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS).

RESULTADOS

Apresentam-se, na tabela 1, os resultados do ajuste das regressões univariada de Poisson e multivariada, com as variáveis selecionadas no estudo bivariado com $p < 0,20$, para a proporção de paci-

entes com autoestima insatisfatória. Destaca-se, desta tabela, que, das quatro variáveis selecionadas, apenas a escolaridade e a ocupação foram significativas a 5% e, dos valores e intervalos para as razões entre prevalências, estima-se que a probabilidade de um paciente ter autoestima insatisfatória é mais elevada se tiver a escolaridade até o Ensino Fundamental, em relação aos que tinham, pelo menos, o Ensino Médio e aos que tinham ocupação. Ressalta-se que a variável ocupação não foi significativa na regressão univariada, mas foi significativa na multivariada, enquanto a variável número de cirurgias cesarianas foi significativa na regressão univariada e não significativa na regressão multivariada. Mostrou-se, pelo estudo, desta forma, também, que 72,3% das gestantes apresentaram autoestima insatisfatória e apenas 27,75% apresentaram uma autoestima satisfatória.

Tabela 1. Resultados das regressões de Poisson univariada e multivariada para a proporção de gestantes de alto risco com autoestima insatisfatória na maternidade do HAM. Recife (PE), Brasil. 2019.

Variável	Univariada		Multivariada (Ajustada)	
	RP (IC 95%)	Valor p	RP (IC 95%)	Valor p
Escolaridade		0,006 ¹		0,003 ¹
Até Ensino Fundamental	1,39 (1,10 a 1,76)		1,45 (1,13 a 1,85)	
Médio/superior	1,00		1,00	
Ocupação		0,104		0,025 ¹
Sim	1,27 (0,95 a 1,69)	1,00	1,36 (1,04 a 1,78)	
Não	1,00		1,00	
Número de gestações		0,114		0,449
Primigesta	1,00		1,00	
Secundigesta	0,80 (0,54 a 1,19)	0,273	0,74 (0,50 a 1,09)	
Tercigesta	1,06 (0,78 a 1,44)	0,705	0,90 (0,63 a 1,27)	
Multigesta	1,22 (0,92 a 1,62)	0,175	0,93 (0,67 a 1,29)	
N° de cirurgias cesarianas		0,007*		0,074
Até uma	1,00		1,00	
Duas a três	1,32 (1,08 a 1,62)		1,24 (0,98 a 1,58)	

(1) Significativa a 5%.

DISCUSSÃO

Relacionou-se um dos perigos que podem acometer a gravidez, ao grau de inferioridade escolar das gestantes, quando associado à limitação da baixa compreensão e relevância ao acesso de informações referentes aos cuidados com a sua saúde, tornando-se vulnerável a desenvolver determinadas doenças.⁸

Nota-se que identificaram, como fatores ameaçadores para a gestação, principalmente, quando se refere a uma gravidez na adolescência, a baixa escolaridade, a insuficiência de informações e a prematuridade da primeira relação sexual, associadas ao abandono escolar e à falta de expectativas futuras, levando, assim, a uma diminuição da autoestima.⁹

Acrescenta-se que disseram que os níveis de escolaridade inferiores a quatro anos, quando associados à falta de acesso à educação qualificada e à baixa renda, se relacionam a um elevado risco de mortalidade materna, podendo, também, servir como um indicador no que diz respeito ao fator de vulnerabilidade social para a saúde da mulher, uma vez que restringem o seu acesso a informações e às precauções de saúde fundamental para uma gravidez sem intercorrências.¹⁰

Ressaltou-se, em um estudo, que um apropriado índice de qualidade de vida, para as gestantes, tem que estar interligado a um bom nível de escolaridade e à relevância da instrução para se alcançar um parâmetro socioeconômico adequado.¹¹

Apontou-se, na mesma pesquisa, no que se refere à variável ocupação, que as gestantes que demonstram mais ansiedade são as que possuem ocupação, porém, os achados na literatura vão de encontro com esse resultado.

Sugeriu-se, por esses achados, que os fatores socioeconômicos desfavoráveis, referentes a não ter ocupação e a ter um menor apoio social, levam as gestantes a desenvolver depressão, refletindo-se de forma negativa no estado afetivo entre mãe e filho, pois elas se tornam mais ansiosas, demonstram menor sensibilidade e menos sentimentos de autoeficácia como cuidadoras, considerando-se que a pobreza é um fator de risco para a gestação.¹²

Avalia-se que a ocupação concede à população feminina mais independência para a tomada de decisões, especialmente, no que se refere à sua vida sexual e reprodutiva, podendo influenciar os fatores de fragilidade social, como o uso do álcool, por exemplo. Geram-se, assim, fatores de proteção, uma vez que a autonomia proporciona uma elevada autoestima. Alerta-se, porém, que ela também pode gerar fatores de risco, no que concerne aos pequenos salários, às duplas jornadas e à precarização do trabalho.¹⁰

Salientou-se, que uma baixa escolaridade, aliada a uma baixa renda, está diretamente relacionada a fatores psicossociais negativos, sendo considerada uma condição ameaçadora e de risco para esses grupos sociais menos favorecidos. Percebe-se, desta forma, a importante iniquidade existente, indicando-se a necessidade de se estabelecer medidas que possam reduzir esta diferença e melhorar a gestação e o puerpério.¹³

Enfatiza-se, sobre a variável número de cirurgias cesarianas, que a falta de conhecimento em relação ao trabalho de parto, as informações obtidas no seu contexto familiar e o desconhecimento

do próprio corpo e do processo fisiológico pelo qual a parturiente irá passar ocasionam, constantemente, sentimentos de insegurança, hesitação, descrença, medo, ansiedade e angústia, levando-as a não contribuir na assistência ao trabalho de parto e chegar, muitas vezes, a optar pelas cirurgias cesarianas.¹⁴

Evidencia-se que a dor, que é um dos sinais vitais que mais trazem ansiedade para esse grupo, pode ser aumentada consideravelmente, a partir da ansiedade aliada ao medo em graus moderados e altos, ao longo da evolução do parto. Constata-se que o seu aparecimento ou o medo de sentir dor podem se unir a um conjunto de sentimentos, emoções e pensamentos negativos. Alerta-se que o medo nem sempre é atribuído à dor, sendo, também, relacionado, pelas parturientes, ao receio da sua morte ou a do bebê durante o processo do trabalho de parto.¹⁵

Salienta-se que a dor, o medo e a ansiedade podem transformar o desenvolvimento da gestação e parto dessa mulher em um evento desgastante e estressante, seja ele normal ou realizado pela cirurgia cesariana. Torna-se fundamental, para se evitar esses acontecimentos corriqueiros, que exista uma preparação dessas gestantes, do cônjuge e da família durante todo o acompanhamento do pré-natal. Defende-se que os esclarecimentos, quando não são repassados de forma coerente, podem provocar sentimentos negativos relacionados aos eventos que antecedem o parto e ao parto em si.¹⁶

Sabe-se que o trabalho educativo ao longo da assistência à gestante, além de esclarecer as suas dúvidas, coopera para esclarecer os tipos de parto, benefícios e possíveis riscos associados, com base nas orientações prestadas pelos profissionais de saúde, principalmente, no pré-natal. Consta-se, com essas informações, que as mulheres ficam menos preocupadas e criam a autonomia suficiente para escolher de forma coerente a via de parto mais adequada e segura para aquele tipo de gestação. Percebe-se que a consequência de uma má assistência resulta em experiências traumáticas e assustadoras, em um momento que deveria ser de amparo positivo, independentemente do tipo de parto escolhido.¹⁷⁻¹⁹

Ressalta-se que exercer bem o papel da equipe de saúde não significa, apenas, orientar as gestantes e fazer procedimentos mas, também, acolhê-las de maneira que exista interação entre os profissionais e a parturiente, de forma a se sensibilizar com as suas inquietações, medos e anseios, para que, assim, o profissional de saúde preste uma assistência de boa qualidade e eficaz, sempre respeitando a sua individualidade e melhorando os fatores estressantes.^{16, 20}

Informa-se que este estudo apresentou algumas limitações, pois ainda há a escassez de estudos recentes sobre a temática, por este motivo, incentiva-se novas pesquisas nesta área.

CONCLUSÃO

Conclui-se que, a partir da análise dos dados sociodemográficos e da EAR, à qual foram adaptadas as regressões univariada de Poisson e multivariada; que as gestantes de alto risco, que passaram por cirurgias cesarianas e que possuem fatores psicossociais, como um baixo grau de escolaridade e com restrição de informações, possuem uma autoestima baixa durante a fase do parto.

Aponta-se que a identificação do perfil dessas gestantes de alto risco propicia uma reflexão sobre as suas características sociodemográficas e as suas respostas aos sintomas de ansiedade, o que pode ser amadurecido e explorado em novos estudos.

Espera-se que o conhecimento adquirido neste estudo contribua para a melhoria na qualidade da assistência ao parto e constitua um instrumento de utilidade para os enfermeiros que são educadores em saúde, a fim de que esses cuidados sejam realizados desde o pré-natal, com informações de qualidade, esclarecedoras e eficazes, até depois do parto, na busca de se reduzir os problemas psicológicos, como a ansiedade decorrente da má assistência e que, dessa forma, se proporcione o bem-estar em todos os domínios da vida e nas suas áreas biopsicossociais.

Abre-se, assim, uma sucessão de possibilidades para novas reflexões sobre essa temática e toda a particularidade de detalhes que poderão ser estudados, acarretando privilégios para a ciência, para as gestantes e para a Enfermagem, ressaltando-se que a parte primordial do seu trabalho não deve ser unicamente o corpo biológico mas, também, o ser humano em todas as suas particularidades.

CONTRIBUIÇÕES

Informa-se que todos os autores contribuíram igualmente na concepção do projeto de pesquisa, coleta, análise e discussão dos dados, bem como na redação e revisão crítica do conteúdo com contribuição intelectual, e, na aprovação da versão final do estudo.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Alves FLC, Castro E, Souza FKR, Lira MCPS, Rodrigues FLS, Pereira LP. Group of high-risk pregnant women as a health education strategy. Rev Gaúcha Enferm. 2019; 40:e20180023. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180023.
2. Santos AB, Santos KEP, Monteiro GTR, Prado PR, Amaral TLM. Self-esteem and quality of life in a series of pregnant women attended in a public health network. Cogitare Enferm. 2015 Apr/June; 20(2):389-96. DOI: 10.5380/ce.v20i2.38166

3. Teixeira LA, Vasconcelos LD, Ribeiro RAF. Prevalence of disease and relationship to preterm birth in high-risk pregnancy. *RevCiêncSaúde*. 2015 Dec; 5(4):01-8. DOI: 10.21876/rcsfmit.v5i4.409
4. Saviani-Zeotia F, Pentean EBI. Maternal-fetal attachment, anxiety, and depression in normal and high-risk pregnancies: a comparative study. *EstudPsicol (Campinas)*. 2015 Oct/Dec; 32(4): 675-83. DOI: 10.1590/0103-166X2015000400010
5. Tomaschewski-Barlem JG, Bordignon SS, Costa CFS, Costa CO, Barlem ELD. Promoting self-esteem during pregnancy: focus on user embracement. *Enferm Foco*. 2016 Aug; 7(2):83-6. DOI: 10.21675/2357-707X.2016.v7. n2.801
6. Rodrigues ARM, Dantas SLC, Pereira AMM, Silveira MAM, Rodrigues DP. High-risk pregnancy: analysis of health determinants. *Sanare [Internet]*. 2017 [cited 2020 May 27]; 16(1):23-8. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1135/620>
7. Hutz CS, Zanon C. Revision of the adaptation, validation, and normatization of the rosenberg self-esteem scale. *Aval Psicol [Internet]*. 2011 Apr [cited 2020 May 27]; 10(1):41-9. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v10n1/v10n1a05.pdf>
8. Sbardelotto T, Pitilin EB, Schirmer J, Lentsck MH, Silva DTR, Tombini LHT. Defining characteristics and factors associated with the occurrence of gestational hypertensive syndromes. *Cogitare enferm*. 2018; 23(2):e53699. DOI: 10.5380/ce.v23i2.53699
9. Toro-Huamanchumo CJ, Torres-Román JS, Bendezú-Quispe G. Embarazo em la adolescencia: abordando la epidemia. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]*. 2016 Oct/Dec [cited 2020 June 28]; 32(4):1-3. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v32n4/mgi17416.pdf>
10. Santos MM, Porto PN, Oliveira JF, Pires CGS, Araújo AJS. Association between socio-demographic characteristics and frequency of alcohol use among pregnant women. *RevBaianaEnferm*. 2016 Apr/June; 30(2):1-9. DOI: 10.18471/rbe.v30i2.14562
11. Ramírez FAD, Granados DEF, Cruz CAJ, Pérez CF, Castellón KCV. Factores de riesgo psicosocial para embarazo temprano y deserción escolar en mujeres adolescentes. *Rev Ciênc Salud*. 2016 Mar; 14(1):93-101. DOI: 10.12804/revsalud14.01.2016.11
12. Morais AODS, Simões VMF, Rodrigues LS, Batista RF, Lamy ZC, Carvalho CA, *et al.* Maternal depressive symptoms and anxiety and interference in the mother/child relationship based on a prenatal cohort: an approach with structural equations modeling. *Cad Saúde Pública*. 2017 July; 33(6):e00032016. DOI: 10.1590/0102-311x00032016
13. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Postpartum depression: prevalence and associated factors. *Cad Saúde Pública*. 2017 Oct; 33(9):e00094016. DOI: 10.1590/0102-311x00094016

14. Pereira SS, Oliveira ICMS, Santos JBS, Carvalho MCM. Natural childbirth: the work of nurses in the face of humanized care. *Tempus* (Brasília). 2016 Sept; 10(3):199-213. DOI: 10.18569/tempus.v10i3.1727
15. Tostes NA, Seidl EMF. Expectant mother's expectations for birth and their perceptions of delivery and birth preparation. *Temas Psicol.* 2016 June; 24(2):681-93. DOI: 10.9788/TP2016.2-15
16. Ulloque-Caamaño L, Monterrosa-Castro Á, Arteta-Acosta C. Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del caribe colombiano. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2015 Dec; 80(6):462-74. DOI: 10.4067/S0717-75262015000600006
17. Fernandes JA, Campos GWS, Francisco PMSB. Profile of high-risk pregnant women and co-management of the decision on the route of birth delivery between doctor and pregnant woman *Saúde debate.* 2019 Apr; 43(121):406-16. DOI: 10.1590/0103-1104201912109.
18. Paiva TT, Pimentel CE, Moura GB. Domestic violence and its relationship with self-esteem, personality and life satisfaction. *Gerai Rev Interinst Psicol* [Internet]. 2017 Dec [cited 2020 May 27]; 10(2):215-27. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202017000200007&lng=pt.
19. Cândido TCR, Ferreira GC, Moreira DS, Sousa BOP, Cordeiro SM, Alfredo ER, Felipe AOB. The use of alcoholic beverage among pregnant teens. *SMAD Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog.* 2019 Oct/Dec; 15(4):1-8. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.151701
20. Cordeiro EAO, Silva LMS, Silva GL. Autoestima na gestação: prevenção e proteção social. *Rev Cient Unisalesiano* [Internet]. 2018 July/Dec [cited 2019 Aug 10], 9(19):427-39. Available from: <http://www.salesianolins.br/universitaria/artigos/no19/artigo33.pdf>

Correspondência

Liniker Scolfield Rodrigues da Silva
E-mail: liniker_14@hotmail.com

Submissão: 23/06/2020
Aceito: 30/11/2020

Copyright© 2019 Revista de Enfermagem UFPE online/REUOL.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.