

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

REGIS AUGUSTO HASHIMOTO

AUTOESTIMA DAS PRIMIGESTAS NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO - ACRE

**RIO BRANCO - ACRE
2014**

REGIS AUGUSTO HASHIMOTO

AUTOESTIMA DAS PRIMIGESTAS NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO - ACRE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa:
Processo Saúde-Doença: Epidemiologia e Atenção à Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosalina Jorge Koifman
Co-orientadora: Prof^a Dr^a Simone Perufo Opitz

RIO BRANCO - ACRE

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ATA DO JULGAMENTO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA POR **REGIS AUGUSTO HASHIMOTO**, ALUNO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE.

Aos vinte e três dias do mês de junho do ano de dois mil e catorze, às 11 h40min, no Bloco de Pós-Graduação da UFAC, reuniu-se a Comissão Julgadora indicada pelo Colegiado do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva desta Universidade para julgamento da Defesa da Dissertação de Mestrado, apresentada pelo aluno **Regis Augusto Hashimoto**, intitulada “**AUTOESTIMA DAS PRIMIGESTAS NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO - ACRE**”. O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública, compreendendo exposição, seguida de arguição dos examinadores. Encerrados os trabalhos, às 12 h40min, cada examinador, em sessão secreta, manifestou seu parecer do julgamento. Rio Branco-AC, vinte e três de junho de dois mil e catorze.

Profª. Drª. Rosalina Jorge Koifman (Presidente/Orientador)

Docente da ENSP/FIOCRUZ e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFAC.

Ass. Rosalina Jorge Koifman (X) Aprovado / Reprovado ()

Profª. Drª. Simone Peruffo Opitz (Membro Titular/ coorientadora)

Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFAC.

Ass. Simone Peruffo Opitz (X) Aprovado / Reprovado ()

Profª. Drª. Ilce Ferreira da Silva (Membro)

Docente da ENSP/FIOCRUZ e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFAC.

Ass. Ilce Ferreira da Silva (X) Aprovado / Reprovado ()

Drª. Valéria Saraceni

Coordenadora II da Coordenação de Análise de Situação de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Ass. Valéria Saraceni (X) Aprovado / Reprovado ()

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Mauro e Elizabeth, que sempre me apoiaram em todas as fases desse projeto

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela força e determinação que tem me oferecido para seguir meu sonho, mostrando que, quando se tem fé, tudo é possível.

À minha orientadora **Professora Doutora Rosalina Jorge Koifman**, por aceitar este desafio de orientação, por sua dedicação, amizade, credibilidade, espírito inovador e paciência que certamente contribuíram para o meu aprendizado.

À **Professora Doutora Simone Perufo Opitz**, com suas contribuições inestimáveis para este trabalho e por sempre me incentivar nesta jornada.

Ao **professor Doutor Sérgio Koifman** (*in memoriam*) pelos ensinamentos, paciência, entusiasmo em suas aulas, o que muito contribui para a formação de todos os mestrandos. Pelo seu caráter impecável e espírito incansável. Um exemplo como pessoa e profissional que ficará em nossas memórias para sempre.

À coordenação do Mestrado em Saúde Coletiva da UFAC, nas pessoas do **Professor Doutor Orivaldo Florêncio de Souza, Professora Doutora Simone Perufo Opitz, e Sara Bonfim do Nascimento** por sempre me manter motivado durante os períodos difíceis do curso, além da atenção e carinho com que sempre me trataram.

À **Professora Doutora Leila Maria Geromel Dotto, e toda a equipe do projeto matriz** de “*Saúde Reprodutiva de Primigesta: Análise de Fatores Relacionados ao Tipo de Parto*”, pelo empenho na realização da pesquisa, e pela permissão para utilizar os dados para a realização do presente estudo, pelo qual seria impossível de ser desenvolvido sem este consentimento.

À todas as mulheres que consentiram em participar desta pesquisa.

Aos **docentes do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre (UFAC) e Programa de Pós-graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ)**, pelos ensinamentos prestados, além do empenho e interesse para trazer mais conhecimento para as regiões mais carentes de nosso país, visando melhoria do Ensino e Pesquisa nestas localidades

Aos **colegas do curso de Mestrado da UFAC**, por contribuírem para o meu crescimento pessoal e emocional e pela ajuda e auxílio nos momentos difíceis deste curso e deste trabalho.

À **minha família**, pelo apoio e compreensão nos momentos difíceis que passei nesta etapa de minha vida.

A realização desta investigação foi viabilizada pela colaboração acadêmica entre Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Osvaldo Cruz, por meio de recursos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq: Edital Casadinho UFAC-FIOCRUZ, processo nº 620024/2008-9) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/Programas PROCAD-NF 1442/2007 e PROCAD-NF 2557/2008).

À Fundação de Tecnologia do Estado do Acre (FUNTAC) pelo apoio financeiro.

“A mais profunda raiz do fracasso em nossas vidas é pensar, 'Como sou inútil e fraco'. É essencial pensar poderosa e firmemente, 'Eu consigo', sem ostentação ou preocupação”.

Dalai lama

RESUMO

Introdução: A autoestima é definida como um sentimento, apreço e consideração que uma pessoa sente por si mesma. Quanto melhor o estado emocional da mulher ao se lançar no desafio da maternidade, maior sua chance de sucesso. A autoestima materna tem sido considerada um indicador da qualidade do binômio mãe-bebê, além de estar relacionada com maior predisposição para transtornos mentais.

Objetivo: Avaliar a autoestima em primigestas no município de Rio Branco, Acre.

Método: Estudo transversal pareado, composto por uma amostra de 886 primigestas que pariram nas duas maternidades de Rio Branco, no período de fevereiro à julho de 2010. Após seis meses do pós-parto, 838 primigestas foram reavaliadas em seu domicílio. A autoestima foi aferida utilizando a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR). A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas.

Resultados: A pontuação média do pós-parto imediato na EAR foi de 31,42 (desvio-padrão de 4,37). No seguimento de seis meses, a média foi de 31,42 (desvio-padrão de 4,02), dados muito semelhantes. A amostra foi caracterizada por 47,0% de adolescentes, com escolaridade até o 2º grau completo (79,6%), renda familiar inferior a três salários-mínimos mensais (68,2%) e não casadas (77,1%). As primigestas adolescentes, não brancas, estudantes, com menor escolaridade e renda familiar apresentaram menores pontuações na EAR. A gravidez planejada, o sentimento de felicidade ao saber da gravidez e presença de acompanhante no parto e criança do sexo feminino correlacionaram-se com melhor autoestima. A menor autoestima foi associado ao atendimento no SUS, ter iniciado o pré-natal tardiamente, com menos de seis consultas. Após seis meses, a melhor autoestima foi observada nas mulheres que mantiveram-se em aleitamento materno exclusivo, que tinham boas condições de moradia e bom relacionamento com o pai da criança e que voltaram a trabalhar ou estudar. **Conclusão:** A avaliação da autoestima é um fator que deve ser considerado nas primigestas, principalmente naquelas de menor idade, renda e escolaridade. Desta forma, podemos propor estratégias que melhorem a qualidade da saúde mental das futuras mães, fortalecendo o vínculo familiar e o binômio mãe-bebê.

Palavras-chaves: primiparidade; autoimagem; bem-estar materno.

ABSTRACT

Introduction: Self-esteem is defined as feeling, appreciation and consideration that a person feels about herself. If the emotional state of the woman to launch the challenge of motherhood is good, your chance of success is greater. Maternal self-esteem has been considered an indicator of the quality of child mother binomial, and predisposition to mental disorders in this period is greater. **Objective:** To assess self-esteem in pregnant in Rio Branco, Acre. **Method:** Sectional paired study consisting of a sample of 886 primiparous women who gave birth in two hospitals of Rio Branco, from February to July 2010. After 6months postpartum, 838 primigravidae were visited at their homes. Self-esteem was measured using the Rosenberg Self-Esteem Scale (SES). Data collection occurred through interviews. **Results:** The mean score on the SES was 31.42 (standard deviation of 4.37). Following 6 months post-partum, the mean was 31.42 (standard deviation 4.02), very similar to the immediate postpartum period. The sample was characterized by 47.0% of adolescents, with less than second grade complete (79.6%), family income of less than 3 minimum wages for month (68.2%) and unmarried (77.1%). The primiparas adolescents, non-white students with lower educational level and family income were had lower scores on the SES. A planned pregnancy, the feeling of happiness about pregnancy, the companion in the childbirth and female child also correlated with better self-esteem. The lowest self-esteem was associated with public services, have initiated prenatal care late, with less than six prenatal visits. After 6 months postpartum, the best self-esteem was observed in patients who returned to work or study. Adequate housing and good relationship with the child's father and exclusive breastfeeding was also associated with better maternal self-esteem. **Conclusion:** The assessment of self-esteem is a factor that must be considered in the first pregnancy, especially those of younger age, lower income and education. Thus, we propose strategies that improve the quality of mental health in the future mothers, strengthening family ties and child mother binomial.

Keywords: primiparity; self-esteem; maternal welfare.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACTH – Hormônio adreno-corticotrófico
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CRH – Hormônio Liberador de Corticotrofina,
DATASUS – Banco de dados do Sistema Único de Saúde
EAR – Escala de Autoestima de Rosenberg
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95% - Intervalo de Confiança com 95% de confiança
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OR – Razão de Chances
SUS – Sistema Único de Saúde
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*
SM – Salário-mínimo
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO – *World Health Organization*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das variáveis socioeconômicas, gravidez planejada e sentimento felicidade no pós-parto imediato em 886 primigestas, divididas em adolescentes e adultas atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

Tabela 2 – Escores de autoestima da Escala de Rosenberg no pós-parto imediato de 886 primigestas, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

Tabela 3 - Média e desvio-padrão (DP) da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) segundo variáveis socioeconômicas, gravidez planejada e sentimento felicidade com a gestação, no pós-parto imediato em 886 primigestas, divididas em adolescentes e adultas, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

Tabela 4 - Média e desvio-padrão da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) segundo variáveis de hábitos e estilo de vida durante a gestação, em 886 primigestas no pós-parto imediato, divididas em adolescentes e adultas, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

Tabela 5 - Média e desvio-padrão da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) das variáveis gestacionais em 886 primigestas no pós-parto imediato, divididas em adolescentes e adultas, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

Tabela 6 - Média e desvio-padrão da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) segundo variáveis relacionadas ao parto em no pós-parto imediato, divididas em adolescentes e adultas, divididas em adolescentes e adultas, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

Tabela 7 - Coeficiente de Regressão Linear bruto e ajustado da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) segundo variáveis independentes mensuradas no pós-parto imediato, em primigestas no pós-parto imediato, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

Tabela 8 - Razões de Chances brutas (OR_{brutas}) do escore da EAR categorizando em baixa autoestima (< 30) e alta autoestima (≥ 30) segundo variáveis socioeconômicas, gravidez planejada e sentimento felicidade com a gestação em primigestas no pós-parto imediato, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

Tabela 9 - Razões de Chances brutas (OR_{brutas}) do escore da EAR categorizando em baixa autoestima (< 30) e alta autoestima (≥ 30) segundo variáveis relacionadas ao pré-natal, em primigestas no pós-parto imediato, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

Tabela 10 - Razões de Chances brutas (OR_{brutas}) do escore da EAR categorizando em baixa autoestima (< 30) e alta autoestima (≥ 30) segundo variáveis relacionadas a hábitos e estilo de vida durante a gestação em primigestas no pós-parto imediato, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

Tabela 11 - Razões de Chances brutas (OR_{brutas}) do escore da EAR categorizando em baixa autoestima (< 30) e alta autoestima (≥ 30) segundo variáveis relacionadas ao parto, em primigestas no pós-parto imediato, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

Tabela 12 - Distribuição das variáveis socioeconômicas das primigestas participante e não participantes na avaliação após seis meses pós-parto, na coorte de primigestas atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

Tabela 13 - Escores da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) após seis meses pós-parto de 837 primigestas, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

Tabela 14 - Média e desvio-padrão da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) segundo variáveis socioeconômicas, após seis meses do pós-parto, em 837 primigestas, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

Tabela 15 - Média e desvio-padrão da Escala de Autoestima de Rosenberg segundo variáveis relacionadas ao parto, após seis meses do pós-parto, em 837 primigestas, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

Tabela 16 - Média e desvio-padrão da Escala de Autoestima de Rosenberg segundo variáveis de estilo de vida e amamentação, após seis meses do pós-parto, em 837 primigestas, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

Tabela 17 - Coeficiente de Regressão Linear bruto e ajustado da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) segundo variáveis independentes mensuradas seis meses após parto, em 837 primigestas, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

Tabela 18 - Comparação entre as médias das pontuações na Escala de Autoestima de Rosenberg mensurada seis meses após o parto com a mensurada no pós-parto imediato em 837 primigestas atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. REFERÊNCIAL TEÓRICO	19
2.1 Aspectos emocionais do ciclo gravídico-puerperal	20
2.2 Aspectos hormonais afetivos no ciclo gravídico-puerperal	22
2.3 Autoestima	23
2.4 Autoestima no ciclo gravídico-puerperal	26
2.5 Escala de Autoestima de Rosenberg	29
3. JUSTIFICATIVA	32
4. OBJETIVOS	34
4.1 Geral	35
4.2 Específicos	35
5. MATERIAL E MÉTODO	36
5.1 Tipo de estudo.....	37
5.2 População de estudo	37
5.3 Amostragem	37
5.4 Variáveis do estudo	38
5.4.1. Variáveis socioeconômicas e emocionais	38
5.4.2. Variáveis gestacionais	39
5.4.3. Variáveis associados aos hábitos de vida na gestação	39
5.4.4. Variáveis associados ao parto	39
5.4.5. Variáveis socioeconômicas associados aos seis meses pós-parto.....	40
5.4.6. Variáveis associados ao parto aos seis meses pós-parto	40
5.4.7. Variáveis associados ao hábitos de vida aos seis meses pós-parto.....	41
5.4.8 Avaliação da autoestima	41
5.5 Coleta de dados	42
5.6 Tratamento e análise do dados	42
5.6.1 Análise univariada	43
5.6.2 Análise de regressão múltipla	44
5.7 Aspectos éticos	44

6. RESULTADOS	45
6.1 Autoestima e fatores associados em primigestas mensuradas no pós-parto imediato	46
6.1.1 Análise dos escores da Escala de Autoestima de Rosenberg como variável contínua	46
6.1.2 Análise da Escala de Autoestima de Rosenberg no pós-parto imediato classificada como variável dicotômica	53
6.2 Autoestima e fatores associados em primigestas no período de seis meses pós-parto	57
6.3 Comparação dos escores obtidos na mensuração da Escala de Autoestima de Rosenberg no pós-parto imediato e seis meses após o parto	64
7. DISCUSSÃO	65
8. CONCLUSÃO	75
9. REFERÊNCIAS	78
ANEXOS	90
ANEXO A - QUESTIONÁRIO PÓS PARTO IMEDIATO	91
ANEXO B - QUESTIONÁRIO SEIS MESES PÓS-PARTO	95
ANEXO C - DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	98
ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	99

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um processo natural do ponto de vista biológico, que faz parte da vida da maioria das mulheres. A maternidade é um momento especial que representa um evento que se inicia na gravidez, transcende o parto e segue na vivência do pós-parto. Neste período, a mulher vivencia uma reestruturação na sua vida, não só passa a condição de mãe, como também atravessa por mudanças na sua situação socioeconômica, na sua atividade profissional e no seu relacionamento conjugal. A gestante primípara por se tratar da primeira experiência pode sentir estas mudanças de forma mais intensa e impactante (MALDONADO, 2013).

O ajustamento emocional destas mulheres, associado ao adequado suporte social e à sensação de bem-estar materno, podem reduzir as complicações do parto e promover uma melhor condição psicológica para os cuidados com o filho (GJERDINGEN; FROBERG; FONTAINE, 1991; MOTHANDER, 1992).

O desenvolvimento de quadros psicopatológicos das gestantes podem trazer importantes mudanças neuroendócrinas maternas e repercussões fetais, levando a déficits no desenvolvimento da criança no pós-parto (WADHWA et al., 1996; TEIXEIRA; FISK; GLOVER, 1999).

Desta forma, a abordagem dos aspectos emocionais maternos pelos profissionais de saúde é importante para uma melhor vinculação da relação mãe-filho. Entretanto, esse importante aspecto vem sendo constantemente negligenciado no atendimento destas mulheres (BRASIL, 2006).

A autoestima é um aspecto da qualidade de vida que pode ser definida como o sentimento, o apreço e a consideração, que uma pessoa sente por si própria, ou seja, o quanto ela se gosta, como ela se vê e o que pensa sobre si mesma. A autoestima é importante na relação do indivíduo consigo mesmo e com os outros, influenciando na percepção dos acontecimentos e, principalmente, no seu comportamento. (ROSEMBERG, 1965; WEISSHEIMER, 2007). Desta forma, em relação à maternidade, quanto melhor o estado emocional da mulher, maiores serão as chances de sucesso nesse novo desafio (MALDONADO, 2013).

A escala de autoestima de Rosenberg (EAR) é um instrumento que avalia este aspecto importante da vida humana e vem sendo utilizado no Brasil em diversos contextos clínicos, incluindo o período gestacional (DIAS et al., 2008; MAÇOLA et al., 2010; MACHADO; VINHOLES; FELDENS, 2013).

REFERENCIAL TEÓRICO

2. REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1 Aspectos emocionais do ciclo gravídico-puerperal

A maternidade é um processo biologicamente natural e especial na vida de uma mulher, sendo marcado por grandes mudanças nas esferas físicas, sociais e emocionais. De forma geral, as primigestas podem sentir mais intensamente estas alterações, por se tratar de sua primeira experiência e tendo que assumir a responsabilidade de uma nova condição, a maternidade (MALDONADO, 2013).

O período gravídico-puerperal na mulher é caracterizado por uma maior suscetibilidade ao desenvolvimento de fatores emocionais estressores, devido a um aumento das responsabilidades, das ansiedades e das dúvidas com a chegada de mais um membro familiar (ROFÉ; BLITTNER; LEWIN, 1993). As alterações hormonais típicas deste período podem afetar diretamente a saúde psíquica materna, causando irritabilidade, nervosismo e tristeza. Na sociedade atual, o aumento do individualismo, a degradação social e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde são fatores que auxiliam na piora dos sentimentos negativos maternos, gerando mais quadros ansiosos, estressantes e depressivos (WHO, 2009).

Neste período, as famílias podem sentir as alterações econômicas com maior intensidade, podendo ser decorrentes da interrupção da atividade profissional materna e maior necessidade de condições financeiras. A estrutura familiar também passa por modificações com a chegada do bebê e poderá trazer reflexos sobre o relacionamento do casal. A mãe pode utilizar-se da nova criança como uma forma de preencher um “vazio” em sua vida afetiva amorosa, levando a comportamentos patológicos, como isolamento, ciúmes ou superproteção, contribuindo para desestruturação da arquitetura familiar (MALDONADO, 2013).

A atenção à saúde mental deve se iniciar no atendimento pré-natal, porém esta prática continua sendo subvalorizado na atuação da maioria dos profissionais da saúde, apesar das recomendações do Ministério da Saúde (MS) que vem destacando cada vez mais a importância da avaliação dos

aspectos emocionais nas mulheres (BRASIL, 2006). Este cenário desfavorável vem sendo causado pelo pouco conhecimento e pela falta de incentivo dos profissionais que atuam nesta área. Além disso, a assistência pré-natal continua a enfatizar e valorizar os aspectos fisiopatológicos da gravidez, com enfoque na saúde orgânica materno-fetal, com pouca ênfase na abordagem dos aspectos psicológicos (MOURA;–RODRIGUES, 2003). Desta forma, a abordagem deficiente dos sentimentos maternos pelos profissionais que atuam no período gestacional vem constantemente contribuindo para a piora no desenvolvimento dos sentimentos negativos neste período (EVANS et al., 2001).

O ajustamento emocional da gestante tem se mostrado como um preditor para uma melhor adequação do papel materno no período pós-parto. Durante a gravidez, o suporte emocional adequado associa-se a uma sensação de bem-estar e pode reduzir as complicações maternas durante o parto, amenizar os sintomas de ansiedade e nervosismo inerentes a este período e promover uma melhor condição física e psicológica da mãe no pós-parto. Desta forma, a mãe se torna mais apta a cuidar do filho, repercutindo positivamente na saúde da criança (GJERDINGEN et al., 1991; MOTHANDER, 1992; ROFE et al., 1993; PAARLBERG et al., 1995; SCHWENGBER E PICCININI, 2003). Os período pós-parto, também, caracteriza-se por um momento bastante sensível para a realização de intervenções pelas equipes multiprofissionais, tendo em vista os inúmeros sentimentos experimentados pela mãe após o nascimento do bebê. Este apoio demonstra grande importância na prevenção da depressão materna (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

A vulnerabilidade feminina aos quadros depressivos, associada aos eventos estressores e ao baixo suporte social podem desencadear sintomas negativos na maternidade pela dificuldade de adaptação à nova situação, favorecendo ao surgimento da depressão pós-parto (O'HARA et al., 1990).

O impacto da depressão materna é deletério na relação familiar, inclusive, sendo observados maiores índices de conflitos e discórdias entre parceiros, interferindo no desenvolvimento da criança, sendo considerado um grave problema de saúde pública. O adoecimento materno pode afetar todos os membros da família, além de amigos e parentes próximos, elevando

consideravelmente o risco psicossocial. As crianças de mães depressivas são acometidas de maiores problemas nos relacionamentos sociais, déficits cognitivos, além de quadros depressivos e ansiosos. A falta de esclarecimento das mães vem dificultando a procura por ajuda especializada. Entretanto, as intervenções visando melhorar as relações entre o casal e a criança podem contribuir para amenizar estes graves problemas (BURKE, 2003).

2.2 Aspectos hormonais afetivos no ciclo gravídico-puerperal

As constantes e periódicas mudanças hormonais, as alterações orgânicas da reprodução e da puberdade, o uso prolongado de contraceptivos hormonais, as alterações orgânicas do pós-parto e da menopausa, contribuem de maneira significativa para as mulheres tenham duas vezes mais chances de desenvolver sintomas afetivos negativos, como a depressão, que os homens (PARRY; NEWTON, 2001, BLOCH et al, 2003).

Os sintomas psicopatológicos durante a gestação podem afetar diretamente o sistema neuroendócrino materno (WADHWA et al., 1996), além de trazer repercussões fetais, com déficits no crescimento e no desenvolvimento da futura criança (TEIXEIRA; FISK; GLOVER, 1999).

Na gestação, os níveis de estrógenos e progesterona são superiores àqueles observados fora do período gestacional, podendo estas alterações hormonais estarem envolvidas nos distúrbios do humor que ocorrem nessa fase. Camacho e colaboradores (2006) sugerem que a queda brusca destes hormônios no puerpério pode estar relacionada a etiologia da depressão puerperal. Em estudo comparativo entre grávidas e não grávidas, foram encontradas nas grávidas deprimidas significativamente menor nível de estradiol na 36^o semana de gestação e no 2^o dia do pós-parto. (O'HARA et al., 1990).

Estudos retrospectivos em seres humanos sugerem que, durante a gravidez, os níveis elevados de Hormônio Liberador de Corticotrofina (CRH), de Hormônio Adreno-corticotrófico (ACTH) e de Cortisol podem estar associados aos estresse crônico. Estes hormônios podem estar elevados nas mães com grandes tensões emocionais, aumentando a probabilidade de

nascimento pré-maturos, de atrasos no desenvolvimento infantil e de anormalidades comportamentais nas crianças. Estas alterações podem ser causadas pela sensibilização do cérebro fetal causada pela ação danosa desses hormônios e neurotransmissores maternos (WEINSTOCK, 2001).

No período pós-parto, ocorrem grandes alterações no metabolismo, secreção e sensibilidade de receptores de ocitocina, um neurotransmissor elaborado pela hipófise da mãe, geralmente associado à lactação, à supressão da ovulação, ao aumento do apetite, e demais modificações corporais maternas. Este elemento vem, entretanto, sendo relacionado ao comportamento afetivo e a sensações de bem-estar materno (RUSSEL; DOUGLAS, 2001; BRUNTON; RUSSEL, 2008).

Outra hipótese postulada seria uma associação de sintomas emocionais depressivos devido a alterações nos níveis hormonais da tireoide durante o período gestacional (STEWART et al., 1988). Recentemente, a disfunção tireoidiana foi associada com alterações de humor nas puérperas, podendo levar, inclusive, a sintomas psicóticos maternos no pós-parto, agravando o risco psicossocial e aumentando o risco de infanticídios e tentativas de suicídios (BERGINK et al., 2011)

2.3 Autoestima

A autoestima é um tema pouco pesquisado no aspecto científico. Alguns autores (HEATHERTON; WYLAND, 2003) atribuem o fato à ampla utilização do termo, de forma indiscriminada pelas pessoas leigas e por ser um assunto imensamente utilizado nas análises da psicologia das relações humanas. Entretanto, um enfoque científico sobre este tema é de extrema importância, pois a autoestima é um constructo complexo, fortemente associado a outros aspectos da personalidade e está associado à saúde mental ou bem-estar psicológico. Sua carência se relaciona com certos fenômenos mentais negativos como depressão e suicídio. Em ciências sociais, é um conceito relevante na análise de crescimento e progressão social, devido aos seu papel importante no desenvolvimento adequado de uma sociedade (MRUCK, 1998).

Autoestima é uma avaliação subjetiva positiva ou negativa que o indivíduo faz em relação a si mesmo. Uma avaliação geral que cada um tem de si, da sua importância e valor em um amplo contexto. Ela diz respeito à forma como o indivíduo elege suas metas, aceita a si mesmo, valoriza os outros, estabelece suas expectativas e projetos. Como expressa um sentimento ou atitude de aprovação ou de repulsa por si mesmo, refere-se o quanto um sujeito se considera capaz, bem sucedido e valioso. É possível, entretanto, que um indivíduo se considere superior à maioria das outras pessoas, mas se sinta inadequado em relação a alguns padrões que estabeleceu para si próprio (ROSENBERG, 1965, WEISSHEIMER, 2007; SBICIGO; BANDEIRA; DELL'AGLIO, 2010).

Na autoestima o indivíduo percebe o seu próprio valor e faz sua avaliação em termos de competência, sendo uma experiência subjetiva, mas que pode ser observado através dos relatos verbais da pessoa e de seu comportamento (ASSIS; AVANCINI, 2004). A autoestima acaba por se expressar externamente através das crenças pessoais, capacidades e relacionamentos sociais. (HEATHERTON; WYLAND, 2003).

Os níveis de autoestima influenciam na valorização e na confiança pessoal e podem influir nos êxitos e fracassos na instituição de ensino, no trabalho e na relação da pessoa com os demais (GALLAR, 1998). As pessoas com baixa autoestima podem se engajar mais em comportamentos fora dos padrões estabelecidos por uma sociedade, como uma forma de retaliação ou como uma tentativa de melhorar a sua própria autoestima, embora que na maioria das vezes ocorra efeitos contrários, com piora dos níveis de autoestima e maior sofrimento pessoal. (ROSENBERG, 1989).

A autoestima pode ser classificada em positiva (boa autoestima) e negativa (baixa autoestima). Quando positiva o indivíduo apresenta uma satisfação interna, sente-se valorizada, feliz, valoriza a sua existência e tem uma boa capacidade de regeneração diante dos problemas que surgirem. Quando negativa, a pessoa sente-se inferior em suas capacidades e habilidades em comparação aos demais, tornam-se conformistas e apáticas, semelhantes aquelas com sintomas depressivos. Estas pessoas não conseguem manter relações emocionais estáveis e nem conseguem superar as

dificuldades que advêm no decorrer da vida, sentem-se fracassadas e sem “espírito de luta” (GALLAR, 1998; CASIQUE, 2004).

A autoestima e o autoconceito são constructos teóricos muito semelhantes, sendo importantes nos estudos da psicologia e da personalidade. Assim, torna-se necessário distinguir a autoestima do autoconceito, já que estes termos são, muitas vezes, utilizados como sinônimos. O autoconceito refere-se à totalidade dos pensamentos e sentimentos do indivíduo em relação a si mesmo (ROSENBERG, 1965, WEISSHEIMER, 2007). Diz respeito a tudo que a pessoa conhece sobre si, incluindo coisas como nome, raça, crenças, valores, peso, altura (HEATHERTON; WYLAND, 2003). Dentro do autoconceito podemos encontrar outras duas conceituações: a autoimagem e a autoestima. A “autoimagem” é uma característica do ser humano definida como a maneira que cada indivíduo vê a si mesmo. Já a autoestima é a resposta emocional que a pessoa experimenta quando contempla e avalia diferentes coisas sobre si mesmas. Embora, sejam conceitos diferentes, tanto a autoimagem, como a autoestima estão intimamente relacionadas. Um indivíduo com uma boa autoimagem, geralmente, apresenta-se com uma autoestima melhor. Ambos são construtos da personalidade, resultantes da interação entre o que somos, como nos vemos e como os demais nos veem (GALLAR, 1998).

Uma das teorias sobre a existência da autoestima está baseada na teoria denominada “*The looking-glass self*” (HEATHERTON; WYLAND, 2003). Esta teoria foi proposta por Cooley no início do século XX e sustenta que o indivíduo e a sociedade não existem separadamente, mas sim, que um é produto do outro. Da mesma forma como nós descobrimos nossa aparência através do nosso reflexo no espelho, aprendemos sobre nossa personalidade olhando a reação dos outros. Se várias pessoas nos rodeiam, acreditamos que somos populares. Se as pessoas riem de nossas piadas, acreditamos que somos divertidos. Em outras palavras, a forma como nós vemos é fortemente influenciada pela maneira como os outros nos veem.

O julgamento pessoal é formado desde a infância, porém, a susceptibilidade às inconstâncias dos sentimentos sobre si está mais presente no início da adolescência e a autoestima do indivíduo tende à estabilidade ao longo da vida (ROSENBERG, 1989). Existem teorias, entretanto, que apontam

que a autoestima poderia ser um “traço” estável de nossa personalidade ou outra de que se trata de um “estado” mutável ligado ao contexto. Das teorias que apontam a autoestima como sendo um traço relativamente estável da personalidade, considera que ela é construída vagarosamente através de experiências pessoais ao longo do tempo. Porém, existem outras teorias que apontam a autoestima como uma característica mais variável, que pode ser momentaneamente manipulada ou afetada com os acontecimentos que venham a ocorrer durante a vida. Desta forma, a autoestima pode se comportar tanto como um estado “variável” quanto como um traço “estável” da personalidade (HEATHERTON; WYLAND, 2003).

Alguns estudos sugerem que meninos e meninas divergem na origem da autoestima, sendo que a autoestima das meninas é mais influenciada pelos relacionamentos enquanto a autoestima dos meninos é mais influenciada pelos sucessos em seus objetivos (BLOCK; ROBINS,1993; HEATHERTON; WYLAND, 2003; BANDEIRA, 2009).

2.4 Autoestima no ciclo gravídico-puerperal

A gestação pode ser influenciada pelos níveis de autoestima, podendo levar a complicações e riscos obstétricos maternos e até afetar a vitalidade fetal. A autoestima adequada favorece a gestante que se sentirá mais apta para adotar comportamentos benéficos, com melhora nos cuidados perinatais e nas suas relações sociais, levando a uma sensação de bem estar, que irão impactar positivamente na maternidade. Entretanto, os baixos índices de autoestima pode afetar a motivação para gestante realizar o pré-natal, aumentando os riscos de engajar-se em hábitos pouco saudáveis como o etilismo, tabagismo e dependência a outras drogas. Se houver uma abordagem adequada, todos estes comportamentos que trazem impacto no desfecho gestacional são passíveis de serem modificados, trazendo importantes benefícios. (CURRY et al., 1994).

Quando a mãe se sente desvalorizada e com baixa autoestima, os sintomas depressivos podem surgir durante o pós-parto e perdurar por longos

períodos e interferir na saúde da criança e nas funções maternas relacionadas aos cuidados com a criança (MCLENNAM et al., 2001).

A relação entre o desenvolvimento do binômio mãe-filho, ou seja, capacidade da mãe em cuidar adequadamente de seu bebê está relacionada com o nível de autoestima. Quanto melhor a autoestima, maior o grau de confiança da mulher, resultando na intensificação do envolvimento materno com seu filho, trazendo benefícios para ambos. Uma abordagem que não valoriza as necessidades emocionais da mulher neste período é um dos fatores que contribuem para a piora da autoestima materna (MATTHEY et al., 2004; FALCONE et al., 2005; DRAKE et al., 2007).

A elevada autoestima e o otimismo, associados com boa relação conjugal e suporte social adequado, contribuíram como fatores protetores dos sintomas depressivos em diversos estudos. A boa autoestima com ausência dos sintomas depressivos favorece a mãe na preparação física e psicológica para a maternidade (RIGHETTI-VELTEMA et al., 1998; POPE et al., 2000; MORAES et al., 2006).

Em um estudo com 314 gestantes, realizado na Polônia, boa autoestima, associado com uma comunicação adequada entre casais e a bom suporte social estiveram associados com menor incidência de sintomas ansiosos e depressivos nas gestantes (MAKARA-STDUZINSKA et al., 2013)

Em um estudo realizado com 127 mulheres no período gestacional, em uma cidade do interior do Estado de São Paulo, foi encontrada uma prevalência de autoestima insatisfatória em 60,6%, sendo associada a menor escolaridade, gravidez não planejada e ausência de apoio paternal (MAÇOLA et al., 2010).

Uma meta-análise realizada por Beck (2001) identificou a baixa autoestima como um fator de risco para depressão pós-parto. Em uma revisão sistemática mais recente que incluiu 18 artigos, sobre escalas de rastreamento da depressão puerperal, também, foi relatada a baixa autoestima como preditor da depressão no período pós-parto (SCHARDOSIM; HELDT, 2011).

A gravidez precoce, os eventos estressantes durante a gravidez, o baixo suporte social e financeiro, ser solteira ou divorciada ou estar em conflito conjugal, a baixa autoestima materna pode levar a quadros depressivos

maternos. Outros fatores incluem as complicações obstétricas, o parto prematuro e a gravidez não desejada (CAMACHO et al., 2006).

Os baixos níveis de autoestima podem marcar o surgimento do quadro depressivo e todos os seus efeitos deletérios, como o empobrecimento da relação conjugal e familiar, além de prejuízos já mencionados na interação entre mãe e filho. Os efeitos podem ser prolongados e afetar o desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança nos primeiros anos de vida (MOTTA; LUCION; MANERO, 2005).

Portanto, o baixo nível de autoestima materna correlaciona-se com a depressão no pós-parto, que é uma importante causa de morbidade e possui grande relevância em saúde pública, ocasionando impacto sobre a família em desenvolvimento, afetando direta e negativamente os filhos. Problemas no desenvolvimento cognitivo e social, distúrbios do sono, doenças diarreicas, distúrbios nutricionais e atraso no crescimento são evidenciados nas crianças de mães que sofrem desta afecção (WHO, 2009). A mulher acometida deste distúrbio poderá apresentar sinais e sintomas como a perda de prazer e de interesse nas atividades, dificuldade de concentração e de tomar decisões e até ideações suicidas (CANTILINO et al., 2010). Nestas mulheres, ocorrem maiores chances da recorrência de episódios depressivos no futuro, podendo trazer problemas nas futuras gestações (JOSEFSSON et al., 2007).

Nas intervenções clínicas que incluíram a atenção emocional da mãe foram observadas melhoras significativas em sua autoestima e, conseqüentemente, no vínculo mãe-bebê, com reflexos positivos no relacionamento afetivo e no desempenho materno nas atividades de cuidados com o bebê. Desta forma, o aconselhamento integral incluindo avaliação emocional materna, principalmente nas primigestas, pelas equipes multiprofissionais que prestam assistência a mulher no ciclo gravídico-puerperal vem se tornando uma necessidade primordial visando proporcionar condições para uma gravidez adequada, além de vivências positivas no período da maternidade. (FALCONE et al., 2005; DRAKE et al., 2007; HOLDA; REBERTE, 2007).

2.5 Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

Entre os instrumentos de avaliação da autoestima disponíveis no nosso país, encontra-se a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), que foi desenvolvida por Morris Rosenberg. É uma escala utilizada para avaliação da autoestima na população. Consiste em uma escala de fácil aplicação, de medida unidimensional, com 10 itens destinados a avaliar globalmente a atitudes positivas e negativas do indivíduo em relação si mesma, sendo a mais utilizada e conhecida internacionalmente (BARANIK et al., 2008). Esta escala é composta por cinco perguntas para obter aspectos positivos e cinco para obter aspectos negativos, cujas respostas contidas, são: discordo totalmente, discordo, concordo e concordo totalmente, com pontuações variando de 1 a 4. As perguntas de aspectos positivos e de aspectos negativos estão dispostas aleatoriamente, para não viciar a resposta. A escala terá uma pontuação total de 10 até 40 pontos. Quanto maior a pontuação, melhor a autoestima da pessoa avaliada (AVANCI et al., 2007).

Rosenberg (1965) sugeriu que uma boa autoestima seria considerada quando a pontuação for superior a 30. Maçola (2010) considerou como autoestima insatisfatória em gestantes, quando escore menor que 30. Entretanto, a adoção de um ponto de corte nesta escala é controversa. Schmit e Allik (2005) aplicaram a escala de Rosenberg em 53 nações, incluindo o Brasil, e encontram uma média de 31,24 pontos, sendo maior nos países da América do norte e menor nos países asiáticos, constatando que em algumas culturas foram observadas viés nos itens da EAR. Essa média de pontuação elevada pode indicar um viés na escala que representaria um efeito “teto”, corroborando com as ideias de Marsh (1996) que sustenta que as pessoas tendem a concordar mais com as afirmativas positivas e discordar daquelas que traduzem aspectos negativos do indivíduo. Este fato ocorre, principalmente, em pessoas mais jovens, pois responder às afirmações negativas implicaria um maior nível de complexidade cognitiva do que responder aos itens positivos (MARSH, 1996). Desta forma, deve-se considerar as características da população estudada para se determinar a pontuação média que melhor define a autoestima (SCHMIT; ALLIK, 2005).

A Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) é um instrumento que avalia um importante aspecto da vida humana. Para avaliação da autoestima, esta escala é mais utilizada nos estudos internacionais nas diferentes populações (BARANIK et al., 2008), desde adolescentes (FARRUGIA et al., 2004), estudantes universitários (PRUESSNER et al., 2005; TAFARODI; MILNE, 2002) até idosos (PRUESSNER et al., 2005, AN et al., 2008; MEURER et al., 2012).

No Brasil também é a escala mais utilizada na avaliação da autoestima, inclusive nas mulheres no período gravídico-puerperal (DIAS et al., 2008; MAÇOLA et al., 2010; MACHADO et al., 2013).

Mercer e Ferketich (1988) testaram as propriedades psicométricas da escala de autoestima de Rosenberg em gestantes, apresentando resultados satisfatórios. Curry e colaboradores (1994) utilizaram a escala de autoestima de Rosenberg para desenvolver o instrumento “Perfil Psicossocial no Pré-natal” (*Prenatal psychosocial Profile*), para avaliar as percepções da mulher sobre o estresse, apoio do companheiro, apoio dos outros e autoestima na gestação. A escolha da Escala de Rosenberg para compor o instrumento foi devido a sua brevidade e por ser a mais amplamente usada em gestantes (WEISSHEIMER, 2007).

Atualmente, a Escala de Autoestima de Rosenberg ainda é utilizada em vários estudos que avaliam a autoestima em gestantes (DIAS et al., 2008; KIM et al., 2008; MAÇOLA et al., 2010; MAKARA-STDUZINSKA et al., 2013).

No Brasil, encontra-se duas traduções dessa escala para o português do Brasil, uma adaptação para adolescentes (AVANCI et al., 2007) e outra para pacientes pré-operatório de cirurgia plástica (DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004).

No trabalho de Dini e colaboradores (2004), a escala de autoestima de Rosenberg (EAR/UNIFESP) foi traduzida para o português, e adaptado ao contexto cultural brasileiro e validado para uma população de pacientes, com idade média de 40 anos, que iriam submeter-se à cirurgia plástica. Os autores preferiram inverter a pontuação original da escala, em cada pergunta, para facilitar a interpretação dos resultados. Portanto, quanto maior o escore, menor seria a autoestima do indivíduo. A escala foi comparada com outras que

medem aspectos correlacionáveis com a autoestima (escore de fâcias, escore de transtorno mentais comuns, escalas numéricas de beleza, vergonha, satisfação com a aparência e cuidados com a saúde). Foram identificados bons índices de reprodutibilidade e validade. Observou-se um coeficiente de reprodutibilidade intra e inter-observador de 0,98.

O estudo de Avanci e colaboradores (2007) objetivou padronizar a escala de autoestima de Rosenberg para adolescentes residentes no Rio de Janeiro, RJ. Realizou uma nova tradução, com equivalência semântica, que foi considerado boa, e de mensuração, avaliando a confiabilidade teste-reteste, consistência interna, análise fatorial e validade de construto. A consistência interna e confiabilidade foram considerados, respectivamente, moderado e regular. A análise fatorial proposta, resultou em duas estruturas fatoriais (baixa e alta autoestima), indicando a aplicabilidade da escala na população de referência, porém sugerindo a necessidade do desenvolvimento de outros trabalhos em amostras distintas. Neste estudo, manteve-se as características originais da Escala, que quanto maior a pontuação, melhor a autoestima. O escore pode variar de 10 a 40, sendo calculado, somando-se as pontuações obtidas através de avaliações de 10 frases feitas por cada mulher, pontuações essas que podem ser no mínimo 1 e no máximo 4 em cada frase.

JUSTIFICATIVA

3. JUSTIFICATIVA

A investigação da temática autoestima no ciclo gravídico-puerperal é uma estratégia interessante para avaliação dos aspectos emocionais da mulher neste período, um tema que vem ganhando relevância na saúde pública em nosso país. A baixa autoestima materna tem impacto direto na dinâmica familiar e conjugal, além de favorecer o desenvolvimento do quadro depressivo que é uma importante causa de morbidade materna, com reflexos negativos na relação mãe-filho e grande interferência no desenvolvimento cognitivo e afetivo da criança.

No Brasil, entretanto, ainda existem poucos estudos que avaliam a autoestima no ciclo gravídico-puerperal. Este tipo de avaliação parece que não tem sido valorizada, seja pela falta de capacitação e informação dos profissionais ou pela forma de estruturação dos serviços de saúde que atendem este segmento populacional. Desta forma, a avaliação da autoestima através de estudos de base populacional torna-se essencial para auxiliar na elaboração de estratégias para melhorar a assistência perinatal, principalmente no grupo nas primíparas que pode ter uma maior propensão para desenvolver problemas emocionais e afetivos durante o período gestacional.

Este estudo, portanto, justifica-se pela necessidade de preencher uma lacuna no conhecimento sobre a autoestima das mulheres no ciclo gravídico-puerperal e pelo impacto negativo da baixa autoestima materna sobre a qualidade da relação familiar e conjugal, acarretando prejuízos na interação mãe-filho. Ademais não foram encontrados estudos sobre esta temática na região Norte e no Estado do Acre.

OBJETIVOS

4. OBJETIVOS

4.1 Geral

- Avaliar a autoestima e fatores associados em uma coorte de primigestas no município de Rio Branco, Acre.

4.2 Específicos

1. Estimar o nível de autoestima mensurada no pós-parto imediato e seis meses após o parto, segundo fatores socioeconômicos, características gestacionais e obstétricas em primigestas de Rio Branco-Acre;
2. Analisar os fatores associados à autoestima mesurada no pós-parto imediato e seis meses após o parto, em mulheres primigestas atendidas nas maternidades de Rio Branco-Acre;
3. Correlacionar os escores das escalas de autoestima das primigestas observados no pós-parto imediato e seis meses após o parto, da coorte de primigestas de Rio Branco-Acre.

MATERIAL E METÓDO

5. MATERIAL E METÓDO

5.1 Tipo do Estudo

Estudo do tipo transversal pareado, no pós-parto imediato e seis meses pós-parto, na coorte de primigestas que foram atendidas nas maternidades existentes em Rio Branco, Acre. Esta dissertação utilizou a base de dados do projeto matriz denominado “*Saúde reprodutiva de primigesta: análise de fatores relacionados ao tipo de parto*”, sob a coordenação da Profa. Dra. Leila Maria Geromel Dotto.

5.2 População de Estudo

A coorte de primigestas foi composta pelo universo de mulheres residentes em Rio Branco, com atendimento do parto realizado nas maternidades locais no período de 01 de fevereiro de 2010 a 31 de julho de 2010.

Os critérios de exclusão foram as primíparas com incapacidade de responder à entrevista e aquelas primigestas menores com ausência de responsável legal.

5.3 Amostragem

Para o cálculo do tamanho da amostra da população de estudo foram adotados alguns critérios. Com base nos dados de 2007 (DATASUS, 2012) em Rio Branco, foi registrada a ocorrência de 7.094 partos em residentes no município, dos quais 2.644 aconteceram em primigestas, correspondendo a uma média de, aproximadamente, 220 partos por mês. Aceitando um nível de significância de 95%, um poder estatístico de 80% e uma razão de chances de 2,0 para os fatores de exposição analisados, estimou-se uma amostra de 804 primigestas para o estudo. Prevendo possíveis perdas, foram acrescentadas mais 80 primigestas (10%), produzindo com uma estimativa final de 884 participantes. Considerando a média mensal de partos que ocorrem nas

Instituições envolvidas no estudo, foi calculado que seriam necessários seis meses de inclusão das mulheres participantes. Houve uma primigesta que respondeu incompletamente a escala de autoestima de Rosenberg, sendo excluída do estudo. Assim, no período de 01 de fevereiro de 2010 a 31 de julho de 2010, foi obtida uma casuística de 886 mulheres que constitui a amostra do estudo.

5.4. VARIÁVEIS DE ESTUDO

5.4.1. *Variáveis socioeconômicas e emocionais*

Idade: A informação sobre idade foi coletada de forma contínua e posteriormente categorizada em menor que 20 anos (denominada de adolescente), e igual ou maior de 20 anos.

Escolaridade: Classificada em três grupos: 1º grau incompleto/completo, 2º grau incompleto/completo 3º grau incompleto/completo.

Renda familiar (salários-mínimos): Classificada em três estratos: até 1 salários mínimos, de 1 até 3 salários mínimos e maior que 3 salários mínimos.

Situação conjugal: Coletada em seis categorias: solteira, casada, viúva, separada judicialmente, outro e ignorado. Porém estas categorias foram classificadas em casadas e/ou em união estável e não casadas

Cor da pele: Autodeclarada e categorizada como branca e não branca

Ocupação: Agrupada em estudante, dona de casa e trabalho remunerado.

Gravidez planejada: Categorizada com sim ou não.

Sentimento de felicidade ao saber da gravidez: Categorizada com sim ou não.

5.4.2 Variáveis Gestacionais

Realização de pré-natal: Classificada como sim quando foi realizada uma ou mais consultas e não o relato de nenhuma consulta.

Tipo de serviço do pré-natal: Foi agrupada como variável dicotômica em: atendimento no Sistema Único Saúde (SUS) versus atendimento Particular/Convênio

Início do pré-natal: Foi categorizado em início no 1ª semestre e 2º ou 3º trimestre

Número de consultas pré-natais: Coletada como variável contínua e agrupada em igual ou menor que 5 consultas e mais que 5 consultas

5.4.3 Variáveis associadas aos hábitos de vida na gestação

Tabagismo da gestação: Foi categorizada com sim ou não.

Etilismo na gestação: Foi categorizada com sim ou não.

Uso de drogas ilícitas na gestação: Foi categorizada com sim ou não.

Atividade física regular na gestação: Foi categorizada com sim ou não.

Tabagismo na moradia da gestante: Foi categorizada com sim ou não.

Uso de droga na moradia da gestante: Foi categorizada com sim ou não.

5.4.4 Variáveis associada ao parto

Tipo de atendimento ao parto: Foi agrupada como variável dicotômica em: atendimento no Sistema Único Saúde (SUS) versus atendimento Particular/Convênio.

Tipo de parto: classificado como parto normal e parto cesariana.

Presença de acompanhante no parto: Foi categorizada com sim ou não.

Parto gemelar: Foi categorizada com sim ou não.

Peso do recém-nascido: Normal (maior que 2500 gramas) e baixo peso (se menor que 2499 gramas).

Sexo do recém-nascido: Foi categorizado feminino e masculino.

Tempo de gestação: Foi categorizado em até 37 semanas (pré-termo), de 38 até 41 semanas (a termo) e mais de 42 semanas (pós-datismo).

5.4.5 Variáveis socioeconômicas associadas aos seis meses pós-parto

Idade: Coletada de forma contínua e posteriormente categorizada em menor que 20 anos (denominada de adolescente), e igual ou maior de 20 anos.

Escolaridade: Classificada em três grupos: 1º grau incompleto/completo, 2º grau incompleto/completo 3º grau incompleto/completo.

Renda familiar (salários-mínimos): Classificada em três estratos: até 1 salários mínimos, de 1 até 3 salários mínimos e mais que 3 salários mínimos.

Cor da pele: Autodeclarada e categorizada como branca e não branca

Condição de moradia: Foi considerado adequado quando possuiu rede geral de esgoto ou poço, rede geral de esgoto ou fossa séptica, coleta de lixo, e até dois moradores por dormitório (critérios IBGE, 2012).

Mora com companheiro: Foi categorizado como sim ou não.

Relacionamento com o pai da criança: Esta variável foi agrupada em não tem contato e tem bom relacionamento

Voltou ao trabalho: Foi categorizada com sim ou não.

Voltou a estudar: Foi categorizada com sim ou não.

5.4.6 Variáveis associadas ao parto aos seis meses pós-parto

Tipo de atendimento ao parto: Foi agrupada como variável dicotômica em: atendimento no Sistema Único Saúde (SUS) versus atendimento Particular/Convênio.

Tipo de parto: Classificado como parto normal e parto cesariana.

Presença de acompanhante no parto: Foi categorizada com sim ou não.

Sexo do recém-nascido: Foi categorizado feminino e masculino.

Parto gemelar: Foi categorizada com sim ou não.

Peso do recém-nascido: Normal (maior que 2500 gramas) e baixo peso (se menor que 2499 gramas).

Tempo de gestação: Foi categorizado em até 37 semanas (pré-termo), de 38 até 41 semanas (a termo) e mais de 42 semanas (pós-datismo)

Destino do bebê: Alojamento conjunto ou Unidade de terapia intensiva.

Bebê faleceu neste período: Foi categorizado em não ou sim

Autoestima pós-parto imediato: Insatisfatória (EAR < 30 pontos) e satisfatória (EAR ≥ 30 pontos)

5.4.7 Variáveis associadas aos hábitos de vida aos seis meses pós-parto

Tabagismo no sexto mês pós-parto: sim ou não.

Etilismo no sexto mês pós-parto: sim ou não.

Uso de drogas no sexto mês pós-parto: sim ou não.

Atividade física no sexto mês pós-parto: sim ou não.

Amamentação no sexto mês pós-parto: sim ou não.

Amamentação exclusiva no sexto mês pós-parto: sim ou não.

5.4.8 Avaliação da autoestima

O instrumento de avaliação da autoestima adotado foi a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), validada por Dini e colaboradores (2000), com uso da escala padronizada por Avanci e colaboradores (2007), considerando que o objetivo era avaliar a autoestima de primigestas, e provavelmente, com grande percentual de adolescentes. Esta escala consiste em 10 questões, em formato de respostas tipo *Likert*, com quatro alternativas (concordo totalmente, concordo, discordo ou discordo totalmente), com pontuação de um até quatro. Ela é composta por 5 perguntas de aspecto positivo e 5 de aspecto negativo (com pontuação invertida), que foram dispostas aleatoriamente, em ordem diferente embaixo de cada frase, para não viciar a resposta.

O escore é obtido pela soma das pontuações e pode variar de 10 a 40. Foi considerado que quanto maior a pontuação na escala, melhor é autoestima do paciente (ROSEMBERG, 1965). A autoestima insatisfatória (baixa autoestima) foi definida como escore menor a 30 pontos na EAR (SIMONETTI, 1989).

5.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de instrumento (questionário) validado e entrevistas semiestruturadas elaboradas com vista a alcançar os objetivos propostos. As entrevistas ocorreram por volta de 12 horas após o parto, de forma a respeitar as primeiras horas de recuperação do pós-parto (ANEXO A). Após seis meses decorridos do parto, as puérperas foram reavaliadas em seu domicílio, por uma equipe treinada e supervisionada (ANEXO B).

A pesquisadora principal realizou o treinamento de cinco auxiliares de pesquisa (acadêmicas do curso de enfermagem e do curso de saúde coletiva). O treinamento constitui de seis horas de parte teórica e oito horas de parte prática. Foi realizada a supervisão das entrevistadoras, com codificação e esclarecimento de dúvidas sobre o instrumento utilizado.

O instrumento de coleta de dados foi submetido a um teste-piloto com 50 mulheres, com a finalidade de avaliar a compreensão das perguntas, tendo sido efetuado as adequações semânticas necessárias no questionário final antes do início da pesquisa.

5.6 Tratamento e análise dos dados

Os dados coletados foram digitados em banco de dados usando software Access versão 2007 e convertidos para o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 13) para realização das análises. Foi realizado um estudo descritivo da população, por meio das frequências, da análise das medidas de tendência central e de dispersão (médias, desvio-padrão, mediana e percentis).

As medidas de tendência central de cada item da Escala de autoestima de Rosenberg também foram realizadas, para verificar quais itens contribuíram mais para piora da autoestima.

Foi realizado a comparação entre as pontuações da autoestima mensurada no pós-parto imediato e seis meses após nascimento da criança com o teste de correlação de Pearson. O percentual de queda da pontuação comparando as duas escalas foi também realizado e analisado.

5.6.1 Análise univariada

Foram exploradas as associações tendo como desfecho a autoestima no pós-parto imediato e seis meses após o parto. Para verificar a associação entre as variáveis independentes categóricas e a dependente contínua (autoestima) procedeu-se a análise de comparação de médias das variáveis contínuas, com distribuição normal, utilizou-se o teste *t de Student* quando a distribuição era normal. Quando dicotomizado o desfecho, procedeu-se a análise pelo teste do qui-quadrado de Pearson. Foram considerados significativos os valores de $p < 0,05$. A força de associação foi calculado utilizando-se a razão de chances (OR), com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

As variáveis independentes analisadas no pós-parto imediato foram: idade, situação conjugal, cor da pele autodeclarada, escolaridade, ocupação, renda familiar, realização de pré-natal, tipo de serviço do pré-natal e parto, início do pré-natal, número de consultas pré-natais, gravidez planejada, sentimento de felicidade ao saber da gravidez, tabagismo da gravidez, tabagismo passivo na moradia da gestante; etilismo na gestação, uso de drogas ilícitas na gestação, uso de drogas ilícitas no domicílio da gestante, atividade física regular na gestação, tipo de parto, presença de acompanhante no parto, parto gemelar e sexo do recém-nascido.

As variáveis independentes analisadas seis meses após o parto foram: idade, escolaridade, renda familiar (salários-mínimos), cor da pele autodeclarada, condição de moradia, mora com companheiro, relacionamento com o pai da criança, voltou ao trabalho, voltou a estudar, tipo de atendimento ao parto, tipo de parto, presença de acompanhante no parto, sexo do recém-

nascido, parto gemelar, peso do recém-nascido, tempo de gestação, destino do bebê, bebê faleceu neste período, autoestima pós-parto imediato, tabagismo no sexto mês de gestação, etilismo no sexto mês de gestação, uso de drogas no sexto mês de gestação, atividade física no sexto mês de gestação, amamentação no sexto mês, amamentação exclusiva no sexto mês.

5.6.2 Análise de regressão múltipla

Procedeu-se a análise de regressão linear múltipla para identificar os fatores que mais contribuíram de forma independente para a autoestima das primigestas. As variáveis independentes selecionadas para esta etapa foram aquelas que apresentaram na análise univariada um nível de significância igual ou menor a 20% ($p \leq 0,20$). As variáveis foram introduzidas uma a uma no modelo (método enter) e permaneceram aquelas que eram preditivas da autoestima em primigesta a um nível de significância de $\alpha \leq 0.05$. A significância do modelo foi avaliada por meio do Teste da Razão de Verossimilhança.

5.7 Aspectos éticos

O projeto matriz foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Acre (UFAC), sendo aprovado através do Protocolo nº 23107.005912/2009-21 (ANEXO C) e recebeu autorização das duas instituições onde a coleta de dados foi realizada.

Nesse estudo, foram observados os princípios éticos, de acordo com a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (2000), vigente na época. Todas as mulheres incluídas no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO D), para que todas as informações pertinentes as participantes do estudo fossem preservadas, garantido o sigilo absoluto e o anonimato dos dados coletados.

RESULTADOS

6. RESULTADOS

6.1 Autoestima e fatores associados em primigestas mensuradas no pós-parto imediato

6.1.1 Análise dos escores da Escala de Autoestima de Rosenberg como variável contínua.

Um total de 887 primigestas foi incluído no estudo para analisar a escala autoestima de Rosenberg no pós-parto imediato, mas foi registrada a perda de informação de uma gestante por ausência de resposta da Escala de autoestima de Rosenberg (EAR). Desta forma, a média de idade das 886 primigestas avaliadas nesta etapa do estudo foi 21 anos com desvio-padrão (DP) de 5,18, mediana 20 anos, sendo que 47% (417 participantes) tinham idade entre 13 a 19 anos, ou seja, eram consideradas adolescentes segundo definição da Organização mundial de Saúde (OMS). Dentre as primigestas, 80,7% declararam possuir cor de pele não branca, 76,5% relataram viver com o companheiro (casada ou em união estável) e 78,5% possuíam escolaridade inferior ao segundo grau completo. Em relação à ocupação, 28,8% das primigestas relataram exercer atividades laborativas fora da casa e 26,7% ainda eram estudantes. Quanto à renda familiar 87,9% declararam renda media menor que cinco salários mínimos mensais. A maioria das primigestas declarou ter planejado a gravidez (59,5%) e um sentimento de felicidade ao saber da gravidez (60,4%) (Tabela 1).

A pontuação média na escala de autoestima de Rosenberg no pós-parto imediato foi de 31,42 pontos (DP 4,37), mediana de 30, percentil 25% de 28 e amplitude com valor mínimo de 20 e máximo de 40 pontos. Os itens que apresentaram as menores médias de pontuação foram “Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesma” e “Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes” (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição das variáveis socioeconômicas, gravidez planejada e sentimento felicidade no pós-parto imediato em 886 primigestas, divididas em adolescentes e adultas atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

VARIÁVEIS	ADOLESCENTES		ADULTAS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Escolaridade						
1º grau completo/incompleto	179	33,4	41	8,7	180	20,3
2º grau completo/incompleto	260	62,5	256	54,5	517	58,2
3º grau completo/incompleto	17	4,1	173	36,8	190	21,4
Renda familiar *						
Até 1 salário-mínimo **	176	44,8	94	40,7	270	27,4
1 até 3 salários-mínimos **	170	43,3	178	38,7	348	40,8
Mais 3 salários-mínimos **	47	12,0	186	20,6	233	31,8
Situação conjugal						
Casada/União estável	33	7,9	170	36,2	203	22,9
Não vive com companheiro	383	92,1	300	63,8	683	77,1
Cor de pele autodeclarada						
Branca	65	15,6	106	22,3	171	19,2
Não Branca	351	84,4	365	77,7	716	80,8
Ocupação *						
Dona de casa	209	50,9	178	38,3	387	44,2
Estudante	108	44,8	53	11,4	237	27,1
Trabalha	18	4,4	234	50,3	252	28,8
Gravidez planejada						
Sim	119	28,6	240	51,1	359	40,5
Não	297	71,4	230	48,9	527	59,5
Felicidade sobre a gravidez						
Sim	207	49,8	328	69,8	535	60,4
Não	209	50,2	142	30,2	351	39,6

* Diferenças de valores se devem a dados faltosos (não resposta).

** Salário-mínimo (2010): R\$ 510 reais (quinhentos e dez reais).

Tabela 2 – Escores de autoestima da Escala de Rosenberg no pós-parto imediato de 886 primigestas, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

Itens	Media (DP)	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Valor máximo	Valor mínimo
1. No conjunto, eu estou satisfeita comigo.	3,16 (0,62)	3,0	3,0	4,0	1	4
2. Às vezes, eu acho que não presto para nada (inverso).	3,13 (0,71)	3,0	3,0	4,0	1	4
3. Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades	3,28 (0,54)	3,0	3,0	4,0	1	4
4. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.	3,26 (0,62)	3,0	3,0	4,0	1	4
5. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar (inverso)	3,20 (0,68)	3,0	3,0	4,0	1	4
6. Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes (inverso).	2,90 (0,80)	3,0	2,0	4,0	1	4
7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos no mesmo nível que as outras pessoas.	3,28 (0,51)	3,0	3,0	4,0	1	4
8. Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesma (inverso).	2,67 (0,83)	2,0	2,0	3,0	1	4
9. No geral, eu estou inclinada a sentir que sou um fracasso (inverso).	3,37 (0,57)	3,0	3,0	4,0	1	4
10. Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesma.	3,25 (0,54)	3,0	3,0	4,0	1	4
ESCORE TOTAL DA AUTOESTIMA	31,42 (4,37)	30,0	28	34	20	40

Na avaliação da autoestima no pós-parto imediato, observa-se uma menor autoestima na primigesta adolescentes de 13 até 19 anos (416 mulheres, 47%) com média da escala de Rosenberg de 30,40 (desvio-padrão de 4,15) comparadas com a média de 32,31 (desvio-padrão de 4,37) das primigestas adultas de 20 até 43 anos (470 mulheres, 53%) com significância estatística ($p < 0,001$).

Tabela 3 - Média e desvio-padrão (DP) da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) segundo variáveis socioeconômicas, gravidez planejada e sentimento felicidade com a gestação, no pós-parto imediato em 886 primigestas, divididas em adolescentes e adultas, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

VARIÁVEL	N (%)	Média da EAR (Desvio-padrão)			P
		Adolescente	Adulta	Total	
Escolaridade					
1º grau completo/incompleto	180 (20,3)	30,06 (4,30)	29,71 (3,60)	29,98 (4,14)	< 0,001
2º grau completo/incompleto	516 (58,2)	30,53 (4,07)	31,96 (4,35)	31,24 (4,27)	
3º grau completo/incompleto	190 (21,4)	31,29 (4,18)	32,31 (4,23)	33,26 (4,26)	
Renda familiar *					
Até 1 salário-mínimo **	233 (27,4)	30,19 (4,28)	31,27 (4,34)	30,56 (4,35)	< 0,001
1 até 3 salários-mínimos **	347 (40,8)	30,63 (4,06)	31,79 (4,28)	31,22 (4,21)	
Mais 3 salários-mínimos **	270 (31,8)	31,43 (4,19)	33,46 (4,29)	33,05 (4,32)	
Situação conjugal					
Casada/União estável	678 (76,5)	31,06 (3,98)	32,78 (4,26)	32,50 (3,36)	< 0,001
Mora sem companheiro	208 (22,9)	30,34 (4,16)	32,05 (4,42)	31,09 (4,25)	
Cor de pele autodeclarada					
Não Branca	716 (80,8)	30,03 (3,90)	31,98 (4,29)	31,03 (4,22)	< 0,001
Branca	170 (19,2)	32,40 (4,86)	33,46 (4,47)	33,05 (4,63)	
Ocupação *					
Estudante	237 (26,7)	30,36 (4,09)	32,47 (4,38)	30,84 (4,34)	< 0,001
Dona de casa	395 (43,7)	30,49 (4,16)	31,69 (4,47)	31,04 (4,34)	
Trabalha	252 (28,4)	30,36 (4,09)	32,81 (4,23)	32,62 (4,29)	
Gravidez planejada					
Não	527 (59,5)	30,39 (4,24)	32,08 (4,54)	31,13 (4,45)	0,02
Sim	359 (40,5)	30,42 (3,94)	32,53 (4,20)	31,83 (4,23)	
Sentiu feliz ao saber da gravidez					
Não	351 (39,6)	30,03 (4,07)	31,77 (4,43)	30,73 (4,30)	< 0,001
Sim	535 (60,4)	30,78 (4,20)	32,55 (4,32)	31,86 (4,36)	

* Diferenças de valores se devem a dados faltosos (não resposta).

** Salário-mínimo (2010): R\$ 510 reais (quinhentos e dez reais).

Na Tabela 3, observa-se que a escolaridade e a renda familiar das primigestas, menores foram as médias das pontuações da escala de autoestima de Rosenberg, ou seja, apresentaram uma menor autoestima. As mulheres que se declararam brancas e as que possuíam união estável ou eram casadas apresentaram uma autoestima significativamente maior. Em relação à ocupação, o grupo das gestantes que trabalhavam e as que estudavam tinham, respectivamente, uma maior e uma menor média de pontuação da EAR. Também foram observadas maiores médias de autoestima entre as primigestas

que referiram sentimento de felicidade ao saber da gravidez e aquelas que tiveram a gravidez planejada.

Neste estudo, a análise do consumo de álcool ou tabaco, do uso de drogas ilícitas e da prática regular de atividade física pelas gestantes não mostrou diferença com significância estatística na pontuação média do escore da EAR. Além disso, observa-se que conviver no mesmo domicílio com indivíduos que fumavam ou usavam drogas, também, esteve associado à uma piora da autoestima (Tabela 4).

Tabela 4 - Média e desvio-padrão da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) segundo variáveis de hábitos e estilo de vida durante a gestação, em 886 primigestas no pós-parto imediato, divididas em adolescentes e adultas, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

VARIÁVEL	N (%)	Média da EAR (Desvio-padrão)			P
		Adolescente	Adulta	Total	
Consumo de tabaco na gestação					
Sim	64 (7,1)	30,57 (4,73)	32,33 (4,40)	30,76 (4,71)	0,80
Não	823 (92,9)	30,38 (4,09)	32,31 (4,37)	31,47 (4,34)	
Consumo de álcool na gestação					
Sim	103 (11,6)	30,16 (4,42)	32,33 (4,40)	31,13 (3,50)	0,54
Não	783 (88,4)	30,44 (4,11)	32,31 (4,37)	31,44 (3,39)	
Uso de drogas ilícitas na gestação					
Sim	7 (0,8)	31,83 (5,38)	28,00 (6,00)	31,29 (4,37)	0,47
Não	866 (99,2)	30,38 (4,13)	32,32 (4,37)	21,42 (5,12)	
Atividade física na gestação *					
Sim	63 (7,1)	29,79 (3,40)	32,25 (4,40)	32,19 (4,37)	0,14
Não	823 (92,9)	30,50 (4,26)	32,62 (4,24)	31,36 (4,37)	
Convívio com tabagista					
Sim	270(30,5)	30,03 (4,91)	31,24 (4,38)	30,44 (4,11)	< 0,001
Não	616 (69,5)	30,68 (3,31)	32,57 (4,33)	31,84 (4,42)	
Convívio com usuário de drogas					
Sim	28 (3,2)	29,33 (4,23)	29,25 (1,50)	29,33 (3,93)	0,01
Não	857 (99,2)	30,47 (4,15)	32,34 (4,37)	31,39 (4,37)	

* Diferenças de valores se devem a dados faltosos (não resposta).

Quase a totalidade (99,2%, n=879) das primigestas avaliadas teve assistência ao pré-natal, sendo que 80,6% destes atendimentos foram realizados pela rede pública de saúde (SUS). Entre as participantes do estudo, 74,4% iniciaram o pré-natal no decorrer do primeiro trimestre e 68,24% delas conseguiram realizar mais de 6 consultas no pré-natal. As menores médias da

EAR foram associadas, significativamente, ao atendimento no SUS, ter iniciado o pré-natal tardiamente e a realizado menos de seis consultas durante a gravidez (Tabela 5).

Tabela 5 - Média e desvio-padrão da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) das variáveis gestacionais em 886 primigestas no pós-parto imediato, divididas em adolescentes e adultas, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

VARIÁVEL	N (%)	Média da EAR (Desvio-padrão)			P
		Adolescente	Adulta	Total	
Gestante fez pré-natal					
Não	7 (0,8)	29,60 (5,41)	30,00 (6,00)	31,13 (6,73)	0,48
Sim	879 (99,2)	30,41 (4,14)	32,28 (4,35)	32,57 (4,52)	
Tipo de atendimento pré-natal *					
Sistema Único Saúde	699 (79,7)	30,38 (4,19)	31,72 (4,29)	30,99 (4,28)	<0,001
Particular/Convênio	187 (20,3)	30,93 (3,56)	33,54 (4,16)	33,12 (4,17)	
Início do pré-natal *					
2-3º trimestre (≥13ª semana)	226 (25,6)	30,07 (4,06)	31,95 (4,80)	31,95 (4,80)	<0,01
1º trimestre (<13ª semana)	658 (74,4)	30,62 (4,17)	32,35 (4,26)	32,35 (4,26)	
Número de consulta pré-natal *					
Até 05 consultas	279 (31,8)	30,15 (4,32)	31,71 (4,63)	31,71 (4,63)	0,001
06 consultas ou mais	597 (68,2)	30,60 (4,01)	32,46 (4,30)	32,46 (4,30)	
Internação na gravidez					
Sim	187 (21,1)	30,57 (4,41)	32,19 (4,44)	32,19 (4,44)	0,80
Não	699 (78,9)	30,35 (4,07)	32,34 (4,36)	32,34 (4,36)	

* Diferenças de valores se devem a dados faltosos (não resposta).

Em relação às variáveis relacionadas com o parto, o atendimento foi predominantemente na rede pública (87,7%) e mostrou uma menor média da EAR enquanto a realização do parto com atendimento particular ou conveniado associou-se com uma autoestima melhor. A presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e o nascimento da criança do sexo feminino, também, associaram-se com maiores escores na escala de autoestima. O tipo de parto, a percepção de problema no parto, o peso do recém-nascido, o parto gemelar e o tempo de gestação não mostraram diferenças nas médias da EAR com significância estatística (Tabela 6).

Tabela 6 - Média e desvio-padrão da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) segundo variáveis relacionadas ao parto em no pós-parto imediato, divididas em adolescentes e adultas, divididas em adolescentes e adultas, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

VARIÁVEL	N (%)	Média da EAR (Desvio-padrão)			P
		Adolescente	Adulta	Total	
Tipo de Atendimento no parto					
Público	776 (87,6)	30,36 (4,17)	31,91 (4,35)	31,11 (4,33)	<0,001
Convênio/Particular	110 (12,4)	31,60 (3,44)	33,89 (4,10)	33,58 (4,08)	
Tipo de parto					
Parto normal	444 (50,1)	30,50 (4,16)	32,22 (4,65)	31,20 (4,41)	0,14
Parto cesariana	442 (49,9)	30,24 (4,14)	32,37 (4,25)	31,63 (4,33)	
Percepção de problema no parto *					
Sim	55 (6,2)	30,29 (3,59)	30,97 (3,78)	30,67 (3,68)	0,19
Não	828 (93,8)	30,43 (4,17)	32,39 (4,39)	31,46 (4,40)	
Presença de acompanhante no parto					
Não	680 (76,7)	29,68 (3,67)	31,40 (4,02)	30,53 (3,94)	<0,001
Sim	206 (23,3)	33,86 (3,59)	34,59 (3,38)	34,35 (4,46)	
Peso do recém-nascido ao nascer *					
Normal (≥ 2500 gramas)	788 (89,4)	30,35 (4,13)	32,29 (4,29)	31,39 (4,31)	0,77
Baixo peso (<2499 gramas)	93 (10,6)	30,79 (4,39)	31,95 (4,96)	31,53 (4,81)	
Teve gêmeos					
Sim	8 (0,9)	32,00 (1,41)	34,67 (4,55)	31,39 (4,07)	0,09
Não	878 (99,1)	30,39 (4,16)	32,28 (4,36)	34,00 (4,37)	
Sexo do bebê					
Masculino	427(48,2)	30,09 (3,84)	31,70 (4,18)	30,95 (4,10)	0,002
Feminino	459 (51,8)	30,69 (4,40)	32,89 (4,47)	31,85 (4,57)	
Tempo de gestação *					
De 42 - 44 semanas	12 (1,4)	30,00 (2,10)	31,33 (4,18)	30,67 (4,23)	0,27
De 38 - 41 semanas	785 (89,1)	30,33 (4,18)	32,29 (4,37)	31,36 (4,39)	
De 32 - 37 semanas	84 (9,5)	31,33 (4,08)	32,84 (4,39)	32,25 (4,31)	

* Diferenças de valores se devem a dados faltosos (não resposta).

Na análise de regressão linear multivariada da EAR, as variáveis selecionadas foram aquelas que tiveram significância estatística na análise univariada como: idade, escolaridade, renda familiar, sentimento de felicidade sobre a gestação, etnia, sexo da criança, gravidez planejada, tipo de atendimento no parto e no pré-natal, acompanhamento durante o parto. As variáveis, “tipo de parto” e o “parto gemelar” apresentaram significância menor que 0,20 foram, portanto, selecionadas para a análise. As variáveis que permaneceram no modelo final foram: idade, escolaridade, cor da pele,

sentimento de felicidade sobre a gestação, sexo da criança, atendimento do parto, presença de acompanhante durante o parto (Tabela 7).

Tabela 7 - Coeficiente de Regressão Linear bruto e ajustado da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) segundo variáveis independentes mensuradas no pós-parto imediato, em primigestas no pós-parto imediato, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

VARIÁVEIS	Coeficiente β bruto (IC95%)	P	Coeficiente β ajustado (IC95%)	P
Idade (maior) em anos	0,18 (0,13; 0,24)	<0,001	0,08 (0,02; 0,14)	<0,01
Escolaridade (maior)	1,65 (1,21; 2,08)	<0,001	0,77 (0,27; 1,26)	0,002
Renda familiar (maior)	1,22 (0,85; 1,60)	<0,001	-	-
Situação conjugal (não casado)	-4,07 (-2,09; -0,73)	<0,001	-	-
Pele autodeclarada (não branca)	-2,03 (-1,31; -2,75)	<0,001	-1,21 (-1,90; -0,53)	<0,001
Ocupação (estudante)	-4,60 (-1,29; -0,52)	<0,001	-	-
Feliz ao saber da gravidez	1,13 (0,55; 1,71)	<0,001	0,36 (0,64; 0,10)	0,01
Gravidez planejada	0,70 (0,12; 1,28)	0,019	-	-
Atendimento pré-natal (público)	-2,12 (-2,88; -1,14)	<0,001	-	-
Início pré-natal (2-3º trimestre)	-2,77 (-1,59; -0,27)	0,006	-	-
Menos de 5 consultas pré-natal	-3,41 (-1,69; -0,46)	0,001	-	-
Atendimento no parto (público)	-2,47 (-3,33; -1,61)	<0,001	-1,07 (-2,04; -0,11)	0,03
Tipo de parto	0,43 (-0,14; 1,00)	0,14	-	-
Acompanhante no parto	3,80 (3,17; 4,44)	<0,001	3,48 (2,70; 4,16)	<0,001
Parto gemelar	2,60(-0,44; 5,56)	0,09	-	-
Sexo do bebê (Feminino)	0,90 (0,32; 1,47)	0,002	0,78 (0,26; 1,30)	0,003

6.1.2 Análise da Escala de Autoestima de Rosenberg no pós-parto imediato classificada como variável dicotômica

Na tabela 8 são apresentadas as Razões de Chances brutas (OR brutas) obtidas quando o escore da EAR foi avaliado categorizado em, baixa autoestima (<30) e elevada autoestima (\geq 30). Observa-se uma associação com significância estatística com adolescência, baixa escolaridade, baixa renda familiar, cor não branca, gravidez não planejada e não sentimento de felicidade sobre a gravidez.

Tabela 8 - Razões de Chances brutas (OR brutas) do escore da EAR categorizando em baixa autoestima (< 30) e alta autoestima (≥30) segundo variáveis socioeconômicas, gravidez planejada e sentimento felicidade com a gestação, em primigestas no pós-parto imediato, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

VARIÁVEL	Escore Autoestima Rosenberg		Total	OR bruta (IC 95%)
	Baixa (%)	Alta (%)		
Idade				
Adolescentes (13-19 anos)	200 (48,1)	216 (51,9)	416	2,25 (1,70 – 2,97)
Adultas (20-43 anos)	137 (29,1)	333 (70,9)	470	1
Escolaridade				
1º grau completo/incompleto	101 (56,1)	79 (43,9)	180	5,66 (3,54 – 9,06)
2º grau completo/incompleto	201 (39,0)	315 (61,0)	516	2,00 (1,42 – 2,82)
3º grau completo/incompleto	35 (18,4)	155 (81,6)	190	1
Renda familiar *				
Até 1 salário-mínimo **	134 (49,6)	136 (50,4)	270	3,70 (2,49 – 5,49)
De 1 até 3 salários-mínimos **	135 (38,9)	212 (61,1)	347	1,55 (1,12 – 2,13)
Mais de 3 salários-mínimos **	49 (21,0)	184 (79,0)	233	1
Situação conjugal				
Não casada	284 (41,6)	399 (58,4)	683	2,01 (1,42 – 2,85)
Casada	53 (26,1)	150 (73,9)	203	1
Cor de pele autodeclarada				
Não Branca	293 (40,9)	423 (59,1)	716	1,98 (1,36 – 2,88)
Branca	44 (25,9)	126 (74,1)	170	1
Ocupação *				
Estudante	106 (44,7)	131 (55,3)	237	2,59 (1,76 – 3,81)
Dona de casa	165 (42,5)	222 (57,4)	387	1,09 (0,79 – 1,51)
Trabalha	60 (23,8)	192 (76,2)	252	1
Gravidez planejada				
Não	224 (42,5)	303 (57,5)	527	1,61 (1,21 – 2,13)
Sim	113 (31,5)	246 (68,5)	359	1
Sentiu feliz ao saber da gravidez				
Não	162 (46,2)	189 (53,8)	351	1,76 (1,34 – 2,33)
Sim	175 (32,7)	360 (67,3)	535	1

* Diferenças de valores se devem a dados faltosos (não resposta).

** Salário-mínimo (2010): R\$ 510 reais (quinhentos e dez reais).

Na Tabela 9, apresenta-se as medidas de associação positiva (OR brutas) estatisticamente significativas, entre EAR e ter realizado o atendimento pré-natal na rede particular ou conveniada, tê-lo iniciado antes da 13ª semana de gestação e ter realizado mais de seis consultas.

Tabela 9 - Razões de Chances brutas (OR brutas) do escore da EAR categorizando em baixa autoestima (< 30) e alta autoestima (≥30) segundo variáveis relacionadas ao pré-natal, em primigestas no pós-parto imediato, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

VARIÁVEL	Escore Autoestima Rosenberg		Total	OR bruta (IC 95%)
	Baixa (%)	Alta (%)		
Gestante fez pré-natal				
Não	3 (42,9)	4 (57,1)	7	1,22 (0,27 – 5,50)
Sim	334 (38,0)	545 (62,0)	879	1
Tipo de atendimento pré-natal *				
Sistema Único de Saúde (SUS)	301 (43,2)	389 (56,9)	699	3,56 (2,37 – 5,42)
Particular/Convênio	31 (32,1)	147 (83,6)	178	1
Início do pré-natal *				
No 1º trimestre (< 13ª semana)	106 (47,6)	117 (52,4)	359	1,70 (1,25 – 2,32)
Após 1º trimestre (≥13ª semana)	227 (34,7)	420 (63,3)	527	1
Número de consulta pré-natal *				
Mais de 6 consultas	136 (48,7)	149 (51,3)	279	1,92 (1,42 – 2,85)
Até 5 consultas	198 (33,2)	360 (68,9)	597	1
Internação na gravidez				
Sim	72 (38,5)	115 (61,5)	187	1,02 (0,78 – 1,48)
Não	265 (37,9)	246 (62,5)	699	1

* Diferenças de valores se devem a dados faltosos (não resposta).

A tabela 10, mostra as estimativas da associação de variáveis relacionadas a hábitos e estilo de vida durante a gestação. Observou-se que a falta de atividade física, convívio com tabagistas e convívio com usuários de drogas ilícitas foram associados com baixa autoestima. A presença de acompanhante durante o parto, o tipo de atendimento ao parto e sexo do recém-nascido masculino mostraram associação com uma pior autoestima.

Tabela 10 - Razões de Chances brutas (OR *brutas*) do escore da EAR categorizando em baixa autoestima (< 30) e alta autoestima (≥30) segundo variáveis relacionadas a hábitos e estilo de vida durante a gestação em primigestas no pós-parto imediato, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

VARIÁVEL	Escore Autoestima Rosenberg		Total	OR <i>bruta</i> (IC 95%)
	Baixa (%)	Alta (%)		
Consumo de tabaco na gestação				
Sim	30 (47,6)	33 (52,4)	63	1,52 (0,94 – 2,55)
Não	307 (37,3)	516 (62,7)	823	1
Consumo de álcool na gestação				
Sim	42 (46,2)	61 (59,2)	103	1,13 (0,75 – 1,75)
Não	295 (32,7)	488 (62,3)	783	1
Uso de drogas ilícitas na gestação				
Sim	4 (57,1)	3 (42,9)	7	0,45 (0,10 – 2,06)
Não	333 (37,9)	458 (62,1)	862	1
Atividade física na gestação *				
Não	294 (39,1)	458(60,9)	752	1,35 (0,91 – 2,01)
Sim	43 (32,1)	91 (67,9)	134	1
Convívio com tabagista na gestação				
Sim	132 (49,9)	138 (51,1)	270	2,06 (1,52 – 2,78)
Não	205 (33,3)	441 (66,7)	616	1
Convívio com usuário de drogas na gestação				
Sim	18 (64,3)	10 (35,7)	28	3,05 (1,39 – 6,69)
Não	318 (37,1)	539 (62,9)	857	1

* Diferenças de valores se devem a dados faltosos (não resposta).

Na tabela 11, apresenta-se as estimativas da associação de variáveis relacionadas ao parto. A presença de acompanhante durante o parto, o tipo de atendimento ao parto e sexo do recém-nascido masculino mostraram associação com uma pior autoestima.

Tabela 11 - Razões de Chances brutas (OR brutas) do escore da EAR categorizando em baixa autoestima (< 30) e alta autoestima (≥30) segundo variáveis relacionadas ao parto, em primigestas no pós-parto imediato, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

VARIÁVEL	Escore Autoestima		Total	OR bruta (IC 95%)
	Baixa (%)	Alta (%)		
Tipo de atendimento no parto				
Público	324 (41,8)	453 (58,2)	775	5,35 (2,95 – 9,71)
Convênio/Particular	13 (31,5)	97 (68,5)	110	1
Tipo de parto				
Parto normal	190 (42,8)	254 (57,8)	444	1,29 (0,98 – 1,73)
Parto cesariana	147 (33,3)	295 (66,7)	442	1
Percepção de problema no parto *				
Sim	24 (43,6)	31 (56,4)	55	1,28 (0,73 – 2,22)
Não	312 (37,7)	516 (68,5)	828	1
Presença de acompanhante durante o parto				
Sim	304 (44,8)	375 (55,2)	680	4,27 (2,88 – 6,36)
Não	33 (15,9)	174 (84,1)	206	1
Peso do recém-nascido ao nascer *				
Normal (≥ 2500 gramas)	300 (38,1)	488 (61,9)	788	1,22 (0,78 – 1,92)
Baixo peso (< 2499 gramas)	34 (43,0)	49 (57,0)	83	1
Sexo do bebê				
Masculino	176 (41,2)	251 (58,8)	427	1,50 (1,14 – 1,97)
Feminino	161 (35,1)	298 (64,9)	459	1
Tempo de gestação * (P- tendência = 0,27)				
42-44semanas gestacionais	6 (50,0)	6 (50,0)	12	2,36 (0,69 – 8,03)
38-41semanas gestacionais	302 (38,5)	483 (61,5)	785	1,48 (0,90 – 2,41)
32-37semanas gestacionais	25 (29,8)	59 (70,2)	84	1

* Diferenças de valores se devem a dados faltosos (não resposta).

6.2 Autoestima e fatores associados em primigestas no período de seis meses pós-parto

Um total de 837 primigestas foi incluído no estudo de avaliação da autoestima de Rosenberg seis meses após o parto, registrando-se a perda de informação de 49 primigestas por não localização para entrevista no domicílio ou por recusa. Esta perda representa somente 6% do universo inicial e a tabela 13 mostra a distribuição das variáveis socioeconômicas das primigestas participantes e não participantes na avaliação no sexto mês pós-parto. É importante destacar que as primigestas perdidas apresentaram diferenças em relação às que foram localizadas quanto ao nível de escolaridade (menor) e ocupação (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição das variáveis socioeconômicas das primigestas participante e não participantes na avaliação após seis meses pós-parto, na coorte de primigestas atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

VARIÁVEIS	Primigestas participantes no 6º mês pós-parto (837)	Primigestas não participantes no 6º mês pós-parto (49)	P valor
	N (%)	N (%)	
Idade			
Não adolescentes (20 – 43 anos)	445 (53,2)	25 (51,0)	0,76
Adolescentes (18 – 19 anos)	392 (46,9)	24 (49,0)	
Cor de pele autodeclarada			
Não brancas	716 (80,8)	38 (87,6)	0,57
Branças	170 (19,2)	11 (22,4)	
Escolaridade			
1º grau incompleto/completo	156 (18,6)	24 (49,0)	<0,001
2º grau incompleto/completo	516 (59,6)	17 (34,7)	
3º grau incompleto/completo	190 (21,4)	8 (16,3)	
Situação conjugal			
Não casada	679 (81,0)	39 (79,6)	0,80
Casada	159 (19,0)	10 (20,4)	
Ocupação *			
Dona de casa	241 (29,1)	30 (61,2)	<0,001
Trabalha	357 (43,2)	11 (22,4)	
Estudante	237 (27,4)	8 (16,3)	
Renda familiar *			
Até 1 salário mínimo **	224 (27,8)	18 (40,0)	0,13
De 1 até 3 salários mínimos **	329 (40,9)	18 (40,0)	
Maior que 3 salários mínimos **	252 (31,9)	9 (20,0)	
Gravidez planejada			
Não	500 (59,7)	27 (55,1)	0,52
Sim	337 (40,3)	22 (44,9)	
Sentiu feliz ao saber da gravidez			
Sim	500 (59,7)	35 (71,4)	0,10
Não	337 (40,3)	14 (28,6)	

* Diferenças de valores se devem a dados faltosos (não resposta).

**Salário mínimo (2010): R\$ 510,00 (quinhentos e dez reais).

A pontuação média na EAR mensurada seis meses após o parto foi de 31,41 (DP 4,60), mediana de 30, percentil 25% de 28, percentil 75% de 35, com valor mínimo de 19 pontos e máximo de 40 pontos. Os itens que apresentaram as menores médias foram: “Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesma” e “Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes” (Tabela 13).

Tabela 13 - Escores da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) após seis meses pós-parto de 837 primigestas, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

Itens	Media (DP)	Mediana	Percentil2 5%	Percentil 75%	Valor máximo	Valor mínimo
1. No conjunto, eu estou satisfeita comigo.	3,05 (0,67)	3,0	3,0	4,0	1	4
2. Às vezes, eu acho que não presto para nada (inverso).	3,05 (0,81)	3,0	2,0	4,0	1	4
3. Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades	3,31 (0,56)	3,0	3,0	4,0	1	4
4. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto à maioria das pessoas.	3,31 (0,60)	3,0	3,0	4,0	1	4
5. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar (inverso)	3,17 (0,68)	3,0	3,0	4,0	1	4
6. Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes (inverso).	2,86 (0,77)	3,0	2,0	3,0	1	4
7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos no mesmo nível que as outras pessoas.	3,33 (0,53)	3,0	3,0	4,0	2	4
8. Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo (inverso).	2,71 (0,81)	3,0	2,0	3,0	1	4
9. No geral, eu estou inclinada a sentir que sou um fracasso (inverso).	3,33 (0,58)	3,0	3,0	4,0	2	4
10. Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesma.	3,28 (0,56)	3,0	3,0	4,0	1	4
ESCORE TOTAL AUTOESTIMA	31,41 (4,60)	30,0	28	35	19	40

Na avaliação da autoestima seis meses após o parto, observa-se uma menor autoestima na primigesta adolescentes de 13 até 19 anos (392 mulheres, 46,8%) com média da Escala de Rosenberg de 30,33 (desvio-padrão de 4,45) comparadas com a média de 32,37 (desvio-padrão de 4,52) das primigestas adultas de 20 até 43 anos (445 mulheres, 53,2%) com significância estatística ($p < 0,001$). Foi encontrado, também, uma menor autoestima relacionada com menor escolaridade e menor renda familiar. As puérperas com condições adequadas de moradia, que conviviam com companheiro e tinham um bom relacionamento com o pai da criança, também se associaram com

uma melhor autoestima. As mães que voltaram a estudar ou trabalhar apresentaram maiores pontuações na Escala de Autoestima de Rosenberg, ou seja, uma melhor autoestima. Neste período as mulheres que se declararam de cor branca apresentaram-se com melhor autoestima, porém sem significância estatística (Tabela 14).

Tabela 14 - Média e desvio-padrão da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) segundo variáveis socioeconômicas, após seis meses do pós-parto, em 837 primigestas, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

VARIÁVEL	N (%)	Média da EAR (Desvio-padrão)			P
		Adolescente	Adulta	Total	
Escolaridade					
1º grau completo/incompleto	156 (18,6)	29,90 (4,82)	29,39 (4,49)	29,78 (4,74)	<0,001
2º grau completo/incompleto	499 (59,6)	30,48 (4,29)	31,88 (4,26)	31,16 (4,33)	
3º grau completo/incompleto	182 (21,7)	31,13 (4,05)	33,68 (4,47)	33,46 (4,48)	
Renda familiar *					
Até 1 salário-mínimo **	267 (31,9)	30,05 (4,39)	30,80 (4,29)	30,21 (4,38)	<0,001
De 1-3 salários-mínimos **	338 (40,4)	30,09 (3,42)	31,82 (4,23)	31,00 (4,40)	
> 3 salários-mínimos **	231 (27,6)	32,72 (4,50)	33,57 (4,50)	33,39 (4,60)	
Cor de pele autodeclarada					
Branco	159 (19,0)	31,25 (4,50)	32,44 (4,82)	31,97 (4,75)	0,09
Não Branco	678 (81,0)	30,16 (4,43)	32,33 (4,43)	31,27 (4,56)	
Condições de moradia					
Inadequado	477 (57,0)	29,99 (4,43)	31,69 (4,49)	30,79 (4,53)	<0,001
Adequado	360 (43,0)	30,95 (4,43)	33,02 (4,45)	32,22 (4,55)	
Mora com companheiro					
Não	229 (27,3)	29,91 (4,39)	32,10 (4,47)	30,78 (4,54)	0,02
Sim	608 (72,7)	30,56 (4,47)	32,42 (4,53)	31,64 (4,60)	
Relação com o pai da criança *					
Não tem contato	67 (8,0)	28,84 (4,31)	31,00 (3,36)	29,61 (4,11)	0,001
Bom relacionamento	770 (92,0)	30,52 (4,43)	32,43 (4,56)	31,56 (4,60)	
Voltou ao trabalho					
Não	563 (67,3)	30,14 (4,42)	31,56 (4,34)	30,62 (4,37)	<0,001
Sim	274 (32,7)	31,74 (4,49)	33,33 (4,54)	33,02 (4,62)	
Voltou a estudar					
Não	668 (79,8)	29,98 (4,36)	32,16 (4,52)	31,24 (4,58)	0,04
Sim	169 (20,2)	31,25 (4,56)	33,59 (4,34)	32,07 (4,60)	

* Diferenças de valores se devem a dados faltosos (não resposta).

** Salário-mínimo (2010): R\$ 510 reais (quinhentos e dez reais).

Em relação as variáveis relacionadas ao parto, as gestantes que utilizaram o serviço público tiveram menor autoestima que as gestantes que utilizaram o serviço privado. Não foram encontradas diferenças nas medias do

escore da EAR com o tipo de parto, sexo da criança ou peso ao nascimento. O óbito ou destino da criança não influenciou as médias da autoestima nos seis meses após o parto. Foi observado que quanto maior o tempo de gestação, menor foi a EAR. A autoestima elevada na pós-parto imediato também se refletiu em uma melhor autoestima seis meses após o parto (Tabela 15).

Tabela 15 - Média e desvio-padrão da Escala de Autoestima de Rosenberg segundo variáveis relacionadas ao parto, após seis meses do pós-parto, em 837 primigestas, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

VARIÁVEL	N (%)	Média da EAR (Desvio-padrão)			P
		Adolescente	Adulta	Total	
Tipo de serviço					
Público	733 (87,6)	30,26 (4,43)	31,99 (4,49)	31,11 (4,54)	<0,001
Privado/convênio	104 (12,4)	32,21 (4,76)	33,77 (4,36)	33,56 (4,42)	
Tipo de parto					
Parto vaginal	419 (50,1)	30,48 (4,59)	32,70 (4,69)	31,38 (4,75)	0,88
Parto cesariana	418 (49,9)	30,07 (4,19)	32,13 (4,40)	31,43 (4,43)	
Sexo do bebê					
Masculino	404 (48,3)	30,30 (4,38)	32,29 (4,51)	31,35 (4,55)	0,76
Feminino	433 (51,7)	30,36 (4,53)	32,41 (4,53)	31,45 (4,64)	
Peso ao nascer					
Baixo peso (< 2499gr)	77 (9,3)	30,29 (4,47)	33,32 (5,09)	31,90 (4,96)	0,31
Peso adequado (≥ 2500gr)	748 (90,7)	30,32 (4,46)	32,25 (4,47)	31,33 (4,57)	
Tempo de gestação *					
42 - 44 semanas	11 (1,3)	30,33 (5,75)	28,20 (5,84)	29,36 (4,89)	0,67
38 - 41 semanas	737 (89,4)	30,27 (4,43)	32,26 (4,47)	31,31 (4,57)	
32 - 37 semanas	76 (9,2)	31,00 (4,44)	33,52 (4,83)	32,59 (4,25)	
Destino do bebê após o parto *					
Alojamento conjunto	800 (95,5)	30,31 (4,44)	32,32 (4,51)	31,36 (4,59)	0,12
Unidade terapia intensiva	38 (4,5)	32,00 (5,10)	33,12 (4,79)	32,66 (4,82)	
Bebê faleceu neste período					
Não	831 (99,2)	30,31 (4,45)	32,37 (4,53)	31,86 (4,61)	0,80
Sim	7 (0,8)	34,00 (2,82)	31,00 (3,08)	31,41 (3,13)	
Autoestima pós-parto imediato					
Insatisfatória (EAR ≤ 29)	318 (38,0)	29,74 (4,26)	30,77 (4,21)	30,16 (4,26)	<0,001
Satisfatória (EAR ≥ 30)	519 (62,0)	30,88 (4,56)	33,00 (4,48)	32,17 (4,63)	

* Diferenças de valores se devem a dados faltosos (não resposta).

Em relação a variáveis relacionadas aos estilo de vida seis meses após parto, as mulheres que estavam fumando ou usando drogas ilícitas apresentaram-se com menores escores de autoestima. O consumo de álcool e não praticar atividade física também apresentou uma autoestima menor,

porém, sem significância estatística. As mulheres que estavam amamentando até o 6º mês tiveram uma autoestima menor. Quando consideramos apenas as que estavam em aleitamento materno exclusivo, a média dos escores da EAR foi melhor neste grupo (Tabela 16).

Tabela 16 - Média e desvio-padrão da Escala de Autoestima de Rosenberg segundo variáveis de estilo de vida e amamentação, após seis meses do pós-parto, em 837 primigestas, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

VARIÁVEL	N (%)	Média da EAR (Desvio-padrão)			P
		Adolescente	Adulta	Total	
Tabagismo no 6º mês					
Sim	58 (6,9)	28,84 (3,40)	31,35 (5,05)	29,71 (4,59)	0,01
Não	780 (93,1)	30,49 (4,47)	32,40 (4,49)	31,54 (4,51)	
Etilismo no 6º mês					
Sim	148 (17,7)	28,82 (2,81)	30,78 (4,40)	31,25 (3,92)	0,63
Não	690 (82,3)	30,40 (4,50)	32,44 (4,51)	31,45 (4,40)	
Uso de droga no 6º mês					
Sim	5 (0,6)	25,67 (2,58)	28,50 (2,12)	26,80 (1,92)	0,02
Não	833 (99,4)	30,37 (4,45)	32,37 (4,52)	31,44 (4,60)	
Atividade física aos 6º mês *					
Não	751 (89,6)	30,39 (4,46)	32,16 (4,42)	31,35 (4,53)	0,21
Sim	87 (10,4)	29,81 (4,40)	34,04 (5,00)	32,00 (5,16)	
Está amamentando no 6º mês *					
Não	307 (37,0)	32,39 (4,66)	33,99 (4,52)	33,24 (4,65)	<0,001
Sim	522 (63,0)	29,12 (3,86)	31,40 (4,26)	30,33 (4,23)	
Aleitamento exclusivo no 6º mês *					
Não	814 (98,2)	30,29 (4,45)	32,30 (4,51)	31,37 (4,60)	0,02
Sim	15 (1,8)	32,00 (4,73)	35,37 (4,53)	34,13 (4,67)	

* Diferenças de valores se devem a dados faltosos (não resposta).

Neste período, 829 primigestas responderam se ainda estavam amamentando ou não seus filhos até o sexto mês pós-parto. 307 mulheres (37%) tinham parado de amamentar. Das primigestas que não voltaram ao trabalho (556), 68,3% (380) ainda estavam amamentando seus filhos, em contraste com 31,7% (176) que pararam de amamentar ($P < 0,001$). Das puérperas que não retornaram aos estudos (664), 66,3% (440) estavam amamentando, comparados com 33,7% (224) do grupo que parou de amamentar ($P < 0,001$). Desta forma, o retorno ao trabalho e ao estudos contribuíram para o desmame das primigestas até o sexto mês de gestação.

Para a análise de regressão linear multivariada da Escala de Autoestima de Rosenberg mensurada seis meses após o parto, foram selecionadas as variáveis que tiveram significância estatística no modelo univariado como: idade (anos), escolaridade, renda familiar, tipo de atendimento no parto, condição de moradia adequada, mora com companheiro, relação com o pai, primigesta voltou a trabalhar, voltou a estudar, boa autoestima no pós-parto imediato, tabagismo no sexto mês pós-parto, uso de droga no sexto mês pós-parto, estar amamentando no sexto mês pós-parto. As variáveis “cor autodeclarada” e o “destino do bebê após o parto” apresentaram significância menor que 0,20 foram, portanto, selecionadas para a análise. As variáveis que foram retidas no modelo final foram: Idade (anos), escolaridade, renda familiar, condições de moradia adequado, boa relação com pai da criança, voltar a trabalhar e estudar, autoestima no pós-parto imediato, amamentação e aleitamento materno exclusivo no 6º mês (Tabela 17).

Tabela 17 - Coeficiente de Regressão Linear bruto e ajustado da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) segundo variáveis independentes mensuradas seis meses após parto, em 837 primigestas, atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

VARIÁVEIS	Coeficiente β bruto (IC95%)	P	Coeficiente β ajustado (IC95%)	P
Idade (anos)	0,22 (0,16; 0,28)	<0,001	0,10 (0,02; 0,18)	0,003
Escolaridade (agrupado)	1,58 (1,38; 2,33)	<0,001	0,38 (0,12; 0,64)	0,003
Renda familiar (agrupado)	0,72 (0,54; 0,91)	<0,001	0,48 (0,04; 0,93)	0,04
Cor autodeclarada (branca)	0,70 (-1,49; 0,10)	0,09	-	-
Condição de moradia adequada	1,56 (0,94; 2,17)	<0,001	0,72 (0,09; 1,34)	0,02
Mora com companheiro	0,86 (0,17; 1,56)	0,01	-	-
Boa relação com pai da criança	1,95 (0,81; 3,09)	0,001	1,42 (0,35; 2,49)	0,009
Voltou ao trabalho	2,49 (1,62; 2,96)	<0,001	0,74 (0,05; 1,44)	0,01
Voltou a estudar	0,82 (0,05; 1,60)	0,04	0,70 (0,02; 1,43)	0,05
Tipo de serviço de saúde	2,49 (1,52; 3,39)	0,01	-	-
Destino do bebê (não UTI)	0,43 (-0,36; 1,23)	0,06	1,18 (0,59; 1,79)	<0,001
Boa autoestima pós-parto	2,01 (1,38; 2,64)	<0,001	-	-
Tabagismo no 6º mês	-1,82 (-3,05; -0,60)	0,003	-	-
Uso de droga no 6º mês	-4,63 (-8,17; -0,60)	<0,001	-0,82 (-1,22; -0,43)	<0,001
Amamentando no 6º mês	-2,92 (-3,58; -2,30)	<0,001	-2,52 (-3,12; -1,93)	<0,001
Aleitamento exclusivo no 6ºmês	2,78 (0,43; 5,813)	<0,001	3,51 (1,41; 5,60)	0,001

6.3 Comparação dos escores obtidos na mensuração da Escala de Autoestima de Rosenberg no pós-parto imediato e seis meses após o parto

A pontuação média na Escala de Autoestima de Rosenberg mensurada no pós-parto imediato de (31,42; DP 4,37), e seis meses após o parto (31,41; DP 4,60) foram similares. O coeficiente de correlação de Pearson das duas escalas foi considerado baixo (Coeficiente de Pearson de 0,267; $P < 0,001$), demonstrando uma possível variação dentro da escala, mas que não afeta o resultado final. Quando comparamos a pontuação média na Escala de Autoestima de Rosenberg mensurada seis meses após o parto com aquela obtida no pós-parto imediato observamos que em 451 primigestas (53,9%) os escores médios permaneceram iguais ou aumentaram e entre 16,8% delas foi verificado uma redução de 5 ou mais pontos (Tabela 20).

Tabela 18 - Comparação entre as médias das pontuações na Escala de Autoestima de Rosenberg mensurada seis meses após o parto com a mensurada no pós-parto imediato em 837 primigestas atendidas nas maternidades de Rio Branco, Acre, 2010.

Comparação dos Escores da EAR no sexto meses pós-parto e pós- parto imediato	Primigestas	
	N	%
Permaneceram iguais ou aumentaram	450	53,9
Reduziram de 1 a 2 pontos	150	18,0
Reduziram de 3 a 4 pontos	94	11,3
Reduziram de 5 ou mais pontos	141	16,1
Total	837	100

Das 141 (16,8%) primigestas que reduziram a pontuação dos escores da EAR em 5 ou mais pontos na mensuração seis meses após o parto quando comparada com aquela obtida no pós-parto imediato, constatamos que elas possuíam uma menor escolaridade (108 mulheres ou 86,5% tinham escolaridade menor que o 2º grau completo), menor renda familiar (96 mulheres, ou 68,7% com menos de 3 salários-mínimos por mês) , uma maior proporção de gravidez não planejada (80 mulheres; 56,7%) e de ausência de sentimento de felicidade com a notícia da gravidez (81 mulheres; 57,4%), porém, sem significância estatística ($P > 0,05$).

DISCUSSÃO

7. DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo de base populacional que avalia a autoestima em uma população de mulheres que estão vivenciando sua primeira gestação, residentes em Rio Branco, Acre. A avaliação dos aspectos emocionais, incluindo a autoestima materna, deve estar incluída no exame das mulheres que estão passando por este momento delicado de suas vidas, sendo um importante fator na formação do vínculo mãe-filho (BRASIL, 2006).

A autoestima no período gravídico-puerperal vem sendo pouco estudada no meio científico, apesar da baixa autoestima ser considerada um fator risco importante para o desenvolvimento de quadros depressivos no pós-parto, uma doença de grande relevância na saúde pública, podendo afetar diretamente as competências maternas nos cuidados com a criança. (WHO, 2009).

No presente estudo, a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) mostrou-se um instrumento de fácil aplicação, podendo ser usada por qualquer profissional de saúde, visando o processo de investigação deste importante aspecto da personalidade humana, tanto no pós-parto imediato como nos seis meses pós-parto.

Através da análise multivariada, podemos criar um modelo que prediz o nosso desfecho. Neste estudo, a maior idade, melhor escolaridade, cor de pele autodeclarada branca, sentir feliz ao saber da gravidez, ter sido atendida no setor privado ou convênio, ter tido acompanhante no parto, ter nascido criança do sexo feminino foram variáveis preditoras de uma melhor autoestima no pós-parto imediato.

Dias e colaboradores (2008) avaliaram os níveis de autoestima de gestantes, na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, e encontraram uma relação inversa entre idade, escolaridade e renda familiar com o nível de autoestima. Estes resultados foram semelhantes ao presente estudo, no qual as primigestas mais jovens, com baixa escolaridade e menor renda familiar apresentaram piores níveis de autoestima. Estes achados explicam-se pelo fato de que as mulheres com menores rendimentos mensais, geralmente associam-se a uma menor escolaridade, e elas podem sentir-se ansiosas e despreparadas para assumir as responsabilidades econômicas que a

maternidade exige, influenciando assim na autoestima materna (MACHADO; VINHOLES; FELDENS, 2013)

As jovens, de menor escolaridade, tendem a engravidar mais cedo e o abandono dos estudos é frequente (SOUZA et al., 2001). É comum que haja uma preocupação familiar com mobilização dos entes queridos para resolver as adversidades, principalmente, na ausência de um companheiro. Porém, nem sempre isso é possível, colocando essas jovens mães em grande risco psicossocial (SILVA; TONETE, 2006).

As primigestas que se classificaram como brancas apresentaram-se maior autoestima em relação as não-brancas. Entretanto, existe uma grande miscigenação, o que dificulta a classificação mais acurada de etnia. Além disso, a sociedade brasileira vem sendo constituída por uma cultura de desigualdades raciais (LIMA, 2008) o que pode levar as pessoas com uma melhor autoestima se autodeclararam como brancas. Ademais, este resultado não se repetiu na avaliação seis meses após o parto.

Em relação à situação conjugal, as mulheres casadas e/ou em união estável referiram melhores níveis de autoestima, porém, não se manteve significativo na análise multivariada. O possível apoio familiar e marital que estas mulheres recebem, associado com maior nível de confiança em suas competências individuais, pode ter contribuído para uma melhor autoestima deste grupo quando comparadas às não-casadas. (DIAS et al., 2008).

A gravidez não planejada foi identificada em 59,5% da população estudada e associou-se com uma menor autoestima, apesar de não ter se mantido no modelo multivariado. A gravidez não desejada pode trazer preocupações maternas, como o adiamento de projetos profissionais, necessidades financeiras adicionais e sentimento de despreparo para assumir uma nova responsabilidade. Estes fatores possuem impacto negativo considerável na saúde psicológica.

Neste contexto, as ações educativas relativas à adoção de métodos contraceptivos são de grande relevância para reduzir este problema, porém, a escassez de programas de planejamento familiar continua um problema a ser enfrentado (DIAS; SPINDOLA, 2007).

Neste estudo, a falta de planejamento da gravidez influenciou negativamente, de forma significativa, com a autoestima materna. Segundo Maçola e colaboradores (2010), a gravidez inesperada pode preocupar a mãe de diversas formas, tais como: o impacto financeiro sobre a família, possibilidade de rompimento do relacionamento com o parceiro, medo inerente a sua própria saúde em uma gravidez não esperada.

Desta forma, Moraes e colaboradores (2006) já concluíam em seu estudo que condições socioeconômicas e a não aceitação da gravidez são fatores que afetam negativamente a saúde mental materna, sugerindo que a necessidade de estratégias de prevenção e tratamento, além de um acompanhamento mais cuidadoso de mães, especialmente as de baixa renda. Estas medidas poderiam prevenir graves problemas pessoais e familiares naquelas mães em vulnerabilidade emocional.

A decisão pela não maternidade pode, em alguns casos, aparecer como uma opção à construção da identidade feminina moderna, na qual, as mulheres estão mais inseridas no mercado de trabalho, buscando sua independência financeira e pessoal. Entretanto, a concepção de maternidade parece, ainda, como algo inerente à natureza feminina, onde as não-mães sentem-se desvalorizadas, sofrem preconceitos, e apresentam menores índices de bem-estar e autoestima. (SOUZA; FERREIRA, 2005). Desta forma, o sentimento de felicidade ao saber da gestação acaba por ter um impacto positivo sobre a autoestima. Este achado foi compatível com nosso estudo, onde o sentimento de felicidade ao saber da gestação associou-se positivamente com a autoestima destas primíparas.

No estudo realizado por Dias e colaboradores (2008), foi encontrado uma associação entre tabagismo, etilismo e uso de drogas durante a gestação e piores escores na escala de autoestima, sugerindo que a baixa autoestima pode estar associada com incorporação de hábitos de vida pouco saudáveis. No presente estudo, não encontramos associação da autoestima com tabagismo, etilismo ou uso de drogas ilícitas. O fato das entrevistas não terem sido realizadas em locais privativos, pode ter inibido as respostas de muitas primíparas, o que pode ter contribuído para estes resultados. Silva e colaboradores (2010), que avaliaram os fatores associados a transtornos

mentais comuns (ansiedade e depressão) e autoestima em 1267 gestantes na cidade de Pelotas no Rio Grande do Sul, também, não encontraram associação de tabagismo e etilismo com a autoestima.

A autoestima é um fator mediador que diminui a probabilidade de consumir drogas, como álcool e tabaco. A autoestima elevada pode melhorar a capacidade de uma pessoa expressar seus sentimentos, de forma positiva, o que pode constituir-se como um fator de proteção ao uso dessas substâncias. Em contraposição as pessoas com baixa autoestima parecem mais suscetíveis ao uso dessas substâncias, como forma de preencher seus “vazios existências”. O uso destes produtos pode trazer sensações momentâneas de “prazer” e “superioridade”, motivando o seu uso cada vez maior. Em um estudo no México, que avaliou a autoestima e uso de drogas, como álcool e tabaco, em adolescentes, foi observada maior autoestima naqueles que não consumiam este tipo de drogas. (GARCIA; AGUILAR; FACUNDO, 2008).

O tabagismo e uso de drogas ilícitas em pessoas que convivem com a gestante resultaram em impacto negativo na autoestima materna, apesar de estas variáveis não se mantiveram na análise multivariada. Estas variáveis não indicam necessariamente melhor ou pior apoio familiar, entretanto, a convivência com pessoas que apresentam estes vícios podem indiretamente predizer que o apoio à gestante pode ter sido deficiente. Novos estudos devem ser desenvolvidos para elucidar estes achados. É importante lembrar que a gravidez é um período existencial em que pode ocorrer a reorganização da personalidade da gestante. O estresse e as preocupações vivenciados pelas mulheres neste período de sua vida demandam a necessidade de apoio por alguém com capacidade de fazê-lo. E quando esta demanda não é correspondida, a autoestima pode ser comprometida (DURÃES-PEREIRA; NOVO; ARMOND, 2007).

As vantagens da atividade física durante a gravidez podem se estender aos aspectos emocionais no período gestacional, contribuindo para que a mulher se torne mais autoconfiante, satisfeita com a aparência e eleve a autoestima e apresente maior satisfação na prática dos exercícios (HARTMANN; BUNG, 1999). Neste estudo, encontrou-se uma autoestima

melhor no grupo que praticava atividade física, porém, sem significância estatística.

A adesão ao programa de assistência pré-natal no Brasil ainda é insatisfatória. O bom êxito deste programa necessita de início precoce, periodicidade dos atendimentos, comparecimento a um número mínimo de consultas, integração com ações preventivas. Para que isso aconteça, a gestante deve ser e sentir-se bem acolhida (COIMBRA et al., 2003). A qualidade da assistência pré-natal tem um papel relevante na autoestima materna. Neste estudo, a prevalência de primigestas que iniciaram o pré-natal foi de 99,2%, sendo que a autoestima correlacionou-se positivamente com início precoce do pré-natal (no primeiro trimestre) e com um maior número de consultas (6 consultas pré-natais). Desta forma, pode-se afirmar que assistência pré-natal adequada, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), pode trazer benefícios significativos para autoestima da primigesta e refletir, conseqüentemente, na melhor construção do binômio mãe/bebê. O profissional de saúde deve intervir, não apenas com seu conhecimento técnico, realizando abordagem relativa ao aspecto orgânico da gestante, como também possibilitar a escuta, a conversa, o apoio e incentivo para que a mesma assuma a gravidez (SILVA; TONETE, 2002).

A autoestima foi melhor nas pacientes atendidas no setor privado ou conveniado, o que pode ser o reflexo da melhor assistência proporcionada por este tipo de atendimento, em detrimento do setor público. Este achado é esperado, considerando a forte associação que esta variável tem com a renda familiar, escolaridade e ocupação materna.

Outro fator associado a uma autoestima maior foi a presença do acompanhamento durante o parto. A humanização, com a presença de uma pessoa de confiança, durante o parto pode diminuir o stress materno. Situações que proporcionam à mulher relaxamento, informações e contanto com uma pessoa de confiança, fazem-na se sentir mais confortável para vivenciar o nascimento do filho. A possibilidade de desfrutar de situações de cuidado e conforto, principalmente, aquelas oferecidas por pessoas com as quais ela possui vínculo, gera elevação da autoestima e sensação de apoio, que resulta em segurança e satisfação. O alcance do bem-estar acontece

quando a parturiente sente-se amada e respeitada (HOTIMSKY; ALVARENGA, 2003; OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2011). Por outro lado, não se pode afirmar que este achado não se deve ao fato de mães que tiveram acompanhante durante o parto são aquelas que tinham melhor apoio familiar e marital o que, por si só, já contribui para uma melhor autoestima materna.

Chung e colaboradores (2001) mostraram que as mulheres que tiveram níveis elevados de sintomas depressivos durante o terceiro trimestre, necessitaram mais frequentemente de anestesia peridural e maior incidência de partos cirúrgicos. No presente estudo, não foi encontrada associação entre o tipo de parto (cesariana ou normal) com a autoestima da primigesta. Nele a indicação do tipo de parto geralmente foi determinado por causas clínico-obstétricas, podendo ter pouca relação com aspecto emocional da primigesta naquele momento.

Um dado interessante é que o nascimento de criança com sexo feminino foi associado positivamente com a autoestima materna. No estudo de Moraes (2006), a prevalência de sintomas depressivos foi maior nas mães com preferência pelo sexo masculino. Este achado pode ser explicado pela melhor identificação da mãe com um conceito do mesmo sexo no momento do nascimento.

Na análise de regressão linear multivariada dos seis meses pós-parto, o modelo preditor de melhor autoestima, neste estudo, foram: maior idade, melhor escolaridade, maior renda familiar, condição de moradia adequado, boa relação com o pai da criança, ter voltado a estudar ou trabalhar, boa autoestima no pós-parto imediato e aleitamento materno exclusivo. Neste modelo, ser tabagista ou estar amamentando no sexto mês predizem uma pior autoestima.

Em relação aos seis meses pós-parto, as mulheres mais jovens (menores de 20 anos), com menor escolaridade e baixa renda familiar, persistiram com piores índices de autoestima. A baixa autoestima no pós-parto imediato refletiu-se em uma pior autoestima após seis meses. As jovens mães, de menor escolaridade, sentem-se menos preparadas para enfrentar os desafios da maternidade e mais preocupadas em relação às necessidades

financeiras, trazendo grandes tensões emocionais, o que pode afetar negativamente seu aspecto psíquico (MALDONADO, 2013).

O meio em que convivemos pode interferir com a autoestima de um indivíduo (DIAS et al., 2008). As puérperas que tinham boas condições de moradia apresentaram, significativamente, melhores índices de autoestima. O apoio de um companheiro, que dividirá as atividades domésticas e relativas aos cuidados com criança, principalmente, nas mulheres primigestas é um fator que contribui para uma melhor sensação de satisfação materna (GJERDINGEN; CHALONER, 1994). Em nosso estudo, as mulheres que viviam com companheiros e aquelas que tinham um bom relacionamento com o pai da criança apresentaram-se com melhor autoestima.

As mulheres que retornaram às suas atividades habituais nos seis meses pós-parto (emprego e estudo) foram aquelas com melhor autoestima. Níveis satisfatórios com cuidados com a criança e um suporte adequado de apoio nos afazeres domésticos são fatores que contribuem para o retorno das mulheres às suas atividades laborativas ou estudantis no pós-parto (KILLEN, 2005).

O fato de a mãe estar em amamentação aos seis meses foi associado com menores índices de autoestima. Pode-se explicar este achado pelo fato das puérperas que retornaram ao trabalho terem menos tempo para dispensar cuidados à seus filhos, o que favorece ao desmame precoce. Em contrapartida, a amamentação exclusiva no sexto mês pós-parto esteve associada com melhor autoestima. A presença de sintomas psíquicos negativos, como a depressão, no pós-parto pode contribuir para o desmame exclusivo precoce, indicando a importância de uma boa saúde mental materna para o sucesso do aleitamento materno exclusivo (HASSELMANN; WERNECK; DA SILVA, 2008)

A baixa autoestima pode favorecer que uma adolescente se entregue a hábitos de vida pouco saudáveis, como tabagismo, etilismo, uso de drogas e sedentarismo (GARCIA, AGUILAR, FACUNDO, 2008; AGUIRRE; CASTILLO; ZANETTI, 2010). No contexto do ciclo gravídico-puerperal, as mulheres que adotam estes vícios podem exacerbar ou piorar os conflitos familiares e conjugais, aumentar a degradação social, prejudicando as competências maternas com os cuidados com seus filhos. No presente estudo, nos sexto mês

do pós-parto, observou-se menores médias na pontuação da autoestima nas mulheres que foram expostas a estes vícios. Porém, apenas o tabagismo e uso de drogas tiveram associação com menor autoestima, de forma estatisticamente significativa.

Na análise interna da Escala de Autoestima de Rosenberg, os itens que apresentaram, em ambos os momentos, menores médias foram “Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesma” e “Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes”. O sentimento de inutilidade pode decorrer das múltiplas funções que a primigesta agora tem que realizar como mãe. Esta pode se sentir incapaz de assumir estas novas responsabilidades, principalmente, não ausência de um apoio familiar ou marital adequado (DURÃES-PEREIRA; NOVO; ARMOND, 2007). Além disso, mesmo quando este apoio existe, pode se inadequado ou, em alguns casos, até agressivo fisicamente ou mentalmente e associado ao fato de ser um período de grande fragilidade emocional materna, pode levar a mulher a reduzir sua sensação de respeito por si mesma.

A pontuação média na Escala de Autoestima de Rosenberg mesurada no pós-parto imediato (31,42; DP 4,37) e seis meses após o parto (31,41; DP 4,60) foram elevadas, demonstrando o efeito “Teto” da escala, ou seja, mais próxima do valor máximo que do ponto médio, semelhantes ao estudo de Schmitt e Allik (2005), que avaliou a autoestima através da EAR em pessoas de 53 nações diferentes, onde as pontuações foram acima do ponto médio teórico do EAR, sugerindo que a autoestima geralmente positiva pode ser universal. Apesar de ser considerado um período de maior suscetibilidade a eventos emocionais negativos, o ciclo grávido-puerperal pode ser marcado por um predomínio da sensação de bem-estar materno, devido a chegada de um novo membro familiar, que geralmente é desejado.

A baixa correlação entre as médias da EAR no pós-parto imediato e nos seis meses pós-parto indicam uma variação interna da população estudada dentro da escala, sem alterar as semelhanças nos valores entre as duas médias. Na avaliação dos 6 meses pós-parto, houve uma perda de 49 puérperas (6% da amostra), sendo avaliado 837 mulheres. As primigestas perdidas apresentaram diferenças em relação as que foram localizadas quanto ao nível de escolaridade (menor) e ocupação (dona de casa). Esta perda de

seguimento pode interferir na comparação das duas escalas. Neste estudo, as variáveis de grau de escolaridade e tipo de ocupação tiveram associados com os níveis de autoestima.

Apesar da maioria das primigestas (53,9%), tenham mantido ou aumento o seu nível de autoestima no decorrer os seis meses. Na análise das 141 (16,8%) primigestas que reduziram a pontuação dos escores da EAR em 5 pontos ou mais mostrou que elas possuíam uma menor escolaridade, menor renda familiar, uma maior proporção de gestação não planejada e de ausência de sentimento de felicidade sobre a gravidez. A presença destas variáveis podem indicar uma possibilidade de queda da autoestima materna nos primeiros seis meses após o nascimento da criança.

CONCLUSÃO

8. CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, foi possível avaliar a autoestima de primigestas no pós-parto imediato e seis meses pós-parto. Concluiu-se que não foi observado uma mudança na média dos níveis de autoestima na avaliação destes dois períodos.

A autoestima, tanto no pós-parto imediato como nos seis meses pós-parto, encontrou-se associada com idade, escolaridade e renda familiar. As primigestas adolescentes, de menor escolaridade e renda familiar apresentaram-se com menor autoestima.

A cor autodeclarada branca apresentou-se fortemente associado com melhor autoestima no pós-parto imediato, porém, perdeu significância na avaliação dos seis meses pós-parto.

A realização de pré-natal adequado, com início no primeiro trimestre gestacional, frequência de seis consultas ou mais, também se mostrou associada a melhor autoestima. Essa observação respalda que um pré-natal adequado, dentro do preconizado, pelo Ministério da Saúde é importante para autoestima materna.

Entre os hábitos de vida, apenas o tabagismo excessivo na gestante teve associação com os menores níveis de autoestima no pós-parto imediato. Enquanto que, no sexto mês do pós-parto, o tabagismo e uso de drogas pela mãe foram associados com pior autoestima neste período.

Na análise dos dados coletados nos seis meses pós-parto, manter um nível de autoestima elevado foi um fator de proteção para o retorno ao trabalho ou aos estudos, e para a manutenção do aleitamento materno exclusivo. Em contraste, uma autoestima menor foi encontrada nas mães que estavam amamentando.

A avaliação da autoestima no ciclo gravídico-puerperal é uma ferramenta importante e de fácil aplicação, podendo ser incorporado na prática clínica. A identificação das mulheres com menores níveis de autoestima pode contribuir para formação de estratégias que contribuam para a melhora da saúde mental materna, minimizando os problemas sociais e familiares e trazendo benefícios no binômio mãe-filho.

O presente estudo apresentou a limitação de desconhecer a autoestima das primigestas antes da gravidez, não permitindo avaliar se a mulher já possuía baixa autoestima.

Desta forma, reforçamos a necessidade de novos estudos sobre esta temática, de grande relevância para saúde mental das mulheres no período gravídico-puerperal, devido a seu impacto no desenvolvimento adequado dos cuidados maternos, com uma melhora na interação materna com seu filho.

REFERÊNCIAS

6. REFERÊNCIAS

AN J.; AN, K.; O'CONNOR, L.; E WEXLER S. Life satisfaction, self-esteem, and perceived health status among elder korean women: focus on living arrangements. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 19, n. 2, p. 151-160, 2008.

AGUIRRE, A. A.; CASTILLO, M. M. C e ZANETTI, A. C. G. Consumo de álcool e autoestima em adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. especial, p. 634-640, 2010.

AVANCI, J. Q.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N. C.; OLIVEIRA R. V. C. Adaptação transcultural da escala de autoestima para adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 3, p. 397-405, 2007.

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

BANDEIRA, C. M. **BULLYING**: auto-estima e diferenças de gênero. 2009. 69 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

BARANIK, L. E., MEADE A. W.; LAKEY, C. E.; LANCE, C. E.; HU, C; HUA, W.; MICHALOS, A. Examining the differential item functioning of the Rosenberg self-esteem scale across eight countries. **Journal of Applied Social Psychology**, v. 38, n. 7, p. 1867-1904, 2008.

BECK, C.T. Predictors of postpartum depression: an update. **Nursing Research**, v. 50, n. 5, p. 275-285, 2001.

BERGINK, V.; KUSHNER, S. A.; POP, V.; KUIJPENS, H.; LAMBREGTSE-VAN DEN BERG, M. P.; DREXHAGE, R. C.; WIERSINGA, W.; NOLEN, W. A.; DREXHAGEM H. A. Prevalence of autoimmune thyroid dysfunction in postpartum psychosis. **The British Journal of Psychiatry**, v. 198, n. 4, p. 264-268, 2011.

BLOCK, J.; ROBINS, R. W. A Longitudinal-study of consistency and change in self-esteem from early adolescence to early adulthood. **Child Development**, v. 64, n. 3, p. 909-923, 1993.

BLOCH, M.; DALY, R.C.; RUBINOW D.R. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. **Comprehensive Psychiatry**, v. 44, n. 3, p. 234-246, 2003.

BURKE, L. The impact of maternal depression on familial relationships. **International Review of Psychiatry**, v. 15, n. 3, p. 243-255, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual técnico. Série A. Normas e Manuais técnicos. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno nº 5, 3ª edição revisada, Brasília, DF: 2006. 163p.

BRUTON, P. J.; RUSSEL, J. A. The expectante brain: adapting for motherhood. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 9, n. 1, p. 11-25, 2008.

CAMACHO, R.S.; CANTINELLI, F.S.; RIBEIRO, C.S.; CANTILINO, A.; GONSALES, B.K.; BRAGUITTONI, E.; JUNIOR RENNÓ, J. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.

CANTILINO, A.; ZAMBALDI, C. F., SOUGEY, E.B.; RENNÓ, JR, J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010.

CASIQUE, L.C. **Violência perpetrada por companheiros íntimos às mulheres em Celaya, México**. 2004. 145f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

COIMBRA, L. C.; SILVA, A. A. M.; MOCHEL, E. G.; ALVES M. T. S. S. B.; RIBEIRO, V.; ARAGÃO, V. M. F.; BETTIOL, H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 456-62, 2003.

CHUNG, T. K.; LAU, T.K.; YIP, A.S.; CHIU, H.F.; LEE, D.T. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. **Psychosomatic Medicine**. v. 63, n. 5, p. 830-4, 2001.

CURRY, M. A.; CAMPBELL, R. A.; CHRISTIAN, M. Validity and reliability testing of the prenatal psychosocial profile. **Research in Nursing e Health**, v. 17, n. 2, p. 127-135, 1994.

DATASUS. Brasília: Departamento de informática do SUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/>>. Acesso em: 5 jan. 2014.

DIAS, C.N.; SPINDOLA, T. Conhecimento e prática das gestantes acerca dos métodos contraceptivos. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 15, n.1, p. 59-63, 2007.

DIAS, M. S.; SILVA, R. A.; SOUZA, L. D. M.; LIMA R. C.; PINHEIRO, R. T.; MORAES, I. G. S. Self-esteem and associated factors in pregnant women in the city of Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 12, p. 2787-2797, 2008.

DINI, G. M.; QUARESMA, M. R.; FERREIRA, L. M. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de Auto-estima de Rosenberg. **Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 19, n. 1, p. 41-52, 2004.

DRAKE, E.E.; HUMENICK, S. S.; AMANKWAA, L.; YOUNGER, J.; ROUX, G. Predictors of maternal responsiveness. **Journal of Nursing Scholarsh**, v. 39, n. 2, p. 119-25, 2007.

DURÃES-PEREIRA, M.B.B.B.; NOVO, F.N.; ARMOND; J.E. A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal na periferia da zona Sul, no município de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 465-476, 2007.

EVANS, J.; HERON, J.; FRANCOMB, H.; OKE, S.; GOLDING, J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. **British Medical Journal**, v. 323, n. 7307, p. 257-260, 2001.

FARRUGIA, S. P.; CHEN, C.; GREENBERGER, E.; DMITRIEVA, J.; MACEK, P. Adolescent self-esteem in cross-cultural perspective: Testing measurement equivalence and a mediation model. **Journal of Cross-Cultural Psychology**, v. 35, n. 6, p. 719-733, 2004.

FUREGATO, A. R. F.; SILVA, E.C.; CAMPOS M. C.; CASSIANO R.P.T. Depressão e auto-estima entre acadêmicos de enfermagem. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 5, p. 239-244, 2006.

FALCONE, V.M.; MADER, C.V.; NASCIMENTO, C.F.; SANTOS, J.M.; NOBREGA, F.J. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p: 612-628, 2005.

GARCIA, N. A. A.; AGUILAR, L. R.; FACUNDO, F. R. G. Efecto de la autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol em adolescentes del área rural de Nuevo León, México. **Revista eletrônica Salud Mental Alcohol y Drogas**, v. 4, n. 1, p. 1-15, 2008. Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>. Acesso em: 30 jan. 2014.

GALLAR, M. **Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente**. Madrid: Paraninfo Editex S.A., 1998, 304p.

GJERDINGEN, D. K.; CHALONER, K. Mothers' experience with household roles and social support during the first postpartum year. **Women Health**, v. 21, n. 4, p. 57-74, 1994.

GJERDINGEN, D.; FROBERG, D. G.; FONTAINE, P. The effects of social support on women's health during pregnancy, labor and delivery, and postpartum period. **Family Medicine**, v. 23, n. 5, p. 370-375, 1991.

GOBITTA, M.; GUZZO, R. S. L. Estudo Inicial do Inventário de Auto-estima (SEI). **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.5, n. 1, p. 143-150, 2002.

HARTMANN, S.; BUNG, P. Physical exercise during pregnancy: physiological considerations and recommendations. **Journal of Perinatal Medicine**, v. 27, n. 3, p. 204-215, 1999.

HASSELMANN, M. H.; WERNECK, G.; DA SILVA; C. V. C. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the two months of live. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, s. 2, p. S341- S352. 2008.

HEATHERTON, T. F.; WYLAND C. L. Assessing self-esteem. In: LOPEZ S. J.; SNYDER C. R. (Eds). **Positive psychological assessment: a handbook of models and measures**. Washington. DC: American Psychological Association, 2003. p. 219-233.

HOLDA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 41, n. 4, p. 559-566, 2007.

HOTIMSKY, S. N.; ALVARENGA; A. T. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? **Estudos Feministas**, v. 10, n.2, p. 461-481, 2002.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores do desenvolvimento sustentável: Dimensão social. Estudos e Pesquisas, Rio de Janeiro, 2012. p. 235-239.

JOSEFSSON, A.; LARSSON, C.; SYDSJO, G.; NYLANDER, P.O. Temperament and character in women with postpartum depression. **Archives of Women`s Mental Health**, v. 10, n. 1, p. 3-7, 2007.

KILLEN, M.G. The role of social support in facilitating postpartum women`s return to employment. **Journal of Obstetric, Gynecologic e Neonatal Nursing**, v. 34, n. 5, p. 639-646, 2005.

KIM, Y.K.; HUR, J.Q.; KIM, K.H.; OH, K. S.; SHIN, Y.C. Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: a prospective study. **Psychiatry Clinical Neuroscience**, v. 62, n. 3, p. 331-340, 2008.

LIMA; B. L. Identidade étnico/racial no Brasil: Uma reflexão teórico-metodológica. **Revista Fórum Identidades**, v. 3, p. 33-46, 2008.

LOBATO, G.; MORAES, C.; REICHENHEIM, M.E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11 n. 4, p. 369-379, 2011.

MAÇOLA, L.; VALE, I. N.; CARMONA, E. V. Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 570-577, 2010.

MACHADO C. D.; VINHOLES D. B.; FELDENS V. P. Avaliação da autoestima de gestantes atendidas em um ambulatório no município de Tubarão, SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 42, n. 2, p. 50-55, 2013.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez**. 1º ed. Rio de Janeiro: Editora Jaguatirica Digital, 2013. 281p.

MAKARA-STDUZINSKA, M.; MORYLOWSKA-TOPOLSKA J.; SYGIY, K.; SYGIT M.; GOZDZIEWSKA, M. Socio-demographical and psychosocial determinants of anxiety symptoms in a population of pregnant women in the regions of central and eastern Poland. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine**, v. 20, n. 1, p. 195-202, 2013.

MARSH, H. Positive and negative global self-esteem: a substantively meaningful distinction or artifactors?. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 70, n. 4, p. 818-819, 1996.

MATTEY, S., KAVANAGH, D.J., HOWIE, P., BARNETT, B.; CHARLES, M. Prevention of postnatal distressor depression: an evaluation of an intervention at preparation for parenthood class. **Journal of Affective Disorders**, v. 79, n. 1, p. 113-126, 2004.

MOTHANDER, P. R. Maternal adjustment during pregnancy and the infant's first year, **Scandinavia Journal of Psychology**, v. 33, n. 1, p. 20-26, 1992.

MCLENNAN, J.D.; KOTELCHUCK, M; CHO, H. Prevalence, persistence, and correlates of depressive symptoms in a national sample of mothers of toddlers. **Journal of the American Academy of Child e Adolescent Psychiatry**, v. 40, n. 11, p. 1316-1323, 2001.

MERCER, R.; FERKETICH, S. Stress and social support as predictors of anxiety and depression during pregnancy. **Advancs in Nursing Science**, v. 10, n. 2, p. 26-39, 1988.

MEURER, S. T., LUFT C. B., BENEDETTI T. R., MAZO, G. Z. Validação de construto e consistência interna da escala de autoestima de Rosenberg para uma população de idosos brasileiros praticantes de atividades físicas. **Motricidade**, v. 8, n. 4, p. 5-15, 2012.

MORAES, I.G.S.; PINHEIRO, R.T.; SILVA, R.A.; HORTA, B.L.; SOUSA, P.L.R.; FARIA, A.D. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 65-70, 2006.

MOTTA, M.G.; LUCION, A.B.; MANERO, G.G. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 27, n. 2, p. 165-76, 2005.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M.S.P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. **Interface Comunicação em Saúde e Educação**, v. 7, n. 13, p. 109-18, 2003.

MRUCK, C. **Auto-estima: investigación, teoría y práctica**. Bilbao: Esclée de Brouwer, 1998. 236 p.

OLIVEIRA, A. S. S.; RODRIGUES, D. P.; GUEDES, M. V. C.; FELIPE, G. F.; GALIZA, F. T.; MONTEIRO, L. C. O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 247-253, 2011.

O'HARA, M.W.; ZEKOSKI, E.M.; PHILIPPS, L.H.; WRIGHT, E.J. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 99, n. 1, p. 3-15, 1990.

PAARLBERG, K. M. VINGERHOETS, A. J.; PASSCHIER J.; DEKKER, G. A., VAN GEIJIN H. P. Psychosocial factors and pregnancy outcome: a review with

emphasis on methodological issues. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 39, n. 5, p. 563-95, 1995.

PARRY, B.L.; NEWTON, R.P. Chronobiological basis of female-specific mood disorders. **Neuropsychopharmacology**, v. 25, n.5, p. 102-8, 2001.

POPE, S.; WATTS, J.; EVANS, S.; MCDONALD, S.; HENDERSON, J. **Postnatal depression: a systematic review of published scientific literature to 1999**. Canberra: National Health and Medical Research Council, 2000. 261p.

PRUESSNER, J. C.; BALDWIN, M. W.; DEDOVIC, K.; RENWICK, R.; MAHANI, N. K.; LORD, C.; MEANEY, M.; LUPIEND, S. Self-esteem, locus of control, hippocampal volume, and cortisol regulation in young and old adulthood. **Neuroimage**, v. 28, n. 4, p. 815-826, 2005.

RIGHETTI-VELTEMA, M.; CONNE-PERREARD, E.; BOUSQUET, A.; MANZANO, J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. **Journal of Affect Disorders**, p. 49, n. 3, p. 167-180, 1998.

ROFÉ, Y.; MORDECHAI, B. LEWIN I. Emotional experiences during the three trimestres of pregnancy, **Journal of Clinical Psychology**, v. 49, n. 1, p. 3-12, 1993.

RUSSELL, J. A.; DOUGLAS A. J.; INGRAM, C.D. Brain preparations for maternity--adaptive changes in behavioral and neuroendocrine systems during pregnancy and lactation. **Progress in Brain Research**. v. 133, n. 1, p. 1-38, 2001.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965. 326p.

ROSEMBERG, M. **Society and the adolescente self-image**. Princeton: Pricenton University Press, 1989. 347p.

SBICIGO, J., BANDEIRA, D.; DELL'AGLIO; D. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. **Psico-USF**, v. 15, n. 3, p. 395-403, 2010.

SCHARDOSIM, J. M., HELDT, E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 159-166, 2011.

SCHMITT, D.; ALLIK, J. Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 89, n. 4, p. 623-642, 2005.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 403-411, 2003.

SIMONETTI; V. M. M. **Revisão crítica de algumas escalas psicossociais utilizadas no Brasil**. 1989. 89 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 1989.

STEWART, D. E.; ADDISON A.M.; ROBINSON, G.E; JOFFE, R.; BURROW, G. N.; OLMSTED, G. N. Thyroid function in psychosis following childbirth. **American Journal of Psychiatry**, v. 145, n. 12, p. 1579-1581, 1988.

SOUZA, V. L. C.; CORRÊA, M. S. M.; SOUZA, S. L.; BESERRA, M. A. O aborto entre adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 42-49, 2001.

SOUZA, D. B. L.; FERREIRA, M. C. Auto-estima pessoal e coletiva em mães e não-mães. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 1, p. 19-25, 2005.

SILVA, L.; TONETE, V. L. P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 199-206, 2006.

SILVA; R.A.; ORES, L.C.; MONDIN, T. C.; RIZZO, R. N.; MORAES, I.G.S.; JANSEN, K.; PINHEIRO, R. T. Transtornos mentais comuns e autoestima na gestação: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1832-1838, 2010.

TAFARODI, R. W.; MILNE, A. B. Decomposing global self-esteem. **Journal of Personality**, v. 70, n. 4, p. 443-483, 2002.

TEIXEIRA J. M. A., FISK N. M., GLOVER, V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. **British Medical Journal**, v. 318, n. 16, p. 153-157, 1999.

WADHWA P. D.; DUNKEL-SCHETTER, C.; CHICZ-DEMET, A. PORTO, M., SANDMAN, CA. Prenatal psychosocial factors and the neuroendocrine axis in human pregnancy. **Psychosomatic Medicine**, v. 58, n. 5, p. 432-446, 1996.

WEINSTOCK, M. The potential influence of maternal stress hormones on development and mental health of the offspring. **Brain, Behavior and Immunity**, v. 19, n. 4, p. 296-308, 2005.

WEISSHEIMER, A. M. **Tradução, adaptação transcultural e validação para uso no Brasil do instrumento *Prenatal Psychosocial Profile***. 2007. 133 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

WHO, World Health Organization, UNFPA. **Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature**. Geneva: WHO Press, 2009.

ANEXOS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO PÓS PARTO IMEDIATO

NÚMERO DO QUESTIONÁRIO |__|__|__|__|

DADOS GERAIS		
Nome da Unidade	1. <input type="checkbox"/> MBH 2. <input type="checkbox"/> HSJ	__
Tipo de serviço:	1. <input type="checkbox"/> SUS 2. <input type="checkbox"/> Convênio 3. <input type="checkbox"/> Particular	__
Número do prontuário da primigesta __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __		
Para MBH: número do leito: __ __ Data de internação: __ __ / __ __ / __ __		
Entrevistador	Data da entrevista __ __ / __ __ / __ __	
Revisor	Data __ __ / __ __ / __ __	
Digitador	Data __ __ / __ __ / __ __	
"Meu nome é e você foi convidada a participar de uma pesquisa que avalia a saúde sexual e reprodutiva de mulheres que tem o primeiro filho e os fatores ligados a gravidez e o tipo de parto, assim como a saúde de seu filho. Eu gostaria de pedir meia hora de sua atenção"		
IDENTIFICAÇÃO	Hora de início da entrevista __ __ : __ __	
Qual é o seu Nome Completo?		
Qual é a sua data de nascimento? __ __ / __ __ / __ __		
Qual é o seu endereço completo?		
CEP __ __ __ __ - __ __ __ Bairro	Ponto de Referência:	
Como se chega lá?		
Telefone Fixo:	Celular:	
Local do trabalho:	Tel. Trabalho:	
Telefone esposo:	Outro telefone p/ contato:	
Para mantermos contato você poderia dar outro endereço, de um amigo ou parente?		
End:		
CEP __ __ __ __ - __ __ __ Bairro	Ponto de Referência:	
Como se chega lá?		
Qual é a sua Idade: __ __ anos		__ __
Raça/cor: 1. <input type="checkbox"/> Branca 2. <input type="checkbox"/> Preta 3. <input type="checkbox"/> Amarela 4. <input type="checkbox"/> Parda (morena/mulata) 5. <input type="checkbox"/> Indígena		__
Qual é a renda total e atual da sua família por mês? __ __ __ __ , __ __		__
0. <input type="checkbox"/> A família não tem renda	1. <input type="checkbox"/> Menos de 1 S.M.	
2. <input type="checkbox"/> 1 salário mínimo	3. <input type="checkbox"/> De 1 a menos de 2 S.M.	
4. <input type="checkbox"/> De 2 a menos de 3 S.M.	5. <input type="checkbox"/> De 3 a menos de 5 S.M.	
6. <input type="checkbox"/> De 5 a menos de 10 S.M.	7. <input type="checkbox"/> De 10 ou mais	
9. <input type="checkbox"/> NS/NR		

Qual é a sua ocupação? _____	
Você estudou na escola? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Não, mas sabe ler e escrever 2. <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto 3. <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo 4. <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto 5. <input type="checkbox"/> Ensino médio completo 6. <input type="checkbox"/> Nível superior incompleto 7. <input type="checkbox"/> Nível superior completo	<input type="checkbox"/>
A respeito da sua situação conjugal, você 1. <input type="checkbox"/> casada 2. <input type="checkbox"/> Vive com companheiro 3. <input type="checkbox"/> Tem companheiro, mas não vive com ele 4. <input type="checkbox"/> Não tem companheiro	<input type="checkbox"/>
INFORMAÇÕES DA GESTAÇÃO “Agora vou fazer perguntas sobre sua gravidez”	
Qual é a data da sua última menstruação (antes do parto)? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 9. <input type="checkbox"/> NS/NR	
Esta gravidez foi planejada? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>
Quando você ficou sabendo que estava grávida você ficou: 1. <input type="checkbox"/> feliz 2. <input type="checkbox"/> Triste 3. <input type="checkbox"/> preocupada 4. <input type="checkbox"/> não sentiu nada	<input type="checkbox"/>
Você fez alguma consulta de pré-natal durante esta gravidez? 0. <input type="checkbox"/> não 1. <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/>
Com quanto tempo de gravidez você teve a 1º consulta de pré-natal? <input type="text"/> <input type="text"/> semanas ou <input type="text"/> <input type="text"/> meses	<input type="text"/> <input type="text"/>
Quantas consultas de pré-natal você fez? <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Qual é o nome do posto ou hospital que você fez pré-natal? 1. - _____ 2. - _____ 3. - _____	
Durante a gravidez você ficou internada por algum problema de saúde? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>
Qual problema de saúde? Quanto tempo ficou internada? Em que mês da gestação? a. _____ problema/tempo de internação/mês da gestação b. _____ problema/tempo de internação/mês da gestação c. _____ problema/tempo de internação/mês da gestação	
Você fumou durante a gravidez? 0. <input type="checkbox"/> não fuma 1. <input type="checkbox"/> fumava antes/ mas não fumou durante a gravidez 2. <input type="checkbox"/> sim, frequentemente 3. <input type="checkbox"/> sim, algumas vezes 4. <input type="checkbox"/> não fumou neste período da gestação	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Quantos cigarros por dia você fumou durante a gravidez? <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Seu parceiro ou alguém que mora com você fumou durante a sua gravidez? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>
Quantos cigarros por dia essa pessoa fuma? <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Tomou bebida alcoólica durante a gestação? 0. <input type="checkbox"/> não bebe 1. <input type="checkbox"/> bebia antes/ mas não bebeu durante a gravidez 2. <input type="checkbox"/> sim, frequentemente 3. <input type="checkbox"/> sim, algumas vezes 4. <input type="checkbox"/> não bebeu neste período da gestação	<input type="checkbox"/>
Pratica alguma atividade física? Tipo _____ 0. <input type="checkbox"/> não pratica 1. <input type="checkbox"/> sim, sempre 2. <input type="checkbox"/> sim, às vezes 3. <input type="checkbox"/> praticava antes/ mas na gravidez não	<input type="checkbox"/>
"Hoje em dia é muito comum as pessoas já terem experimentado algum tipo de droga, como a maconha e a cocaína. A próxima pergunta é sobre o uso destas substâncias. Essas questões são muito importantes pra gente. Lembro que, como todo o questionário, essas informações são confidenciais e somente serão usadas para a pesquisa."	
Você usou algum tipo de droga durante a gestação? 0. <input type="checkbox"/> Não (vá para 46) 1. <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>
Seu parceiro ou alguém que mora com você usou algum tipo de droga durante a sua gravidez? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>
Que tipo?	
Escala de auto-estima "Rosenberg" "Agora vou fazer algumas afirmações sobre você, veja se concorda ou não" (usar a régua)	
No conjunto, eu estou satisfeita comigo 4. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente 3. <input type="checkbox"/> Concordo 2. <input type="checkbox"/> Discordo 1. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	<input type="checkbox"/>
Às vezes, eu acho que não presto para nada 4. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente 3. <input type="checkbox"/> Discordo 2. <input type="checkbox"/> Concordo 1. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/>
Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades 4. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente 3. <input type="checkbox"/> Concordo 2. <input type="checkbox"/> Discordo 1. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	<input type="checkbox"/>
Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas 4. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente 3. <input type="checkbox"/> Concordo 2. <input type="checkbox"/> Discordo 1. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	<input type="checkbox"/>
Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar 4. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente 3. <input type="checkbox"/> Discordo 2. <input type="checkbox"/> Concordo 1. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/>
Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes 4. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente 3. <input type="checkbox"/> Discordo 2. <input type="checkbox"/> Concordo 1. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/>
Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas 4. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente 3. <input type="checkbox"/> Concordo 2. <input type="checkbox"/> Discordo 1. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	<input type="checkbox"/>
Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo 4. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente 3. <input type="checkbox"/> Discordo 2. <input type="checkbox"/> Concordo 1. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/>
No geral, eu estou inclinada a sentir que sou um fracasso 4. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente 3. <input type="checkbox"/> Discordo 2. <input type="checkbox"/> Concordo 1. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/>
Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo 4. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente 3. <input type="checkbox"/> Concordo 2. <input type="checkbox"/> Discordo 1. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	<input type="checkbox"/>
Valor total da Escala de Auto-estima de Rosenberg	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

INFORMAÇÕES SOBRE O PARTO “Agora eu perguntarei sobre o parto desse bebê”	
Desfecho do bebê: 1. <input type="checkbox"/> nasceu vivo 2. <input type="checkbox"/> nasceu morto 3. <input type="checkbox"/> nasceu vivo, mas faleceu em <input type="text"/> horas <input type="text"/> min	<input type="checkbox"/>
Você teve gêmeos ou mais? (Se teve mais que um bebê, anotar os dados do primeiro nascido). 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>
Qual é o sexo do bebê? 1. <input type="checkbox"/> masculino 2. <input type="checkbox"/> feminino	<input type="checkbox"/>
Qual é a data do nascimento? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Quem veio com você para maternidade? 1. <input type="checkbox"/> sozinha 2. <input type="checkbox"/> companheiro 3. <input type="checkbox"/> pais 4. <input type="checkbox"/> vizinhos/amigos 5. <input type="checkbox"/> outros familiares 6. <input type="checkbox"/> outros _____	<input type="checkbox"/>
Qual foi o tipo de parto que você teve? 1. <input type="checkbox"/> Normal 2. <input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/>
Quem fez o parto? 1. <input type="checkbox"/> médico 2. <input type="checkbox"/> enfermeira 3. <input type="checkbox"/> auxiliar de enfermagem 4. <input type="checkbox"/> parteira hospitalar 5. <input type="checkbox"/> outra pessoa (não profissional ou parteira tradicional) 6. <input type="checkbox"/> pariu sozinha	<input type="checkbox"/>
Você ficou com um acompanhante durante o trabalho de parto e no parto? Se não, Por quê? (Não ler as alternativas) (Pode marcar mais de uma opção) 0. <input type="checkbox"/> Não, porque a maternidade não permitia acompanhante 1. <input type="checkbox"/> Não, porque a maternidade não permitia a pessoa que eu tinha para ficar comigo* 3. <input type="checkbox"/> Não, porque a maternidade só permitia para adolescentes 4. <input type="checkbox"/> Não, porque eu não sabia que podia. 5. <input type="checkbox"/> Não, porque eu não queria 6. <input type="checkbox"/> Não, porque não tinha ninguém para ficar comigo 7. <input type="checkbox"/> Não, outro motivo _____ 8. <input type="checkbox"/> Sim, só no TP 10. <input type="checkbox"/> Sim, só no Parto 11. <input type="checkbox"/> Em ambos * Exemplos: A maternidade só permitia mulheres e ela tinha o esposo para ficar com ela. A maternidade só permitia o pai do bebê e ela tinha a amiga/mãe/tia para ficar com ela.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Você teve algum problema durante o parto? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>
Qual(is)? _____	
Qual o peso ao nascer do bebê? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gramas 1. <input type="checkbox"/> olhou no cartão do bebê <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com quantas semanas/meses de gravidez o bebê nasceu? 1. <input type="text"/> <input type="text"/> semanas 2. <input type="text"/> <input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Colocaram o bebê junto a você assim que ele nasceu, ainda na sala de parto? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim, só me mostrou 2. <input type="checkbox"/> Sim e ficou um tempo comigo	<input type="checkbox"/>
Onde o bebê está ficando? 1. <input type="checkbox"/> no berçário 2. <input type="checkbox"/> com você na enfermaria/quarto 3. <input type="checkbox"/> uma parte do tempo com você e outra no berçário 4. <input type="checkbox"/> UCI ou UTI	<input type="checkbox"/>

MUITO OBRIGADA!

Hora do término da entrevista: :

ANEXO B - QUESTIONÁRIO SEIS MESES PÓS-PARTO

NÚMERO DO QUESTIONÁRIO |__|__|__|__|

"Meu nome é _____ e você está sendo convidada a continuar sua participação na pesquisa que avalia a influência do tipo de parto na sua saúde sexual e reprodutiva. Eu gostaria de pedir meia hora de sua atenção."	
DADOS GERAIS	
Local da entrevista: _ _ Estabelecimento de saúde _ _ Domicílio _ _ Outros _____	_
Entrevistador _____	Data da entrevista _ _ / _ _ / _ _
Revisor _____	Data _ _ / _ _ / _ _
Digitador _____	Data _ _ / _ _ / _ _
IDENTIFICAÇÃO	Hora de início da entrevista _ _ : _ _
Qual é o seu Nome Completo?	
Qual é o seu endereço completo?	
CEP _ _ _ _ _ - _ _ _ Bairro	Ponto de Referência:
Como se chega lá?	
Telefone Fixo: _____	Celular: _____
Local do trabalho: _____	Tel. Trabalho: _____
Telefone esposo: _____	Outro telefone p/ contato: _____
Para mantermos contato você poderia dar outro endereço, de um amigo ou parente?	
End: _____	
CEP _ _ _ _ _ - _ _ _ Bairro	Ponto de Referência:
Como se chega lá?	
Você está grávida neste momento? 0. _ _ não 1. _ _ sim, _____ meses _____ semanas	_
Situação do seu primeiro bebê: 1. _ _ Vivo 2. _ _ Nasceu vivo e faleceu em: ____/____/____ 3. _ _ nasceu morto 4. _ _ Outros _____	_

Como é o abastecimento de água da sua casa? 1. <input type="checkbox"/> Água encanada dentro de casa 2. <input type="checkbox"/> Água encanada fora de casa 3. <input type="checkbox"/> poço 4. <input type="checkbox"/> Outro _____	<input type="checkbox"/>
Como é o esgoto na sua casa? 0. <input type="checkbox"/> Não tem 1. <input type="checkbox"/> Rede geral 2. <input type="checkbox"/> Fossa rudimentar 3. <input type="checkbox"/> Fossa séptica 4. <input type="checkbox"/> Vai para o rio	<input type="checkbox"/>
Na rua em que você mora tem valão a céu aberto? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não, mas tem numa rua bem próxima	<input type="checkbox"/>
Que tipo de piso tem na rua onde você mora? 1. <input type="checkbox"/> Asfalto/cimento 2. <input type="checkbox"/> Paralelepípedo 3. <input type="checkbox"/> Terra (pedrinhas, cascalho, grama) 4. <input type="checkbox"/> apenas terra	<input type="checkbox"/>
Quantas pessoas moram na sua casa, contando com você? _____	
A respeito da sua situação conjugal atual, você ... 1. <input type="checkbox"/> Vive com companheiro 2. <input type="checkbox"/> Tem companheiro, mas não vive com ele 3. <input type="checkbox"/> Não tem companheiro	<input type="checkbox"/>
Qual a sua relação com o pai do bebê atualmente? 1. <input type="checkbox"/> Marido/companheiro 2. <input type="checkbox"/> Namorado/noivo 3. <input type="checkbox"/> Relação de amizade 4. <input type="checkbox"/> Nunca mais o viu 5. <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/>
Você tem algum trabalho em que ganhe dinheiro? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>
Qual o seu trabalho? _____	
Você está trabalhando agora? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>
Você parou de trabalhar por causa da gravidez desse bebê? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim	
Qual a renda total atual da família? R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Você está estudando? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>
Você pretende voltar a estudar? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>
Você está fumando atualmente? 1. <input type="checkbox"/> sim, sempre 2. <input type="checkbox"/> sim, algumas vezes 3. <input type="checkbox"/> não 4. <input type="checkbox"/> nunca fumei	<input type="checkbox"/>
Quantos cigarros por dia você fuma? <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Faz uso de bebida alcoólica? 0. <input type="checkbox"/> não bebe 1. <input type="checkbox"/> sim, sempre 2. <input type="checkbox"/> sim, algumas vezes 3. <input type="checkbox"/> bebia antes/ mas não bebeu durante a amamentação	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pratica alguma atividade física? Tipo _____ 0. <input type="checkbox"/> não pratica 1. <input type="checkbox"/> sim, sempre 2. <input type="checkbox"/> sim, às vezes 3. <input type="checkbox"/> praticava antes/ mas com o nascimento do bebê não	<input type="checkbox"/>
"Hoje em dia é muito comum as pessoas já terem experimentado algum tipo de droga, como a maconha e a cocaína. A próxima pergunta é sobre o uso destas substâncias. Essas questões são muito importantes pra gente. Lembro que, como todo o questionário, essas informações são confidenciais e somente serão usadas para a pesquisa."	
Você usa algum tipo de droga? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>
30 - Que tipo? _____	

Escala de auto-estima "Rosenberg" "Agora vou fazer algumas afirmações sobre você, veja se concorda ou não" (usar a régua)					
No conjunto, eu estou satisfeita comigo	4. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	3. <input type="checkbox"/> Concordo	2. <input type="checkbox"/> Discordo	1. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	<input type="checkbox"/>
Às vezes, eu acho que não presto para nada	4. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	3. <input type="checkbox"/> Discordo	2. <input type="checkbox"/> Concordo	1. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/>
Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades	4. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	3. <input type="checkbox"/> Concordo	2. <input type="checkbox"/> Discordo	1. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	<input type="checkbox"/>
Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas	4. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	3. <input type="checkbox"/> Concordo	2. <input type="checkbox"/> Discordo	1. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	<input type="checkbox"/>
Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar	4. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	3. <input type="checkbox"/> Discordo	2. <input type="checkbox"/> Concordo	1. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/>
Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes	4. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	3. <input type="checkbox"/> Discordo	2. <input type="checkbox"/> Concordo	1. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/>
Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas	4. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	3. <input type="checkbox"/> Concordo	2. <input type="checkbox"/> Discordo	1. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	<input type="checkbox"/>
Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo	4. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	3. <input type="checkbox"/> Discordo	2. <input type="checkbox"/> Concordo	1. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/>
No geral, eu estou inclinada a sentir que sou um fracasso	4. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	3. <input type="checkbox"/> Discordo	2. <input type="checkbox"/> Concordo	1. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/>
Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo	4. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	3. <input type="checkbox"/> Concordo	2. <input type="checkbox"/> Discordo	1. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	<input type="checkbox"/>
Valor total da Escala de Auto-estima de Rosenberg					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ALEITAMENTO MATERNO "Agora vou fazer algumas perguntas sobre alimentação do bebê"					
Atualmente o bebê está mamando no peito?					
0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim, quantas vezes por dia (mais ou menos)? _____					
Desde que o bebê saiu da maternidade, já tomou outro tipo de leite?					
0. <input type="checkbox"/> não 1. <input type="checkbox"/> sim, desde que idade? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dias de idade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses de idade					
Desde que o bebê saiu da maternidade, já tomou água, chá ou suco?					
0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim, desde que idade? _____					
Essa água, chá, ou suco foi dada por mamadeira ou chuchinha?					
0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica					
Desde que o bebê saiu da maternidade, já recebeu sopa ou papa de legumes?					
0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim, desde que idade? _____					
Desde que o (a) bebê saiu da maternidade, já recebeu comida de panela (comida de sal)?					
0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim, desde que idade? _____					
Desde que o bebê saiu da maternidade, já comeu fruta (em pedaço ou amassada)?					
0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim, desde que idade? _____					
Desde que o (a) bebê saiu da maternidade, já tomou ou comeu outros alimentos (diferentes daqueles que eu já falei antes)? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim.					

MUITO OBRIGADA!

Hora do término da entrevista: :


ANEXO C - DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE-UFAC

DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO PARA INÍCIO DA
PESQUISA DE CAMPO

O Projeto: "***SAÚDE REPRODUTIVA DE PRIMIGESTAS: ANÁLISE DE FATORES RELACIONADOS AO TIPO DE PARTO***", protocolado sob o nº. 23107.005912/2009-21, da Pesquisadora ***LEILA MARIA GEROMEL DOTTO***, após submetido a este Comitê no dia 18/06/2009 foi categorizado como ***APROVADO PARA INÍCIO DA PESQUISA DE CAMPO***, considerando que está de acordo com as exigências constantes na Resolução 196/96 do MS/CONEP. Concluída a pesquisa, a pesquisadora deverá trazer ao CEP/UFAC o relatório final, a fim de receber a aprovação final da pesquisa para posterior publicação.

Rio Branco-Acre, 18 de junho de 2009.


Enock da Silva Pessoa
Coordenador do CEP - UFAC

ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezada,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa "SAÚDE REPRODUTIVA DE PRIMIGESTAS: ANÁLISE DE FATORES RELACIONADOS AO TIPO DE PARTO". Você foi selecionada por ter parido pela primeira vez e por ser moradora deste município.

O objetivo deste estudo é avaliar os fatores da saúde reprodutiva de mulheres que tem o primeiro filho que estão associados ao parto, assim como acompanhar a saúde destas mulheres após o parto e a saúde e desenvolvimento dos seus filhos.

Além desta entrevista, entraremos em contato com você mais duas vezes: uma quando o seu bebê tiver perto de seis meses e outra quando ele tiver um ano de vida. Estas entrevistas poderão ser feitas na sua casa ou em outro local de sua preferência. Os entrevistadores da pesquisa estarão sempre identificados com um crachá da UFAC.

A sua participação consistirá em responder a um questionário, mas para completar os dados necessários para os objetivos da pesquisa, os entrevistadores também irão tirar Xerox de parte do seu prontuário e do seu recém-nascido.

As informações que você nos der, e os dados dos prontuários (seu e do bebê), serão mantidos em segredo e não serão divulgados em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar as pessoas que dele participaram.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento. Ressaltamos que não existe nenhum risco relacionado à sua participação que deverá ser voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo ou desistir a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

Declaro que li e entendi este termo de consentimento e que concordo espontaneamente em participar desta pesquisa.

Rio Branco, _____ / _____ / _____

Sujeito da pesquisa: _____
(ou responsável no caso de menor de idade)

Assinatura do entrevistador: _____

Coordenadora da Pesquisa: Profa. Dra. Leila Maria Geromel Dotto
Universidade Federal do Acre – UFAC, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto
BR 364 Km 04, Distrito Industrial, CEP 69900-900, Tel: 3901-2648