



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

LUCIANA MONTEIRO QUEIROZ DA SILVA

**AUTOESTIMA E DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM UMA COORTE DE
MULHERES NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO – ACRE**

RIO BRANCO – ACRE

2020

LUCIANA MONTEIRO QUEIROZ DA SILVA

**AUTOESTIMA E DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM UMA COORTE DE
MULHERES NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO – ACRE**

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

Área de concentração: Saúde da Mulher
Orientadoras: Prof^a Dr^a. Ilce Ferreira da Silva e Prof^a Dr^a. Rosalina Jorge Koifman

RIO BRANCO – ACRE

2020

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC

- S586a Silva, Luciana Monteiro Queiroz da, 1989 -
Autoestima e depressão pós-parto em uma coorte de mulheres no município de Rio Branco - Acre / Luciana Monteiro Queiroz da Silva; Orientadora: Dr^a Ilce Ferreira da Silva e Dr^a Rosalina Jorge Koifman. -2020.
156 f.: il.; 30 cm.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Acre, Programa de Pós – Graduação em Saúde Coletiva, Rio Branco, 2020.
Inclui referências bibliográficas e anexos.
1. Depressão. 2. Pós-parto. 3. Autoestima. I. Silva, Ilce Ferreira da. (Orientadora). II. Koifman, Rosalina Jorge. (Orientadora). III. Título.

CDD: 362

LUCIANA MONTEIRO QUEIROZ DA SILVA

**AUTOESTIMA E DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM UMA COORTE DE
MULHERES NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO – ACRE**

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

Aprovada em: 23 de abril de 2020.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dra. Ilce Ferreira da Silva (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFAC

Prof^a Dra. Rosalina Jorge Koifman (2^a orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/UFAC

Prof. Dr. Marcelo Xavier de Oliveira (Membro externo)
Universidade Federal do Acre – Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Prof^a. Dra. Maria Fernanda de Sousa Oliveira Borges (Membro interno)
Universidade Federal do Acre – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

RIO BRANCO – ACRE

2020

Dedico este trabalho aos meus pais Paulo (in memoriam) e Zenaide, como retribuição aos valores e ensinamentos repassados ao longo da vida, e ao meu companheiro, meu amor Luciano Leitão, por todo apoio e incentivo para a realização desta dissertação.

AGRADECIMENTOS

Nenhum homem é uma ilha, inclusive os pesquisadores, e eu gostaria de agradecer imensamente às muitas pessoas cujo apoio foi fundamental para a produção deste trabalho. No topo da lista, começo expressando meus profundos agradecimentos a Deus, a Ele toda honra e glória pela realização desse sonho.

A minha família, primeiramente à minha mãe Zenaide Monteiro, que desde cedo me incentivou a apreciar os estudos e não mediu esforços para me proporcionar uma educação de qualidade, sempre com zelo e dedicação impecáveis. Com tristeza, lembro e presto minha homenagem ao meu maior fã, meu saudoso pai Paulo Queiroz da Silva, que faleceu em 01 de janeiro de 2007, quando eu ainda era uma menina com sonhos e muita determinação. Ele não teve a oportunidade de me ver crescer profissionalmente, mas me passou os valores da disciplina e responsabilidade, os quais foram fundamentais na condução deste trabalho. A vocês, a minha eterna gratidão e admiração.

Às minhas orientadoras Ilce Ferreira da Silva e Rosalina Jorge Koifman, que não apenas me conduziram durante a jornada, mas acreditaram no meu potencial e na minha capacidade.

Aos coordenadores dos projetos matrizes que originaram este trabalho Dra. Andrea Moreira de Andrade, Dr. Alanderson Ramalho e Dra. Fernanda Martins. Estou convencida de que sem a iniciativa e dedicação de vocês, a concretização deste trabalho não seria possível.

A minha assistente de orientação Fernanda, uma mulher cuidadosa, dedicada, sincera, criteriosa e altamente inteligente, sempre esteve disposta a ajudar ao próximo e me auxiliou desde o início. Meu muito obrigada a você, Fernandinha.

Ao Luciano Leitão, meu companheiro de vida, meu melhor amigo, meu confidente, meu noivo amado, que me incentivou desde o início e jamais permitiu que eu desistisse, mesmo quando foi necessário abdicar dos nossos momentos de lazer para que eu pudesse me dedicar integralmente à realização deste trabalho. Sigo com a certeza de que se existirem outras vidas, será com você ao meu lado que eu quero estar.

Minha gratidão à minha nova família, meus estimados sogros Andrea e Rubenício, e meus cunhados Fábio e Geisi.

Aos meus colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFAC, os quais dividiram por muitas vezes diversos sentimentos de angústias, medos, dúvidas e incertezas, que foram inevitáveis no decorrer da jornada, mas também compartilharam dos momentos de vitórias e alegrias. Meu muito obrigada à Greyciane, Elivan, Gilcilene, Bruna, Cristiam e Flávia.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi determinar o nível de autoestima e de prevalência de sintomas depressivos pós-parto em mulheres avaliadas em algum momento entre o 6º e o 15º mês após o parto no Município de Rio Branco – AC. Esta dissertação foi estruturada em forma de dois artigos: Artigo 1 – Prevalência de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS) e fatores associados em uma coorte de mulheres de Rio Branco – Acre; Artigo 2 – Fatores associados à autoestima em uma coorte de mulheres no Município de Rio Branco, Acre. Os dois artigos fazem parte da investigação de delineamento transversal dentro de projetos de pesquisas matrizes, realizados em uma coorte de mulheres residentes na área urbana de Rio Branco-Acre, que tiveram parto nas duas únicas maternidades desse município no período compreendido entre 06 de abril a 30 de junho de 2015. Para a presente investigação, a população de estudo foi composta pelas mulheres que foram entrevistadas em algum momento entre o 6º e o 15º mês após o parto. A coleta de dados ocorreu por meio da entrevista presencial, consulta ao cartão de pré-natal e ao prontuário da parturiente. As variáveis de interesse foram os sintomas depressivos pós-parto e o nível de autoestima, e as possíveis associações com variáveis sociodemográficas, hábitos maternos, obstétricas, de morbidades, do recém-nascido e do aleitamento materno. Para análise dos dados foi utilizado o software SPSS versão 20.0. Os projetos matrizes foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFAC e os seus coordenadores emitiram carta de autorização para uso das informações pertencentes ao banco de dados. Os resultados são apresentados integralmente nos artigos. Considerando que sintomas depressivos pós-parto e autoestima apresentam notável impacto na saúde mental de mulheres após o parto, espera-se contribuir para um olhar mais atento, humanizado, livre de preconceitos e uma melhor compreensão dos aspectos psicológicos que permeiam a saúde mental de mulheres durante o pós-parto.

Palavras-chaves: depressão pós-parto; autoestima; puerpério.

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the level of self-esteem and the prevalence of postpartum depressive symptoms in women assessed sometime between the 6th and 15th month after delivery in the city of Rio Branco - AC. This dissertation was structured in the form of two articles: Article 1 - Prevalence of postpartum depression in Edinburgh (EPDS) and associated factors in a cohort of women from Rio Branco - Acre; Article 2 - Factors associated with self-esteem in a cohort of women in the municipality of Rio Branco, Acre. The two articles are part of a cross-sectional investigation within matrix research projects, carried out in a cohort of women living in the urban area of Rio Branco-Acre, who delivered at the only two maternity hospitals in this municipality in the period from April 6 to June 30, 2015. For the present investigation, the study population was composed of women who were interviewed sometime between the 6th and 15th month after delivery. Data collection occurred through face-to-face interviews, consultation with the prenatal card and the parturient's medical record. The variables of interest were postpartum depressive symptoms and the level of self-esteem, and possible associations with sociodemographic variables, maternal, obstetric, morbidity, newborn and breastfeeding habits. For data analysis, SPSS software version 20.0 was used. The master projects were submitted to and approved by the UFAC Research Ethics Committee and their coordinators issued a letter of authorization to use the information belonging to the database. The results are presented in full in the articles. Considering that postpartum depressive symptoms and self-esteem have a notable impact on the mental health of women after childbirth, it is expected to contribute to a more attentive, humanized view, free from prejudice and a better understanding of the psychological aspects that permeate women's mental health during the postpartum period.

Keywords: postpartum depression; self-esteem; puerperium.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Fluxograma da formação da coorte de mulheres e segmento do sexto ao décimo quinto mês pós-parto, segundo sintomas depressivos pós-parto. Município de Rio Branco, Acre, 2015-2016.
- Figura 2 – Fluxograma da formação de mulheres e seguimento do sexto ao décimo quinto mês pós-parto, segundo autoestima. Município de Rio Branco, Acre, 2015-2016.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 – Estudos nacionais sobre níveis de autoestima em mulheres no período gravídico-puerperal.
- Quadro 2 – Estudos internacionais sobre níveis de autoestima em mulheres no período gravídico.
- Quadro 3 – Estudos internacionais sobre níveis de autoestima em mulheres após o parto.
- Quadro 4 – Fatores significativos associados à autoestima durante o período gravídico-puerperal.
- Quadro 5 – Estudos nacionais sobre prevalência de depressão pós-parto.
- Quadro 6 – Estudos internacionais sobre prevalência de depressão pós-parto.
- Quadro 7 – Estudos nacionais sobre fatores associados à depressão pós-parto.
- Quadro 8 – Estudos internacionais sobre fatores associados à depressão pós-parto.

LISTA DE TABELAS

- Artigo 1, Tabela 1 – Distribuição das frequências de respostas da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo na coorte de mulheres avaliadas entre 6 e 15 meses pós-parto, Rio Branco, Acre, 2015-2016 (n=859).
- Artigo 1, Tabela 2 – Distribuição das características sociodemográficas e hábitos maternos na coorte de mulheres avaliadas entre 6 e 15 meses pós-parto, segundo escore total da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo, Rio Branco – AC, 2015-2016.
- Artigo 1, Tabela 3 – Distribuição das características obstétricas, de morbidades, do recém-nascido e do aleitamento materno na coorte de mulheres avaliadas entre 6 e 15 meses pós-parto, segundo escore total da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo, Rio Branco – AC, 2015-2016.
- Artigo 1, Tabela 4 – Razões de chances brutas de depressão pós-parto pela Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) na coorte de mulheres avaliadas entre 6 e 15 meses pós-parto, Rio Branco – AC, 2015-2016.
- Artigo 1, Tabela 5 – Modelo multivariado para depressão pós-parto pela Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) na coorte de mulheres avaliadas entre 6 e 15 meses pós-parto em Rio Branco – AC, 2015-2016.
- Artigo 2, Tabela 1 – Distribuição das frequências de respostas da Escala de Autoestima de Rosenberg na coorte de mulheres avaliadas entre 6 e 15 meses pós-parto, Rio Branco – Acre, 2015-2016 (n=841).
- Artigo 2, Tabela 2 – Distribuição das características sociodemográficas e hábitos maternos na coorte de mulheres avaliadas entre 6 e 15 meses pós-parto, segundo escore total da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), Rio

Branco – Acre, 2015-2016.

Artigo 2, Tabela 3 – Distribuição das características obstétricas, de morbidades, do recém-nascido e do aleitamento materno na coorte de mulheres avaliadas entre 6 e 15 meses pós-parto, segundo escore total da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), Rio Branco – Acre, 2015-2016.

Artigo 2, Tabela 4 – Razões de chances brutas de baixa autoestima pela Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR ≤ 31 pontos) na coorte de mulheres avaliadas entre 6 e 15 meses pós-parto, Rio Branco – AC, 2015-2016.

Artigo 2, Tabela 5 – Razões de chances brutas e ajustadas para baixa autoestima na coorte de mulheres avaliadas entre o 6º e o 15º mês pós-parto em Rio Branco – AC, 2015-2016.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DNV	Declaração de Nascidos Vivos
DPP	Depressão Pós-Parto
DSM-V	Manual Diagnóstico dos Transtornos Mentais
EAR	Escala de Autoestima de Rosenberg
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPDS	Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IIG	Índice de Igualdade de Gênero
NCCMH	<i>National Collaborating Centre for Mental Health</i>
PDSS	Escala de Rastreio de Depressão Pós-Parto
SRQ-20	<i>Self Reporting Questionnaire</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UFAC	Universidade Federal do Acre
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL	22
2.2 AUTOESTIMA E ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG ...	23
2.3 ESTUDOS SOBRE NÍVEIS DE AUTOESTIMA E FATORES ASSOCIADOS NA GESTAÇÃO E NO PERÍODO PÓS-PARTO	27
2.4 DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CRITÉRIO DIAGNÓSTICO E MENSURAÇÃO	47
2.5 ESTUDOS SOBRE PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO E FATORES ASSOCIADOS	49
3. JUSTIFICATIVA	68
4. OBJETIVOS	69
4.1 GERAL	69
4.2 ESPECÍFICOS	69
5. MATERIAL E MÉTODOS	70
5.1. AMOSTRAGEM	70
5.2. POPULAÇÃO DE ESTUDO	70
5.3. COLETA DE DADOS	71
5.4. ASPECTOS ÉTICOS	71
6. RESULTADOS	73
6.1 ARTIGO 1 – PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS) E FATORES ASSOCIADOS EM UMA COORTE DE MULHERES DE RIO BRANCO – ACRE	73
6.2 ARTIGO 2 – FATORES ASSOCIADOS À AUTOESTIMA EM UMA COORTE DE MULHERES NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE	100
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
ANEXO I – QUESTIONÁRIO PÓS-PARTO IMEDIATO	137
ANEXO II – QUESTIONÁRIO 6º AO 15º MÊS DE PÓS-PARTO	141
ANEXO III – PARECER DO CEP PROJETO MATRIZ “EVOLUÇÃO DOS INDICADORES NUTRICIONAIS DE	

CRIANÇAS DO NASCIMENTO AO PRIMEIRO ANO DE VIDA, EM RIO BRANCO – ACRE”	147
ANEXO IV – PARECER DO CEP PROJETO MATRIZ “UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DURANTE O PERÍODO DA GESTAÇÃO, PARTO E AMAMENTAÇÃO EM GESTANTES NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE”	151
ANEXO V – CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DO BANCO DE DADOS PROJETO MATRIZ “EVOLUÇÃO DOS INDICADORES NUTRICIONAIS DE CRIANÇAS DO NASCIMENTO AO PRIMEIRO ANO DE VIDA, EM RIO BRANCO – ACRE”	155
ANEXO VI – CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DO BANCO DE DADOS PROJETO MATRIZ “UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DURANTE O PERÍODO DA GESTAÇÃO, PARTO E AMAMENTAÇÃO EM GESTANTES NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE”	156

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais comuns (TMC) referem-se às duas grandes classes diagnósticas psiquiátricas denominadas por transtornos depressivos e transtornos de ansiedade, os quais ocasionam implicações e variações multifatoriais (NCCMH et al., 2011). Em 2015, a prevalência de Transtorno Depressivo foi de 4,4%, sendo mais comum no sexo feminino (5,1%) do que no sexo masculino (3,6%), vindo a apresentar um aumento de 18,4% entre os anos de 2005 e 2015 no mundo para ambos os sexos, ocasionado sobretudo pelo aumento da população global e aumento proporcional da faixa etária idosa, em que a doença é mais prevalente (WHO, 2017).

Existem evidências sugerindo que indivíduos com transtornos mentais têm menor tempo de sobrevida em relação à população geral, com diferenças significativas nas taxas de mortalidade entre pacientes psiquiátricos, principalmente aqueles institucionalizados, quando comparados à população geral (SAMPAIO; CAETANO, 2006). Um estudo de coorte apontou que pacientes com transtornos mentais apresentaram uma média de longevidade de 12 a 18 anos menor do que a população em geral (TYRER; TYRER; YANG, 2019).

O pós-parto é um período considerado vulnerável à ocorrência de transtornos psiquiátricos, sendo a disforia puerperal, a depressão e a psicose pós-parto os transtornos mais comuns nesta etapa da vida, e a baixa autoestima é referida como um fator de risco para o surgimento da depressão pós-parto (CANTILINO et al., 2010).

A autoestima e a saúde mental têm sido relacionadas às formas com que as pessoas compreendem o mundo, ao modo como se relacionam, bem como às experiências significativas durante a vida (SCHRAMML et al., 2011). A autoestima é composta por um conjunto de pensamentos, atitudes e sentimentos do indivíduo sobre si próprio, o que repercute em uma conduta de aprovação ou reprovação por si mesmo (ROSENBERG, 1965). Tal constructo exerce uma importante função no que se refere ao ajustamento psicossocial e aos aspectos relacionados à saúde mental (KERNIS, 2005).

A maioria dos estudos nacionais que avaliou os níveis de autoestima em mulheres no período gravídico-puerperal utilizou a Escala de Autoestima de Rosenberg, com escores que variam de 0 a 30 pontos (quanto mais próximo de 30 pior o nível de autoestima), cujas médias variaram entre 4 e 16 pontos (DIAS et al., 2008; GOMES; SPEIZER, 2010; SILVA et al., 2010; MACHADO; VINHOLES; FELDENS, 2013; SANTOS et al., 2015; MEIRELES et al., 2016). Foram observadas algumas limitações nos estudos nacionais sobre autoestima em mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, como tamanho amostral consideravelmente reduzido (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010; RODRIGUES et al., 2010; MACHADO; VINHOLES; FELDENS, 2013), sendo que somente um estudo nacional avaliou a autoestima em puérperas (MARCACINE et al., 2018), de modo que a maioria dos estudos nacionais sobre autoestima foi realizado em mulheres no período gestacional (DIAS et al., 2008; GOMES; SPEIZER, 2010; MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010; RODRIGUES et al., 2010; SILVA et al., 2010; MACHADO; VINHOLES; FELDENS, 2013; SANTOS et al., 2015; MEIRELES et al., 2016; MEIRELES et al., 2017).

Por outro lado, a depressão pós-parto (DPP) é uma condição de saúde com sintomatologia semelhante ao Transtorno Depressivo, estando fortemente associada ao período puerperal, podendo trazer consequências à saúde da mulher e da criança (GUILLE et al., 2013; DSM V, 2014). Os estudos brasileiros que investigaram a prevalência de depressão pós-parto observaram resultados que variaram entre 7,2% e 39% de DPP. Nesses trabalhos, foram observadas análises realizadas em diferentes momentos do pós-parto, bem como um número considerável de estudos com tamanho amostral reduzido (SANTOS; MARTINS; PASQUAL, 1999; FAISAL-CURY et al., 2004; CORREIA, 2006; MORAES et al., 2006; CANTILINO et al., 2007; RUSCHI et al., 2007; TANNOUS et al., 2008; CANTILINO, 2009; FIGUEIRA et al., 2009; MELO et al., 2012; MORAIS et al., 2015; PEREIRA et al., 2015; SOARES; GONÇALVES; CARVALHO, 2015; CARDILLO et al., 2016; HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017; MIGUEL et al., 2017; STRAPASSON; FERREIRA; RAMOS, 2018).

Já os estudos internacionais apontaram uma prevalência que variou entre 3,3% e 23%, sendo observado um menor número de análises com tamanho amostral reduzido, quando comparado aos estudos nacionais, e um certo padrão referente ao período puerperal da coleta de dados, que na maioria dos estudos manteve-se entre os três primeiros meses pós-parto, o que poderia explicar o menor intervalo entre as prevalências encontradas (STAMP; CROWTHER, 1994; DENNIS; JANSSEN; SINGER, 2004; RICH-EDWARDS, 2006; DØRHEIM et al., 2009; GROTE et al., 2010; GOSHTASEBI; ALIZADEH; GANDEVANI, 2013; TURKCAPAR et al., 2015; FRANCK et al., 2016; FIALA et al., 2017; FANTAHUN; CHERIE; DERIBE, 2018; MURRAY et al., 2015; NISHIMURA et al., 2015; ABDOLLAHI; ZARGHAMI, 2018; AHMAD et al., 2018; OGBO et al., 2018; RUOHOMÄKI et al., 2018; NURBAETI; DEOISRES; HENGUDOMSUB, 2019).

Embora a autoestima e a DPP tenham sido investigadas com certa frequência no Brasil, ambas foram avaliadas de forma independente na maioria dos estudos nacionais que abordaram os dois desfechos em populações femininas durante o período gravídico-puerperal (MORAES et al., 2006; CANTILINO et al., 2007; RUSCHI et al., 2007; DIAS et al., 2008; TANNOUS et al., 2008; FIGUEIRA et al., 2009; MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010; RODRIGUES et al., 2010; SILVA et al., 2010; MACHADO; VINHOLES; FELDENS, 2013; MORAIS et al., 2015; PEREIRA et al., 2015; SANTOS et al., 2015; SOARES; GONÇALVES; CARVALHO, 2015; CARDILLO et al., 2016; HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017; MIGUEL et al., 2017; STRAPASSON; FERREIRA; RAMOS, 2018), sendo encontrado apenas um estudo nacional que avaliou autoestima e sintomas depressivos em gestantes como variáveis independentes, visando estabelecer a relação com imagens corporais (MEIRELES et al., 2017) e ainda um outro estudo brasileiro transversal que estabeleceu a associação entre baixa autoestima e maiores riscos de diagnóstico de Transtornos Mentais Comuns – TCM em gestantes de uma coorte perinatal assistidas por um Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, do Sistema Único de Saúde – SUS (SILVA et al., 2010).

Em estudos internacionais, foi observado um maior número de trabalhos que buscaram estabelecer a relação entre autoestima e depressão pós-parto.

Um estudo transversal realizado na Indonésia não constatou relação significativa entre autoestima e DPP (NURBAETI; DEOISRES; HENGUDOMSUB, 2019), enquanto outros estudos verificaram relações significativas entre baixos níveis de autoestima e o desfecho DPP (STAMP; CROWTHER, 1994; LOGSDON; USUI, 2001; KAMYSHEVA et al., 2008; LEIGH; LEIGH; MILGROM, 2008; MAKARA-STUDZIŃSKA et al., 2013; FRANCK et al., 2016).

Tanto a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) quanto a EPDS sofreram tradução e adaptação transcultural, validadas para a população brasileira (DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004; SANTOS et al., 2007). A validade de constructo da escala EAR foi efetuada por meio dos testes de correlação de Pearson e Spearman, bem como regressão múltipla, buscando explicar o quanto cada aspecto do Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) contribuiu para os escores da Escala de Autoestima de Rosenberg, observando um percentual de 56,98% para explicar os resultados obtidos. A Escala de Autoestima de Rosenberg mostrou-se adequada ao contexto cultural e socioeconômico brasileiro, bem como sua reprodutibilidade e validade (DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004).

Por outro lado, tradução e validação da escala EPDS foram efetuadas no contexto de um estudo de coorte realizado em Pelotas – RS, que comparou os resultados dos escores obtidos com a aplicação de dois instrumentos diagnósticos de depressão (Escala de Edimburgo e o padrão-ouro que corresponde à entrevista semiestruturada baseada na CID-10) para a mesma população de mulheres no puerpério. Os resultados sugeriram que a validade da EPDS deve ser interpretada levando em consideração a finalidade da avaliação, sendo adequada como instrumento de rastreamento da DPP, cujo melhor ponto de corte observado do escore total da EPDS foi de ≥ 10 pontos, com 82,6% de sensibilidade e 65,4% de especificidade (SANTOS et al., 2007).

No Brasil, existem poucos estudos na região Norte que avaliaram a prevalência de DPP e a autoestima em mulheres no período gravídico-puerperal, bem como a relação entre ambos os eventos. Além disso, a maioria dos trabalhos existentes analisou a autoestima por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg apenas durante o período gestacional (CAMERON

et al., 1996; SMITH; GRENYER, 1999; MARLEAU; SAUCIER, 2000; DIAS et al., 2008; KAMYSHEVA et al., 2008; GOMES; SPEIZER, 2010; MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010; RODRIGUES et al., 2010; SILVA et al., 2010; BÖDECS et al., 2011; COHEN et al., 2011; VAN HAAREN-TEN HAKEN et al., 2012; WEIS; RYAN, 2012; MACHADO; VINHOLES; FELDENS, 2013; MAKARA-STUDZIŃSKA et al., 2013; SHLOIM et al., 2013; VARESCON et al., 2013; SANTOS et al., 2015; ULLOQUE-CAAMAÑO; MONTERROSA-CASTRO; ARTETA-ACOSTA, 2015; FRANCK et al., 2016; MEIRELES et al., 2016; MEIRELES et al., 2017; YEHIA et al., 2019), sendo poucos os estudos que exploraram a autoestima durante o puerpério (WOLMAN et al., 1993; MCVEIGH; SMITH, 2000; LOGSDON; USUI, 2001; THOMPSON; OSTEEN; YOUNGKER, 2001; LOTO et al., 2010; ROSS et al., 2011; FULTON et al., 2012; KANG; LEE; KANG, 2014; LEE; KOO, 2015; MARCACINE et al., 2018).

Na Região Norte brasileira, apenas um estudo prévio realizado em Rio Branco – AC abordou a autoestima em gestantes, vindo a explorar fatores associados à autoestima e qualidade de vida durante a gestação e constatou que estado civil e classe econômica estão associados significativamente à autoestima de mulheres rio-branquenses no período gestacional. As mulheres com 30 anos ou menos, brancas, com escolaridade até o ensino fundamental, sem ocupação, múltiparas, com ganho de peso maior que 15 quilos, gestação atual não desejada, tabagistas e etilistas obtiveram níveis de autoestima menores, entretanto sem significância estatística (SANTOS et al., 2015). Os demais estudos nacionais sobre autoestima foram realizados em outras regiões do país (DIAS et al., 2008; GOMES; SPEIZER, 2010; RODRIGUES et al., 2010; SILVA et al., 2010; MACHADO; VINHOLES; FELDENS, 2013; SANTOS et al., 2015; MEIRELES et al., 2016, 2017). Em relação à DPP, não foram encontrados estudos conduzidos na Região Norte do país.

Dessa forma, estudos que avaliem os níveis de autoestima e Depressão Pós-Parto mensurada entre o sexto e o décimo quinto mês após o parto, no Município de Rio Branco – Acre, são relevantes, pois podem contribuir para a produção do conhecimento referente aos aspectos psicológicos de mulheres durante esta etapa de vida, bem como expor com maior clareza a relação existente entre os dois desfechos. Deste modo, o presente estudo visou

determinar a prevalência de depressão pós-parto e os níveis de autoestima, com os respectivos fatores associados, em mulheres avaliadas em algum momento entre o 6º e o 15º mês após o parto no Município de Rio Branco – Acre. Trata-se de um estudo pioneiro na área de saúde mental da mulher realizado na Região Norte do país, podendo vir a contribuir significativamente com futuras ações estratégicas e de planejamento da gestão em saúde no Município de Rio Branco – Acre.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

A maternidade é um momento singular, que faz parte do ciclo vital de várias mulheres (SIMAS; SOUZA; SCORSOLINI-COMIN, 2013). Trata-se de uma experiência humana significativa, marcada por muitas transformações físicas e psicológicas, uma vez que o corpo da mulher se prepara fisiologicamente para gerar uma vida, passando a produzir uma quantidade considerável de hormônios (ROFE; BLITTNER; LEWIN, 1993). Por outro lado, trata-se da fase em que é necessário desenvolver um novo papel, que é o de uma genitora, com todas as responsabilidades e anseios que tal função requer (GJERDINGEN; FROBERG; FONTAINE, 1991).

Em uma perspectiva psicanalítica, a experiência materna pode ser acompanhada pelo aumento da sensibilidade e retraimento psicológico da mãe, que passa a se responsabilizar pelo bebê, o que gera uma forte identificação chamada de preocupação materna primária; já o retraimento é explicado como um fator importante para o desenvolvimento saudável da relação mãe e bebê, uma vez que permite o processo de adaptação ao novo papel materno (WINNICOT, 1988; SILVA, 2008;).

Na sociedade atual, em que as mulheres se desdobram para conciliar diferentes papéis e funções como o de esposa, filha, dona de casa, profissional, estudante, entre outros, ter um filho(a) pode gerar consequências significativas, dificultando a conciliação do novo papel materno com os vários papéis já desempenhados anteriormente, sobretudo quando se considera a crescente presença feminina no mercado de trabalho (SIMAS; SOUZA; SCORSOLINI-COMIN, 2013).

A psicanálise, uma linha de pensamento da Psicologia, afirma que não há gravidez literalmente aceita ou rejeitada, pois mesmo quando há forte predominância de aceitação, existe a rejeição e vice-versa, especialmente durante o primeiro trimestre gestacional (SOIFER, 1986).

O puerpério é definido como o período do ciclo gravídico-puerperal em que as alterações provocadas pela gravidez e pelo parto no organismo da

mulher retornam ao seu estado pré-gravídico. De uma forma geral, o puerpério é estabelecido por critérios fisiológicos e geralmente corresponde a um período de no máximo 8 semanas após o parto, sendo dividido de forma didática em: imediato (1º ao 10º dia pós-parto), tardio (11º ao 45º dia pós-parto) e remoto (a partir do 45º dia) (REZENDE; MONTENEGRO; FILHO, 2013).

Em algumas situações, o pós-parto pode ser caracterizado por sentimentos ambivalentes, como euforia e alívio, resultado da experiência do parto e nascimento do filho(a) saudável, do desconforto físico inerente ao tipo de parto, do medo, da ansiedade, da decepção pelo sexo do filho (quando se desejava um filho do sexo oposto), da aparência física do recém-nascido e do receio de incapacidade. Nesse contexto, a valorização das demandas que emergem da vivência da mulher no período gravídico-puerperal se tornam fundamentais (STRAPASSON; NEDEL, 2010).

2.2 AUTOESTIMA E ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

A autoestima é a base para a construção e definição de uma atitude de aprovação ou não aprovação por si mesmo, podendo ser uma forma de autoavaliação positiva ou negativa que o indivíduo faz sobre si. Tal constructo é manifestado nas atitudes e comportamentos dos indivíduos e, conseqüentemente, nas relações sociais (ROSENBERG, 1965).

A avaliação que o indivíduo recebe do meio social durante a construção e formação de sua identidade é fundamental no processo de formação da autoestima (SILVA; MARINHO, 2008). Por este motivo, a autoestima é um importante aspecto a ser avaliado na área de saúde mental devido, principalmente, à influência que exerce no ajustamento psicológico e social dos indivíduos, e ao relevante papel na identificação e prevenção de problemas psicológicos (KERNIS, 2005).

Do ponto de vista clínico, a baixa autoestima pode ser expressa por sentimentos de incompetência, inadequação, rejeição e incapacidade de lidar com determinadas situações; a média autoestima é caracterizada pela alternância entre sentimentos de auto aprovação e auto rejeição; enquanto a alta autoestima é expressa no julgamento de maior valor, confiança e

competência que as pessoas têm por si (ROSENBERG, 1965; SILVA; MARINHO, 2008).

Devido a sua relevância na área de saúde mental, a autoestima tem sido estudada na comunidade científica nacional e internacional por meio de instrumentos desenvolvidos na tentativa de mensurar objetivamente o nível de autoestima de um indivíduo (CAMERON et al., 1996; SMITH; GRENYER, 1999; MARLEAU; SAUCIER, 2000; MCVEIGH; SMITH, 2000; LOGSDON; USUI, 2001; DIAS et al., 2008; KAMYSHEVA et al., 2008; GOMES; SPEIZER, 2010; LOTO et al., 2010; MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010; RODRIGUES et al., 2010; SILVA et al., 2010; BÖDECS et al., 2011; COHEN et al., 2011; FULTON et al., 2012; VAN HAAREN-TEN HAKEN et al., 2012; WEIS; RYAN, 2012; MACHADO; VINHOLES; FELDENS, 2013; MAKARA-STUDZIŃSKA et al., 2013; SHLOIM et al., 2013; VARESCON et al., 2013; LEE; KOO, 2015; SANTOS et al., 2015; ULLOQUE-CAAMAÑO; MONTERROSA-CASTRO; ARTETA-ACOSTA, 2015; FRANCK et al., 2016; MEIRELES et al., 2017; YEHIA et al., 2019).

Um dos instrumentos psicométricos que se propõe a avaliar a autoestima amplamente conhecido e utilizado é a Escala de Autoestima de Rosenberg (SCHULTZ; APRILE, 2013), cuja versão original é unidimensional (HUTZ; ZANON, 2011; SANTOS et al., 2015). No Brasil, a EAR foi validada como um instrumento psicométrico unidimensional, que avalia aspectos globais da autoestima, sendo composta por dez afirmações com quatro opções de respostas para cada uma (concordo totalmente, concordo, discordo, discordo totalmente) (DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004). Outros autores também realizaram estudos de revisão, validação e avaliação das propriedades psicométricas da Escala de Autoestima de Rosenberg, que apresentou um resultado satisfatório de Alfa de Cronbach = 0,90 (HUTZ; ZANON, 2011).

Alguns estudos divergem quanto ao melhor modelo dimensional para avaliação da autoestima. Há autores que afirmam que o modelo unidimensional é o mais adequado (DINI, QUARESMA e FERREIRA, 2004; HUTZ e ZANON, 2011) e há aqueles que afirmam que o modelo bidimensional é o mais apropriado (ROMANO, NEGREIROS e MARTINS, 2007). Apesar disso, há autores que salientam que o modelo dimensional mais adequado desta escala

pode variar em diferentes populações e públicos-alvo específicos (SANTOS; MAIA, 2003).

A Escala de Autoestima de Rosenberg pode apresentar variação quanto ao critério de pontuação de cada um dos dez itens presentes no instrumento psicométrico, sendo que a pontuação dos escores pode variar de 0 a 30 ou de 10 a 40 pontos, a depender da variação dos valores que podem ser atribuídos a cada item presente na escala (0 a 3 ou 1 a 4) (COHEN et al., 2011). Os itens 3, 5, 8, 9 e 10 da Escala de Autoestima de Rosenberg avaliam aspectos negativos da autoestima e os escores devem ser calculados inversamente (HUTZ; ZANON, 2011).

Devido a variação quanto à pontuação, existe uma diversidade de interpretações da soma total da escala. Em função disso, há estudos que estabelecem que quanto maior o nível de autoestima, maior será o escore total obtido na escala (CAMERON et al., 1996; SMITH; GRENYER, 1999; MCVEIGH; SMITH, 2000; KAMYSHEVA et al., 2008; GOMES; SPEIZER, 2010; LOTO et al., 2010; MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010; BÖDECS et al., 2011; COHEN et al., 2011; FULTON et al., 2012; VAN HAAREN-TEN HAKEN et al., 2012; WEIS; RYAN, 2012; MAKARA-STUDZIŃSKA et al., 2013; SHLOIM et al., 2013; VARESCON et al., 2013; ULLOQUE-CAAMAÑO; MONTERROSA-CASTRO; ARTETA-ACOSTA, 2015; LEE; KOO, 2015; YEHIA et al., 2019), enquanto estudos que afirmam que quanto menor o escore total obtido na escala, melhor o nível de autoestima (MARLEAU; SAUCIER, 2000; LOGSDON; USUI, 2001; DIAS et al., 2008; RODRIGUES et al., 2010; SILVA et al., 2010; MACHADO; VINHOLES; FELDENS, 2013; SANTOS et al., 2015; MEIRELES et al., 2017). Estas variações estão refletidas na falta de padronização na interpretação do resultado do instrumento, seja em nível nacional (Quadro-1) ou internacional (Quadro-2 e Quadro-3).

A Escala de Autoestima de Rosenberg é de intensidade, conseqüentemente não foi estabelecido pontos de corte específicos para uma classificação ou diagnóstico por parte do autor original (ROSENBERG, 1965). No Brasil, a maioria dos estudos que avaliou níveis de autoestima em mulheres no período gravídico-puerperal por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg apresentou dados referentes às estatísticas descritivas utilizando

medidas de tendência central (médias, medianas e/ou desvio-padrão) (DIAS et al., 2008; GOMES; SPEIZER, 2010; SILVA et al., 2010; MACHADO; VINHOLES; FELDENS, 2013; SANTOS et al., 2015; MEIRELES et al., 2016). Apenas um estudo não apresentou informações sobre média e desvio padrão dos níveis de autoestima na amostra analisada, afirmando que 60,7% apresentaram níveis de autoestima insatisfatórios ao estabelecer como ponto de corte um escore abaixo de 30 pontos, com uma pontuação que poderia variar entre 10 e 40 pontos (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010). Outro estudo brasileiro desenvolvido com amostra de gestantes adolescentes em Teresina – PI, além de apresentar informações de média e desvio padrão, também estabeleceu como ponto de corte a mediana para classificar a autoestima em alta ou baixa (GOMES; SPEIZER, 2010).

Os estudos internacionais sobre os níveis de autoestima de mulheres durante o período gravídico-puerperal determinaram os seguintes critérios para estabelecer os pontos de corte na Escala de Autoestima de Rosenberg: em dois estudos foi estabelecido que escores totais entre 0 e 15 pontos correspondem às mulheres classificadas com baixa autoestima, e escores totais entre 16 e 30 pontos correspondem às mulheres com alta autoestima ou autoestima normal (LOTO et al., 2010; YEHIA et al., 2019). Um estudo realizado na Austrália categorizou os níveis de autoestima em alta, média ou baixa, mas não detalhou os critérios adotados para a referida classificação (STAMP; CROWTHER, 1994). Um estudo realizado na Colômbia considerou uma autoestima normal quando a pontuação na escala foi de 25 a 30 (ULLOQUE-CAAMAÑO; MONTERROSA-CASTRO; ARTETA-ACOSTA, 2015), enquanto um estudo realizado no País de Gales, Reino Unido, com amostra de gestantes, não estabeleceu critérios de classificação ou pontos de corte, mas defende que comparações entre grupos com características diferentes fornecem informações relevantes (COHEN et al., 2011).

Foram observados estudos internacionais diversos que avaliaram a autoestima por meio de técnicas comparativas entre grupos, de modo que as comparações da autoestima foram feitas segundo o sexo do bebê em gestação (MARLEAU; SAUCIER, 2000), presença/ausência de sintomas depressivos em gestantes (MAKARA-STUDZIŃSKA et al., 2013), o local do parto e

cuidados do serviço de saúde (VAN HAAREN-TEN HAKEN et al., 2012), os cuidados pré-natais recebidos (WEIS; RYAN, 2012), hábito de tabagismo (VARESCON et al., 2013), etnia, classe econômica e status de prematuridade (LOGSDON; USUI, 2001), tipo de parto (LOTO et al., 2010) e quanto à idade (gestantes adultas versus adolescentes) (MCVEIGH; SMITH, 2000). Por outro lado, os demais estudos apenas apresentaram informações da análise estatística descritiva para analisar o nível de autoestima na amostra estudada (CAMERON et al., 1996; SMITH; GRENYER, 1999; KAMYSHEVA et al., 2008; BÖDECS et al., 2011; SHLOIM et al., 2013; ULLOQUE-CAAMAÑO; MONTERROSA-CASTRO; ARTETA-ACOSTA, 2015; FRANCK et al., 2016).

2.3 ESTUDOS SOBRE OS NÍVEIS DE AUTOESTIMA E FATORES ASSOCIADOS NA GESTAÇÃO E NO PERÍODO PÓS-PARTO

Os estudos que apresentaram informações sobre os níveis de autoestima em mulheres no período gravídico-puerperal estão apresentados nos Quadro-1 (estudos nacionais), Quadro-2 e Quadro-3 (estudos internacionais).

Em relação aos estudos nacionais, Dias et al. (2008) realizaram um estudo transversal com gestantes na cidade de Pelotas-RS, o qual revelou uma média de 9,2, mediana de 9,0 e desvio padrão de 4,6 nos níveis de autoestima. Tais resultados são semelhantes aos demais estudos nacionais que avaliaram a autoestima em gestantes, utilizando os mesmos critérios de pontuação e interpretação, o que demonstra que mulheres gestantes tendem a apresentar uma média de autoestima próxima aos 10 pontos, quando avaliadas pela Escala de Autoestima de Rosenberg, cujos escores totais podem assumir valores de 0 a 30 pontos, sendo que quanto menor o escore, mais elevado o nível de autoestima (Quadro 1).

Em um estudo longitudinal realizado em Teresina-PI, que comparou as médias dos níveis de autoestima de adolescentes gestantes por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg em dois momentos do período gravídico, sendo o primeiro durante a realização de cuidados pré-natais (linha de base) e o segundo aos 3 meses após a primeira entrevista (acompanhamento), foi observada uma média de autoestima de 10,2 pontos e desvio padrão de 2,9 no

primeiro momento, e média de autoestima de 16 pontos e desvio padrão de 2,5 no segundo momento. Os autores usaram escala com pontuação que variou de 0-30 pontos, de modo que quanto maior o escore, melhor o nível de autoestima (GOMES; SPEIZER, 2010).

Outro estudo do tipo transversal, também realizado na região Nordeste brasileira, especificamente no Município de Arapiraca-AL, avaliou a autoestima de adolescentes gestantes e não gestantes por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg. Os resultados revelaram que a autoestima das adolescentes não gestantes foi mais elevada, apresentando mediana de 11,5 pontos, quando comparada com a das adolescentes gestantes, que apresentou uma mediana de 8,5 pontos. As informações sobre média e desvio padrão da autoestima não foram apresentadas neste estudo (RODRIGUES et al., 2010).

Em Campinas-SP foi realizado um estudo com uma amostra de 127 gestantes em um Hospital Escola que atende usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) na região metropolitana. Os autores observaram que mais da metade das entrevistadas (60,6%) apresentaram autoestima insatisfatória, ao se considerar um ponto de corte menor que 30 pontos. Dados sobre média e desvio padrão não foram apresentados (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010).

Um estudo transversal na coorte de gestantes de Pelotas-RS encontrou uma média de autoestima de 9,3 pontos e desvio padrão de 4,76, com o uso da Escala de Autoestima de Rosenberg, considerando uma variação de 0 a 30 pontos, cuja interpretação corresponde ao fato de que quanto menor o escore, melhor o nível de autoestima (SILVA et al., 2010).

Em Rio Branco-AC foi realizado um estudo transversal, com uma amostra de 352 gestantes atendidas no 3º trimestre gestacional pela rede pública de saúde, com aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg como método de avaliação. A pontuação variou de 0 a 30 pontos e a interpretação corresponde ao fato de que menores escores significam níveis de autoestima mais elevados. Foi observada uma média de autoestima de 8,5 pontos e desvio padrão de 4 pontos, o que significou uma média considerada satisfatória, mais próxima de 0 (SANTOS et al., 2015).

Por outro lado, um estudo transversal realizado com 386 gestantes em Juiz de Fora—MG, por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg, cujos

escores poderiam variar de 0 a 30 pontos, e a interpretação corresponde ao fato de que quanto menor o escore, melhor o nível de autoestima, encontrou médias de 5,41 pontos, 5,82 pontos e 4,76 pontos no 1º, 2º e 3º trimestre gestacional, respectivamente, e uma média global de 5,78 em qualquer período gestacional (MEIRELES et al., 2016; MEIRELES et al., 2017).

Apenas um estudo brasileiro avaliou a autoestima em amostra de puérperas, trata-se de uma investigação de delineamento transversal com amostra de 207 puérperas paulistanas acompanhadas em um ambulatório público de São Paulo -SP, cuja média de autoestima avaliada pela EAR foi de 23,44 ($\pm 2,93$), sendo que mulheres com baixa autoestima apresentaram maiores riscos de exposição à violência por parceiro íntimo (MARCACINE et al., 2018).

Quanto aos estudos internacionais sobre a avaliação da autoestima em mulheres no período gravídico-puerperal (Quadro-2 e Quadro-3), por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg, cujos escores variam de 10 a 40 pontos, e a interpretação se dá em quanto maior a pontuação obtida, melhor o nível de autoestima, foi observada uma média de 27,23 pontos no 2º trimestre gestacional e 28,10 pontos no 3º trimestre gestacional nos Estados Unidos (CAMERON et al., 1996). Ainda nos Estados Unidos, estudo controlado randomizado, realizado entre mulheres gestantes que receberam cuidados pré-natais usuais e mulheres gestantes que receberam cuidados de um grupo de apoio na Flórida, Estados Unidos, foi identificada uma média de 25 pontos (WEIS; RYAN, 2012).

Na Austrália, em Wagga Wagga, foi encontrada uma média de 33 pontos em estudo transversal realizado com amostra de adolescentes gestantes (SMITH; GRENYER, 1999). Em outro estudo na Austrália, de delineamento transversal realizado em 215 gestantes, foi observada uma média de 32,78 pontos (KAMYSHEVA et al., 2008);

Na Europa, em um estudo de base populacional na cidade de Szombathely (Hungria) foi observada uma média de 33 pontos (BÖDECS et al., 2011); em um estudo prospectivo longitudinal conduzido na Polônia foi encontrada uma média de 28 pontos em gestantes com sintomas depressivos e uma média de 31 pontos em gestantes sem sintomas depressivos (MAKARA-

STUDZIŃSKA et al., 2013). Num estudo comparativo realizado em Paris (França) observou-se uma média de 27,8 pontos em gestantes tabagistas e de 32,31 pontos em gestantes não tabagistas (VARESCON et al., 2013).

O único estudo internacional observado na América do Sul, de delineamento descritivo transversal conduzido na Colômbia observou uma média de 27,8 e uma prevalência 23,5% de baixa autoestima em amostra de adolescentes gestantes ao considerar pontuações entre 25 e 35 como autoestima normal (ULLOQUE-CAAMAÑO; MONTERROSA-CASTRO; ARTETA-ACOSTA, 2015).

Alguns estudos internacionais avaliaram a autoestima de gestantes por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg com escores que poderiam atingir valores mínimo de 0 e máximo de 30, cuja interpretação consistia em maiores pontuações para as mulheres com níveis de autoestima mais elevados.

No Reino Unido, em um estudo experimental controlado, encontrou-se uma média de 18,2 pontos em um grupo de intervenção e de 18,5 no grupo controle (COHEN et al., 2011). Um estudo prospectivo ecológico realizado nos Países Baixos apresentou uma média de autoestima de 23,4 pontos em gestantes que preferiam parto sob cuidados de parteiras no ambiente domiciliar, uma média de autoestima de 22,5 pontos em gestantes que preferiam partos sob cuidados de parteiras no ambiente hospitalar e uma média de 23,3 pontos em gestantes que preferiam parto sob cuidados de obstetras (VAN HAAREN-TEN HAKEN et al., 2012). Estudo prospectivo, realizado com 114 gestantes na Bélgica, apresentou uma média de autoestima de 23 pontos. Entretanto, não foram informados critérios de pontuação e interpretação adotados (FRANCK et al., 2016).

Estudo transcultural realizado com gestantes britânicas e israelitas apresentou uma mediana de autoestima de 25 pontos, não sendo informado o valor da média de autoestima (SHLOIM et al., 2013). Estudo correlacional, descritivo e transversal realizado na Jordânia não apresentou dados sobre média e desvio padrão, mas informa que 11,2% de uma amostra de 580 gestantes obteve um nível de autoestima baixo ao se considerar um ponto de corte menor que 15 pontos (YEHIA et al., 2019).

Estudo longitudinal realizado em Montreal, Canadá, com 385 gestantes, avaliou a autoestima por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg e considerou uma variação de 10 a 40 pontos (maiores escores representam níveis de autoestima reduzidos). Foram constatadas médias de 16 pontos em gestantes que deram à luz a bebês do sexo masculino e uma média de 15 pontos em gestantes que deram à luz a bebês do sexo feminino (MARLEAU; SAUCIER, 2000).

Em relação ao período puerperal, diferentes estudos internacionais avaliaram os níveis de autoestima de mulheres por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg, cujos escores poderiam atingir pontuação mínima de 10 pontos e máxima de 40 pontos, sendo que maiores escores significam níveis de autoestima mais elevados. Na Austrália, estudo comparativo realizado em puérperas avaliadas aos 6 meses pós-parto no Estado de Nova Gales do Sul, apresentou uma média de 34,2 pontos em puérperas adolescentes e uma média de 36,5 em puérperas adultas (MCVEIGH; SMITH, 2000).

Já nos EUA, um estudo descritivo, transversal e correlacional, realizado com 184 puérperas subdivididas em 3 grupos, apresentou uma média de autoestima de 17,7 pontos para mães caucasianas de classe média que tiveram bebês a termo, uma média de 10,3 pontos em mães caucasianas de classe média que tiveram bebês prematuros e uma média de 6,5 pontos no grupo de mães afro-americanas de baixa renda que tiveram bebês a termo (LOGSDON; USUI, 2001); outro estudo transversal realizado dentro de coorte com 327 adolescentes americanas primigestas apontou média de 24 pontos na EAR (THOMPSON; OSTEEEN; YOUNGKER, 2001); estudo longitudinal e correlacional realizado na Califórnia, nos Estados Unidos, com puérperas avaliadas às seis semanas pós-parto apresentou uma média de autoestima de 13 pontos (FULTON et al., 2012).

Na Ásia, estudo transversal correlacional realizado na Tailândia com 85 puérperas HIV soropositivas constatou média de 29 pontos na Escala de Autoestima de Rosenberg (ROSS et al., 2011); estudo comparativo realizado com 119 puérperas sul-coreanas aos 12 meses de pós-parto apontou média de 27 pontos (KANG; LEE; KANG, 2014) e estudo correlacional realizado com

mulheres em até 2 anos de pós-parto na Coreia do Sul apresentou uma média de autoestima de 28 pontos (LEE; KOO, 2015).

Apenas um estudo avaliou a autoestima de puérperas por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg cujos escores poderiam atingir a pontuação mínima de 0 e máxima de 30 pontos, sendo os escores maiores um indicativo de autoestima mais elevada. Trata-se de um estudo comparativo que mediu os níveis de autoestima de mulheres nigerianas quanto ao tipo de parto (normal ou cesárea) em dois momentos distintos: pós-parto imediato e na 6ª semana de pós-parto. No pós-parto imediato, as mulheres que tiveram parto normal apresentaram uma pontuação média de 21,4 pontos, e as que tiveram parto cesárea uma média de 18,9 pontos. Na 6ª semana pós-parto, as mulheres que tiveram parto normal apresentaram uma pontuação média de autoestima de 25,3 pontos, e as que tiveram parto cesárea uma média de 9,2 pontos (LOTO et al., 2010).

Além disso, um estudo randomizado realizado na África do Sul com 187 puérperas subdivididas em grupo de suporte e grupo de controle constatou médias de 74 e 58 pontos, respectivamente, ao avaliar a autoestima por meio do Inventário de Autoestima de Coopersmith (WOLMAN et al., 1993).

Quadro 1 – Estudos nacionais sobre níveis de autoestima em mulheres no período gravídico-puerperal

AUTOESTIMA NO PERÍODO GRAVÍDICO							
Referência	Local	Tipo de estudo	Tamanho da Amostra	Coleta de Dados	População	Instrumento Psicométrico	Resultados
Dias et al., 2008	Pelotas (RS)	Transversal	560	Maio a Novembro de 2006	Gestantes com diagnóstico de alto e baixo risco	EAR (Escore de 0 a 30, quanto menor o escore melhor o nível de autoestima)	Média = 9,2 DP = 4,6 Mediana = 9,0
Gomes; Speizer, 2010	Teresina (PI)	Longitudinal	Etapa 1: 242 Etapa 2: 203	Etapa 1: janeiro a março de 2006 Etapa 2: abril a julho de 2006	Adolescentes gestantes avaliadas em dois momentos durante o período gravídico	EAR (Escore de 0 a 30, quanto maior o escore melhor o nível de autoestima)	Etapa 1: Média = 10,2 DP = 2,94 Etapa 2: Média = 16 DP = 2,53
Maçola, Vale e Carmona, 2010	Campinas (SP)	Transversal	127	Fevereiro a Março de 2007	Gestantes entre 13 ^a e 28 ^a semana de gestação	EAR (Escore de 10 a 40, quanto maior o escore melhor o nível de autoestima)	Média e DP não informados 60,7% apresentaram autoestima insatisfatória (escores < 30)
Rodrigues et al., 2010.	Arapiraca (AL)	Transversal	120	Outubro a Dezembro de 2009	Idade gestacional média entre 5 e 2 meses de gestação	EAR (Escore de 0 a 30, quanto menor o escore melhor o nível de autoestima)	Grupo Gestantes (Mediana = 11,5) Grupo Não Gestantes (Mediana = 8,5).
Silva et al., 2010	Pelotas (RS)	Transversal	1.267	Não informado	Gestantes a partir do segundo trimestre gestacional	EAR (Escore de 0 a 30, quanto menor o escore melhor o nível de autoestima)	Média = 9,3 DP = 4,76

Machado, Vinholes e Feldens, 2013	Tubarão (SC)	Transversal	71	Março a Junho de 2012	Gestantes em qualquer período gestacional	EAR (Escore de 0 a 30, quanto menor o escore melhor o nível de autoestima)	Média = 10,56 DP = 4,77
Santos et al., 2015	Rio Branco (AC)	Transversal	352	Março a Maio de 2011	Gestantes com 35 semanas gestacionais ou mais	EAR (Escore de 0 a 30, quanto menor o escore melhor o nível de autoestima)	Média= 8, 56 DP = 4,07
Meireles et al., 2016	Juiz de Fora (MG)	Transversal	386	Ano de 2014	Gestantes avaliadas nos 1º, 2º e 3º trimestres gestacionais	EAR (Escore de 0 a 30, quanto menor o escore melhor o nível de autoestima)	1º trimestre: Média = 5,41 DP = 5,70 2º trimestre I: Média = 5,82 DP = 5,24 3º trimestre I: Média = 4,76 DP = 4,64
Meireles et al., 2017	Juiz de Fora (MG)	Transversal	386	Outubro a Dezembro de 2014	Gestantes em qualquer período gestacional	EAR (Escore de 0 a 30, quanto menor o escore melhor o nível de autoestima)	Média = 5,78 DP = 3,89
AUTOESTIMA NO PERÍODO PUERPERAL							
Marcacine et al., 2018	São Paulo (SP)	Transversal	207	Abril de 211 a Abril de 2012	Puérperas entre 45 e 60 dias após o parto	EAR (Escore de 10 a 40, quanto maior o escore melhor o nível de autoestima)	Média = 23,44 DP = 2,93

EAR: Escala de Autoestima de Rosenberg; DP: Desvio Padrão.

Quadro 2 – Estudos internacionais sobre níveis de autoestima em mulheres no período gravídico

AUTOESTIMA NO PERÍODO GRAVIDICO							
Referência	Local	Tipo de estudo	Tamanho da Amostra	Coleta de Dados	População/Período do Gestacional	Instrumento Psicométrico	Resultados
Cameron et al., 1996	Estados Unidos	Longitudinal	132	Não informado	2º e 3º trimestre de gestação	EAR (Escores variam de 10 a 40, quanto maior o escore melhor o nível de autoestima)	2º trimestre: Média = 27,23 pontos e DP = 4,39 3º trimestre: Média = 28,10 DP = 4,09
Smith e Grenyer, 1999	Wagga Wagga, Austrália	Transversal	122 adolescentes gestantes	6 meses de coleta entre os anos de 1995 e 1996	A maioria das gestantes (87%) estava entre o 2º e 3º trimestre gestacional	EAR (Escores variam de 10 a 40, quanto maior o escore melhor o nível de autoestima)	Média = 33 Mediana = 34 DP = 5,10
Merleau e Saucier, 2000	Montreal, Canadá	Longitudinal	385	Não informado	3º ou 4º mês de gestação	EAR (Escores variam de 10 a 40 e quanto maior o escore, pior o nível de autoestima)	Grupo Mães de Meninos: Média = 16,1 DP = 4,2 Grupo Mães de Meninas: Média = 15,2 DP = 4,2
Kamysheva et al., 2008	Austrália	Transversal	215	Não informado	15 e 25 semanas de gestação	EAR (Escores variam de 10 a 40, quanto maior o escore melhor o nível de autoestima)	Média = 32,78 DP = 4,87

Bödecs et al., 2011	Szombathely, Hungria	Base Populacional	261	Fevereiro de 2008 a Fevereiro de 2009	Gestantes em média com 8,13 semanas gestacionais	EAR (Escore variam de 10 a 40 quanto maior o escore melhor o nível de autoestima)	Média = 33 DP = não informado
Cohen et al., 2011	Reino Unido	Experimental Pré-teste / Controlado Pós-teste	129	Setembro de 2004 a Janeiro de 2007	Adolescentes em qualquer período gestacional	EAR (Escore de 0 a 30, quanto maior o escore, melhor o nível de autoestima)	Grupo de Intervenção: Média = 18,2 DP = 3,26 Grupo Controle: Média = 18,5 DP = 4,24
Makara-Studzińska et al., 2012	Polônia	Prospectivo Longitudinal	314	Janeiro a Maio de 2012	Avaliadas em três momentos distintos: 1º, 2º e 3º trimestre gestacional	EAR (Escore variam de 10 a 40 quanto maior o escore melhor o nível de autoestima)	Gestantes com sintomas depressivos: Média 1º trimestre gestacional = 28,56 e DP = 3,12 Média 2º trimestre gestacional = 28,90 e DP = 4,87 Média 3º trimestre gestacional = 28,18 e DP = 4,88 Gestantes sem sintomas

							depressivos: Média 1º trimestre gestacional = 31,73 e DP = 3,6 Média 2º trimestre gestacional = 31,69 e DP = 4,92 Média 3º trimestre gestacional = 32,02 e DP = 3,64
Van Haaren-ten Haken et al., 2012	Países Baixos	Prospectivo Ecológico	550 gestantes nulíparas subdivididas em 3 grupos	Março de 2007 a Setembro de 2011	Nulíparas até a 21ª semana de gestação	EAR (Escores de 0 a 30 pontos, quanto maior o escore melhor o nível de autoestima)	<p>Grupo 1 – Mulheres que preferem partos sob cuidados de parteiras em casa Média = 23,4 DP = 4,4</p> <p>Grupo 2 – Mulheres que preferem partos sob cuidados de parteiras no hospital Média = 22,5 DP = 3,8</p> <p>Grupo 3 – Mulheres que</p>

							preferem partos sob cuidados de obstetras Média = 23,3 DP = 4,4
Weis e Ryan., 2012	Flórida, Estados Unidos	Controlado Randomizado	65 gestantes subdividas em 2 grupos controle com intervenção pré-natal padrão e grupo	De novembro de 2007 a junho de 2008	No máximo 12 semanas no momento do início do seguimento	EAR (Escores variam de 10 a 40 e quanto maior o escore, melhor o nível de autoestima)	Grupo 1 – Mulheres que receberam cuidados pré-natais usuais Média = 25,04 DP = 2,11 Grupo 2 – Mulheres que receberam cuidados pré-natais do de Apoio à Intervenção de Mães Militares Média = 25,14 DP = 1,82
Varescon et al., 2013	Paris (França)	Comparativo	80 gestantes subdividas em 2 grupos: fumantes e não fumantes	Não informado	Qualquer idade gestacional	EAR (Escores variam de 10 a 40 quanto maior o escore melhor o nível de autoestima)	Grupo 1 – Fumantes Média = 27,8 DP = 4,42 Grupo 2 – Não fumantes Média = 32,31 DP = 3,74
Shloim et al., 2015	Israel e Reino Unido	Transcultural	110 gestantes	Abril a Junho de 2011	A maioria no 1º trimestre gestacional	EAR (Escores de 0 a 30 pontos, quanto maior o	Mediana geral = 25 pontos para mulheres

						escore melhor o nível de autoestima)	britânicas e israelenses
Ulloque-Caamaño, Monterrosa-Castro, Arteta-Acosta, 2015	Departamento de Bolívar – Colômbia	Transversal	406 adolescentes gestantes com média de idade = 16,5 anos	Não informado	Qualquer idade gestacional	EAR (Escore variam de 10 a 40 quanto maior o escore melhor o nível de autoestima)	Média = 27,8 DP = 3,9 (23,9% com baixa autoestima ao considerar normal uma pontuação que varia de 25 a 35 pontos)
Franck et al., 2016	Bélgica	Prospectivo	114 gestantes	Não informado	Entre 2º e 3º trimestre gestacional	EAR (Escore mínimo atingido na amostra = 12 e máximo atingido na amostra = 30; entretanto não informou o critério de pontuação adotado, se de 0 a 30 ou de 10 a 40)	Média = 23,4 pontos DP = 4,3
Yeahia et al., 2019	Jordânia	Correlacional, Transversal	580 gestantes	Junho a Agosto de 2018	Qualquer idade gestacional	EAR (Escore de 0 a 30 pontos, quanto maior o escore melhor o nível de autoestima)	11,2% com baixa autoestima (escores < 15 pontos)

EAR: Escala de Autoestima de Rosenberg; DP: Desvio Padrão

Quadro 3 – Estudos internacionais sobre níveis de autoestima em mulheres após o parto .

AUTOESTIMA APÓS O PARTO							
Referência	Local	Tipo de estudo	Tamanho da Amostra	Coleta de Dados	População Estudo	Instrumento Psicométrico	Resultados
Wolman et al., 1993	África do Sul	Randomizado	187 puérperas divididas em dois grupos: suporte (n=91) e controle (n=96)	Não informado	Puérperas avaliadas no primeiro dia e às 6 semanas de pós-parto	Inventário de Autoestima de Coopersmith	Grupo que recebeu suporte terapêutico: Média dia 1 = 65,3 Média 6 semanas de pós-parto = 74,5 Grupo controle: Média dia 1 = 65,9 Média 6 semanas de pós-parto = 58,8
McVeigh e Smith, 2000	Nova Sul País de Gales, Austrália	Comparativo	244	Não informado	Mulheres avaliadas aos 6 meses pós-parto e divididas em dois grupos: adolescentes (15 a 19 anos) e adultas (20 a 35 anos)	EAR (Escore variam de 10 a 40 quanto maior o escore melhor o nível de autoestima)	Grupo Adolescentes Média = 34,22 DP = 5,56 Grupo Adultas Média = 36,51 DP = 4,91
Logsdon e Usui, 2001	Estados Unidos	Transversal Correlacional	184 puérperas subdivididas em 3 grupos	Não informado	Puérperas entre 6 a 8 semanas após o parto	EAR (Escore variam de 10 a 40 e quanto maior o escore, pior o nível de autoestima)	Grupo 1 – Mães caucasianas de classe média de bebês a termo: Média = 17,7 DP = 4,3 Grupo 2 – Mães caucasianas de

							<p>classe média de bebês prematuro: Média = 10,3 DP = 4,3 Grupo 3 – Mães afro americanas de baixa renda e bebês a termo: Média = 6,5 DP = 4,8</p>
Thompson, Osteen e Youngker, 2001	Estados Unidos	Transversal dentro de uma coorte	327 adolescentes	Antes ou durante o ano de 1979	Puérperas na época em que tiveram o primeiro filho(a).	EAR (Escores variam de 10 a 40 e quanto maior o escore, pior o nível de autoestima)	<p>Média = 24,49 DP = 1,55</p>
Loto et al., 2010	Nigéria	Comparativo	206	Agosto de 2007 a Janeiro de 2008	Puérperas divididas em dois grupos: parto vaginal e parto cesárea avaliadas no pós parto imediato e 6 semanas após o parto	EAR (Escores de 0 a 30 pontos, quanto maior o escore melhor o nível de autoestima)	<p>Momento Pós-Parto Imediato: Grupo Parto Cesárea: Média = 18,96 DP = 7,12 Grupo Parto Normal Média = 21,42 DP = 5,29</p> <p>Momento 6 semanas após o parto: Grupo Parto Cesárea: Média = 9,22 DP = 7,16 Grupo Parto</p>

							Normal Média = 25,37 DP = 4,35
Ross et al., 2011	Tailândia	Transversal Correlacional	85 puérperas HIV positivas	Junho de 2005 a Dezembro de 2007	Pós-parto imediatos	EAR (Escores variam de 10 a 40 quanto maior o escore melhor o nível de autoestima)	Média = 29,13 DP = 3,11
Fulton et al., 2012	Califórnia, Estados Unidos	Longitudinal Correlacional	108	Não informado	Puerpéras avaliadas na 6ª semana pós- parto	EAR (Escores variam de 10 a 40 quanto maior o escore melhor o nível de autoestima)	Média = 13,82 DP = 2,73
Kang, Lee e Kang, 2014	Coréia do Sul	Comparativo	119 mulheres	Não informado	Mães em até 12 meses após o parto	EAR (Escores variam de 10 a 40 quanto maior o escore melhor o nível de autoestima)	Média = 27,71 DP = 4,14
Lee e Koo, 2015	Coréia do Sul	Correlacional	176 mulheres	Não informado	Mães até 2 anos de pós-parto	EAR (Escores variam de 10 a 40 quanto maior o escore melhor o nível de autoestima)	Média = 28,05 DP = 3,99

EAR: Escala de Autoestima de Rosenberg; DP:Desvio Padrão.

Quanto aos fatores associados aos níveis de autoestima em mulheres no período gravídico-puerperal, a literatura nacional tem sugerido que os principais fatores associados aos níveis mais reduzidos de autoestima, no que se refere à análise bruta, incluem a escolaridade (DIAS et al., 2008; MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010; MACHADO; VINHOLES; FELDENS, 2013), o menor nível econômico (DIAS et al., 2008; MACHADO; VINHOLES; FELDENS, 2013; SANTOS et al., 2015), a gestação não planejada (DIAS et al., 2008; MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010), a ausência ou falta de suporte do parceiro (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010; MACHADO; VINHOLES; FELDENS, 2013; SANTOS et al., 2015), idade mais jovem, desemprego ou fato de não trabalhar, ausência de religião, presença de pensamentos abortivos, percepção de risco da gestação, número de gestações anteriores, situações estressantes, tabagismo, uso de drogas e mal estar psicológico (DIAS et al., 2008), percepção de mudança de humor autorreferida (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010), a não aceitação da gestação precoce (RODRIGUES et al., 2010) e a presença de desejo abortivo (MACHADO; VINHOLES; FELDENS, 2013).

Por outro lado, os estudos nacionais que analisaram os fatores associados à autoestima por meio de análise estatística ajustada observaram que os fatores negativamente associados à autoestima incluem a percepção de risco à saúde do bebê e número de gestações anteriores; enquanto estiveram associados aos maiores níveis de autoestima a maior idade, maior tempo de escolaridade e maior nível econômico (DIAS et al., 2008). Já em um estudo longitudinal brasileiro foi observado que o fato de trabalhar, estudar e ter um parceiro foram fatores associados aos maiores níveis de autoestima (GOMES; SPEIZER, 2010).

Além disso, alguns estudos observaram que a presença de Transtornos Mentais Comuns (SILVA et al., 2010), o tipo de parto cesárea (LOTO et al., 2010), o hábito de fumar (VARESCON et al., 2013), presença de sintomas depressivos (ROSS et al., 2011; KANG; LEE; KANG, 2014; LEE; KOO, 2015; FALAH-HASSANI; SHIRI; DENNIS, 2016; FRANCK et al., 2016), presença de fadiga (YEHIA et al., 2019), menor escolaridade e a própria gestação em adolescentes (THOMPSON; OSTEEN; YOUNGKER, 2001), aumento de episódios disfóricos (CAMERON et al., 1996), desfechos neonatais de menor

peso do bebê e menor comprimento ao nascimento (BÖDECS et al., 2011), imagens corporais negativas (MEIRELES et al., 2017) e sentimentos de preocupação (LEE; KOO, 2015) foram associados à baixa autoestima, enquanto sentimentos de eficácia materna (LEE; KOO, 2015), proximidade com o marido/parceiro, a importância do suporte recebido (LOGSDON; USUI, 2001), ter maior apego materno pelo bebê (DAMATO, 2004) e o hábito de canto materno para o bebê (FANCOURT; PERKINS, 2017) foram associados aos níveis mais elevados de autoestima (Quadro-4).

Quadro 4 – Fatores significativos associados à autoestima durante o período gravídico-puerperal

ESTUDOS QUE AVALIARAM A AUTOESTIMA COMO VARIÁVEL DEPENDENTE EM MULHERES NO PERÍODO GRAVÍDICO		
Referência	Resultados – Análise Não Ajustada	Resultados – Análise Ajustada
Dias et al., 2008	Comparação de Médias (Teste ANOVA): <ul style="list-style-type: none"> • Mais jovens ($p=0,000$) • Menor escolaridade ($p=0,000$) • Menor nível econômico ($p=0,000$) • Não trabalhar ($p=0,000$) • Sem religião ($p=0,000$) • Gestação não planejada ($p=0,000$) • Pensamento em abortar ($p=0,000$) • Perceber a gestação como trazendo alto risco para sua saúde e/ou do bebê ($p=0,000$) • Histórico de três ou mais gestações ($p=0,01$) • Algum evento estressor ($p=0,02$) • Realizar tratamento psicológico ou medicamentoso para os nervos ($p=0,000$) • Fumar 11 ou mais cigarros por dia ($p=0,01$) • Usar algum tipo de droga ($p=0,01$) • Mal estar psicológico ($p=0,000$) 	Análise Multivariada – Regressão Linear: <ul style="list-style-type: none"> • Percepção de risco à saúde do bebê (Coeficiente = 1,11; $p = 0,00$) • Número de gestações anteriores (Coeficiente = 0,67; $p = 0,00$) • Maior faixa etária (Coeficiente = -0,45; $p = 0,02$) • Maior escolaridade (Coeficiente = -0,97; $p = 0,00$); • Maior nível econômico (Coeficiente = -1,11; $p = 0,00$); • Gestação de alto risco (Coeficiente = -1,08; $p = 0,01$)
Gomes e Speizer, 2010		Análise Multivariada pela Regressão Logística: <ul style="list-style-type: none"> • Ter um trabalho ($p \leq 0,05$) • Estudar ($p \leq 0,05$) • Ter um parceiro ($p \leq 0,05$)
Maçola, Vale e Carmona, 2010	Fatores associados à autoestima insatisfatória pela análise bivariada Teste Qui-quadrado ou Teste de Fisher: <ul style="list-style-type: none"> • Escolaridade menor que 8 anos de estudo ($p = 0,043$) • Não planejamento da gestação (p 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Não receber suporte do marido/companheiro (p = 0,042) • Percepção de mudança de humor autorreferida (p = 0,046) 	
Rodrigues et al., 2010	Comparação Intragrupais (Teste Mann-Whitey): <ul style="list-style-type: none"> • A própria gestação como fator negativo para a autoestima em adolescentes, não aceitação da gestação (p = 0,012) 	
Machado, Vinholes e Feldens, 2013	Análise Univariada: <ul style="list-style-type: none"> • Menor grau de escolaridade (p = 0,003) • Menor renda per capita (p = 0,006) • Gestação não planejada (p = 0,000) • Desejo de aborto (p = 0,000) • Ausência de parceiro (p = 0,054) Regressão Linear: <ul style="list-style-type: none"> • Gravidez não planejada (p = 0,024) • Gravidez não desejada (p = 0,024) • Desejo de aborto (p = 0,025) 	
Santos et al., 2015	Comparação de Médias (Teste T Student) fatores associados à menor autoestima: <ul style="list-style-type: none"> • Não ser casada (p = <0,001) • Pertencer à classe econômica A e B (p = 0,05) 	
ESTUDOS QUE AVALIARAM A AUTOESTIMA COMO VARIÁVEL DEPENDENTE EM MULHERES APÓS O PARTO		
Referência	Resultados – Análise Não Ajustada	Resultados – Análise Multivariada
Thompson, Osteen e Youngker, 2001	-	Análise Multivariada – Regressão Linear: <ul style="list-style-type: none"> • Escolaridade (p<0,05); • Gestação em adolescentes (p<0,05)
ESTUDOS QUE AVALIARAM A AUTOESTIMA COMO VARIÁVEL INDEPENDENTE EM MULHERES NO PERÍODO GRAVÍDICO		
Referência	Resultados – Análise Não Ajustada	Resultados – Análise Multivariada
Cameron et al., 1996		Regressão linear: <ul style="list-style-type: none"> • Baixa autoestima foi associada ao aumento de episódios disfóricos (p<0,001).
Damato, 2005		Regressão linear: <ul style="list-style-type: none"> • Maior autoestima foi associada a um maior apego materno (p<0,01)
Silva et al., 2010	Razão de Prevalência: <ul style="list-style-type: none"> • Transtornos Mentais Comuns – TMC e baixa autoestima: (RP: 1,11; IC 95% 1,09-1,12; p <0,001) 	Razão de Prevalência: <ul style="list-style-type: none"> • Transtornos Mentais Comuns – TMC e baixa autoestima (RP: 1,09 IC 95% 1,08-1,11; p<0,001)

Bödecs et al., 2011	-	Regressão linear múltipla: <ul style="list-style-type: none"> Menor autoestima de mães foi associado a desfechos neonatais de menor peso e comprimento ao nascer ($p = 0,025$)
Varescon et al., 2013	Teste T de Student: <ul style="list-style-type: none"> Tabagismo associado aos menores níveis de autoestima ($p < 0,001$) 	
Franck et al., 2016	Correlação de Pearson: <ul style="list-style-type: none"> Sintomas depressivos pré-natais ($p < 0,001$) 	
Meireles et al., 2017		Regressão linear: <ul style="list-style-type: none"> Autoestima foi associada às imagens corporais da mulher durante a gestação ($p = 0,0001$)
Yeahia et al., 2019	Correlação: <ul style="list-style-type: none"> Fadiga ($r = -0,14 - p < 0,01$) 	
ESTUDOS QUE AVALIARAM A AUTOESTIMA COMO VARIÁVEL INDEPENDENTE EM MULHERES NO PÓS-PARTO		
Referência	Resultados – Análise Não Ajustada	Resultados – Análise Multivariada
Logsdon e Usui, 2001		Regressão Linear Múltipla: <ul style="list-style-type: none"> Proximidade com parceiro ($p = 0,001$) Importância do suporte e suporte recebido ($p = 0,001$)
Loto et al., 2010	Teste T de Student e Odds Ratio Bruta: <ul style="list-style-type: none"> Tipo de parto (Referência = normal; OR: 6,03; IC 95% 2,12-10,97 $p < 0,001$) e comparação de média entre os grupos de mulheres que tiveram parto cesárea e mulheres que tiveram parto normal pelo teste T de Student ($p = 0,006$). 	
Ross et al., 2011		Regressão linear múltipla: <ul style="list-style-type: none"> Sintomas depressivos ($p < 0,001$)
Kang, Lee e Kang, 2014	Correlação: <ul style="list-style-type: none"> Sentimentos de preocupação ($r = -0,43$ $p < 0,001$) Sentimento de medo ($r = -0,45$ $p < 0,001$) Sintomas depressivos ($r = -0,58$ $p < 0,001$) 	
Lee e Koo, 2015	Correlação de Pearson: <ul style="list-style-type: none"> Sentimentos de preocupação ($r = -0,37$ $p < 0,001$) Depressão materna relacionada inversamente com autoestima ($r = -0,54$ $p < 0,001$) Eficácia materna correlacionada positivamente com autoestima 	

(r=0,42 p<0,001)		
Falah-Hassani, Shiri e Dennis, 2016	Odds Ratio Bruta: <ul style="list-style-type: none"> Sintomas depressivos e ansiosos (OR: 0,29; IC95% 0,22-0,38) 	Odds Ratio Ajustada: <ul style="list-style-type: none"> Sintomas depressivos e ansiosos (OR: 0,66; IC95% 0,45-0,97)
Fancourt e Perkins, 2017	Regressão linear: <ul style="list-style-type: none"> Melhores níveis de autoestima foram associados ao comportamento de canto materno para os bebês (p<0,05) 	

2.4 DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E MENSURAÇÃO

A Depressão Pós-Parto é um quadro que se manifesta geralmente nas primeiras quatro semanas após o parto e apresenta sintomatologia similar aos quadros de depressão não associados à gestação ou ao puerpério (DSM V, 2014; CAMPOS; RODRIGUES, 2015). Os sinais de alerta para este quadro incluem a presença de cinco ou mais sintomas como fadiga, alterações de humor, desânimo, insônia ou alterações do apetite, persistentes por duas semanas. Além disso, sintomas como rebaixamento de humor, redução da energia e diminuição da atividade estão presentes na maioria dos casos (BORGES, 2011).

A sintomatologia da depressão pós-parto inclui irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desesperança, falta de energia e motivação, falta de interesse sexual, alterações nos hábitos alimentares e no sono, sensação de incapacidade e queixas psicossomáticas. Sintomas orgânicos sem causa aparente, como fortes dores de cabeça, também podem estar presentes nos quadros de DPP (SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005).

Contudo, a identificação de quadros depressivos durante a gestação pode ser difícil devido às alterações hormonais e emocionais inerentes ao período gravídico-puerperal. O período mais suscetível ao aparecimento da depressão durante a gestação é o terceiro trimestre. Portanto, o profissional de saúde que acompanha a gestante durante o pré-natal deve estar atento para acolher e encaminhar a paciente de forma adequada (ZEFERINO e FUREGATO, 2013).

Diversos estudos que buscaram averiguar os níveis de prevalência da Depressão Pós-parto apresentam instrumentos psicométricos variados como base para oferecer o diagnóstico da depressão, entre os quais se destacam a Escala de Depressão de Hamilton (MORAES et al., 2006), o Inventário de Depressão de Beck – BDI (FAISAL-CURY et al., 2004) e a Entrevista Clínica Semi-estruturada do Manual de Diagnóstico dos Transtornos Mentais – DSM IV (CANTILINO, 2009). Ademais, dois instrumentos psicométricos foram desenvolvidos internacionalmente e validados ao contexto brasileiro para o rastreio e diagnóstico da depressão exclusivamente durante o período puerperal, que são a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo – EPDS (SANTOS; MARTINS; PASQUAL, 1999; SANTOS et al., 2007) e a Escala de Rastreio de Depressão Pós-Parto – PDSS (CANTILINO et al., 2007), conforme apresentado no Quadro-5.

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) é um dos instrumentos psicométricos mais utilizados para a identificação do quadro depressivo durante o período puerperal (COUTINHO; SARAIVA, 2008). Tal instrumento foi desenvolvido na Grã-Bretanha por (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987). No Brasil este instrumento foi submetido aos estudos de validade por alguns pesquisadores, sendo observados altos níveis de sensibilidade e especificidade, assim como um alto valor preditivo (SANTOS; MARTINS; PASQUAL, 1999; CANTILINO et al., 2007; SANTOS et al., 2007). Trata-se de uma escala do tipo *Likert* composta por dez itens, cujos escores de cada item podem variar de 0 a 3 pontos, que se propõe a medir a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias (SANTOS; MARTINS; PASQUAL, 1999; CANTILINO et al., 2007; COUTINHO; SARAIVA, 2008; FIGUEIRA et al., 2009).

Originalmente, a EPDS recomenda um ponto de corte de 12 ou 13 como fortemente sugestivo de transtorno depressivo pós-parto (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987). Um estudo nacional de validação da EPDS sugere um ponto de corte de 10 pontos como fortemente sugestivo de depressão pós-parto (SANTOS et al., 2007). Já outro estudo sugere que o ponto de corte maior ou igual a 12 pontos é o mais adequado para um indicativo de DPP (SANTOS, MARTINS e PASQUALI, 1999). Entretanto, observa-se que estudos

nacionais e internacionais que utilizaram a EPDS como método diagnóstico da DPP adotaram diferentes pontos de corte (Quadro-5 e Quadro-6).

2.5 ESTUDOS SOBRE A PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO E FATORES ASSOCIADOS

A depressão pós-parto (DPP) está entre os quadros psicopatológicos mais prevalentes que afetam mulheres no período puerperal (SCHMIDT; PICCOLOTO e MÜLLER, 2005). No Brasil, diversos estudos avaliaram a prevalência da depressão pós-parto, utilizando a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) para medir o nível de DPP em amostra populacional (Quadro-5).

A partir desses estudos, foi possível observar diferentes níveis de prevalência de Depressão Pós-Parto no Brasil. Em estudos nacionais, que analisaram a prevalência da DPP utilizando a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) como método avaliativo, foram observadas as seguintes prevalências de depressão pós-parto: 13% em Brasília-DF (SANTOS; MARTINS; PASQUAL, 1999); 21,6% em amostra de puérperas em João Pessoa-PB (CORREIA, 2006); 39% em Vitória-ES (RUSCHI et al., 2007); 21% em Porto Alegre-RS (TANNOUS et al., 2008); 26,9% em Belo Horizonte-MG (FIGUEIRA et al., 2009); 10,8% em amostra de puérperas em Recife-PE e Campinas-SP (MELO et al., 2012); 9% em puérperas no Município de São Paulo que tiveram parto da rede privada de saúde e 26% em puérperas que tiveram parto na rede pública de saúde (MORAIS et al., 2015); 16,3% em São Paulo-SP (PEREIRA et al., 2015); 25% em puérperas de Teresina-PI (SOARES; GONÇALVES; CARVALHO, 2015); 20,8% em puérperas de Ribeirão Preto-SP (CARDILLO et al., 2016); 14% em amostra de mulheres no Município de Rio Grande-RS (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017); e 23,8% em amostra de Porto Alegre-RS (STRAPASSON; FERREIRA; RAMOS, 2018) (Quadro-5).

Dentre os estudos nacionais que utilizaram outros métodos psicométricos que não a EPDS para medir a prevalência da Depressão Pós-Parto, foi observada uma prevalência de 7,2% e 16% de DPP em Recife (PE), ao utilizar a Entrevista Clínica Semi-estruturada do DSM-IV e a Escala de

Rastreio de Depressão Pós-Parto (PDSS), respectivamente, 16% em São Paulo (SP) ao utilizar o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e 19,1% em Pelotas (RS) ao utilizar a Escala Hamilton de Depressão (Quadro-5).

Quadro 5 – Estudos nacionais sobre prevalência da depressão pós-parto.

Referência	Local	Tipo de Estudo	Tamanho da Amostra	Coleta de Dados	Período pós-parto	Instrumento Utilizado	Resultados Prevalência de DPP
Santos, Martins e Pasquali, 1999	Brasília (DF)	Transversal de Base Populacional	236	-	6ª a 24ª semana	EPDS	13%
Faisal-Cury et al., 2004	São Paulo (SP)	Transversal	113	Abril de 1998 a Março de 2000	10º dia	Inventário de Depressão de Beck (BDI)	16%
Correia, 2006	João Pessoa (PB)	Transversal	202	Junho a Agosto de 2005	2ª semana ao 12ª mês	EPDS>11	21,6%
Moraes et al., 2006	Pelotas (RS)	Transversal	410	Outubro a Novembro de 2000	30º ao 45º dia	Escala de Depressão de Hamilton	19,1%
Cantilino et al., 2007	Recife (PE)	Estudo de Validade e Confiabilidade	120	-	2ª a 26ª semana	Escala de Rastreamento de Depressão Pós-parto (PDSS)	16%
Ruschi et al., 2007.	Vitória (ES)	Transversal	292	Junho de 2004 a Maio de 2006	31º ao 180º dia	EPDS>12	39%
Tannous et al., 2008	Porto Alegre (RS)	Transversal de Base Populacional	271	Junho de 2001	6ª a 8ª semana	EPDS≥13	20,7%
Cantilino, 2009	Recife (PE)	Quantitativo Analítico de Corte Transversal	400	Setembro de 2007 a Julho de 2008	2ª a 26ª semana	(Entrevista Clínica Semi-estruturada – DSM-IV) SCID-I	7,2%
Figueira et al., 2009.	Belo Horizonte (MG)	Quantitativo de Avaliação de Propriedades Psicométricas	245	Agosto de 2005 a Dezembro de 2006	40º ao 90º dia	EPDS>10	26,9%

Melo et al., 2012	Recife (PE) e Campinas (SP)	Transversal	555	-	4 a 6 semanas	EPDS≥12	10,8%
Morais et al., 2015	São Paulo	Coorte Prospectivo	N=462 205 - hospital público 257 - hospital privado	-	9ª e 12ª semanas	EPDS≥12	9% hospital privado 26% hospital público.
Pereira et al., 2015	São Paulo (SP)	Descritivo Quatitativo	86	Fevereiro a Maio de 2014	1º e 4º mês	EPDS≥12	16,3%
Soares, Gonçalves e Carvalho, 2015	Teresina (PI)	Descritivo Exporatório Quantitativo	176	Janeiro a Março de 2014	-	EPDS (ponto de corte não informado)	25%
Cardillo et al., 2016	Ribeirão Preto (SP)	Transversal	72 adolescentes	De abril a outubro de 2012	0 a 4 meses	EPDS≥12	20,8%
Hartmann, Mendoza-Sassi e Cesar, 2017	Rio Grande (RS)	Transversal Censitário	2.687	1º de janeiro a 31 de dezembro de 2013	Até 48 horas	EPDS≥10	14%
Miguel et al., 2017	Presidente Prudente (SP)	Estudo de Campo Transversal com abordagem Quantitativa e Qualitativa	53	-	Até 3 meses	EPDS≥12	29,27%
Strapasson, Ferreira e Ramos, 2018	Porto Alegre (RS)	Transversal Prospectivo	128	15 de Janeiro de 2015 a 15 de Janeiro de 2017	Durante a hospitalização da puerpera	EPDS≥12	23,8%

BDI: Inventário de Depressão de Beck; EPDS: Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo; HAM-D: Escala Hamilton da Depressão; PDSS: Escala de Rastreamento de Depressão Pós-parto; SCID-I: Entrevista Clínica Semiestruturada para DSM-IV.

Por outro lado, os estudos internacionais sobre a prevalência da DPP, que utilizaram a EPDS como instrumento psicométrico, observaram uma prevalência de 3,3% na Austrália, 4,4% na Malásia, 5,5% no Irã, 8% nos Estados Unidos, 9,6% na Bélgica, 9% e 10% em diferentes momentos do pós-parto na Austrália, 10,3% no Japão e na Finlândia, entre 10% e 11% na República Checa, 11% em estudo feito com dados de 5 países europeus (Espanha, Alemanha, Bélgica, Itália e Polônia), 14,1% no Irã, 15,4% na Turquia, 16,5% na Noruega, 18,1% no Vietnã, 19,8% na Indonésia, 23,3% na Etiópia e uma prevalência de DPP entre 20,2% e 29,4% no Canadá, (Quadro-6).

Quadro 6 – Estudos internacionais sobre prevalência da depressão pós-parto

Referência	Local	Tipo de estudo	Tamanho Amostral	Coleta de Dados	Período pós-parto	Instrumento Psicométrico	Resultados
Stamp e Crowther, 1994	Austrália	Descritivo Prospectivo	235 mulheres avaliadas no hospital 222 às 6 semanas pós-parto 192 aos 6 meses pós-parto	-	Avaliadas em 3 momentos: Momento1: No hospital, Momento 2: às 6 semanas Momento 3: aos 6 meses	EPDS>12	Momento 1: 9% Momento 2: 9% Momento 3: 10%
Dennis, Janssen e Singer, 2004	Vancouver, Canadá	Longitudinal de base Populacional	594 participantes na 1ª semana pós-parto 498 retornaram na 8ª semana pós-parto	Abril de 2001 a Janeiro de 2002	Avaliadas em 2 momentos: 1ª semana 8ª semana	EPDS>9	29,4% na 1ª semana pós-parto 20,2% na 8ª semana pós-parto
Rich-Edwards et al., 2006	Estados Unidos	Estudo de Coorte	1.662	-	6 meses	EPDS>12	8%
Dørheim et al., 2009.	Noruega	Transversal	2830	Out 2005 a Set 2006	1 semana	EPDS ≥ 10	16,5%
Grote et al., 2010	Europa (Alemanha, Bélgica, Espanha, Polônia e Itália)	Randomizado e Longitudinal	929	Out-2002 Dez 2004.	2, 3 e 6 meses	EPDS≥13	11% qualquer momento 6,9%: 2 meses pós-parto 4,3%: 3 meses pós-parto 4%: 6 meses pós-parto.

Goshtasebi, Alizadeh e Gandevani, 2013	Irã	Longitudinal	254	Fev-Dez 2009	4-6 semanas	EPDS≥13	5,5%
Murray et al., 2015	Vietnã	Transversal	431	-	1 a 6 meses	EPDS ≥ 12/13	18,1%
Nishimura et al., 2015	Japão	Transversal	1.016	Jan-Abr 2013	4 meses	EPDS≥9	10,3%
Turkcapar et al., 2015	Turquia	Prospectivo	540	Jan-Julho 2008	Entre 6 ^a e 8 ^a semana	EPDS >13	15,4%
Franck et al., 2016	Bélgica	Prospectivo	114	-	12 semanas	EPDS ≥ 12	9,6%
Ahmad et al., 2017	Malásia	Transversal	5.727	1 ^o Junho a Outubro de 2016	6-16 semanas	EPDS≥12	4,4%
Fiala et al., 2017	República Checa	Prospectivo Longitudinal	3.233	Abr 1991-Dez 2011	6 semanas e 6 meses	EPDS≥10	11,8% 6 sem. pós-parto 10,1% 6 m pós-parto
Abdollahi e Zarghami, 2018	Irã	Longitudinal	1.546	De janeiro a junho de 2009	12 semanas	EPDS >12	14,1%
Fantahun, Cherie e Deribe, 2018	Etiópia	Transversal	618	Março a Abril de 2016	6 semanas	EPDS >13	23,3%
Ogbo et al., 2018	Austrália	Coorte Retrospectiva	12.757	Jan a Dez 2014	Primeiras 6 semanas	EPDS≥13	3,3%
Ruohomäki et al., 2018	Kuopio, Finlândia	Estudo de Coorte	1.066	De 2012 a 2017	Às 8 semanas após o parto	EPDS≥10	10,3%
Nurbaeti, Deoisres e Hengudomsu, 2019	Jakarta, Indonésia	Transversal	166	De Fevereiro a Abril de 2016	-	EPDS≥12	19,88%

EPDS: Edimburgh Postnatal Depression Scale

De forma geral, a depressão pós-parto apresenta uma etiologia multifatorial. Entretanto, têm-se que os principais fatores associados de forma significativa à DPP são os relacionados ao bebê (prematividade, intercorrências neonatais e malformações congênitas) fatores socioculturais (morte de familiares, eventos decepcionantes e situação social de solidão), bem como fatores físicos e fatores psicopatológicos prévios, além de questões socioeconômicas, baixa autoestima e gravidez não planejada (SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005).

Estudos nacionais que avaliaram fatores associados significativamente à depressão pós-parto, após a análise múltipla, indicaram os seguintes resultados: menor nível escolar, histórico de depressão anterior, apoio social, familiar e da equipe de saúde (MORAIS et al., 2015; HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017), ter preferência por sexo da criança e pensamentos abortivos durante a gestação (MORAES et al., 2006), renda per capita (TANNOUS et al., 2008), cor da pele ou etnia, ter sofrido violência física e psicológica, hábito de ingerir bebidas alcóolicas durante a gestação (MELO et al., 2012), frequência de conflitos com o parceiro (MORAIS et al., 2015), idade materna, número de filhos, estado civil, histórico de depressão na família, tabagismo, gravidez planejada, ter acompanhamento durante a gestação e morbidades na gestação (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017), bem como atitudes alimentares inadequadas (MEIRELES et al., 2017).

Estudo de revisão de literatura sugeriu que as experiências positivas de vida foram fatores de proteção ao desenvolvimento da depressão (BORGES, 2011).

Os principais estudos nacionais sobre fatores associados à depressão pós-parto (DPP), bem como a metodologia utilizada para chegar aos resultados estão apresentados no Quadro-7.

Quadro 7 – Estudos nacionais sobre fatores associados à depressão pós-parto

Referência	Resultados – Fatores Associados Significativamente à Depressão Pós-Parto na Análise Não Ajustada	Resultados – Fatores Associados Significativamente à Depressão Pós-Parto na Análise Ajustada
Correia, 2006	<p>Teste Qui-Quadrado de Pearson e Odds Ratio Bruta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depressão durante a gestação (OR = 5,8 p<0,001); • Não ter planejado a gravidez ((OR = 1,9 p<0,05); • História familiar de depressão (OR = 3,5 p<0,01); • Considerar a gravidez como difícil (OR = 1,5 p<0,01) • Ausência de suporte emocional por parte do parceiro (OR = 1,5 p<0,01); • Ausência de suporte instrumental (OR = 1,3 p<0,01); • Ausência de confiança na família (OR = 1,2 p<0,05) • Dificuldades financeiras (OR = 2,3 p<0,01); • Problemas com o casamento (OR = 2,8 p<0,01); • Desemprego (OR = 2,6 p<0,05); • Presença do blues materno (tristeza materna) (OR = 2,4 p<0,01); • Preocupação com a alimentação do bebê (OR = 2,8 p<0,05) 	
Moraes et al., 2006	<p>Odds Ratio Bruta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menor renda familiar (Referência = 5,1 a 10 salários mínimos; OR ate 1 SM: 5,24; OR 1,1 a 3 SM: 2,80; OR 3,1 a 5 SM: 2,72; p=0,005) • Apoio do pai (Referência = muito apoio OR (pouco apoio): 2,52 p=0,030) • Pensamento em interromper a gestação (Referência=não; OR Sim = 2,60 p=0,005) • Tentativa de interromper a gestação (Referência=Não; OR Sim = 2,09 p=0,031) • Preferência pelo sexo da criança (Referência = Sem preferência; OR (Menino) = 3,58 e OR (Menina) = 2,36 p=0,000) 	<p>Odds Ratio (Análise Multivariada – Regressão Logística):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preferência pelo sexo da criança (Referência = Sem preferência, OR (Menino): 3,49;OR (Menina):1,88; p=0,000). • Pensar em interromper a gestação (Referência=Não; OR Sim: 2,52; p=0,031).

Ruschi et al., 2007	Teste Qui Quadrado e Teste de Comparação de Duas Médias (t de Student): <ul style="list-style-type: none"> Escolaridade (p=0,0363) 	-
Tannous et al., 2008	Análise Bivariada (Teste Qui Quadrado de Pearson, Teste T de Student e Regressão de Cox): <ul style="list-style-type: none"> Renda per capita (Referência = 1,17 e 17,0 MW; RP 0,51 a 1,16 MW: 2,87; RP <0,51 MW: 4,25; p < 0,01; MW = US\$ 204, Julho 2007) Etnia (Referência = brancos RP não brancos: 1,7; p = 0,04) Ter conjugue ou parceiro (Referência = sim RP não: 2,08 p<0.01) 	Análise Multivariada (Regressão de Cox – Modelo Hierarquizado): <ul style="list-style-type: none"> Renda per capita (Referência = 1,17 a 17,0 MW; RP 0,51 a 1,16 MW: 3,07; OR <0,51 MW: 4,40; p = 0,03. MW = US\$ 204, Julho 2007).
Cantilino, 2009	Odds Ratio Bruta e Teste Qui Quadrado de Pearson: <ul style="list-style-type: none"> Tempo de pós-parto (Referência = até 8 semanas; OR >8 semanas: 3,10 p=0,004); Tipo de parto (Referência = cesárea OR transpelviano: 2,55 p=0,016); História de transtorno psiquiátrico pessoal (Referência = não OR sim: 9,71 p=0,001); História de transtorno psiquiátrico familiar (Referência = não OR sim = 3,41 p=0,001); Problemas na saúde física da gestante (Referência = não OR sim = 3,05 p=0,017); História pregressa de aborto espontâneo (Referência = não OR sim: 2,52 p=0,017) 	-
Melo et al., 2012	Razão de Prevalência Bruta: <ul style="list-style-type: none"> Cor da pele (RP não brancas = 2,0) Falta de apoio familiar (RP = 2,21) Má relação com a mãe (RP = 3,32) Violência psicológica (RP = 3,94) Violência física (RP = 4,5) Violência sexual (RP= 4,69) Hábito de beber álcool durante a gestação (RP = 3,21) Hábito de fumar durante a gestação (RP = 2,43) 	Razão de Prevalência Ajustada: <ul style="list-style-type: none"> Cor da pele (RP não brancas = 1,85) Violência psicológica (RP = 3,31) Violência física (RP = 2,14) Hábito de beber álcool durante a gestação (RP = 2,14)

Morais et al., 2015	-	Regressão Linear Logística: <ul style="list-style-type: none"> Histórico de depressão anterior (Referência = ausência; OR presença = 3,073 p<0,001) Frequência de conflitos com o parceiro (Referência = nada conflituosa; OR Pouco conflituosa OR = 1,97 p=0,039; OR Muito conflituosa = 4,206 p=0,018) Escala de Apoio Social (OR escore = 0,973 p<0,001) Escolaridade (OR anos = 0,857 p<0,001)
Pereira et al., 2015	Teste Qui-quadrado e o Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney: <ul style="list-style-type: none"> Presença de sintomas ansiosos ou depressivos durante a gestação (p<0,001) Estado civil, sendo as casadas ou em união estável com maior predominância de pontuações ≥ 12 na EPDS (p=0,03) Paridade, sendo a média de número de filhos maior nas que pontuaram ≥ 12 na EPDS (p=0,002) 	
Soares, Gonçalves e Carvalho, 2015	Teste Chi-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fischer (valor de p não foi informado): <ul style="list-style-type: none"> Estado civil Não planejamento da gravidez, Complicações médicas na gestação e pós-parto Histórico de transtorno mental prévio 	
Hartmann, Mendoza-Sassi e Cesar, 2017	Regressão de Poisson – Razão de Prevalência Bruta: <ul style="list-style-type: none"> Cor da pele (Referência= Branca/Outras; RP negra = 1,24 p=0,004) Número de filhos (Referência=primipara; RP (1)= 1,52, RP (2 ou mais)= 2,71; p=0,001) Número de moradores no domicílio (Referência= 1-2; RP 3 = 1,62; RP 4 = 2,4, RP 5 ou mais = 2,72; p=0,001) Escolaridade materna em anos (Referência= 1-8; RP 9-11= 0,59, RP 12 ou mais = 0,42 p=0,001) Renda familiar (quartil) (Referência= pimeiro quartil; RP 2º quartil = 0,97; RP 3º quartil = 0,74; RP 4º quartil = 0,51 p=0,001) Ter marido/companheiro (RP = 0,70 p=0,003) 	Regressão de Poisson – Razão de Prevalência Ajustada: <ul style="list-style-type: none"> Idade materna em anos (Referência = 13-24; RP 25-29 = 0,70; RP 30 ou mais = 0,77; p =0,04) Número de filhos (Referência= primípara; RP 1= 1,64, RP 2 ou mais= 2, 80 p=0,001) Escolaridade materna em anos (Referência=1-8; RP 9-11= 0,76; RP 12 ou mais = 0,64, p=0,02) Ter marido/companheiro (RP = 0,74 p=0,008) Depressão ao longo da vida (RP = 1,48 p=0,001) Tristeza nos últimos três meses (RP = 4,67 p=0,001) Depressão na família (RP Ajustada = 1,33 p=0,003) Fumo durante a gestação (RP = 1,26 p=0,04) Gravidez planejada (RP = 0,73 p=0,001)

	<ul style="list-style-type: none"> • Depressão ao longo da vida (RP = 4,47 p=0,001) • Tristeza nos últimos três meses (RP = 3,02 p=0,001) • Depressão na família (RP = 1,88 p=0,001) • Uso de álcool durante a gravidez (RP = 1,70 p = 0,001) • Fumo durante a gestação (RP = 1,98 p = 0,001) • Gravidez planejada (RP = 1,93 p=0,001) • Apoio da equipe (Referência = ruim/regular; RP ótimo/bom= 0,56 p = 0,001) • Apoio do pai (Referência= ruim/regular; RP bom = 0,61; RP ótimo= 0,44; p=0,001) • Ter realizado pré-natal (RP = 0,62 p 0,03) • Número de Morbidades na gestação (Referência = 0; 1 RP = 2,42 RP 2 ou mais = 4,27 p=0,001) • Hospitalização durante a gestação (Referência= não; RP sim = 1,64 p=0,001) 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio da equipe (Referência= ruim/regular; RP ótimo/bom= 0,77 p=0,02) • Acompanhamento durante a gestação (Referência= sem acompanhamento; RP parte do tempo = 0,90; RP sempre = 0,47; p=0,001) • Número de Morbidades na gestação (Referência=0; RP 1= 1,55; RP 2= ou mais= 2,27; p=0,001)
Meireles et al., 2017	Correlação: <ul style="list-style-type: none"> • Imagens coporais BAQ (0,387 p<0,05) • Índice de Massa Corporal IMC (0,131 p<0,05) • Atitudes alimentares inadequadas EAT-26 (0,258 p<0,05) 	Regressão Linear: <ul style="list-style-type: none"> • Atitudes alimentares (p = 0,0001)
Miguel et al., 2017	Teste Qui-quadrado de Perason: <ul style="list-style-type: none"> • Maior idade foi associada à presença de sintomas depressivo (p<0,05) 	
Strapasson, Ferreira e Ramos, 2018	Correlação de Spearman entre sintomas depressivos e as variáveis analisadas: <ul style="list-style-type: none"> • Transtornos hipertensivos durante a gravidez (Coeficiente =0,219 p=0,004) • Paridade (Coeficiente =0,254 p=0,001) • Aborto espontâneo (Coeficiente =0,164 p=0,033) • Ter filhos anteriores à gestação (Coeficiente =0,180 p=0,020) • Duração da amamentação anterior (Coeficiente =0,179 p=0,021) • Uso de fórmula láctea durante a internação (Coeficiente =0,152 p=0,048) 	

- Pressão sanguínea diastólica (Coeficiente =0,165 p=0,033)
- Sinais premonitórios de eclâmpsia (Coeficiente =0,171 p=0,027)
- Terapia com sulfato de magnésio (Coeficiente =0,199 p=0,010)

Estudos internacionais que analisaram fatores associados significativamente à depressão pós-parto após a análise multivariada indicaram os seguintes resultados: nível socioeconômico baixo/ter dificuldades financeiras (FIALA et al., 2017; FANTAHUN; CHERIE; DERIBE, 2018), histórico de depressão anterior (DENNIS; JANSSEN; SINGER, 2004; DØRHEIM et al., 2009; OGBO et al., 2018), ter sofrido violência (MURRAY et al., 2015; AHMAD et al., 2018; OGBO et al., 2018), eventos estressantes na vida (DENNIS; JANSSEN; SINGER, 2004; DØRHEIM et al., 2009; FIALA et al., 2017; NURBAETI; DEOISRES; HENGUDOMSUB, 2019), ausência de parceiro/estado civil solteira (DØRHEIM et al., 2009; FANTAHUN; CHERIE; DERIBE, 2018; FIALA et al., 2017), problemas na relação com o parceiro ou relação conflituosa (DØRHEIM et al., 2009; MURRAY et al., 2015), gravidez não planejada ou sentimento de infelicidade com a gestação (FIALA et al., 2017; AHMAD et al., 2018; FANTAHUN; CHERIE; DERIBE, 2018;), imigração nos últimos 5 anos, personalidade vulnerável, presença de hipertensão arterial induzida pela gestação, suporte social/global, falta de prontidão para alta hospitalar e insatisfação com o método de alimentação infantil (DENNIS; JANSSEN; SINGER, 2004), insegurança alimentar, medo de familiares/ do marido/parceiro, problemas na amamentação e presença de diarreia infantil (MURRAY et al., 2015), falta de apoio familiar e consumo de álcool pelo parceiro (AHMAD et al., 2018).

Também foram associados à DPP histórico de morte de crianças, não ter parentes presentes durante o parto, ter histórico de uso de substâncias (FANTAHUN; CHERIE; DERIBE, 2018), parto do tipo cesárea, (OGBO et al., 2018), presença de diabetes melitus gestacional (RUOHOMÄKI et al., 2018) e estresse infantil do recém-nascido (NURBAETI; DEOISRES; HENGUDOMSUB, 2019).

Como fatores de proteção para DPP, foram identificados o canto materno para o bebê (FANCOURT; PERKINS, 2017) e ser primípara (FIALA et al., 2017).

Os principais achados internacionais sobre fatores associados à DPP são apresentados no Quadro-8.

Quadro 8 – Estudos internacionais sobre fatores associados à depressão pós-parto

Referência	Resultados – Fatores Associados Negativamente à Depressão Pós-Parto na Análise Não Ajustada	Resultados – Fatores Associados Negativamente à Depressão Pós-Parto na Análise Ajustada
Stamp e Crowther, 1994	<p>Odds Ratio Bruta e Teste Qui-quadrado de Pearson (p-valor não informado):</p> <ul style="list-style-type: none"> Baixa autoestima foi correlacionada significativamente com humor depressivo no hospital e às 6 semanas pós-parto. 	
Dennis, Janssen e Singer, 2004		<p>Análise Multivariada – Regressão Linear:</p> <ul style="list-style-type: none"> Imigração nos últimos 5 anos (Referência= não; OR sim= 4,94); Personalidade vulnerável (Referência= não; OR sim= 1,21) Depressão independente do parto (Referência= não; OR sim= 1,82) Hipertensão induzida pela gravidez (Referência= não; OR sim= 3,62) Eventos estressantes da vida (Referência= não; OR sim= 1,12) Suporte Global (Referência= não; OR sim = 0,96) Falta de prontidão para a alta hospitalar (Referência= não; OR sim= 3,78) Insatisfação com o método de alimentação infantil (Referência= não; OR sim= 2,47)
Dørheim et al., 2009	<p>Modelo de Regressão Linear Múltipla – Odds Ratio Bruta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Má qualidade do sono “Pittsburgh Sleep Quality Index” (Referência= Score ≤ 5; OR Score $>5 = 7,4$ $p < 0,001$); Relação com o parceiro (Referência= muito contente; OR contente= 2,4 $p < 0,001$; OR muito discontente= 8,1 $p < 0,001$; OR sem parceiro= 2,5 $p < 0,001$); Depressão anterior (Referência= não; OR sim= 2,9; $p < 0,001$); Depressão durante a gravidez (Referência= não; OR sim= 5,8; $p < 0,001$) Eventos estressantes no último ano (Referência= nenhum; OR 1 a 5 eventos = 2,5 $p < 0,001$ e OR >5 eventos = 7,6 	<p>Modelo de Regressão Linear Múltipla – Odds Ratio Ajustada:</p> <ul style="list-style-type: none"> Relação com o parceiro (Referência= muito contente; OR contente = 1,8 $p < 0,001$; OR muito discontente = 4,0 $p < 0,001$; OR sem parceiro = 1,2 $p > 0,05$); Depressão anterior (Referência= não; OR sim= 1,7 $p < 0,001$); Depressão durante a gravidez (Referência= não; OR sim= 2,4 $p < 0,001$); Eventos estressantes no último ano (Referência= nenhum; OR 1 a 5 eventos= 1,4 $p < 0,01$; OR >5 eventos = 2,2 $p < 0,001$).

p<0,001)

Murray et al., 2015

-

Análise Multivariada (Regressão Linear):

- Insegurança alimentar (Referência= nunca; Todo mês: $\beta = 2,27$ e $p=0,007$; De 1 a 6 meses: $\beta = 1,65$ $p= 0,005$);
- Medo de familiares (Referência= não; sim, às vezes: $\beta = 1,67$ $p=0,009$);
- Violência nos últimos 12 meses (Referência= não; sim: $\beta = 3,09$ $p=0,001$);
- Medo do marido/parceiro (Referência= não; sim: $\beta = 2,418$ $p=0,003$);
- Problemas na amamentação (Referência= não; sim: $\beta = 1,26$ $p=0,012$);
- Presença de diarreia infantil nas duas últimas semanas (Referência= não; sim: $\beta = 1,615$ $p=0,032$)

Turkcapar et al.,
2015**Análise de Regressão Bivariada – Risco Relativo – Comparação com grupo de mulheres com e sem diagnóstico de DPP:**

- Relatos de pensamentos suicidas durante a gravidez (RR=6,99 $p=0,003$);
- História de depressão pós-parto passada (RR=6,64 $p=0,001$);
- Violência física durante a gravidez (RR=6,20 $p=0,001$);
- Violência física durante o pós-parto (RR=5,87 $p=0,001$);
- História psiquiátrica prévia (RR=4,16 $p=0,001$);
- Sintomas depressivos durante a gravidez (RR=1,70 $p=0,000$);
- Nível de satisfação subjetivamente inferior com a gravidez (RR=0,69 $p=0,000$);
- História de síndrome pré-menstrual (SPM) (RR=2,05 $p=0,003$);
- Gravidez não planejada (RR=1,69 $p=0,05$).

Franck et al., 2016	<p>Correlação de Pearson:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sintomas pré-natais de depressão ($r= 0,42$ $p<0,001$) Autoestima global ($r=-0,33$ $p<0,00$) Instabilidade de autoestima $r=0,37$ $p<0,001$
Ahmad et al., 2017	<p>Regressão Linear Multivariada e Odds Ratio Ajustada:</p> <ul style="list-style-type: none"> Violência por parceiro íntimo (Referência= não; OR sim= 2,34 $p=0,023$); Violência emocional (Referência= não; OR sim= 3,79 $p<0,001$); Gravidez não planejada (Referência= não; OR sim = 3,32 $p<0,001$); Falta de apoio familiar durante confinamento (Referência= não; OR sim= 1,79 $p=0,014$); Consumo de álcool pelo parceiro (Referência= não; OR sim= 1,59 $p=0,021$)
Fancourt e Perkins, 2017	<p>Regressão Linear:</p> <ul style="list-style-type: none"> Canto materno para os bebês foi associado aos menores níveis de sintomas depressivos ($p=0,001$)
Fiala et al., 2017	<p>Regressão Logística – Análise Univariada:</p> <ul style="list-style-type: none"> Histórico pessoal de depressão (Referência= não; OR sim = 3,8 $p<0,001$); Sentimento de infelicidade com a gravidez (Referência= não; OR sim = 2,4 $p<0,001$); Mães vivendo sozinhas (Referência= não; OR sim = 3,7 $p<0,001$); Estressores psicossociais (Referência= não; OR sim= 1,12 $p<0,001$); Mães Primíparas (Referência= não; OR sim = 0,8 $p=0,029$); Popuança familiar (Referência= não; OR sim= 0,7 $p=0,034$); Sem amamentação (Referência= não; OR sim = 1,4 $p=0,025$) <p>Regressão Logística – Análise Multivariada:</p> <ul style="list-style-type: none"> Histórico pessoal de depressão (Referência= não; OR = 2,7 $p=0,001$); Sentimento de infelicidade com a gravidez (referência= não; OR sim = 1,9 $p=0,051$) Mães vivendo sozinhas (Referência= não; OR sim =2,4 $p=0,033$) Estressores psicossociais (Referência= não; OR sim = 1,10 $p<0,001$); Mães primíparas (Referência= não; OR sim = 0,6 $p=0,016$)

Abdollahi e Zarghami, 2018	<p>Teste Qui-Quadrado de Pearson:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter/permanecer com depressão após o período de pós-parto ($p < 0,001$); • Questionário Geral de Saúde insalubre ($p < 0,001$); • Ter/desenvolver doenças crônicas ($p < 0,001$); • Outros problemas de saúde ($p < 0,001$); • Uso de medicação diária ($p < 0,001$). 	
Fantahun, Cherie e Deribe, 2018	<p>Análise Bivariada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Status educacional (Referência= secundário e acima; OR sem educação formal= 2,77, $p < 0,01$) • Estado civil (Referência= casada; OR solteira= 21,64, $p < 0,01$); • Histórico de morte de crianças (Referência= não; OR sim= 4,1; , $p < 0,01$); • Parentes presentes durante o parto (Referência= sim; OR não= 11,80; , $p < 0,01$); • Gravidez planejada (Referência= não; OR sim= 0,12; $p < 0,01$); • História de uso de substância (Referência= não; OR sim= 1,89; $p < 0,01$); • Dificuldades de renda (Referência= não; OR sim= 4,92, $p < 0,01$) 	<p>Análise Multivariada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado civil (Referência= casada; OR solteira= 7,70 $p < 0,01$); • Histórico de morte de crianças (Referência= não; OR sim= 2,86 $p < 0,01$); • Parentes presentes durante o parto (Referência= sim; OR não= 5,74 $p < 0,01$); • Gravidez planejada (Referência= não; OR sim = 0,20 $p < 0,01$); • História de uso de substância (Referência= não; OR sim= 2,57 $p < 0,01$); • Dificuldades de renda (Referência= não; OR sim= 2,68 $p < 0,01$)
Ogbo et al., 2018	<p>Regressão Linear – Odds Ratio Não Ajustada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de parto (Referência= parto normal; OR cesárea= 1,6; $p < 0,001$; OR parto normal assistido= 1,4; $p = 0,014$); • Violência psicológica praticada pelo parceiro (Referência= não; OR sim = 5,5; $p < 0,001$) • Sintomas depressivos pré-natais (Referência= Score EPDS < 13; OR Score EPDS $> 13 = 8,5$ $p < 0,001$); • Nível socioeconômico (Referência= baixo; OR médio= 0,6 $p < 0,001$; OR alto = 0,5 $p = 0,001$) 	<p>Regressão Linear – Odds Ratio Ajustada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de parto (Referência= normal; OR cesárea= 1,7 $p < 0,001$; OR parto normal assistido = 1,3 $p = 0,166$); • Violência psicológica praticada pelo parceiro (Referência= não; OR sim = 5,3 $p < 0,001$); • Sintomas depressivos pré-natais (Referência= Score EPDS < 13; OR Score EPDS $> 13 = 6,7$ $p < 0,001$); • Suporte do parceiro (Referência= sim; OR não= 3,1 $p < 0,001$); • Nível socioeconômico (Referência= baixo; OR médio = 0,7 e $p = 0,010$; OR alto = 0,5 $p = 0,025$)

**Ruohomäki et al.,
2018**

Odds Ratio Ajustada:

- Presença de Diabetes Melitus Gestacional, associado positivamente com sintomas depressivos (OR= 2,23 IC 95% 1,23-4,05 p=0,008)

**Nurbaeti,
Deoisres e
Hengudomsub,
2019**

Regressão Linear:

- Estresse infantil (p<0,001)
- Satisfação e eventos de vida estressante (p<0,001)

3. JUSTIFICATIVA

O período gravídico-puerperal é um momento complexo e delicado, que deixa a mulher mais suscetível a problemas psicológicos e agravos de saúde mental. Nesse sentido, a autoestima e a depressão pós-parto (DPP) são temáticas que merecem a devida atenção, uma vez que podem impactar consideravelmente não apenas a saúde mental da mulher, mas trazer consequências significativas à criança/bebê. A presença dessas comorbidades durante o ciclo gravídico-puerperal evidencia uma problemática epidemiológica crescente.

Não foram verificados estudos prévios que avaliaram os níveis de autoestima e a prevalência de DPP em mulheres no período pós-parto na Região Norte. O único estudo que abordou a autoestima de mulheres rio-branquenses foi realizado em população de mulheres gestantes.

Deste modo, o presente estudo visa explorar os níveis de autoestima e depressão pós-parto no Município de Rio Branco – Acre, obtidos por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg e Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, que são instrumentos psicométricos adaptados e validados para a realidade brasileira.

As informações sobre os níveis de autoestima e de depressão pós-parto, bem como os seus fatores associados interessam aos profissionais de saúde, especialmente aqueles envolvidos nas áreas de saúde da mulher e saúde mental, uma vez que pode permitir um olhar mais atento, humanizado e livre de preconceitos, fornecendo subsídios para o planejamento, ações e abordagens diferenciadas, contribuindo para o aperfeiçoamento dos serviços de saúde e melhora da qualidade de vida da população.

4. OBJETIVOS

4.1 Geral

Determinar a prevalência de depressão pós-parto e os níveis de autoestima, com os respectivos fatores associados, em mulheres avaliadas em algum momento entre o 6º e o 15º mês após o parto no Município de Rio Branco – Acre.

4.2 Específicos

1. Estimar a prevalência de depressão pós-parto e o nível de autoestima mensurada em algum momento entre o 6º e o 15º mês após o parto de uma coorte de mulheres de 2015 no Município de Rio Branco – Acre.
2. Analisar os fatores associados à depressão pós-parto mensurada em algum momento entre o 6º e o 15º mês após o parto de uma coorte de mulheres de 2015 no Município de Rio Branco – Acre.
3. Analisar os fatores associados à autoestima mensurada em algum momento entre o 6º e o 15º mês após o parto de uma coorte de mulheres de 2015 no Município de Rio Branco – Acre.

5. MATERIAL E METÓDOS

A presente dissertação foi viabilizada como parte integrante dos projetos institucionais intitulados “Evolução dos indicadores nutricionais de crianças do nascimento ao primeiro ano de vida, em Rio Branco – Acre” e “Utilização de medicamentos durante o período da gestação, parto e amamentação em gestantes no município de Rio Branco, Acre”, desenvolvidos no município de Rio Branco por um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Acre (UFAC) e da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Esta dissertação está estruturada na forma de dois artigos denominados:

- **Artigo 1** – Prevalência de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS) e fatores associados em uma coorte de mulheres de Rio Branco – Acre.
- **Artigo 2** – Fatores associados à autoestima em uma coorte de mulheres no Município de Rio Branco, Acre.

5.1 AMOSTRAGEM

O tamanho da amostra do primeiro projeto matriz adotou como parâmetros um nível de significância bilateral (1-alpha) de 95%, poder (1-beta, % probabilidade de detecção) de 80%; razão de tamanho da amostra, expostos/Não Expostos de 9; razão de risco/prevalência de 2,5, sendo estimada uma amostra de 1.192 mulheres (RAMALHO, 2018).

5.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população elegível para o estudo matriz foi constituída pelo universo das parturientes residentes na zona urbana de Rio Branco, capital do Estado do Acre, e que realizaram seu parto nas duas únicas maternidades do município, no período de 06 de abril a 30 de junho de 2015. Foi considerado critério de exclusão a presença de distúrbios psiquiátricos que implicassem na impossibilidade de responder à entrevista (RAMALHO et al., 2019).

No período supramencionado, ocorreram 1.620 partos nas maternidades de Rio Branco, dos quais 32 parturientes não foram contatadas no pós-parto imediato, 267 residiam em zona rural e 116 se recusaram a participar da pesquisa. Foram incluídas 1.205 parturientes no estudo, das quais 1.204

atendiam os critérios de inclusão do projeto original (ANDRADE, 2017; RAMALHO, 2018). Dentre essas, 880 (73,1%) foram entrevistadas entre o 6º e 15º mês após o parto (MARTINS et al., 2020).

5.3. COLETA DE DADOS

As coletas de dados dos projetos matrizes contemplaram três etapas, sendo que neste estudo os dados utilizados provêm da primeira e segunda etapas, e seguiram os critérios estabelecidos nos projetos originais.

A primeira fase de coleta ocorreu de 06 de abril a 30 de junho de 2015 foi realizada por meio de entrevista presencial com as parturientes, com aplicação de instrumento próprio, e também com a coleta das informações registradas no cartão do pré-natal, na declaração de nascidos vivos (DNV) e no prontuário médico. O instrumento era constituído de diversos módulos (Anexo-I) e tinha como foco principal obter informações relativas ao período gestacional, parto e pós-parto imediato e informações sobre a assistência dispensada à parturiente e ao recém-nascido durante o período em que estiveram sob internação hospitalar.

A segunda etapa ocorreu entre dezembro/2015 a julho/2016, tendo como objetivo realizar o acompanhamento das mães e das crianças participantes da coorte por meio de visita domiciliar, no segundo semestre de vida da criança. Essa etapa consistiu na realização das seguintes mensurações:

- Atualização das informações socioeconômicas, demográficas, de segurança alimentar familiar, estilo de vida, alimentação materna, situação de aleitamento materno e recordatório infantil de 24h.
- Aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS).
- Aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR).

5.4. ASPECTOS ÉTICOS

Os projetos matrizes que geraram os dados que alimentaram a presente dissertação foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, sob parecer nº 760.821 de 14/08/2014 e sob parecer nº 1.074.982 de 11/06/2015. Sendo assim, para todas as entrevistadas

foi garantido o direito de não participação no estudo, bem como lhes foi assegurado o sigilo das informações coletadas. As participantes que concordaram em participar da pesquisa, foram solicitadas que procedessem à leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE em duas vias. Assim, todas as informações pertinentes à clientela em questão foram preservadas no processo de análise, sendo garantido o sigilo absoluto e a fidelidade dos dados coletados.

6. RESULTADOS

6.1 Artigo 1 – Prevalência de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) e fatores associados em uma coorte de mulheres de Rio Branco-Acre.

Resumo

OBJETIVO: Estimar a prevalência da depressão pós-parto e os fatores associados em uma coorte de mulheres de Rio Branco, AC. **MÉTODOS:** Estudo transversal realizado em uma coorte de mulheres que deram à luz entre 06 de abril e 30 de junho de 2015 em Rio Branco – AC. A coleta de dados ocorreu no hospital, após o parto, e em algum momento entre o 6º e o 15º mês pós-parto em domicílio, quando foi aplicada a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo – EPDS. Foram realizadas as análises descritivas por meio de frequências absolutas e relativas, e medidas de tendência central e dispersão. As diferenças entre as distribuições foram avaliadas pelos testes U-Mann-Whitney ou teste Kruskal-Wallis. As razões de chances brutas e ajustadas, com seus respectivos intervalos de confiança, foram estimadas pela regressão logística não-condicional. **RESULTADOS:** Dentre as 859 mulheres incluídas no estudo, a prevalência da depressão pós-parto (DPP) foi de 22,8% (IC95%: 20,1--25,7-). O escore total de autoestima (OR= 0,78; IC95%: 0,74-0,82), presença de depressão anterior à gestação (OR= 2,41; IC95%: 1,23-4,70), insegurança alimentar (OR= 2,69; IC95%: 1,80-4,00), bebês do sexo feminino (OR=1,83; IC95%: 1,24-2,72) e internação do recém-nascido em UTI/UCI nos primeiros dias ou semanas de vida (OR= 3,00; IC95%: 1,44-6,24) apresentaram associação estatística significativa ao desfecho. **CONCLUSÃO:** A prevalência de DPP em mulheres em Rio Branco-AC foi de 22,8%. Quanto maior o nível de autoestima menor a chance de DPP, enquanto o histórico de depressão anterior à gestação, a insegurança alimentar, o bebê ser do sexo feminino, o RN ter ficado em UTI/UCI nos primeiros dias ou semanas de vida estiveram positivamente associados à DPP.

Palavras-chave: Prevalência, depressão pós-parto, EPDS, fatores associados.

Abstract

OBJECTIVE: To estimate the prevalence of postpartum depression and associated factors in a cohort of women from Rio Branco, AC. **METHODS:** Cross-sectional study carried out in a cohort of women who gave birth between April 6 and June 30, 2015 in Rio Branco - AC. Data collection took place in the hospital, after delivery, and sometime between the 6th and 15th postpartum months at home, when the Edinburgh Postpartum Depression Scale - EPDS was applied. Descriptive analyzes were performed using absolute and relative frequencies, and measures of central tendency and dispersion. Differences between distributions were assessed using the U-Mann-Whitney or Kruskal-Wallis tests. The gross and adjusted odds ratios, with their respective confidence intervals, were estimated by non-conditional logistic regression. **RESULTS:** Among the 859 women included in the study, the prevalence of postpartum depression (PPD) was 22.8% (95% CI: 20.1--25.7-). The total score of self-esteem (OR = 0.78; 95% CI: 0.74-0.82), presence of depression prior to pregnancy (OR = 2.41; 95% CI: 1.23-4.70), insecurity feeding (OR = 2.69; 95% CI: 1.80-4.00), female babies (OR = 1.83; 95% CI: 1.24-2.72) and admission of the newborn to the ICU / ICU in the first days or weeks of life (OR = 3.00; 95% CI: 1.44-6.24) showed a statistically significant association with the outcome. **CONCLUSION:** The prevalence of PPD in women in Rio Branco-AC was 22.8%. The higher the level of self-esteem, the lower the chance of PPD, while the history of depression prior to pregnancy, food insecurity, the baby being female, the NB having stayed in the ICU / ICU in the first days or weeks of life were positively associated to the DPP.

Key words: Prevalence, postpartum depression, EPDS, associated factors.

Introdução

A depressão é um transtorno mental caracterizado pela presença de cinco ou mais sintomas persistentes por duas semanas ou mais, incluindo fadiga, rebaixamento do humor, desânimo, insônia, alterações do apetite, redução da energia e diminuição da atividade (DSM-V, 2014). Trata-se de uma psicopatologia que é mais comum no sexo feminino (5,1%) do que no sexo

masculino (3,6%), apresentando um aumento no mundo de 18,4% entre os anos de 2005 e 2015 para ambos os sexos (WHO, 2017).

A maternidade é um momento singular (SIMAS; SOUZA; SCORSOLINI-COMIN, 2013), e o pós-parto é considerado um período vulnerável à ocorrência de transtornos psiquiátricos, sendo a disforia puerperal, a depressão e a psicose pós-parto os transtornos mentais mais comuns nesta etapa da vida (CANTILINO et al., 2010). A depressão pós-parto (DPP) está fortemente associada ao período puerperal, podendo trazer consequências à saúde da mulher e da criança (DSM-V, 2014; GUILLE et al., 2013).

Existe uma heterogeneidade de escalas utilizadas nos estudos que abordam prevalência de DPP, do tempo de pós-parto referente ao período de avaliação, dos delineamentos de estudo, das distintas localidades e do ponto de corte adotado, sendo tais fatores relevantes ao avaliar as discrepâncias referentes aos níveis de prevalência observados (SCHARDOSIM; HELDT, 2011). Tanto o Inventário de Depressão de Beck (BDI), como a Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D) e a Escala de Rastreamento de Depressão Pós-parto (PDSS) foram validados para o Brasil e são instrumentos psicométricos úteis na avaliação de sintomas depressivos (CANTILINO et al., 2007; GALLUCCI NETO; CAMPOS JÚNIOR; HÜBNER, 2001; GOMES-OLIVEIRA et al., 2012). Já a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), que sofreu tradução e adaptação transcultural para o Brasil, é o instrumento validado para a população feminina no pós-parto, sendo um dos instrumentos utilizados com maior frequência nos estudos de prevalência de DPP no país (SANTOS, MARTINS e PASQUALI, 1999; SANTOS et al., 2007).

Os estudos que avaliaram a DPP nos diferentes países do mundo observaram que a prevalência pode variar segundo o momento de avaliação após o parto (pós-parto imediato ou tardio) e os aspectos socioculturais e econômicos da população estudada. Assim, esses estudos têm mostrado que nos países desenvolvidos a prevalência de DPP pode variar de 8% nos EUA (RICH-EDWARDS et al., 2006) a 16% na Noruega (DØRHEIM et al., 2009). Já nos países em desenvolvimento, essa prevalência pode variar de 10% na República Checa (FIALA et al., 2017) a 23% na Etiópia (FANTAHUN; CHERIE; DERIBE, 2018).

Por outro lado, os estudos que avaliaram a DPP em diferentes momentos após o parto observaram que no pós-parto imediato (até a 6ª semana após o parto) a prevalência de DPP pode variar desde 9% (STAMP; CROWTHER, 1994) até 29% (DENNIS; JANSSEN; SINGER, 2004), enquanto no puerpério tardio e remoto (a partir da 7ª semana ao 6º mês pós-parto) essa prevalência variou de 4% (AHMAD et al., 2018) até 10% (NISHIMURA et al., 2015; STAMP; CROWTHER, 1994). No Brasil, os estudos que avaliaram a DPP observaram que a prevalência pode diferir nas diferentes regiões do país, variando de 7,2% em Recife-PE (CANTILINO, 2009) a 39% em Vitória/ES (RUSCHI et al., 2007). Além disso, foi observado que na cidade São Paulo a prevalência de DPP foi de 9% em puérperas que tiveram parto em hospital privado e de 26% em puérperas que tiveram parto em hospital público (MORAIS et al., 2015).

A literatura apresenta uma diversidade de fatores que demonstram associações positivas significativas à DPP, que incluem características sociodemográficas e condições sociais como a baixa renda per capita, dificuldades financeiras (FANTAHUN; CHERIE; DERIBE, 2018; FIALA et al., 2017; TANNOUS et al., 2008), baixa escolaridade (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017; MORAIS et al., 2015) e insegurança alimentar (MURRAY et al., 2015). Além disso, foram observadas associações positivas com a ausência de parceiro, problemas na relação com o parceiro (ou referir medo do marido, parceiro ou familiares) (DØRHEIM et al., 2009; FANTAHUN; CHERIE; DERIBE, 2018; FIALA et al., 2017; HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017; MORAIS et al., 2015; MURRAY et al., 2015) e com a falta de apoio social, familiar ou da equipe de saúde (AHMAD et al., 2018; DENNIS; JANSSEN; SINGER, 2004; HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017; MORAIS et al., 2015).

Ademais, também foram observadas associações positivas da DPP com características obstétricas e de morbidades da mulher, tais como gravidez não planejada, sentimento de infelicidade com a gestação ou ter pensamentos abortivos (AHMAD et al., 2018; FANTAHUN; CHERIE; DERIBE, 2018; FIALA et al., 2017; HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017; MORAES et al., 2006), preferência por criança do sexo masculino (MORAES et al., 2006), não

ter acompanhamento durante a gestação ou durante o parto (FANTAHUN; CHERIE; DERIBE, 2018; HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017), parto do tipo cesárea (OGBO et al., 2018), histórico de depressão anterior (DENNIS; JANSSEN; SINGER, 2004; DØRHEIM et al., 2009; HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017; MORAIS et al., 2015; OGBO et al., 2018) e primigestação (FIALA et al., 2017; HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017).

Também foram observadas associações positivas com fatores relacionados à saúde da mulher durante a gestação ou o puerpério, tais como relatar morbidades na gestação (diabetes gestacional, por exemplo) (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017; RUOHOMÄKI et al., 2018), falta de prontidão para alta hospitalar e presença de hipertensão arterial induzida pela gestação (DENNIS; JANSSEN; SINGER, 2004), etilismo durante a gestação (MELO et al., 2012), histórico de uso de substâncias psicoativas (FANTAHUN; CHERIE; DERIBE, 2018), ter sofrido violência física ou psicológica (AHMAD et al., 2018; MELO et al., 2012; MURRAY et al., 2015; OGBO et al., 2018), ter vivenciado eventos estressantes ou traumáticos no decorrer da vida (DENNIS; JANSSEN; SINGER, 2004; DØRHEIM et al., 2009; FIALA et al., 2017; NURBAETI; DEOISRES; HENGUDOMSUB, 2019), vivência de luto relacionada a um histórico de morte de crianças (FANTAHUN; CHERIE; DERIBE, 2018) e ter vivenciado um processo de imigração nos últimos cinco anos (DENNIS; JANSSEN; SINGER, 2004).

Além desses fatores, problemas na amamentação e presença de diarreia infantil, insatisfação com o método de alimentação infantil e estresse ocasionado pela responsabilidade relacionada à assistência infantil ao recém-nascido também estiveram positivamente associados à DPP (DENNIS; JANSSEN; SINGER, 2004; MURRAY et al., 2015; NURBAETI; DEOISRES; HENGUDOMSUB, 2019).

No Brasil, existem poucos estudos que investigaram a prevalência de DPP e fatores associados, sendo que nenhum deles foi realizado na Região Norte. Os poucos estudos realizados no país estão limitados pela falta de inserção de variáveis relevantes, como o histórico de depressão anterior à gestação (MORAES et al., 2006) e informações sobre a realização de

acompanhamento pré-natal (SOARES; GONÇALVES; CARVALHO, 2015). Além disso, existem estudos que aplicaram o instrumento de rastreamento da DPP em algumas puérperas por via telefônica (MORAIS et al., 2015). Somada a essas limitações, em vários estudos a aplicação da escala de rastreamento para DPP deu-se após um curto período de tempo após o parto, podendo a DPP ser facilmente confundida com o blues materno (FAISAL-CURY et al., 2004; HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017; STRAPASSON; FERREIRA; RAMOS, 2018).

Desse modo, o presente estudo visa estimar a prevalência da depressão pós-parto mensurada em algum momento entre o 6º e o 15º mês após o parto e analisar os fatores associados à DPP, por meio da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), em uma coorte de mulheres de 2015 no município de Rio Branco – Acre.

Métodos

Tipo de Estudo e População

Este estudo utilizou as bases de dados do estudo matriz, que foi realizado numa coorte de mulheres residentes na área urbana, que pariram no período de 06 de abril a 30 de junho de 2015 nas duas únicas maternidades de Rio Branco, Acre (RAMALHO et al., 2019; MARTINS et al., 2020). A coleta de dados ocorreu em duas etapas, sendo a primeira no pós-parto imediato no âmbito hospitalar, e a segunda em algum momento entre o 6º e o 15º mês pós-parto em domicílio (RAMALHO et al., 2019; MARTINS et al., 2020). A presente investigação trata-se de um estudo transversal realizado no conjunto das mulheres entrevistadas em algum momento entre o 6º e o 15º mês após o parto (segunda etapa).

Das 1.205 puérperas incluídas na coorte inicial, foi excluída 1 mulher (0,08%) porque apresentou problema psiquiátrico grave. Das 1.204 mulheres elegíveis para a avaliação em algum momento entre o 6º e o 15º mês pós-parto, foram excluídas 20 mulheres (1,6%) do estudo, 03 porque a entrevista não foi realizada com a mãe da criança e 17 porque os respectivos filhos foram a óbito. Além disso, foram perdidas 27% das puérperas (n=325), sendo 238 porque não foram encontradas no endereço fornecido (após pelo menos 3

tentativas em dias e horários alternados), 45 mudaram de cidade, 30 se recusaram a participar do estudo, 10 apresentaram preenchimento incompleto na EPDS e 2 foram a óbito.

As mulheres consideradas como perdas na segunda etapa foram comparadas àquelas que permaneceram no estudo quanto às características sociodemográficas, não sendo observadas diferenças estatisticamente significativas. Assim, a população estudada neste artigo foi composta pelas 859 mulheres do projeto original que foram entrevistadas em algum momento entre o 6º e 15º mês após o parto. Os detalhamentos do cálculo amostral do estudo original já foram publicados previamente (RAMALHO et al., 2019). O fluxograma da população do presente estudo está apresentado na Figura 1.

Coleta de Dados e Variáveis de Estudo

As informações referentes às variáveis sociodemográficas, hábitos maternos, características obstétricas, morbidades e informações do recém-nascido foram obtidas na base de dados da primeira etapa do estudo. Já as informações referentes à amamentação, DPP e nível de autoestima foram obtidas na segunda etapa do estudo.

A variável dependente foi composta pelos sintomas de depressão pós-parto (DPP), identificados por meio da EPDS. Essa escala é composta por 10 questões que avaliam como a mulher se sentiu nos últimos sete dias. Para cada pergunta, há quatro opções de resposta, sendo que cada resposta é associada a uma pontuação que varia de zero a três. A soma dos pontos das repostas resulta no escore da escala, que varia de 0 a 30 pontos (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987). Para a população brasileira, pontuações iguais ou superiores a 12 são indicativas de depressão pós-parto (SANTOS, MARTINS e PASQUALI, 1999).

As variáveis independentes foram obtidas das bases de dados da primeira e segunda etapa do estudo original (RAMALHO et al., 2019) e incluem:

Variáveis sociodemográficas: escolaridade (8 anos ou mais de estudo/até 8 anos de estudo), cor de pele da mãe (branca/não branca), idade (35 anos ou mais/20 a 34 anos/menos de 20 anos), classe socioeconômica ABEP (A e B/ C,

D e E) (BRASIL, 2014), beneficiária do bolsa família (não/sim), segurança alimentar (sim/não), avaliada pela Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA, situação conjugal (com companheiro/sem companheiro), relação com o pai do bebê (presente/ausente) e ter trabalho com fonte de renda (sim/não).

Hábitos maternos: prática de esporte ou atividade física (sim/não), etilismo (não/sim), tabagismo (não/sim) e uso de drogas (não/sim).

Características obstétricas e morbidades: algum aborto, natimorto ou óbito neonatal (não/sim), primigestação (sim/não), número de filhos vivos (1/2 ou 3/4 ou mais), gravidez planejada (sim/não), número de consultas pré-natais consolidados no respectivo cartão e autorreferido (mais de 6/ 6 / até 5), tipo de parto (cesárea/normal), gestação no momento da entrevista (não/sim), depressão na gestação atual (não/sim), depressão anterior à gestação (não/sim) e internação da puérpera até 45 dias pós-parto (não/sim).

Informações do recém-nascido: sexo da criança (masculino/feminino), pré-termo (não/sim), baixo peso ao nascer (sim/não), internação do bebê em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) nos primeiros dias ou semanas de vida (não/sim) e internação da criança em momento posterior por problemas de saúde (não/sim).

Informações sobre aleitamento materno: orientação sobre amamentação no hospital (sim/não), amamentação na primeira hora de vida (sim/não), período que pretende amamentar (6 meses mais de 6 meses/menos de 6 meses).

Autoestima (Escala de Autoestima de Rosenberg – EAR): instrumento validado para a população brasileira, composto por dez afirmativas, cada uma com quatro opções de respostas (concordo plenamente, concordo, discordo e discordo plenamente) que variam de um a quatro pontos. Portanto, o escore total pode variar de 10 (autoestima baixa) a 40 pontos (autoestima elevada) (DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004).

Análise dos Dados

A análise descritiva dos dados foi feita por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis categóricas e por meio das medidas de tendência central (média e mediana) e medida de dispersão (desvio padrão) para as variáveis contínuas. As frequências das respostas para

cada pergunta da escala de Edimbugo foram determinadas. Em seguida, o escore da EPDS foi avaliado por meio de uma análise descritiva, estimando os valores da média, mediana e desvio padrão. As diferenças entre as distribuições foram feitas por meio dos testes de Kuskall-Wallis e do teste U-Mann Whitney. A correlação entre o escore total da autoestima e o escore da EPDS foi efetuado por meio do teste de correlação de Spearman.

O ponto de corte do escore da EPDS adotado neste trabalho como sugestivo para DPP foi ≥ 12 pontos (SANTOS; MARTINS; PASQUALI, 1999). Foram estimadas as prevalências de DPP com o respectivo intervalo de confiança de 95%.

Sequencialmente, foi efetuada uma regressão logística binária, visando estimar as OR brutas e seus intervalos de confiança de 95%, entre a DPP e algumas variáveis independentes. As variáveis com $p < 0,20$, resultantes da análise bivariada, foram selecionadas para inclusão na análise múltipla, onde foram retidas as variáveis com $p \leq 0,05$ e/ou as que apresentavam plausibilidade biológica com o desfecho. As variáveis independentes foram adicionadas uma a uma, em ordem crescente do nível de significância estatística, pelo método direto. As odds ratio (OR) brutas e ajustadas, com os seus respectivos intervalos de confiança de 95%, foram estimadas para as variáveis que compuseram o modelo final pela regressão logística múltipla. Para todas as análises foi considerado um nível de significância de 5%.

O ajuste do modelo final foi verificado por meio dos testes de Hosmer e Lemeshow, mostrando que as variáveis presentes foram adequadas para a explicação do desfecho. A multicolinearidade das variáveis foi verificada, não detectando interdependência. Foram identificados os pontos em que houve pouca aderência no modelo final (resíduos padronizados e estudentizados), bem como aqueles que exerceram influência inadequada (distância de cook, DF Beta e Leverage). Todas as análises estatísticas foram realizadas pelo programa SPSS versão 20.0.

Aspectos Éticos

Os projetos originais foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFAC (CEP/UFAC) e todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

A prevalência de depressão pós-parto (EPDS) na população de estudo (n=859) foi de 22,8% (IC95%: 20,1-25,7). Os itens da EPDS que apresentaram relevante papel nesse resultado foram: sobre rir e achar graça das coisas: “não tanto quanto antes” (15,1%), “sem dúvidas, menos que antes” (5,6%) e “de jeito nenhum” (2,4%); sobre ter pensado no futuro com alegria: “um pouco menos que de costume” (15%), “muito menos que de costume” (4,1%) e “praticamente não” (2,4%); sobre ter se culpado sem razão quando as coisas dão errado: “raramente” (18%), “sim, às vezes” (38,3%) e “sim, muito frequentemente” (9,7%); sobre ter ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão: “sim, muito seguido” (13,5%), “sim, às vezes” (33,9%), “de vez em quando” (25,5%); sobre ter se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo: “sim, muito seguido” (5,9%), “sim, às vezes” (17,5%), “raramente” (16,9%); sobre ter se sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do dia-a-dia: “sim, na maioria das vezes não consegue lidar bem com eles” (18,5%), “sim, algumas vezes não consegue lidar bem como antes” (38,6%), “não, na maioria das vezes consegue lidar bem com eles” (19,9%); sobre ter se sentido tão infeliz que tem dificuldade para dormir: “sim, na maioria das vezes” (6,9%), “sim, algumas vezes” (10,9%), “raramente” (11,4%); sobre ter se sentido tão triste que tem chorado: “sim, a maior parte do tempo” (3,5%), “sim, muitas vezes” (10,2%), “só de vez em quando” (35,6%); sobre a ideia de fazer mal a si mesma: “sim, muitas vezes ultimamente” (3,5%), “algumas vezes nos últimos dias” (5,9%), “pouquíssimas vezes, ultimamente” (10,1%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das frequências de respostas da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo na coorte de mulheres avaliadas entre 6 e 15 meses pós-parto, Rio Branco, Acre, 2015-2016 (n=859).

Itens da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo	Respostas n(%)
1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas	
(0) Como eu sempre fiz	660 (76,8%)
(1) Não tanto quanto antes	130 (15,1%)
(2) Sem dúvidas, menor que antes	48 (5,6%)

(3) De jeito nenhum	21 (2,4%)
2. Eu tenho pensado no futuro com alegria	
(0) Sim, como de costume	674 (78,5%)
(1) Um pouco menos que de costume	129 (15%)
(2) Muito menos que de costume	35 (4,1%)
(3) Praticamente não	21 (2,4%)
3. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado	
(0) Não, de jeito nenhum	292 (34%)
(1) Raramente	155 (18%)
(2) Sim, às vezes	329 (38,3%)
(3) Sim, muito frequentemente	83 (9,7%)
4. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão	
(3) Sim, muito seguido	116 (13,5%)
(2) Sim, às vezes	291 (33,9%)
(1) De vez em quando	219 (25,5%)
(0) Não, de jeito nenhum	233 (27,1%)
5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo	
(3) Sim, muito seguido	51 (5,9%)
(2) Sim, às vezes	150 (17,5%)
(1) Raramente	145 (16,9%)
(0) Não, de jeito nenhum	513 (59,7%)
6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia	
(3) Sim, na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles	159 (18,5%)
(2) Sim, algumas vezes não consigo lidar bem como antes	332 (38,6%)
(1) Não, na maioria das vezes consigo lidar bem com eles	171 (19,9%)
(0) Não, eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes	197 (22,9%)
7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir	
(3) Sim, na maioria da vezes	59 (6,9%)
(2) Sim, algumas vezes	94 (10,9%)
(1) Raramente	98 (11,4%)
(0) Não, nenhuma vez	608 (70,8%)
8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal	
(3) Sim, na maioria das vezes	54 (6,3%)
(2) Sim, muitas vezes	112 (13%)
(1) Raramente	246 (28,6%)
(0) Não, de jeito nenhum	447 (52%)
9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado	
(3) Sim, a maior parte do tempo	30 (3,5%)
(2) Sim, muitas vezes	88 (10,2%)
(1) Só de vez em quando	306 (35,6%)
(0) Não, nunca	435 (50,6%)
10. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça	
(3) Sim, muitas vezes ultimamente	30 (3,5%)
(2) Algumas vezes nos últimos dias	51 (5,9%)
(1) Pouquíssimas vezes, ultimamente	87 (10,1%)
(0) Nenhuma vez	691 (80,4%)

Score total da EPDSMédia = 7,7(± 5,6)
Mediana=7,0

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale

Na população do estudo, foram observadas maiores frequências de mulheres não brancas (89,7%), com 8 anos ou mais de escolaridade (76,3%), com idade entre 20 a 34 anos (66,4%), pertencentes à classe econômica C, D e E (81,1%), não beneficiária do Bolsa Família (76,5%), com segurança alimentar (57%), que possuem companheiro (80,2%), uma relação de presença do pai da criança (91%) e que não possuem um trabalho com fonte de renda (58,5%).

Foi observado ainda que 15,5% praticavam atividade física, enquanto o percentual de etilismo foi de 29,5%, do tabagismo foi de 8,9% e de uso de drogas ilícitas foi de 2,4%. O percentual de primigestas foi de 41,2%, de gravidez não planejada foi de 63,4%, que realizaram mais de 6 consultas pré-natais foi de 52,9%, de parto cesárea foi de 50,3% e que referiram gestação no momento da entrevista foi de 2%.

A frequência de depressão durante a gestação foi de 4,9%, enquanto 7% relataram histórico de depressão anterior à gestação. Cerca de 6% passaram por internação hospitalar até 45 dias pós-parto e 58% das entrevistadas estavam entre o 6º e 9º mês após o parto. O sexo do bebê mais frequente foi o feminino (51,5%); o percentual de prematuridade foi de 8,8%, e a frequência de baixo peso ao nascer foi de 8,2%. A frequência de internação do bebê na UTI/UCI foi de 5,9%, e 13,7% das crianças foram internadas por problemas de saúde.

Quanto à amamentação, 81,8% das mães receberam orientação para amamentar no hospital, 56,6% amamentaram na primeira hora de vida e 48,9% pretendiam amamentar mais de 6 meses. A média geral do escore da Escala de Autoestima de Rosenberg foi de 30,02 pontos (±4,32).

A análise bivariada realizada entre o escore total da EPDS e as covariáveis referentes às características sociodemográficas e hábitos maternos apresentaram diferença entre as medianas, com significância estatística para escolaridade (até 8 anos de estudo=8,00/8 anos ou mais de escolaridade=6,00 p=0,000), idade (35 ou mais=6,5 / de 20 a 34 anos=7,00 / menos de 20

anos=8,00, $p=0,006$), classe ABEP (A e B=5,00/C, D e E=7,00, $p=0,000$), recebimento de bolsa família (não=6,00/sim=8,00, $p=0,000$), segurança alimentar (sim=6,00/não=9,00, $p=0,000$), situação conjugal (com companheiro=7,00/sem companheiro=8,00, $p=0,021$), relação com o pai do bebê (presente=7,00/ausente=8,00, $p=0,021$), trabalho com fonte de renda (sim=6,00/não=7,00, $p=0,000$), etilismo (não=7,00/sim=8,00, $p=0,036$), tabagismo (não=7,00 / sim=10,00, $p=0,000$) e uso de drogas (não=7,00/sim=14,00, $p=0,000$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das características sociodemográficas e hábitos maternos na coorte de mulheres avaliadas entre 6 e 15 meses pós-parto, segundo escore total da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo, Rio Branco – AC, 2015-2016

CARACTERÍSTICAS	ESCORE Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo			Testes U-Mann-Whitney / Kruskal-Wallis
	Média (\pm DP)	Mediana	Min-Máx	p-valor
SOCIODEMOGRÁFICAS				
Escolaridade				0,000**
8 anos ou mais de estudo	7,2 (5,4)	6,00	0-26	
Até 8 anos de estudo	9,1 (5,9)	8,00	0-24	
Cor da pele*				0,766**
Branca	7,4 (5,6)	7,00	0-21	
Não branca	7,7 (5,6)	7,00	0-26	
Idade				0,006***
\geq 35 anos	7,2 (6,1)	6,50	0-26	
20 a 34 anos	7,4 (5,4)	7,00	0-24	
< 20 anos	8,8 (5,5)	8,00	0-24	
Classe ABEP				0,000**
A e B	5,9 (4,8)	5,00	0-22	
C, D e E	8,1 (5,7)	7,00	0-26	
Recebe bolsa família*				0,000**
Não	7,2 (5,4)	6,00	0-24	
Sim	9,0 (6,1)	8,00	0-26	
Segurança Alimentar				0,000**
Sim	6,2 (4,6)	6,00	0-24	
Não	9,5 (6,2)	9,00	0-26	
Situação Conjugal				0,021**
Com companheiro	7,4 (5,4)	7,00	0-24	
Sem companheiro	8,7 (6,1)	8,00	0-26	
Relação com o pai do bebê*				0,021**
Presente	7,5 (5,5)	7,00	0-26	
Ausente	9,4 (6,6)	8,00	0-24	
Trabalho com fonte de renda*				0,000**
Sim	6,8 (5,3)	6,00	0-23	

Não	8,3 (5,7)	7,00	0-26	
HÁBITOS MATERNOS				
Prática de esporte ou atividade física				0,053**
Sim	6,8 (5,1)	6,00	0-24	
Não	7,8 (5,6)	7,00	0-26	
Etilismo				0,036**
Não	7,5 (5,6)	7,00	0-26	
Sim	8,1 (5,5)	8,00	0-26	
Tabagismo*				0,000**
Não	7,5 (5,5)	7,00	0-26	
Sim	9,8 (6,0)	10,00	0-23	
Uso de drogas				0,000**
Não	7,5 (5,5)	7,00	0-26	
Sim	12,7 (5,9)	14,00	1-23	

*Os totais podem mudar devido aos dados faltantes. **Teste U de Mann-Whitney. ***Teste Kruskal-Wallis.

As variáveis relacionadas às características obstétricas, de morbidades e do recém-nascido apresentaram significância estatística na análise bivariada para gravidez planejada (sim=6,00/não=7,00, $p=0,019$), número de consultas pré-natais (mais de 6 consultas=6,00 6 consultas=7,00 até 5 consultas=8,00, $p=0,002$), depressão na gestação atual (não=7,00/sim=11,00, $p=0,000$), depressão anterior à gestação (não=7,00 sim=10,5, $p=0,000$), internação da puérpera em até 45 dias de pós-parto (não=7,00/sim=11,00, $p=0,047$), internação da criança por problemas de saúde (não=7,00/sim=8,00, $p=0,027$) e autoestima (>31 pontos=5,00/ ≤ 31 pontos=9,00, $p=0,000$). Nenhuma variável referente ao aleitamento materno apresentou significância estatística nessa análise (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das características obstétricas, de morbidades, do recém-nascido e do aleitamento materno na coorte de mulheres avaliadas entre 6 e 15 meses pós-parto, segundo escore total da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo, Rio Branco – AC, 2015-2016.

CARACTERÍSTICAS	ESCORE Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo			Testes U-Mann-Whitney / Kruskal-Wallis
	Média (\pm DP)	Mediana	Min - Máx	p-valor
OBSTÉTRICAS E MORBIDADES				
Aborto/natimorto/óbito neonatal				0,073*
Não	7,5 (5,5)	7,00	0-24	
Sim	8,4 (5,8)	8,00	0-26	
Primigestação				0,154*
Sim	7,3 (5,2)	6,00	0-24	
Não	8,0 (5,8)	7,00	0-26	

Número de filhos vivos				0,130**
1	7,3 (5,2)	6,00	0-24	
2 ou 3	7,6 (5,4)	7,00	0-26	
4 ou mais	8,4 (6,3)	8,00	0-24	
Gravidez planejada				0,019*
Sim	7,0 (5,1)	6,00	0-24	
Não	8,1 (5,8)	7,00	0-26	
Número de consultas pré-natais*				0,002**
>6	7,2 (5,4)	6,00	0-26	
6	7,5 (5,6)	7,00	0-23	
Até 5	8,7 (5,8)	8,00	0-24	
Tipo de parto				0,643*
Cesárea	7,6 (5,7)	7,00	0-26	
Normal	7,7 (5,5)	7,00	0-24	
Gestação no momento da entrevista*				0,813*
Não	7,7 (5,6)	7,00	0-26	
Sim	8,1 (6,2)	7,00	0-21	
Depressão durante a gestação atual*				0,000*
Não	7,4 (5,4)	7,00	0-26	
Sim	12,5 (6,4)	11,00	0-23	
Depressão anterior à gestação*				0,000*
Não	7,4 (5,4)	7,00	0-24	
Sim	11,1 (6,7)	10,50	0-26	
Internação da puérpera até 45 dias pós-parto*				0,003*
Não	7,5 (5,5)	7,00	0-26	
Sim	10,3 (6,6)	11,00	0-23	
DO RECÉM-NASCIDO				
Sexo da criança				0,186*
Masculino	7,3 (5,2)	6,00	0-23	
Feminino	8,2 (6,0)	7,00	0-26	
Pré-termo*				0,710*
Não	7,7 (5,6)	7,00	0-26	
Sim	8,0 (5,6)	7,00	0-24	
Baixo peso ao nascer*				0,384*
Sim	7,2 (6,1)	6,00	0-26	
Não	7,8 (5,6)	7,00	0-24	
Recém-nascido ficou internado em UTI/UCI*				0,066*
Não	7,6 (5,5)	7,00	0-26	
Sim	9,3 (6,5)	8,00	0-22	
Criança ficou internada por problemas de saúde (n=856)*				0,027*
Não	7,6 (5,6)	7,00	0-26	
Sim	8,7 (5,9)	8,00	0-24	
ALEITAMENTO MATERNO				

Orientação sobre amamentação no hospital*				0,270*
Sim	7,7 (5,6)	7,00	0-26	
Não	8,1 (5,7)	7,00	0-24	
Amamentação na primeira hora de vida*				0,882*
Sim	7,7 (5,5)	7,00	0-26	
Não	7,8 (5,7)	7,00	0-24	
Até quando pretende amamentar o bebê?*				0,155**
6 meses	7,2 (5,2)	6,00	0-24	
> 6 meses	8,0 (5,8)	7,00	0-26	
< 6 meses	8,3 (6,2)	7,00	0-24	
ESCORE ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG	-	31,00	-	0,000*
> 31 pontos	5,4 (4,1)	5,00	0-23	
≤ 31 pontos	10,0 (5,8)	9,00	0-26	

*Teste U de Mann-Whitney. **Teste Kruskal-Wallis.

Na análise de regressão logística bruta, os fatores significativamente associados à DPP foram ter até 8 anos de escolaridade (OR=1,64; IC95%: 1,15-2,34), pertencer à classe socioeconômica C, D e E (OR=1,69; IC95%: 1,07-2,66), receber bolsa família (OR=1,78; IC95%: 1,25-2,54), presença de insegurança alimentar (OR=3,39; IC95%: 2,43-4,74), situação conjugal sem companheiro (OR=1,60; IC95%: 1,10-2,34), não ter trabalho com fonte de renda (OR=1,80; IC95%: 1,28-2,54), ser tabagista (OR=2,42; IC95%: 1,48-3,95), fazer uso de drogas ilícitas (OR=5,82; IC95%: 2,38-14,25), ter realizado até 5 consultas pré-natais (OR=1,57 IC95% 1,11-2,23), ter histórico de depressão autorreferida durante a gestação (OR=2,42; IC95%: 1,28-4,58) ou anterior à gestação (OR=3,06; IC95%: 1,79-5,23), sexo feminino do bebê (OR=1,54; IC95%: 1,12-2,13) e o recém-nascido ter ficado em UTI/UCI nas primeiras semanas de vida (OR=2,01; IC95%: 1,10-3,66) (Tabela 4).

Tabela 4 - Razões de chances brutas de depressão pós-parto pela Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) na coorte de mulheres avaliadas entre 6 e 15 meses pós-parto, Rio Branco – AC, 2015-2016.

Variáveis	Depressão pós-parto (escore EPDS)			Regressão Logística	
	≥12 pontos	<12 pontos	TOTAL	OR bruta (IC 95%)	p-valor
	N (%)	N (%)	*N (%)		
GERAL	196 (22,8%)	663 (77,2%)	859(100%)		
SOCIODEMOGRÁFICAS					
Escolaridade					0,006

8 anos ou mais de estudo	135 (20,6%)	520 (79,4%)	655(100%)	1	
Até 8 anos de estudo	61 (29,9%)	143 (70,1%)	204(100%)	1,64 (1,15-2,34)	
Idade					0,050
≥ 35 anos	27 (22,1%)	95 (77,9%)	122(100%)	1	
20 a 34 anos	119 (20,9%)	451 (79,1%)	570(100%)	0,93 (0,58-1,49)	
<20 anos	50 (29,9%)	117 (70,1%)	167(100%)	1,50 (0,88-2,58)	
Classe ABEP					0,024
A e B	26 (16%)	136 (84%)	162(100%)	1	
C, D e E	170 (24,4%)	527 (75,6%)	697(100%)	1,69 (1,07-2,66)	
Recebe bolsa família					0,001
Não	133 (20,3%)	523 (79,7%)	656(100%)	1	
Sim	63 (31,2%)	139 (68,8%)	202(100%)	1,78 (1,25 - 2,54)	
Segurança alimentar					0,000
Sim	67 (13,7%)	423 (86,3%)	490(100%)	1	
Não	129 (35%)	240 (65%)	369(100%)	3,39 (2,43-4,74)	
Situação Conjugal					0,014
Com companheiro	145(21,1%)	543(78,9%)	688(100%)	1	
Sem companheiro	51 (30%)	119 (70%)	170(100%)	1,60 (1,10-2,34)	
Trabalho com fonte de renda					0,001
Sim	60 (16,9%)	294 (83,1%)	354(100%)	1	
Não	134 (26,9%)	364 (73,1%)	498(100%)	1,80 (1,28-2,54)	
HÁBITOS MATERNOS					
Tabagismo					0,000
Não	166 (21,2%)	616 (78,8%)	782(100%)	1	
Sim	30 (39,5%)	46 (60,5%)	76(100%)	2,42 (1,48-3,95)	
Uso de drogas					0,000
Não	183 (21,8%)	655 (78,2%)	838(100%)	1	
Sim	13 (61,9%)	8 (38,1%)	21(100%)	5,82 (2,38-14,25)	
OBSTÉTRICAS E MORBIDADES					
Gravidez planejada					0,145
Sim	63 (20,1%)	251 (79,9%)	314(100%)	1	
Não	133 (24,4%)	412 (75,6%)	545(100%)	1,29 (0,92-1,80)	
Número de consultas pré-natais					0,014
>6	94 (20,9%)	356 (79,1%)	450(100%)	1	
6	26 (18,4%)	115 (81,6%)	141(100%)	0,86 (0,53-1,39)	
Até 5	76 (29,3%)	183 (70,7%)	259(100%)	1,57 (1,11-2,23)	
Depressão no período da gestação atual					0,007
Não	179 (22%)	636 (78%)	815(100%)	1	
Sim	17 (40,5%)	25 (59,5%)	42(100%)	2,42 (1,28-4,58)	
Depressão anterior à gestação					0,000
Não	168 (21,1%)	628 (78,9%)	796(100%)	1	
Sim	27 (45%)	33 (55%)	60(100%)	3,06 (1,79-5,23)	
DO RECÉM-NASCIDO					
Sexo da criança					0,009

Masculino	79 (18,9%)	338 (81,1%)	417(100%)	1	
Feminino	117 (26,5%)	325 (73,5%)	442(100%)	1,54 (1,12-2,13)	
Recém-nascido ficou internado em UTI/UCI					0,023
Não	176 (21,9%)	628 (78,1%)	804(100%)	1	
Sim	18 (36%)	32 (64%)	50 (100%)	2,01 (1,10-3,66)	
Criança ficou internada por problemas de saúde					0,053
Não	161 (21,8%)	578 (78,2%)	739(100%)	1	
Sim	35 (29,9%)	82 (70,1%)	117(100%)	1,53 (0,99-2,36)	
DO ALEITAMENTO MATERNO					
Orientação sobre amamentação no hospital					0,053
Sim	151 (21,6%)	548 (78,4%)	699(100%)	1	
Não	45 (28,8%)	111 (71,2%)	156(100%)	1,47 (1,00-2,17)	

*Os totais podem mudar devido aos dados faltantes.

Na análise multivariada, os fatores que apresentaram associação estatisticamente significativa com DPP foram a autoestima (OR= 0,78 IC95% 0,74-0,82), a depressão anterior à gestação (OR= 2,41; IC95%: 1,23-4,70), a insegurança alimentar (OR= 2,69; IC95%: 1,80-4,00), o sexo da criança feminino (OR.= 1,83; IC95% 1,24-2,72) e a internação do recém-nascido em UTI/UCI nos primeiros dias ou semanas de vida (OR = 3,00 IC95%; 1,44-6,24). Embora a relação com pai do bebê, idade, escolaridade e tempo decorrido de pós-parto não tenham apresentado significância estatística, permaneceram no modelo para ajuste (Tabela 5).

Tabela 5 – Modelo multivariado para depressão pós-parto pela Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) na coorte de mulheres avaliadas entre 6 e 15 meses pós-parto em Rio Branco – AC, 2015-2016.

Variável	OR bruta (IC 95%)	OR ajustada* (IC95%)
Escore de autoestima de Rosenberg (contínua)	0,77 (0,73 - 0,80)	0,78 (0,74-0,82)
Segurança alimentar		
Sim	1	1
Não	3,39 (2,43-4,74)	2,69 (1,80-4,00)
Recém-nascido ficou internado em UTI/UCI		
Não	1	1
Sim	2,01 (1,10-3,66)	3,00 (1,44-6,24)
Sexo da criança		
Masculino	1	1
Feminino	1,54 (1,12-2,13)	1,83 (1,24-2,72)
Depressão anterior à gestação		
Não	1	1
Sim	3,06 (1,79-5,23)	2,41 (1,23-4,70)

*OR ajustada para idade, escolaridade, tempo decorrido desde o parto e demais variáveis do modelo (segurança alimentar, internação do recém-nascido em UTI/ECl, sexo da criança e depressão anterior à gestação).

Discussão

A prevalência de depressão pós-parto observada (22,8%) estimou que aproximadamente uma a cada quatro mulheres apresentam DPP no Município de Rio Branco – AC. Quando comparados aos estudos que adotaram delineamento, instrumento de avaliação e ponto de corte da EPDS idênticos aos adotados nesta investigação, a prevalência de depressão pós-parto constatada foi semelhante àquelas observadas na maioria dos estudos, que variou de 19% em Jakarta na Indonésia (NURBAETI; DEOISRES; HENGUDOMSUB, 2019) a 29% em Presidente Prudente – SP (MIGUEL et al., 2017). As diferenças observadas nos estudos internacionais que tratam da prevalência da DPP poderiam ser atribuídas tanto ao período pós-parto em que as avaliações dos sintomas depressivos pela escala EPDS foram conduzidas, quanto a uma possível resistência das mulheres em relatar as suas dificuldades emocionais em algumas localidades e às diferenças referentes aos contextos histórico, econômico e social, principalmente no que se refere ao acesso aos serviços de saúde mental e apoio psicológico de alguns países.

Quanto aos fatores socioeconômicos e demográficos, a insegurança alimentar mostrou-se associada aos sintomas de depressão pós-parto, sendo tal achado semelhante ao encontrado no estudo transversal realizado com puérperas do Vietnã, cujos resultados demonstram que a chance de desenvolver DPP foi de 1,65 e 2,27 vezes maior naquelas que relataram insegurança alimentar de 1 a 6 meses e em todos os meses, respectivamente, quando comparadas àquelas que não relataram insegurança alimentar (MURRAY et al., 2015). A insegurança alimentar pode estar relacionada às condições econômicas desfavoráveis, uma vez que o sentimento de incerteza quanto ao acesso a uma alimentação necessária, suficiente e adequada em uma localização, é ocasionado provavelmente pela falta de recursos financeiros.

A condição econômica desvantajosa, tais como menor renda per capita ou menor classe socioeconômica, constitui-se em variável sugerida pela literatura científica como associada à DPP (FANTAHUN; CHERIE; DERIBE,

2018; FIALA et al., 2017; TANNOUS et al., 2008; OGBO et al., 2018). Embora a classe ABEP não tenha apresentado associação significativa com sintomas de depressão pós-parto no modelo multivariado deste estudo, a insegurança alimentar poderia servir como uma variável substituta da condição socioeconômica. A insegurança alimentar é um importante fator de risco para o desenvolvimento de DPP em mulheres que se encontram entre o 6º e o 15º mês pós-parto, uma vez que nesse período é recomendada uma transição entre amamentação e introdução alimentar (WHO, 2001). Nesse sentido, a insegurança alimentar nessa fase pode levar aos sintomas de estresse e sentimentos de ansiedade, preocupação ou impotência, que provavelmente contribuem para o desenvolvimento de sintomas depressivos (EZZEDDIN et al., 2018).

A autoestima foi um dos fatores avaliados neste estudo e que se mostrou fortemente associada aos sintomas de DPP, de modo que para cada unidade de aumento do escore de autoestima foi observada uma redução de 23% na chance de DPP nessa amostra. Apesar desses achados convergirem com a maioria dos estudos que se propuseram a estudar a relação entre autoestima e depressão pós-parto em mulheres no período gestacional (MEIRELES et al., 2017; SILVA et al., 2010) e no puerpério tardio (FRANCK et al., 2016; STAMP; CROWTHER, 1994), eles divergem dos resultados de um estudo transversal realizado com puérperas na Indonésia (NURBAETI; DEOISRES; HENGUDOMSUB, 2019). Contudo, tal divergência para avaliação da DPP poderia ser atribuída às diferenças de pontos de corte adotados no estudo indonésio (13 pontos), ao local da coleta de dados (realizada em um centro de saúde pública) ou ainda ao período da avaliação (momento em que a mulher estava recebendo resultados de exames físicos ou levando o recém-nascido para imunização).

Por outro lado, o histórico de depressão anterior à gestação como fator associado à DPP está em consonância com outros estudos (DENNIS; JANSSEN; SINGER, 2004; DØRHEIM et al., 2009; HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017; MORAIS et al., 2015; OGBO et al., 2018), sugerindo a necessidade de atenção aos cuidados em saúde mental na mulher, sobretudo durante a vida reprodutiva e no planejamento familiar.

No presente estudo, o momento da entrevista, que foi efetuada entre o 6º e 15º mês após o parto, não mostrou associação com DPP pela EDPS, quando analisada como variável contínua em dias. Contudo, esta variável foi ajustada no modelo final da análise multivariada. Um estudo prospectivo australiano observou que a prevalência de DPP numa coorte de puérperas foi de 9% tanto no pós-parto imediato como aos 1,5 meses após o parto, e de 10% aos 6 meses após o parto, sugerindo que a prevalência de DPP pela EDPS não mostrou variação durante os primeiros 6 meses após o parto (STAMP; CROWTHER, 1994).

Um estudo de revisão sistemática sobre os determinantes de transtornos mentais não psicóticos em mulheres no período perinatal em países de baixa e média renda observou que o fato de dar à luz a bebê do sexo feminino estaria associado aos problemas mentais no puerpério (FISHER et al., 2012). Já um estudo nacional de coorte prospectivo observou que o fato da puérpera deter preferência por sexo da criança foi um fator associado à DPP (MORAES et al., 2006). No presente estudo, as mulheres que gestaram e pariram bebês do sexo feminino apresentaram maiores chances de sintomas de DPP, indicando que gerar um bebê do sexo feminino em Rio Branco-AC afetaria significativamente a chance de depressão pós-parto, independente do escore de autoestima, internação do bebê na UTI e histórico de depressão anterior à gestação.

Apesar do avanço mundial quanto à igualdade de gênero, ainda se observam aspectos machistas presentes em determinadas culturas e nas configurações familiares, inclusive na brasileira (BARROSO et al., 2000). Em um estudo econométrico que analisou a evolução da igualdade de gênero no Brasil, entre 1997 a 2012, foi observado que o Acre apresentou um Índice de Igualdade de Gênero (IIG) médio superior durante o ano de 2012 em comparação aos demais Estados Federativos. Entretanto, os autores enfatizam que o Brasil ainda está em uma posição retrógrada nas questões de igualdade de gênero, sobretudo quando comparado a outros países mais desenvolvidos (BORTOLUZZO; MATAVELLI; MADALOZZO, 2016).

Apesar de ser escassa a literatura referente à relação entre DPP e o fato de os bebês necessitarem ficar internados em UTI ou UCI durante os primeiros

dias ou semanas de vida, o presente estudo observou uma associação positiva significativa de tal relação. Por outro lado, existem estudos prévios que observaram uma associação significativa entre os problemas de saúde do recém-nascido e a depressão pós-parto. Um estudo transversal realizado no Vietnã encontrou uma associação positiva significativa entre os problemas de amamentação do recém-nascido e a DPP na puérpera (MURRAY et al., 2015). Já um estudo longitudinal de base populacional realizado no Canadá sugeriu uma associação entre o sentimento de insatisfação da mulher com o método de amamentação da criança e sintomas de DPP (DENNIS; JANSSEN; SINGER, 2004), enquanto um estudo transversal com amostra de mulheres indonésias sugeriu uma associação entre o estresse da puérpera relacionado às responsabilidades maternas com a assistência infantil e os sintomas de DPP (NURBAETI; DEOISRES; HENGUDOMSUB, 2019).

Este foi o primeiro estudo que avaliou os sintomas de depressão pós-parto no Município de Rio Branco – AC e na Região Norte pela EPDS entre o 6º e 15º mês após o parto. O tamanho amostral foi considerável e suficiente, permitindo a exploração de variáveis que não haviam sido previamente avaliadas ou descritas como associadas à depressão pós-parto, ao menos em nível nacional, tais como sexo feminino da criança, insegurança alimentar e recém-nascido ficar internado em UTI/UCI. Além disso, este estudo transversal foi realizado dentro de uma coorte prospectiva de mulheres, de modo que as variáveis de exposição relativas ao nível socioeconômico, características obstétricas, gestacionais e informações sobre o pré-natal sabidamente precederam o desfecho no tempo.

Considerando que este estudo tem delineamento transversal dentro de uma coorte de mulheres, utilizando questionário como principal estratégia de coleta de dados, é possível a existência de viés de memória ou erro de classificação da exposição geradas pela confusão e/ou constrangimento da participante nas respostas. Contudo, as informações relativas ao parto prematuro, número de consultas pré-natais, sexo e baixo peso do bebê ao nascer foram obtidas a partir dos registros hospitalares e confirmadas no cartão da gestante ou da criança, garantindo a acurácia dessas informações para todas as participantes do estudo.

Ademais, embora a variável desfecho (sintomas de DPP) não tenha sido diagnosticada por um profissional especialista em saúde mental, ela foi avaliada pela escala EPDS, que foi validada com um alto grau de acurácia e adaptada para a população brasileira.

Conclusão

A prevalência de sintomas de depressão pós-parto em Rio Branco (AC) foi de 22,8%, estimativa semelhante aos resultados das investigações conduzidas em outras regiões brasileiras. A intensidade da autoestima, a presença do histórico de depressão anterior, a insegurança alimentar, gestar e parir bebê do sexo feminino e a internação do recém-nascido em UTI ou UCI estiveram estaticamente associadas aos sintomas de DPP na coorte de estudo. Uma importante recomendação a ser considerada seria a devida atenção à saúde mental da mulher no período gravídico-puerperal com a finalidade de prevenção, diagnóstico precoce e intervenções nos sintomas depressivos.

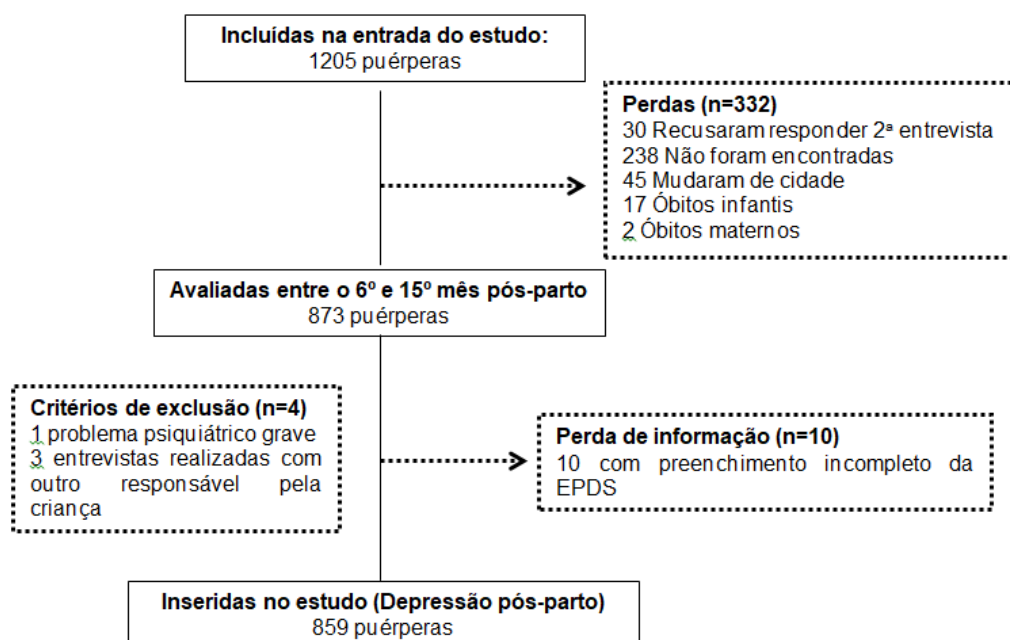


Figura 1 - Fluxograma da formação da coorte de mulheres e seguimento do sexto ao décimo quinto mês pós-parto, segundo sintomas depressivos pós-parto. Município de Rio Branco, Acre, 2015-2016.

Referências – Artigo 1

AHMAD, N. A. et al. Postnatal depression and intimate partner violence: a nationwide clinic-based cross-sectional study in Malaysia. **BMJ Open**, v. 8, n. 5, p. e020649, maio 2018.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (2004). **DSM-V: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARROSO, M. G. T. et al. A família brasileira numa visão cultural. **Rev. Rene**, 2. v. 1, n. 2, p. 21–24, dez. 2000.

BORTOLUZZO, A. B.; MATAVELLI, I. R.; MADALOZZO, R. Determinantes da Distribuição da (Des)igualdade de Gênero entre os Estados Brasileiros. **Estudos Econômicos (São Paulo)**, v. 46, n. 1, p. 161–188, mar. 2016.

BRASIL; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA); SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E INVESTIMENTOS ESTRATÉGICOS (SPI). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM): Relatório Nacional de Acompanhamento/Coordenação**. Brasília: Ipea/MP/SPI, 2014.

CANTILINO, A. et al. Translation, Validation and Cultural Aspects of Postpartum Depression Screening Scale in Brazilian Portuguese. **Transcultural Psychiatry**, v. 44, n. 4, p. 672–684, dez. 2007.

CANTILINO, A. **Depressão pós-parto: prevalência, pensamentos disfuncionais e comorbidade com transtornos ansiosos**. 2009. 153f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

CANTILINO, A. et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 37, n. 6, p. 288–294, 2010.

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. **Br J Psychiatry**, v. 150, p. 782-786, 1987.

DENNIS, C.-L. E.; JANSSEN, P. A.; SINGER, J. Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 110, n. 5, p. 338–346, nov. 2004.

DINI, G.; QUARESMA, M.; FERREIRA, L. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de autoestima de Rosenberg. **Rev. Soc. Bras. Cir. Plást**, v. 19, n. 1, p. 41-52, jan.-abr. 2004.

DØRHEIM, S. K. et al. Sleep and Depression in Postpartum Women: A Population-Based Study. **Sleep**, v. 32, n. 7, p. 847–855, jul. 2009.

EZZEDDIN, N. et al. The Prevalence of Postpartum Depression and Its Association with Food Insecurity among Mothers Referring to Community Health Centers. **Iran J Psychiatry**, v. 13, n. 4, p. 280-284, 2018.

FAISAL-CURY, A. et al. Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. **Archives of Women's Mental Health**, v. 7, n. 2, p. 123–131, 2004.

FANTAHUN, A.; CHERIE, A.; DERIBE, L. Prevalence and Factors Associated with Postpartum Depression Among Mothers Attending Public Health Centers of Addis Ababa, Ethiopia, 2016. **Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health**, v. 14, n. 1, p. 196–206, 31 ago. 2018.

FIALA, A. et al. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. **BMC Psychiatry**, v. 17, n. 1, p. 104, dez. 2017.

FISHER, J. et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 90, n. 2, p. 139-149, 1 fev. 2012.

FRANCK, E. et al. The role of self-esteem instability in the development of postnatal depression: A prospective study testing a diathesis-stress account. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, v. 50, p. 15–22, mar. 2016.

GALLUCCI NETO, J.; CAMPOS JÚNIOR, M. C.; HÜBNER, C. VON K. Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D): revisão dos 40 anos de sua utilização. **Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D): revisão dos 40 anos de sua utilização**, v. 3, n. 1, p. 10–14, 2001.

GOMES-OLIVEIRA, M. H. et al. Validation of the Brazilian Portuguese Version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 4, p. 389–394, dez. 2012.

GUILLE, C. et al. Management of Postpartum Depression. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 58, n. 6, p. 643–653, nov. 2013.

HARTMANN, J. M.; MENDOZA-SASSI, R. A.; CESAR, J. A. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, 9 out. 2017.

MARTINS, F. A. **Aleitamento materno, desmame precoce, dieta mínima aceitável e excesso de peso em nascidos vivos de Rio Branco - AC**. 247f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Acre, Rio Branco, 2020.

MEIRELES, J. F. F. et al. Imagem corporal, atitudes alimentares, sintomas depressivos, autoestima e ansiedade em gestantes de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 437–445, fev. 2017.

MELO, E. F. et al. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. **Journal of Affective Disorders**, v. 136, n. 3, p. 1204–1208, fev. 2012.

MIGUEL, P. et al. Transtorno depressivo em puérperas: avaliação da prevalência e fatores de risco. **Colloquium Vitae**, v. 9, n. Especial, p. 96–100, 15 dez. 2017.

MORAES, I. G. DA S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 65–70, fev. 2006.

MORAIS, M. DE L. S. E et al. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 40–50, 2015.

MURRAY, L. et al. Postnatal depressive symptoms amongst women in Central Vietnam: a cross-sectional study investigating prevalence and associations with social, cultural and infant factors. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 15, n. 1, p. 234-246, dez. 2015.

NISHIMURA, A. et al. Paternal postnatal depression in Japan: an investigation of correlated factors including relationship with a partner. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 15, n. 1, p. 128-136, dez. 2015.

NURBAETI, I.; DEOISRES, W.; HENGUDOMSUB, P. Association between psychosocial factors and postpartum depression in South Jakarta, Indonesia. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 20, p. 72–76, jun. 2019.

OGBO, F. A. et al. Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. **BMC Psychiatry**, v. 18, n. 1, p. 49, dez. 2018.

PEREIRA, P. F. et al. Rastreamento de sintomas depressivos e ansiosos em mulheres no pós-parto: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 14, n. 3, p. 294-304, oct. 2015.

RAMALHO, A. A. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida em Rio Branco, Acre. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 14, supl. 1, p. 1-20, nov. 2019.

RICH-EDWARDS, J. W. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 60, n. 3, p. 221–227, 1 mar. 2006.

RUOHOMÄKI, A. et al. The association between gestational diabetes mellitus and postpartum depressive symptomatology: A prospective cohort study. **Journal of Affective Disorders**, v. 241, p. 263–268, dez. 2018.

RUSCHI, G. E. C. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 3, p. 274–280, dez. 2007.

SANTOS, M. F. DOS; MARTINS, F.; PASQUAL, L. Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 2, 1999.

SANTOS, I. S. et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2577–2588, nov. 2007.

SCHARDOSIM, J. M.; HELDT, E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto. **Rev. Gaúcha Enfer**, v. 32, n. 1, p. 159-166, 2011.

SILVA, R. A. DA et al. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1832–1838, set. 2010.

SIMAS, F. B.; SOUZA, L.; SCORSOLINI-COMIN, F. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. **Revista psicologia: teoria e prática**, v. 15, n. 1, p. 19-34, jan.-abr. 2013.

SOARES, Y.; GONÇALVES, N.; CARVALHO, C. Avaliação da depressão pós-parto: prevalência e fatores associados. **Rev. Interd.**, v. 8, n. 4, p. 40-46, out.-nov.-dez. 2015.

STAMP, G. E.; CROWTHER, C. A. Postnatal Depression: A South Australian Prospective Survey. **The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 34, n. 2, p. 164–167, maio 1994.

STRAPASSON, M. R.; FERREIRA, C. F.; RAMOS, J. G. L. Associations between postpartum depression and hypertensive disorders of pregnancy. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 143, n. 3, p. 367–373, dez. 2018.

TANNOUS, L. et al. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. **BMC Psychiatry**, v. 8, n. 1, p. 1, dez. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding: conclusions and recommendations**. Geneva: WHO; 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates**. Geneva: WHO, 2017.

6.2 Artigo 2 – Fatores associados à autoestima em uma coorte de mulheres no Município de Rio Branco, Acre.

Resumo

OBJETIVO: Analisar o nível de autoestima e os fatores associados em mulheres entrevistadas em algum momento entre o 6º e o 15º mês pós-parto no Município de Rio Branco – Acre. **MÉTODOS:** Estudo transversal com 841 mulheres que pariram nas duas únicas maternidades de Rio Branco-AC, avaliadas por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR). Foram realizadas análises descritivas por meio de frequências absolutas (n), relativas (%) e de tendência central. A análise bivariada foi realizada por meio do teste U-Mann-Whitney ou teste Kruskal-Wallis e na análise múltipla foi feita uma regressão logística binária. **RESULTADOS:** A média do escore de autoestima foi de 31,6 pontos ($\pm 4,96$) e mediana igual a 31 pontos. Estiveram significativamente associados à baixa autoestima a idade (OR=0,96; IC95%: 0,94-0,99), presença de sintomas depressivos pós-parto de acordo com a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) (OR= 6,12; IC95%: 4,01-9,34), menor escolaridade (OR=1,90; IC95%: 1,31-2,76), tabagismo (OR= 2,53; IC95%: 1,38-4,67) e ausência de relação com o pai do recém-nascido (OR=2,93; IC95%: 1,59-5,40). **CONCLUSÃO:** A média de autoestima em mulheres rio-branquenses avaliadas em algum momento entre 6 e 15 meses pós-parto foi de 31,6 pontos ($\pm 4,96$) e mediana igual a 31 pontos. Menores faixas etárias, presença de sintomas depressivos pós-parto, hábito de fumar, menor nível escolar e relação de ausência com o pai da criança foram associados à baixa autoestima, sugerindo a necessidade de atenção e promoção da autoestima às mulheres no pós-parto.

Palavras-chave: autoestima, puerpério, EAR, fatores associados.

Abstract

OBJECTIVE: To analyze the level of self-esteem and associated factors in women interviewed sometime between the 6th and 15th postpartum months in the municipality of Rio Branco - Acre. **METHODS:** Cross-sectional study with 841 women who delivered at the only two maternity hospitals in Rio Branco-AC, assessed using the Rosenberg Self-Esteem Scale (EAR). Descriptive analyzes

were performed using absolute (n), relative (%) and central tendency frequencies. The bivariate analysis was performed using the U-Mann-Whitney test or the Kruskal-Wallis test and in the multiple analysis, a binary logistic regression was performed. RESULTS: The average self-esteem score was 31.6 points (\pm 4.96) and the median was 31 points. Age (OR = 0.96; 95% CI: 0.94-0.99) was significantly associated with low self-esteem, presence of postpartum depressive symptoms according to the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) (OR = 6.12; 95% CI: 4.01-9.34), less education (OR = 1.90; 95% CI: 1.31-2.76), smoking (OR = 2.53; 95% CI: 1.38-4.67) and no relationship with the newborn's father (OR = 2.93; 95% CI: 1.59-5.40). CONCLUSION: The average self-esteem in women from Rio Branco evaluated at some point between 6 and 15 months postpartum was 31.6 points (\pm 4.96) and the median was 31 points. Smaller age groups, presence of postpartum depressive symptoms, smoking, less schooling and absence from the child's father were associated with low self-esteem, suggesting the need for attention and promotion of self-esteem for women in the postpartum period.

Key words: self-esteem, puerperium, EAR, associated factors.

Introdução

A autoestima é um conjunto de sentimentos e pensamentos que uma pessoa tem por si, sendo a base para a construção e definição de uma atitude positiva ou negativa sobre si própria (ROSENBERG, 1965), tornando-se um importante aspecto a ser avaliado na área de saúde mental (KERNIS, 2005).

O constructo da autoestima costuma ser avaliado em populações específicas e em relação a certos estados psicológicos, enfermidades ou etapas da vida, não sendo observados estudos que avaliem os níveis de autoestima para a população geral (DIAS et al., 2008; FULTON et al., 2012; GOMES; SPEIZER, 2010b; GRUS, 2001; MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010; MCVEIGH; SMITH, 2000; ORTH et al., 2014; RODRIGUES et al., 2010; SALEHI et al., 2015; TAVARES et al., 2016; VARESCON et al., 2013).

Nas mulheres, o ciclo gravídico-puerperal é um momento singular, extremamente significativo (SIMAS; SOUZA,; SCORSOLINI-COMIN, 2013). Trata-se de uma experiência humana marcada por muitas transformações

fisiológicas e psicológicas, que podem vir acompanhadas de períodos vulneráveis à saúde física e mental (ROFE; BLITTNER; LEWIN, 1993). Entre as mulheres que se encontram no período pós-parto, a autoestima é um fator importante para a saúde mental e para o restabelecimento do equilíbrio emocional, uma vez que a autopercepção positiva nesse período pode favorecer o desempenho do papel materno (MOTHANDER, 1992; ROFE; BLITTNER; LEWIN, 1993).

Um dos instrumentos psicométricos que se propõe a avaliar a autoestima é a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), sendo amplamente utilizada no mundo para diferentes populações (SCHULTZ; APRILE, 2013; SILVA; MARINHO, 2003). No Brasil, a escala foi validada e apresentou resultados satisfatórios, sendo, portanto, útil na avaliação da autoestima em amostras brasileiras em diversos contextos clínicos, incluindo o período gestacional (DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004; HUTZ; ZANON, 2011).

Embora a literatura seja ampla quanto aos estudos que investigaram níveis de autoestima de mulheres durante a gestação (CAMERON et al., 1996; SMITH; GRENYER, 1999; MARLEAU; SAUCIER, 2000; DIAS et al., 2008; KAMYSHEVA et al., 2008; GOMES; SPEIZER, 2010; MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010; RODRIGUES et al., 2010; SILVA et al., 2010; BÖDECS et al., 2011; COHEN et al., 2011; VAN HAAREN-TEN HAKEN et al., 2012; WEIS; RYAN, 2012; MACHADO; VINHOLES; FELDENS, 2013; MAKARA-STUDZIŃSKA et al., 2013; SHLOIM et al., 2013; VARESCON et al., 2013; SANTOS et al., 2015; ULLOQUE-CAAMAÑO; MONTERROSA-CASTRO; ARTETA-ACOSTA, 2015; FRANCK et al., 2016; MEIRELES et al., 2017; YEHIA et al., 2019), são escassos os trabalhos que analisaram a autoestima em mulheres após o parto. Os estudos que utilizaram a EAR como instrumento psicométrico para avaliar os níveis de autoestima em puérperas verificaram algumas discrepâncias entre os resultados. Os estudos internacionais com delineamento transversal que optaram por utilizar o escore de EAR como uma relação direta com a autoestima, sugerem que a média do escore de EAR variou de 24,5 pontos em puérperas adolescentes americanas (THOMPSON; OSTEEN; YOUNGKER, 2001) a 36,5 pontos em mulheres australianas no pós-parto (MCVEIGH; SMITH, 2000). No entanto, a variação dessas estimativas

poderia ser explicada pela idade materna (adolescente ou adulta) e pelo momento pós-parto em que a EAR foi aplicada (que variou de pós-parto imediato até 24 meses após o parto) (KANG; LEE; KANG, 2014; LEE; KOO, 2015; LOTO et al., 2010; ROSS et al., 2011).

No Brasil, foi observado apenas um estudo recente utilizando a EAR para avaliar a autoestima em puérperas que se encontravam entre 45 e 60 dias de pós-parto na cidade São Paulo, sendo observada uma média de 23,4 pontos no escore da EAR (MARCACINE et al., 2018).

A autoestima tem sido apontada como preditora de uma adaptação boa ou regular frente às responsabilidades inerentes à maternidade (MOTHANDER, 1992; ROFE; BLITTNER; LEWIN, 1993). Considera-se que informações sobre esse importante constructo podem contribuir com o planejamento, as ações e as estratégias de atenção, promoção e prevenção à saúde mental da mulher. Diante da escassez de estudos brasileiros que avaliaram a autoestima em mulheres após o parto, este estudo foi viabilizado tendo como objetivo determinar o nível de autoestima e fatores associados em mulheres avaliadas em algum momento entre o 6º e o 15º mês pós-parto no Município de Rio Branco – Acre.

Métodos

Tipo de Estudo

Neste trabalho foi utilizada a base de dados de um estudo matriz, referente a uma coorte de mulheres e seus respectivos nascidos vivos residentes na área urbana do Município de Rio Branco – AC, cujos partos ocorreram no período de 06 de abril a 30 de junho de 2015, nas duas únicas maternidades locais. As mulheres foram entrevistadas em duas etapas, sendo a primeira durante o pós-parto imediato no âmbito hospitalar e a segunda em algum momento entre o 6º e o 15º mês de pós-parto no domicílio. Os detalhes relativos à amostragem, recrutamento e seguimento das mulheres estão publicados em outro lugar (RAMALHO et al., 2019; MARTINS et al., 2020). Assim, o presente estudo possui delineamento transversal na coorte de mulheres entrevistadas em algum momento durante o 6º e 15º mês pós-parto.

População de Estudo

Das 1.205 puérperas e seus respectivos nascidos vivos elegíveis para o estudo matriz, uma foi excluída porque apresentou diagnóstico de doença psiquiátrica que a impossibilitava de responder ao questionário. Das 1.204 puérperas elegíveis para o presente estudo, 1,66% foram excluídas (n=20) por dois motivos, incluindo o questionário ter sido respondido por outro responsável pela criança na segunda etapa da coleta de dados (n=3), ou porque a criança havia falecido e a mãe estava em processo de luto (n=17), o que poderia influenciar a mensuração do desfecho (autoestima). Além disso, 28,5% das puérperas elegíveis foram consideradas perdas para o estudo porque se mudaram de cidade (n=45), não foram encontradas no domicílio mesmo após 3 ou mais tentativas (n=238), por óbito materno (n=2), por se recusarem a responder a entrevista (n=30) ou porque a EAR foi respondida de forma incompleta (n=28) (Figura-2).

Assim, a população deste estudo foi composta por 841 puérperas do projeto matriz, que foram entrevistadas no período pós-parto imediato no âmbito hospitalar e em algum momento entre o 6º e 15º mês após o parto. A população de mulheres consideradas como perdas foi comparada àquelas que permaneceram no estudo quanto às características sociodemográficas, hábitos maternos, características obstétricas e hábitos da mulher, por meio do teste qui-quadrado, mas não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis avaliadas.

Coleta de Dados e Variáveis de Estudo

As variáveis sociodemográficas, hábitos maternos, informações obstétricas, de morbidade da mulher e sobre o recém-nascido foram obtidas da base de dados construída na entrada do estudo (RAMALHO et al., 2019). Já as informações referentes à depressão pós-parto e autoestima foram obtidas a partir da base de dados do estudo de seguimento das mães e crianças (MARTINS et al., 2020).

A variável dependente foi a autoestima, avaliada por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), que é um instrumento validado por Dini e colaboradores (2004) para a população brasileira e é constituído por 10 itens,

sendo a metade deles enunciados de forma positiva e a outra metade de forma negativa (com pontuação invertida), que foram dispostos aleatoriamente, em ordem diferente para não viciar a resposta. Para cada resposta, existem quatro opções tipo *likert* com as respectivas pontuações (concordo totalmente = 4, concordo = 3, discordo = 2, discordo totalmente = 1). A pontuação pode variar de 10 (autoestima inferior) a 40 pontos (autoestima superior). A baixa autoestima foi considerada quando a pontuação foi menor ou igual à mediana na amostra deste estudo (31 pontos).

As variáveis independentes estão descritas a seguir:

Variáveis sociodemográficas: escolaridade (até 8 anos de estudo/8 anos ou mais de estudo), cor de pele da mãe (branca/não branca), puérpera adolescente conforme definição da Organização Mundial da Saúde (não/sim), classe socioeconômica ABEP (A e B/C, D e E), conforme os critérios de classificação econômica do Brasil (BRASIL, 2014), Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA (segurança alimentar/insegurança alimentar), situação conjugal (sem companheiro/com companheiro), situação com o pai do bebê (presente/ausente) e ter algum trabalho remunerado (não/sim).

Hábitos maternos: prática de esporte ou atividade física (não/sim), etilismo (não/sim), tabagismo (não/sim) e uso de drogas (não/sim).

Características obstétricas e morbidades da mulher: primigestação (não/sim), algum aborto, natimorto ou óbito neonatal (não/sim), gravidez planejada (não/sim), tipo de parto (normal/cesáreo), gestação gemelar (não/sim), número de gestações (1 a 3/ 4 a 6/ 7 ou mais), número de consultas pré-natais (até 6/6 ou mais), depressão anterior à gestação (não/sim) e internação da puérpera até 45 dias pós-parto (não/sim).

Informações do recém-nascido: sexo do bebê (masculino/feminino), prematuridade (não/sim), baixo peso ao nascer (não/sim) e internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) (sim/não).

Informações sobre aleitamento materno: orientação sobre amamentação no hospital (não/sim), amamentou na primeira hora de vida (não/sim) e período que pretende amamentar (menos de 6 meses/6 meses ou mais).

Depressão pós-parto: avaliada por meio da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), instrumento psicométrico que tem como finalidade rastrear a depressão pós-parto, composto por 10 questões que verificam os sintomas da mulher referentes aos últimos sete dias. Para cada pergunta há quatro opções de resposta, sendo que a cada resposta é associada uma pontuação que varia de zero a três. A soma dos pontos das repostas resulta no escore total da escala, que varia de 0 a 30 pontos (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987). Para a população brasileira, pontuações iguais ou superiores a 12 são indicativas de depressão pós-parto (SANTOS, MARTINS e PASQUALI, 1999).

Análise dos Dados

A análise descritiva dos dados foi feita por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis categóricas e por meio das medidas de tendência central (média e mediana) e medida de dispersão (desvio padrão) para as variáveis contínuas. Para a variável desfecho de autoestima foi realizada uma análise descritiva absoluta (n) e relativa (%) para cada item da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), bem como estimados os valores da média, mediana e desvio padrão do escore total referente à amostra.

Visando explorar a associação individual das variáveis presentes no estudo com o desfecho autoestima, foi realizada a análise bivariada entre a mediana da variável contínua do Escore Total da EAR e as variáveis independentes por meio dos testes U de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis.

Na análise multivariada foi criada uma variável binária do escore total da EAR, usando como ponto de corte a mediana do escore observada na amostra total (mediana = 31), cujos valores iguais ou inferiores à essa mediana foram considerados indicativos de baixa autoestima, e valores superiores à mediana um indicativo de autoestima elevada (GOMES; SPEIZER, 2010; MARTIN et al., 2005). Este ponto de corte foi efetuado visando a realização de uma regressão logística binária, uma vez que a variável contínua não apresentou uma distribuição normal, mesmo após a transformação logarítmica. Os valores das odds ratio (OR) bruta e ajustada, com os seus respectivos intervalos de

confiança 95%, foram calculados para as variáveis que compuseram o modelo final. Para todas as análises foi considerado um nível de significância de 5%.

As variáveis com $p < 0,20$, resultantes da análise bivariada, foram selecionadas para inclusão na análise múltipla, onde foram retidas as variáveis com $p \leq 0,05$ e/ou as que apresentavam plausibilidade biológica com o desfecho. Foi selecionado como modelo final o modelo mais parcimonioso. O ajuste do modelo final foi verificado por meio dos testes de Hosmer e Lemeshow, mostrando que as variáveis presentes foram adequadas para a explicação do desfecho. A multicolinearidade foi verificada, não detectando interdependência. Foram identificados os pontos em que houve pouca aderência no modelo final (resíduos padronizados e estudentizados), bem como aqueles que exercem influência inadequada (distância de cook, DF Beta e Leverage). Todas as análises estatísticas foram feitas pelo programa SPSS versão 20.0.

Aspectos Éticos

Os projetos originais foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFAC (CEP/UFAC) e todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

A média do escore de autoestima da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) na amostra de 841 mulheres foi de 31,6 pontos ($\pm 4,96$) e mediana igual a 31 pontos. As distribuições das respostas da EAR estão descritas na Tabela-1, onde pode ser observado que para a maioria dos itens positivos da EAR, mais de 89% das participantes responderam que “concorda totalmente” ou “concorda”. Contudo, para o item 1 (No conjunto, eu estou satisfeita comigo) foi observado que 19,6% responderam que “discordam” ou “discordam totalmente”. Já entre os itens negativos da EAR, foi observado que no item 8 (Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesma) 51,2% das puérperas responderam que “concordam” ou “concordam totalmente”, enquanto para os itens 5 (Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar) e

6 (Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes) o percentual de respostas “concordo totalmente” e “concordo” foi de aproximadamente 25% (Tabela-1).

Tabela 1 - Distribuição das frequências de respostas da Escala de Autoestima de Rosenberg na coorte de mulheres avaliadas entre 6 e 15 meses pós-parto, Rio Branco – Acre, 2015-2016 (n=841).

Itens da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)	Respostas n(%)			
	Concorda totalmente	Concorda	Discorda	Discorda totalmente
1. No conjunto, eu estou satisfeita comigo	263 (31,3%)	413 (49,1%)	139 (16,5%)	26 (3,1%)
2. Às vezes, eu acho que não presto para nada	16 (1,9%)	103 (12,2%)	320 (38%)	402 (47,8%)
3. Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades	319 (37,9%)	462 (54,9%)	46 (5,5%)	14 (1,7%)
4. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas	303 (36%)	448 (53,3%)	80 (9,5%)	10 (1,2%)
5. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar	19 (2,3%)	189 (22,5%)	363 (43,2%)	270 (32,1%)
6. Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes	20 (2,4%)	187 (22,2%)	339 (40,3%)	295 (35,1%)
7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas	330 (39,2%)	448 (53,3%)	54 (6,4%)	9 (1,1%)
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesma	50 (5,9%)	381 (45,3%)	242 (28,8%)	168 (20%)
9. No geral, eu estou inclinada a sentir que sou um fracasso	15 (1,8%)	79 (9,4%)	372 (44,2%)	375 (44,6%)
10. Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesma	314 (37,3%)	459 (54,6%)	57 (6,8%)	11 (1,3%)

A análise bivariada realizada entre as variáveis sociodemográficas e hábitos maternos e os escores medianos da EAR foram estatisticamente diferentes segundo a escolaridade (8 anos ou mais de escolaridade=32,0/até 8 anos de estudo=30,0 p=0,000), cor da pele (branca=33,0/não branca=31,0 p=0,002), puérpera adolescente (não=32,0/sim=30,0 p=0,000), classe ABEP (A e B=33,0/C,D e E=31,0 p=0,000), Escala de Segurança Alimentar (segurança alimentar=32,0/insegurança alimentar=30,0 p=0,000), situação conjugal (com companheiro=32,0/sem companheiro=30,0 p=0,001), relação com o pai do bebê (presente=32,0/ausente=30,0 p=0,002), ter um trabalho remunerado (sim=32,0/não=31,0 p=0,000), prática de esporte (sim=32,0/não=31,0 p=0,009), tabagismo (não=32,0/sim=29,0 p=0,000) e uso de drogas ilícitas (não=31,0/sim=28,0 p=0,005) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das características sociodemográficas e hábitos maternos na coorte de mulheres avaliadas entre 6 e 15 meses pós-parto, segundo escore total da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), Rio Branco – Acre, 2015-2016.

Características	Escore da Escala de Autoestima de Rosenberg			Testes U-Mann-Whitney/Kruskal-Wallis p-valor
	Média (+DP)	Mediana	Min-Máx	
INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS				
Escolaridade (n=841)				0,000**
8 anos ou mais de estudo	32,1 (4,8)	32,00	10-40	
Até 8 anos de estudo	29,6 (4,8)	30,00	16-40	
Cor da pele (n=840)*				0,002**
Branca	33,2 (4,6)	33,00	21-40	
Não branca	31,4 (4,9)	31,00	10-40	
Puérpera adolescente, conforme OMS (n=841)				0,000**
Não	31,9 (5,0)	32,00	10-40	
Sim	30,1 (4,4)	30,00	16-40	
Classe ABEP (n=841)				0,000**
A e B	33,2 (5,0)	33,00	17-40	
C, D e E	31,2 (4,8)	31,00	10-40	
Escala de Segurança Alimentar (n=841)				0,000**
Segurança alimentar	32,6 (4,6)	32,00	10-40	
Insegurança alimentar	30,2 (5,0)	30,00	16-40	
Situação Conjugal (n=840)*				0,001**
Com companheiro	31,8 (5,0)	32,00	16-40	
Sem companheiro	30,5 (4,6)	30,00	10-40	
Relação com o pai do bebê (n=838)*				0,002**
Presente	31,7 (5,0)	32,00	10-40	
Ausente	30,0 (4,0)	30,00	21-40	
Trabalho com fonte de renda (n=834)*				0,000**
Sim	32,8 (4,7)	32,00	10-40	
Não	30,8 (5,0)	31,00	16-40	
HÁBITOS MATERNOS				
Prática de esporte ou atividade física (n=841)				0,009**
Sim	32,6 (4,2)	32,00	21-40	
Não	31,4 (5,0)	31,00	10-40	
Etlismo (n=841)				0,248**
Não	31,7 (4,9)	31,00	17-40	
Sim	31,2 (5,1)	31,00	10-40	
Tabagismo (n=841)				0,000**
Não	31,8 (4,9)	32,00	10-40	
Sim	29,1 (5,0)	29,00	16-40	
Uso de drogas (n=841)				0,005**
Não	31,6 (4,9)	31,00	10-40	
Sim	28,9 (4,1)	28,00	22-38	

*Os totais podem mudar devido aos dados faltantes. **Teste U de Mann-Whitney. ***Teste Kruskal-Wallis.

Dentre as variáveis referentes às características obstétricas, de morbidades, do recém-nascido e do aleitamento materno, o escore mediano de EAR foi estatisticamente diferente segundo sintomas de depressão pós-parto EPDS ≥ 12 pontos (não=32,0/sim=28,0 $p=0,000$), gravidez planejada (sim=32,0/não=31,0 $p=0,001$), tipo de parto (cesárea=32,0 / normal=31,0 $p=0,024$), número de gestações (de 1 a 3 =31,0/4 a 6 =30,0/7 ou mais=28,0 $p=0,006$), número de consultas pré-natais (6 ou mais=32,0/Até 6=30,0 $p=0,000$), internação da puérpera em até 45 dias de pós-parto (não=31,0/sim=29,5 $p=0,001$), depressão anterior à gestação (não M=31,0/sim M=29,0 $p=0,010$), orientação sobre amamentação no hospital (sim=31,0/não=31,0 $p=0,045$) e amamentação na primeira hora de vida (não=32,0/sim M=31,0 $p=0,019$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das características obstétricas, de morbidades, do recém-nascido e do aleitamento materno na coorte de mulheres avaliadas entre 6 e 15 meses pós-parto, segundo escore total da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), Rio Branco – Acre, 2015-2016

Características	Escore da Escala de Autoestima de Rosenberg			Testes U-Mann-Whitney / Kruskal-Wallis
	Média (\pm DP)	Mediana	Min-Máx	p-valor
OBSTÉTRICAS E DE MORDBIDADES				
Sintomas de DPP, EPDS ≥ 12 pontos (n=841)				0,000**
Não	32,8 (4,3)	32,00	21-40	
Sim	27,5 (4,9)	28,00	10-40	
Primigestação (n=841)				0,927**
Não	31,5 (5,0)	31,00	16-40	
Sim	31,6 (4,8)	31,00	10-40	
Algum óbito neonatal, natimorto ou aborto (n=841)				0,427**
Não	31,6 (4,9)	31,00	10-40	
Sim	31,3 (5,2)	31,00	18-40	
Gravidez planejada (n=841)				0,001**
Sim	32,4 (4,9)	32,00	17-40	
Não	31,1 (4,9)	31,00	10-40	
Tipo de parto (n=841)				0,024**
Cesárea	31,9 (4,9)	32,00	16-40	
Normal	31,2 (5,0)	31,00	10-40	
Gestação gemelar (n=841)				0,127**
Sim	34,2 (4,8)	33,00	28-40	
Não	31,5 (4,9)	31,00	10-40	
Número de gestações (n=841)				0,006***
1 a 3	31,8 (4,9)	31,00	10-40	
4 a 6	30,9 (5,0)	30,00	18-40	
≥ 7	28,3 (5,3)	28,00	16-36	

Número de consultas pré-natais (n=815)*				0,000**
6 ou mais	32,0 (4,9)	32,00	10-40	
Até 6	30,2 (4,8)	30,00	16-40	
Internação da puérpera até 45 dias pós-parto (n=835)*				0,001**
Não	31,7 (4,9)	31,00	10-40	
Sim	29,3 (5,4)	29,50	16-40	
Depressão anterior à gestação (838)*				0,010**
Não	31,7 (4,9)	31,00	10-40	
Sim	29,8 (5,4)	29,00	17-40	
INFORMAÇÕES DO RECÉM-NASCIDO				
Sexo do bebê (n=841)				0,379**
Masculino	31,7 (4,9)	31,50	16-40	
Feminino	31,4 (5,0)	31,00	10-40	
Pré-termo (n=835)*				0,815**
Não	31,6 (4,9)	31,00	10-40	
Sim	31,5 (4,8)	31,00	20-40	
Baixo peso do bebê ao nascer consolidado, informado +DNV (n=837)*				0,875**
Não	31,6 (4,9)	31,00	10-40	
Sim	31,8 (5,0)	31,00	21-40	
RN ficou em UTI/UCI (n=836)*				0,600**
Não	31,6 (4,9)	31,00	10-40	
Sim	31,2 (5,4)	31,00	20-40	
INFORMAÇÕES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO				
No hospital, foi orientada a amamentar? (n=836)*				0,045**
Sim	31,7 (4,9)	31,00	10-40	
Não	30,8 (4,8)	31,00	16-40	
Amamentou na primeira hora de vida? (n=816)*				0,019**
Não	32,0 (4,8)	32,00	16-40	
Sim	31,2 (5,0)	31,00	10-40	
Até quando pretende amamentar o bebê? (n=825)*				0,524**
6 meses ou mais	31,6 (4,8)	31,00	10-40	
< 6 meses	31,4 (4,9)	31,00	18-40	

*Os totais podem mudar devido aos dados faltantes. **Teste U de Mann-Whitney. ***Teste Kruskal-Wallis.

Na amostra do estudo, a prevalência de baixa autoestima ($EAR \leq 31$) foi de 52,1% (n=438). As características estatisticamente associadas à baixa autoestima foram ter até 8 anos de escolaridade (68,2%, OR bruta= 2,40; IC95% 1,71-3,36), estar na adolescência (67,9%, OR bruta= 2,26; IC95%: 1,58-3,25), pertencer à classe socioeconômica C, D e E (55%, OR bruta= 1,89; IC95%: 1,33-2,68), ter insegurança alimentar (61,7%, OR bruta= 1,97; IC95%: 1,49-2,61), não ter companheiro (49,5%, OR bruta= 1,73; IC95%: 1,22-2,45),

referir uma relação de ausência com o pai do bebê (78,1%, OR bruta= 3,61; IC95%: 2,03-6,40), não possuir um trabalho com fonte de renda (57,8%, OR bruta= 1,69; IC95%: 1,28-2,23), ser tabagista (77,6%, OR bruta= 3,53; IC95%: 2,02-6,17), fazer uso de drogas ilícitas (81%, OR bruta= 4,03; IC95%: 1,34-12,07), apresentar sintomas depressivos segundo a EPDS (83,2%, OR bruta= 6,67 ;IC95%: 4,42-10,06), ter realizado até 6 consultas pré-natais (64,9%, OR bruta= 1,95; IC95%: 1,40-2,70), experimentar internação hospitalar em até 45 dias de pós-parto (70,4%, OR bruta= 2,28; IC95%: 1,25-4,17), referir depressão anterior à gestação (61%, OR bruta= 1,77; IC95%: 1,01-3,10) e internação do bebê em UTI/UCI nos primeiros dias de vida (58,3%, OR= bruta 1,31; IC95%: 0,72-2,36) (Tabela 4).

Tabela 4 – Razões de chances brutas de baixa autoestima pela Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR ≤31 pontos) na coorte de mulheres avaliadas entre 6 e 15 meses pós-parto, Rio Branco – AC, 2015-2016

Variáveis	TOTAL	Baixa autoestima	Regressão logística	
	*N (%)	N (%)	OR bruta (IC 95%)	p-valor
SOCIODEMOGRÁFICAS				
Escolaridade				0,000
8 anos ou mais de estudo	646 (100%)	305 (47,2%)	1	
Até 8 anos de estudo	195 (100%)	133 (68,2%)	2,40 (1,71-3,36)	
Puérpera adolescente, conforme OMS				
Não	676 (100%)	326 (48,2%)	1	0,000
Sim	165 (100%)	112 (67,9%)	2,26 (1,58-3,25)	
Classe ABEP				
A e B	160 (100%)	63 (39,4%)	1	0,000
C, D e E	681 (100%)	375 (55,1%)	1,89 (1,33-2,68)	
Escala de Segurança Alimentar				
Segurança alimentar	481 (100%)	216 (44,9%)	1	0,000
Insegurança alimentar	360 (100%)	222 (61,7%)	1,97 (1,49-2,61)	
Situação Conjugal				
Com companheiro	167 (100%)	105 (62,9%)	1	0,002
Sem companheiro	673 (100%)	333 (49,5%)	1,73 (1,22-2,45)	
Relação com o pai do bebê				
Presente	765 (100%)	380 (49,7%)	1	0,000
Ausente	73 (100%)	57 (78,1%)	3,61 (2,03-6,40)	
Trabalho com fonte de renda				
Sim	351 (100%)	157 (44,7%)	1	0,000
Não	483 (100%)	279 (57,8%)	1,69 (1,28-2,23)	
HÁBITOS MATERNOS				
Prática de esporte ou atividade física				
Sim	132 (100%)	60 (45,5%)	1	0,098
Não	709 (100%)	378 (53,3%)	1,37 (0,94-1,99)	

Tabagismo				0,000
Não	765 (100%)	379 (49,5%)	1	
Sim	76 (100%)	59 (77,6%)	3,53 (2,02-6,17)	
Uso de drogas				0,013
Não	820 (100%)	421 (51,3%)	1	
Sim	21 (100%)	17 (81,0%)	4,03 (1,34-12,07)	
OBSTÉTRICAS E MORBIDADES				
Sintomas de DPP (EPDS ≥12 pontos)				0,000
Não	642 (100%)	274 (42,7%)	1	
Sim	191 (100%)	159 (83,2%)	6,67 (4,42-10,06)	
Gravidez planejada				0,076
Sim	535 (100%)	147 (48%)	1	
Não	306 (100%)	291 (54,4%)	1,29 (0,97-1,71)	
Número de consultas pré-natais				0,000
6 ou mais	610 (100%)	297 (48,7%)	1	
Até 6	205 (100%)	133 (64,9%)	1,95 (1,40-2,70)	
Internação da puérpera até 45 dias pós-parto				0,007
Não	781 (100%)	398 (51,0%)	1	
Sim	54 (100%)	38 (70,4%)	2,28 (1,25-4,17)	
Depressão anterior à gestação				0,046
Não	781 (100%)	413 (51,8%)	1	
Sim	57 (100%)	25 (61%)	1,77 (1,01-3,10)	
DO RECÉM-NASCIDO				
RN ficou em UTI/UCI				0,369
Não	788 (100%)	407 (51,6%)	1	
Sim	48 (100%)	28 (58,3%)	1,31 (0,72-2,36)	
DO ALEITAMENTO MATERNO				
No hospital, foi orientada a amamentar?				0,071
Sim	685 (100%)	348 (50,8%)	1	
Não	151 (100%)	89 (58,9%)	1,39 (0,97-1,99)	
Amamentou na primeira hora de vida?				0,066
Não	350 (100%)	171 (48,9%)	1	
Sim	466 (100%)	258 (55,4%)	1,30 (0,98-1,71)	

*Os totais podem mudar devido aos dados faltantes.

Na análise multivariada, foram observadas associações estatisticamente significativas entre baixa autoestima e a idade (contínua) (OR ajustada=0,96; IC95%: 0,94-0,98), sintomas de depressão pós-parto (OR ajustada=6,12; IC95%: 4,01-9,34), tabagismo (OR ajustada=2,53; IC95%: 1,38-4,67), menor escolaridade (OR ajustada=1,90; IC95%:1,31-2,76) e ausência de relação com o pai do bebê (OR ajustada= 2,93; IC95%: 1,59-5,40) (Tabela 5).

Tabela 5 – Razões de chances brutas e ajustadas para baixa autoestima na coorte de mulheres avaliadas entre o 6º e o 15º mês pós-parto em Rio Branco – AC, 2015-2016.

Variável	OR bruta (IC 95%)	OR ajustada* (IC 95%)
Idade (contínua)	0,96 (0,94-0,98)	0,96 (0,94-0,98)
DPP pela EPDS (≥12 pontos)		
Não	1	1
Sim	6,67 (4,42-10,06)	6,12 (4,01-9,34)
Tabagismo		
Não	1	1
Sim	3,53 (2,02-6,17)	2,53 (1,38-4,67)
Escolaridade		
8 anos ou mais de estudo	1	1
Até 8 anos de estudo	2,40 (1,71-3,36)	1,90 (1,31-2,76)
Relação com o pai da criança		
Presente	1	1
Ausente	3,61 (2,03-6,40)	2,93 (1,59-5,40)

*OR ajustada para variáveis do modelo final (idade, sintomas de DPP, tabagismo, escolaridade e relação com o pai da criança).

Discussão

O escore médio da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) observado em Rio Branco foi de 31,6 pontos, sendo superior aos resultados observados no estudo brasileiro realizado com puérperas paulistanas avaliadas entre 45 e 60 dias de pós-parto (23 pontos) (MARCACINE et al., 2018), nos estudos americanos em mulheres entrevistadas às 6 semanas de pós-parto (13 pontos) (FULTON et al., 2012) e nas mulheres avaliadas em algum momento entre a 6ª e 8ª semana de pós-parto pertencentes à classe média e baixa renda (17 e 6,5 pontos, respectivamente) (LOGSDON; USUI, 2001). Já os estudos sul-coreanos, apresentaram médias de 27 e 28 pontos em mulheres avaliadas em até 1 e 2 anos de pós-parto, respectivamente (KANG; LEE; KANG, 2014; LEE; KOO, 2015). Contudo, o escore médio de autoestima da presente investigação foi inferior àquele observado num estudo australiano que avaliou puérperas adolescentes (M = 34 pontos) e adultas (M = 36 pontos) aos 6 meses de pós-parto (MCVEIGH; SMITH, 2000). Todos os estudos supramencionados adotaram critérios de pontuação e interpretação da EAR idênticos ao realizado em Rio Branco. Todavia, adotaram distintos períodos do pós-parto para as avaliações da autoestima, o que poderia explicar as diferenças observadas.

Em relação ao estudo descritivo transversal, realizado com amostra de puérperas paulistanas (MARCACINE et al., 2018), que apresentou uma média de autoestima consideravelmente inferior à constatada neste estudo, é possível inferir que tal resultado pode ser ocasionado pela diferença do período de avaliação e ao fato de que, no estudo paulistano, as mulheres foram recrutadas em ambulatório que atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) para prevenção e resolução de intercorrências relacionadas ao aleitamento materno. Além disso, mais da metade da amostra do referido estudo foi constituída por mulheres inseridas em contextos socioeconômicos desfavoráveis e que referiram ter sofrido violência pelo parceiro. Proporcionalmente, os estudos australiano (MCVEIGH; SMITH, 2000) e sul-coreanos (KANG; LEE; KANG, 2014; LEE; KOO, 2015) foram os que adotaram períodos de avaliação da autoestima mais semelhantes ao do presente trabalho e observaram escores médios de autoestima mais próximos ao encontrado na coorte de Rio Branco – AC.

A autoestima tem origem em uma vasta gama de fenômenos que podem acontecer no decorrer da vida (KERNIS, 2005). Entretanto, são escassos tanto no Brasil quanto em outros países os estudos que avaliaram a autoestima em mulheres após o parto, sendo que quando o fizeram, a autoestima foi avaliada como uma variável independente. Portanto, neste estudo, a maioria das comparações relativas aos fatores associados à autoestima foi mensurada a partir dos estudos realizados em gestantes. Ademais, a maior parte dos estudos que estimaram a autoestima em mulheres no puerpério adotou o período compreendido entre o primeiro e segundo mês após o parto (FULTON et al., 2012; LOGSDON; USUI, 2001; LOTO et al., 2010; ROSS et al., 2011), com exceção dos estudos australiano (MCVEIGH; SMITH, 2000) e sul-coreanos (KANG; LEE; KANG, 2014; LEE; KOO, 2015) que adotaram períodos de 6 meses, 1 ano e até 2 anos de pós-parto, respectivamente.

No presente estudo, as mulheres com sintomas de depressão pós-parto na avaliação da EPDS apresentaram níveis de autoestima estatisticamente inferiores, de modo que a chance da puérpera com sintomas de DPP ter uma baixa autoestima foi seis vezes maior quando comparadas àquelas que não apresentaram sintomas de DPP. Esses achados corroboram com os resultados

de diversos estudos que avaliaram a relação da autoestima e sintomas depressivos em amostras de gestantes (MEIRELES et al., 2017; SILVA et al., 2010) ou de puérperas (FALAH-HASSANI; SHIRI; DENNIS, 2016; FRANCK et al., 2016; KANG; LEE; KANG, 2014; LEE; KOO, 2015; ROSS et al., 2011; STAMP; CROWTHER, 1994), com exceção de um estudo transversal indonésio que não verificou relação significativa entre os dois desfechos. Contudo, o estudo indonésio adotou ponto de corte EPDS > 13 pontos (NURBAETI; DEOISRES; HENGUDOMSUB, 2019), que não é o ponto de corte convencional para a escala de EPDS. Além disso, o período de pós-parto da avaliação desse estudo correspondeu ao momento em que a mulher estava recebendo resultados de exames físicos ou levando o recém-nascido para imunização, o que poderia afetar o estado emocional da entrevistada, influenciando no resultado das escalas.

A idade apresentou associação com a baixa autoestima na coorte avaliada no presente estudo, de modo que as menores faixas etárias apresentaram maiores chances de baixa autoestima, principalmente quando se compara os níveis de autoestima entre mulheres adultas e adolescentes. Tal resultado é coerente com os achados dos estudos nacionais, que também observaram que as faixas etárias maiores estiveram associada aos maiores níveis de autoestima em gestantes (DIAS et al., 2008), enquanto a gestação durante a adolescência esteve associada à baixa autoestima (GOMES; SILVA, 2013), especialmente quando se compara com os níveis de autoestima da população adolescente não gestante (RODRIGUES et al., 2010).

Embora não tenha sido uma variável explorada nos estudos de autoestima realizados em puérperas, gravidez não planejada tem sido associada à baixa autoestima em gestantes (MACHADO; VINHOLES; FELDENS, 2013). Apesar de no presente estudo a gravidez não planejada ter apresentado significância estatística apenas na análise bivariada, 165 mulheres eram adolescentes (19%), das quais 119 (72%) relataram que a gestação não foi planejada. Desse modo, pode existir um impacto desses dois fatores na autoestima de mulheres durante o período gravídico-puerperal, sobretudo no que diz respeito à faixa etária, que apresentou significância estatística mesmo após a análise multivariada.

A baixa escolaridade também esteve estatisticamente associada à baixa autoestima de mulheres neste estudo, de modo que quanto maior a escolaridade menor a chance de uma baixa autoestima. Esse achado corrobora com outros estudos realizados com amostras de gestantes em diferentes regiões brasileiras, onde a escolaridade esteve inversamente associada à baixa autoestima, tanto na análise bivariada (MACHADO; VINHOLES; FELDENS, 2013; MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010) quanto multivariada (DIAS et al., 2008). Em outro estudo, realizado em gestantes em Rio Branco-AC, foi observado que aquelas que tinham o ensino médio/superior apresentavam níveis de autoestima superiores quando comparadas àquelas que possuíam apenas o ensino fundamental, entretanto a diferença observada não foi estatisticamente significativa (SANTOS et al., 2015). Esses achados corroboram com a ideia de que as categorias mais avançadas de escolaridade contribuem para níveis de autoestima mais elevados, tanto em gestantes quanto em mulheres após o parto.

Ampla evidência na literatura sugere que existe uma associação entre a baixa autoestima e a situação conjugal da mulher ou problemas na relação com o parceiro (GOMES; SPEIZER, 2010; LOGSDON; USUI, 2001; MACHADO; VINHOLES; FELDENS, 2013; MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010; SANTOS et al., 2015). Essa relação pode ocorrer devido à segurança ocasionada pelo casamento tradicional (ZORDAN; FALCKE; WAGNER, 2009) e a fonte de apoio, atenção e afeto capaz de auxiliar a mulher durante a maternidade (JUNCKES et al., 2009). Corroborando com esses achados, foi observado no presente estudo que as mulheres rio-branquenses que relataram ausência de boa relação com o pai da criança apresentaram maiores chances de baixa autoestima, quando comparadas àquelas que relataram ter uma boa relação.

O hábito de fumar na gestação e puerpério tem sido estatisticamente associado à baixa autoestima em alguns lugares do mundo (STUBBS et al., 2019; VARESCON et al., 2013). Em um estudo transversal realizado em Paris (França), o tabagismo esteve associado à baixa autoestima em gestantes (VARESCON et al., 2013). A literatura sugere que fatores psicológicos podem desencadear um papel expressivo no hábito de fumar durante a gestação,

sendo considerado na maioria das vezes um mecanismo de enfrentamento de problemas psicossociais (MAXSON et al., 2012).

No presente estudo, a avaliação do nível de autoestima apresenta a vantagem de ter ocorrido com um lapso de tempo considerável após o parto, ocasião na qual se espera que a adaptação à maternidade e à nova rotina tenham sido superadas, como a conclusão do período de aleitamento materno exclusivo do bebê. Ademais, o instrumento psicométrico utilizado para avaliar a autoestima sofreu estudos de tradução, adaptação ao contexto cultural e socioeconômico brasileiro, bem como apresentou resultados favoráveis quanto à reprodutibilidade e validade para a população nacional, sendo considerado, portanto, um instrumento útil e válido para avaliação da autoestima no Brasil. Além disso, este estudo apresenta a vantagem de ser de base populacional, permitindo uma estimativa direta da intensidade de autoestima em mulheres após o parto na cidade de Rio Branco, Acre.

Entre as limitações da presente investigação, identifica-se que por apresentar um delineamento transversal dentro de uma coorte de mulheres, utilizando a entrevista como principal técnica de coleta de dados, ainda é possível que tenha ocorrido um de viés de memória e confusão referentes às informações solicitadas ou ainda o constrangimento da mulher ao ser questionada sobre determinadas situações psicológicas de aflição e sofrimento. Contudo, as informações relativas ao parto prematuro, número de consultas pré-natais, sexo e baixo peso do bebê ao nascer foram obtidas a partir dos registros hospitalares e confirmadas no cartão da gestante ou da criança, garantindo a acurácia dessas informações para todas as participantes do estudo. Além disso, a entrevista foi realizada em momento oportuno e no domicílio da mulher, preservando sua particularidade e disponibilidade em contribuir com o estudo.

Conclusão

Entre o 6º e 15º primeiros meses após o parto, as mulheres de uma coorte de Rio Branco apresentaram um escore médio de autoestima de 31,6 pontos ($\pm 4,96$) e mediana igual a 31 pontos, pela Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR). Esses valores foram próximos àqueles observados em

estudos que avaliaram autoestima de mulheres com 6 meses ou mais de pós-parto através da EAR (KANG; LEE; KANG, 2014; LEE; KOO, 2015; MCVEIGH; SMITH, 2000). Observou-se uma associação positiva e estatisticamente significativa entre a baixa autoestima de mulheres após o parto e menor faixa etária, sintomas de depressão pós-parto avaliados pela EPDS, escolaridade menor que 8 anos de estudo, hábito de fumar e ter uma relação de ausência com o pai do bebê.

Dadas as limitações inerentes ao delineamento deste estudo e ao fato de que a grande maioria de estudos anteriores sobre a autoestima feminina durante o período gravídico-puerperal se limitam apenas ao período gestacional, este trabalho deve ser apreciado como uma exploração inicial no que se refere aos fatores associados à autoestima após o parto. Portanto, este estudo serve ao propósito de levantar hipóteses que devem ser exploradas nos demais estudos com delineamento prospectivos em populações de outras localidades. Assim, são necessárias investigações futuras que aprofundem a compreensão da relação autoestima e puerpério para um entendimento mais abrangente e, sobretudo, para uma promoção de estratégias de saúde mais humanizada com foco na saúde mental de mulheres após o parto.

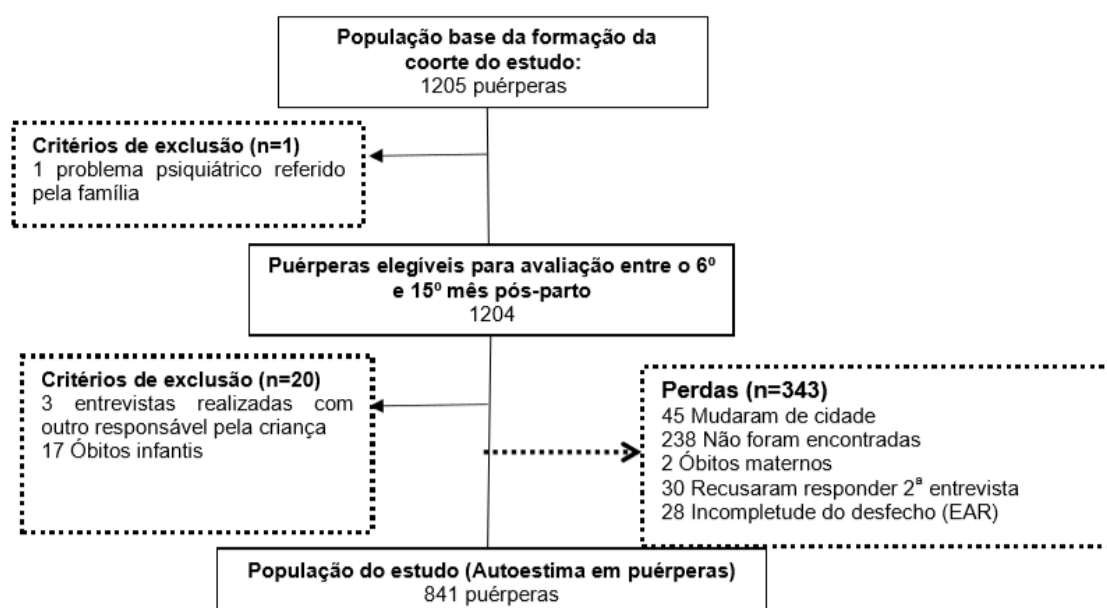


Figura 2 - Fluxograma da formação da coorte de mulheres e segmento do sexto ao décimo quinto mês pós-parto, segundo autoestima. Município de Rio Branco, Acre, 2015-2016.

Referências – Artigo 2

BÖDECS, T. et al. Effects of depression, anxiety, self-esteem, and health behaviour on neonatal outcomes in a population-based Hungarian sample. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 154, n. 1, p. 45–50, jan. 2011.

BRASIL; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA); SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E INVESTIMENTOS ESTRATÉGICOS (SPI). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM): Relatório Nacional de Acompanhamento/Coordenação**. Brasília: Ipea/MP/SPI, 2014.

CAMERON R. P. et al. Weight, self-esteem, ethnicity, and depressive symptomatology during pregnancy among inner-city women. **Health Psychology**, v. 15, n. 4, p. 293-297, 1996.

COHEN, D. et al. Exploratory study to evaluate the provision of additional midwifery support to teenage mothers. **Public Health**, v. 125, n. 9, p. 632–638, set. 2011.

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. **Br J Psychiatry**, v. 150, p. 782-786, 1987.

DIAS, M. DE S. et al. Auto-estima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2787–2797, dez. 2008.

DINI, G.; QUARESMA, M.; FERREIRA, L. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de autoestima de Rosenberg. **Rev. Soc. Bras. Cir. Plást**, v. 19, n. 1, p. 41-52, jan.-abr. 2004.

FALAH-HASSANI, K.; SHIRI, R.; DENNIS, C.-L. Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. **Journal of Affective Disorders**, v. 198, p. 142–147, jul. 2016.

FRANCK, E. et al. The role of self-esteem instability in the development of postnatal depression: A prospective study testing a diathesis-stress account. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, v. 50, p. 15–22, mar. 2016.

FULTON, J. M. et al. Maternal perceptions of the infant: Relationship to maternal self-efficacy during the first six weeks' postpartum. **Infant Mental Health Journal**, v. 33, n. 4, p. 329–338, jul. 2012.

GOMES, K. R. O.; SPEIZER, I. S. Longitudinal study on self-esteem among recently pregnant Brazilian adolescents. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 28, n. 4, p. 359–371, nov. 2010.

GOMES, N. S.; SILVA, S. R. DA. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 509–516, jun. 2013.

GRUS, C. L. Low self-esteem and hopelessness in childhood and suicidal ideation in early adulthood: **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, v. 22, n. 6, p. 451–452, dez. 2001.

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

JUNCKES, J. M. et al. Grupo de gestantes e/ou casais grávidos e a inserção do acompanhante/pai no processo de nascimento. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, v. 6, n. 7, p. 55–72, 6 jul. 2009.

KAMYSHEVA, E. et al. Examination of a multi-factorial model of body-related experiences during pregnancy: The relationships among physical symptoms, sleep quality, depression, self-esteem, and negative body attitudes. **Body Image**, v. 5, n. 2, p. 152–163, jun. 2008.

KANG, Y.-R.; LEE, J.-S.; KANG, M.-C. Adult attachment styles, self-esteem, and depressive symptoms: A comparison between postpartum and nonpostpartum women in Korea: Postpartum and nonpostpartum women. **Personal Relationships**, v. 21, n. 4, p. 546–556, dez. 2014.

KERNIS, M. H. Measuring Self-Esteem in Context: The Importance of Stability of Self-Esteem in Psychological Functioning. **Journal of Personality**, v. 73, n. 6, p. 1569–1605, dez. 2005.

LEE, J.-S.; KOO, H. J. The relationship between adult attachment and depression in Korean mothers during the first 2 years postpartum: A moderated mediation model of self-esteem and maternal efficacy. **Personality and Individual Differences**, v. 79, p. 50–56, jun. 2015.

LOGSDON, M. C.; USUI, W. Psychosocial Predictors of Postpartum Depression in Diverse Groups of Women. **Western Journal of Nursing Research**, v. 23, n. 6, p. 563-574, 2001.

LOTO, O. M. et al. Cesarean section in relation to self-esteem and parenting among new mothers in southwestern Nigeria. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 89, n. 1, p. 35–38, jan. 2010.

MACHADO, C. D.; VINHOLES, D. B.; FELDENS, V. P. Avaliação da autoestima de gestantes atendidas em um ambulatório no Município de Tubarão, SC. **Arq. Catarin. Med.** v. 42, n. 2, p. 50-55, abr-jun 2013.

MAÇOLA, L.; VALE, I. N. DO; 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, set. 2010.

MAKARA-STUDZIŃSKA, M. et al. 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.

MARCACINE, K. O. et al. Intimate partner violence among postpartum women: associated factors. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 3, p. 1306–1312, 2018.

MARLEAU, J. D.; SAUCIER, J.F. Pregnant women's social status, stress, self-esteem, and their infants' sex ratio at birth, **Perceptual and Motor Skills**, v. 91, p. 697-702, 2000.

MARTIN, G. et al. Perceived academic performance, self-esteem and locus of control as indicators of need for assessment of adolescent suicide risk: implications for teachers. **Journal of Adolescence**, v. 28, n. 1, p. 75–87, fev. 2005.

MARTINS, F. A. **Aleitamento materno, desmame precoce, dieta mínima aceitável e excesso de peso em nascidos vivos de Rio Branco - AC**. 247f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Acre, Rio Branco, 2020.

MAXSON, P. J. et al. Psychosocial differences between smokers and non-smokers during pregnancy. **Addictive Behaviors**, v. 37, n. 2, p. 153–159, fev. 2012.

MCVEIGH, C.; SMITH, M. A comparison of adult and teenage mother's self-esteem and satisfaction with social support. **Midwifery**, v. 16, n. 4, p. 269–276, dez. 2000.

MEIRELES, J. F. F. et al. Imagem corporal, atitudes alimentares, sintomas depressivos, autoestima e ansiedade em gestantes de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 437–445, fev. 2017.

MOTHANDER, P. R. Maternal adjustment during pregnancy and the infant's first year. **Scandinavian Journal of Psychology**, v. 33, n. 1, p. 20–28, mar. 1992.

NURBAETI, I.; DEOISRES, W.; HENGUDOMSUB, P. Association between psychosocial factors and postpartum depression in South Jakarta, Indonesia. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 20, p. 72–76, jun. 2019.

ORTH, U. et al. Is low self-esteem a risk factor for depression? Findings from a longitudinal study of Mexican-origin youth. **Developmental Psychology**, v. 50, n. 2, p. 622–633, fev. 2014.

RAMALHO, A. A. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida em Rio Branco, Acre. **DEMETERA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 14, supl. 1, p. 1-20, nov. 2019.

RODRIGUES, J. E. et al. Avaliação da autoestima de adolescentes gestantes de baixa renda assistidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **ConScientiae Saúde**, v. 9, n. 3, p. 395-401, 2010.

ROFE, Y.; BLITTNER, M.; LEWIN, I. Emotional experiences during the three trimesters of pregnancy. **Journal of Clinical Psychology**, v. 49, n. 1, 1993.

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

ROSS, R. et al. Depressive Symptoms Among HIV-Positive Postpartum Women in Thailand. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 25, n. 1, p. 36–42, fev. 2011.

SALEHI, M. et al. The Relationship Between Self-Esteem and Sexual Self-Concept in People With Physical-Motor Disabilities. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v. 17, n. 1, 17 jan. 2015.

SANTOS, A. B. et al. Autoestima e qualidade de vida em uma série de gestantes atendidas em rede pública de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 392-400, abr-jun. 2015.

SANTOS, M. F. DOS; MARTINS, F.; PASQUAL, L. Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 2, 1999.

SCHULTZ, T.; APRILE, M. R. Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, v. 5, n.1. p. 36-48, 2013.

SHLOIM, N. et al. Relationship between body mass index and women's body image, self-esteem and eating behaviours in pregnancy: a cross-cultural study. **Journal of Health Psychology**, v. 20, n. 4, p. 413-426, 2013.

SILVA, A. I. DA; MARINHO, G. I. Auto-estima e relações afetivas. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 1, n. 2, p. 507, 26 mar. 2008.

SILVA, R. A. DA et al. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1832–1838, set. 2010.

SIMAS, F. B.; SOUZA, L.; SCORSOLINI-COMIN, F. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e multíparas. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 15, n. 1, p. 19-34, jan.-abr. 2013.

STAMP, G. E.; CROWTHER, C. A. Postnatal Depression: A South Australian Prospective Survey. **The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 34, n. 2, p. 164–167, maio 1994.

STUBBS, B. et al. Psychosocial well-being and efforts to quit smoking in pregnant women of South-Central Appalachia. **Addictive Behaviors Reports**, v. 9, jun. 2019.

TAVARES, D. M. DOS S. et al. Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3557–3564, nov. 2016.

THOMPSON, S. D.; OSTEEN, S. R.; YOUNGKER, L. G. Who Fares Better?: Postnatal Adjustment of Adolescent Fathers and Mothers. **Marriage & Family Review**, v. 33, n. 4, p. 31–46, set. 2001.

ULLOQUE-CAAMAÑO, L.; MONTERROSA-CASTRO, Á.; ARTETA-ACOSTA, C. Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del caribe colombiano. **Revista chilena de obstetricia y ginecología**, v. 80, n. 6, p. 462–474, dez. 2015.

VAN HAAREN-TEN HAKEN, T. et al. Preferred place of birth: Characteristics and motives of low-risk nulliparous women in the Netherlands. **Midwifery**, v. 28, n. 5, p. 609–618, out. 2012.

VARESCON, I. et al. Self-Esteem, Psychological Distress, and Coping Styles in Pregnant Smokers and Non-Smokers. **Psychological Reports**, v. 113, n. 3, p. 935–947, dez. 2013.

WEIS, K. L.; RYAN, T. W. Mentors Offering Maternal Support: A Support Intervention for Military Mothers. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 41, n. 2, p. 303–314, mar. 2012.

YEHIA, D. B. M. et al. Psychosocial factors correlate with fatigue among pregnant women in Jordan. **Perspectives in Psychiatric Care**, p. 1-8, 18 mar. 2019.

ZORDAN, E. P.; FALCKE, D.; WAGNER, A. Casar ou não casar? Motivos e expectativas com relação ao casamento. **Psicologia em Revista**, v. 15, n. 2, p. 21, 2009.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi conduzido com a finalidade de aprofundar o conhecimento sobre autoestima e depressão pós-parto em mulheres que se encontram no período puerperal no Município de Rio Branco – AC.

A prevalência estimada de sintomas depressivos pós-parto com base na Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) em mulheres rio-branquenses (22,8%) foi semelhante aos achados de estudos que adotaram o mesmo instrumento de avaliação, ponto de corte e delineamento metodológico. Os fatores associados à DPP (escore total de autoestima, presença de depressão anterior à gestação, insegurança alimentar, gestar e parir bebê do sexo feminino e internação do recém-nascido em UTI/UCI nos primeiros dias ou semanas de vida) foram consistentes com os achados da literatura. Aponta-se para uma necessidade de atenção à saúde mental da mulher durante o período gravídico-puerperal visando prevenção e intervenções diante da presença dos sintomas depressivos.

Com atenção direcionada ao papel de aspectos psicológicos no puerpério, foi apresentado como resultado um artigo que aborda a autoestima em amostra de mulheres rio-branquenses. A amostra apresentou uma média do escore da Escala de Autoestima de Rosenberg de 31,6 pontos ($\pm 4,96$) e mediana igual a 31 pontos. O nível médio de autoestima observado foi superior ao referido em estudo brasileiro, com puérperas paulistanas em condições socioeconômicas desfavoráveis, e semelhantes aos achados internacionais que adotaram períodos de avaliação do pós-parto mais próximos aos empregados neste estudo. A prevalência de baixa autoestima na amostra analisada foi de 52,1% (≤ 31 pontos). Os fatores associados à baixa autoestima em mulheres avaliadas em algum momento entre o 6º e o 15º mês após o parto (menor faixa etária, presença de sintomas depressivos pós-parto positivo com base na EPDS, hábito de fumar, menor nível escolar e ter uma relação de ausência com pai da criança) foram consistentes com outros achados da literatura. Entretanto, foi observada uma escassez de estudos que investigaram a autoestima de mulheres após o parto, sendo a maior parte dos trabalhos sobre autoestima em amostras de gestantes.

Esses estudos são importantes porque além de oferecer informações relevantes sobre aspectos psicológicos e de saúde mental de mulheres rio-branquenses após o parto, permitem um olhar mais atento e humanizado no atendimento em obstetrícia, além de possivelmente nortear ações estratégicas e trabalhos futuros nas áreas de saúde mental e da mulher.

São necessárias estratégias que extrapolem as medidas já existentes no acompanhamento obstétrico tradicional, como a realização de triagem e atendimento psicológico ainda durante o pré-natal e grupos de apoio e acompanhamento psicológico e socioassistencial puerperal no âmbito das Unidades Básicas de Saúde.

Esta dissertação de mestrado buscou determinar a prevalência de sintomas depressivos pós-parto, o nível de autoestima, com os respectivos fatores associados, em mulheres avaliadas entre 6 e 15 meses pós-parto no Município de Rio Branco, AC. Espera-se ter contribuído para o âmbito científico e acadêmico, além de ter oferecido parâmetros para a realização de trabalhos futuros e a criação de estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento em saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

ABDOLLAHI, F.; ZARGHAMI, M. Effect of postpartum depression on women's mental and physical health four years after childbirth. **East Mediterr Health J**, v. 24, n. 10, p. 1002-1009, 2018.

AHMAD, N. A. et al. Postnatal depression and intimate partner violence: a nationwide clinic-based cross-sectional study in Malaysia. **BMJ Open**, v. 8, n. 5, p. e020649, maio 2018.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (2004). DSM-V: **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, A. M. DE. Utilização de medicamentos em gestantes no município de Rio Branco, Acre. 2017. 182f. Tese (Doutorado em Ciências) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

BARROSO, M. G. T. et al. A família brasileira numa visão cultural. **Rev. Rene**, v. 1, n. 2, p. 21–24, dez. 2000.

BÖDECS, T. et al. Effects of depression, anxiety, self-esteem, and health behaviour on neonatal outcomes in a population-based Hungarian sample. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 154, n. 1, p. 45–50, jan. 2011.

BORGES, D. A. et al. A depressão na gestação: uma revisão bibliográfica. **Rev. Inc. Cient. Libertas**, v. 1, n. 1, p. 85-99, dez. 2011.

BORTOLUZZO, A. B.; MATAVELLI, I. R.; MADALOZZO, R. Determinantes da Distribuição da (Des)igualdade de Gênero entre os Estados Brasileiros. **Estudos Econômicos (São Paulo)**, v. 46, n. 1, p. 161–188, mar. 2016.

BRASIL; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA); SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E INVESTIMENTOS ESTRATÉGICOS (SPI). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM): Relatório Nacional de Acompanhamento/Coordenação**. Brasília: Ipea/MP/SPI, 2014.

CAMERON R. P. et al. Weight, self-esteem, ethnicity, and depressive symptomatology during pregnancy among inner-city women. **Health Psychology**, v. 15, n. 4, p. 293-297, 1996.

CAMPOS, B. C. D.; RODRIGUES, O. M. P. R. Depressão Pós-Parto Materna: Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida. **Psico**, v. 46, n. 4, p. 483, 8 dez. 2015.

CANTILINO, A. et al. Translation, Validation and Cultural Aspects of Postpartum Depression Screening Scale in Brazilian Portuguese. **Transcultural Psychiatry**, v. 44, n. 4, p. 672–684, dez. 2007.

CANTILINO, A. **Depressão pós-parto: prevalência, pensamentos disfuncionais e comorbidade com transtornos ansiosos**. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2009.

CANTILINO, A. et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 37, n. 6, p. 288–294, 2010.

CARDILLO, V. A. et al. Identificação de sintomas depressivos no período pós-parto em mães adolescentes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, 31 mar. 2016.

COHEN, D. et al. Exploratory study to evaluate the provision of additional midwifery support to teenage mothers. **Public Health**, v. 125, n. 9, p. 632–638, set. 2011.

CORREIA, A. Prevalência e fatores de risco associados à depressão pós-parto em um serviço de referência na cidade de João Pessoa – Paraíba. (dissertação). Recife: **Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)**, 2006.

COUTINHO, M. DA P. L.; SARAIVA, E. R. DE A. Depressão Pós-parto: considerações teóricas. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 759–773, 2008.

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression – development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **The British Journal of Psychiatry**, Londres, v. 150, p.782-786, 1987.

DAMATO, E. G. Predictors of Prenatal Attachment in Mothers of Twins. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 33, n. 4, p. 436–445, jul. 2004.

DENNIS, C.-L. E.; JANSSEN, P. A.; SINGER, J. Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 110, n. 5, p. 338–346, nov. 2004.

DIAS, M. DE S. et al. Auto-estima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2787–2797, dez. 2008.

DINI GM.; QUARESMA, MR.; FERREIRA, LM. Adaptação Cultural e Validação da Versão Brasileira da Escala de Auto-estima de Rosenberg . **Rev. Bras. Cir. Plást**, v. 19, n. 1, p. 41-52, 2004.

DØRHEIM, S. K. et al. Sleep and Depression in Postpartum Women: A Population-Based Study. **Sleep**, v. 32, n. 7, p. 847–855, jul. 2009.

EZZEDDIN, N. et al. The Prevalence of Postpartum Depression and Its Association with Food Insecurity among Mothers Referring to Community Health Centers. **Iran J Psychiatry**, v. 13, n. 4, p. 280-284, 2018.

FAISAL-CURY, A. et al. Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. **Archives of Women's Mental Health**, v. 7, n. 2, p. 123–131, 1 abr. 2004.

FALAH-HASSANI, K.; SHIRI, R.; DENNIS, C.-L. Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. **Journal of Affective Disorders**, v. 198, p. 142–147, jul. 2016.

FANCOURT, D.; PERKINS, R. Associations between singing to babies and symptoms of postnatal depression, wellbeing, self-esteem and mother-infant bond. **Public Health**, v. 145, p. 149–152, abr. 2017.

FANTAHUN, A.; CHERIE, A.; DERIBE, L. Prevalence and Factors Associated with Postpartum Depression Among Mothers Attending Public Health Centers of Addis Ababa, Ethiopia, 2016. **Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health**, v. 14, n. 1, p. 196–206, 31 ago. 2018.

FIALA, A. et al. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. **BMC Psychiatry**, v. 17, n. 1, p. 104, dez. 2017.

FIGUEIRA, P. et al. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. suppl 1, p. 79–84, ago. 2009.

FISHER, J. et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 90, n. 2, p. 139–149H, 1 fev. 2012.

FRANCK, E. et al. The role of self-esteem instability in the development of postnatal depression: A prospective study testing a diathesis-stress account. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, v. 50, p. 15–22, mar. 2016.

FULTON, J. M. et al. Maternal perceptions of the infant: Relationship to maternal self-efficacy during the first six weeks' postpartum. **Infant Mental Health Journal**, v. 33, n. 4, p. 329–338, jul. 2012.

GALLUCCI NETO, J.; CAMPOS JÚNIOR, M. C.; HÜBNER, C. VON K. Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D): revisão dos 40 anos de sua utilização. *Rev. Fac. Cienc. Med. Sorocaba*, v. 3, n. 1, p. 10–14, 2001.

GJERDINGEN, D.; FROBERG, D.; FONTAINE, P. The effects of social support on women's health during pregnancy, labor and delivery, and the postpartum period. **Fam Med**, v. 23, n. 5, p. 370–375, Jul 1991.

GOMES, K. R. O.; SPEIZER, I. S. Longitudinal study on self-esteem among recently pregnant Brazilian adolescents. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 28, n. 4, p. 359–371, nov. 2010.

GOMES, N. S.; SILVA, S. R. DA. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 509–516, jun. 2013.

GOMES-OLIVEIRA, M. H. et al. Validation of the Brazilian Portuguese Version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 4, p. 389–394, dez. 2012.

GOSHTASEBI, A.; ALIZADEH, M.; GANDEVANI, S. B. Association between Maternal Anaemia and Postpartum Depression in an Urban Sample of Pregnant Women in Iran. **Journal of Health, Population and Nutrition**, v. 31, n. 3, p. 398–402, 4 nov. 2013.

GROTE, V. et al. Maternal postnatal depression and child growth: a European cohort study. **BMC Pediatrics**, v. 10, n. 14, dez. 2010.

GRUS, C. L. Low self-esteem and hopelessness in childhood and suicidal ideation in early adulthood: **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, v. 22, n. 6, p. 451–452, dez. 2001.

GUILLE, C. et al. Management of Postpartum Depression. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 58, n. 6, p. 643–653, nov. 2013.

HARTMANN, J. M.; MENDOZA-SASSI, R. A.; CESAR, J. A. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, 9 out. 2017.

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

JUNCKES, J. M. et al. Grupo de gestantes e/ou casais grávidos e a inserção do acompanhante/pai no processo de nascimento. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, v. 6, n. 7, p. 55–72, 6 jul. 2009.

KAMYSHEVA, E. et al. Examination of a multi-factorial model of body-related experiences during pregnancy: The relationships among physical symptoms, sleep quality, depression, self-esteem, and negative body attitudes. **Body Image**, v. 5, n. 2, p. 152–163, jun. 2008.

KANG, Y.-R.; LEE, J.-S.; KANG, M.-C. Adult attachment styles, self-esteem, and depressive symptoms: A comparison between postpartum and nonpostpartum women in Korea: Postpartum and nonpostpartum women. **Personal Relationships**, v. 21, n. 4, p. 546–556, dez. 2014.

KERNIS, M. H. Measuring Self-Esteem in Context: The Importance of Stability of Self-Esteem in Psychological Functioning. **Journal of Personality**, v. 73, n. 6, p. 1569–1605, dez. 2005.

LEE, J.-S.; KOO, H. J. The relationship between adult attachment and depression in Korean mothers during the first 2years postpartum: A moderated

mediation model of self-esteem and maternal efficacy. **Personality and Individual Differences**, v. 79, p. 50–56, jun. 2015.

LEIGH, B.; MILGROM, J. Risk Factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. **BMC psychiatry**, v. 8, n. 24, 2008.

LOGSDON, M. C.; USUI, W. Psychosocial Predictors of Postpartum Depression in Diverse Groups of Women. **Western Journal of Nursing Research**, v. 23, n. 6, p. 563-574, 2001.

LOTO, O. M. et al. Cesarean section in relation to self-esteem and parenting among new mothers in southwestern Nigeria. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 89, n. 1, p. 35–38, jan. 2010.

MACHADO, C. D.; VINHOLES, D. B.; FELDENS, V. P. Avaliação da autoestima de gestantes atendidas em um ambulatório no Município de Tubarão, SC. **Arq. Catarin. Med.** v. 42, n. 2, p. 50-55, abr-jun 2013.

MAÇOLA, L.; VALE, I. N. DO; 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, set. 2010.

MAKARA-STUDZIŃSKA, M. et al. 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.

MARCACINE, K. O. et al. Intimate partner violence among postpartum women: associated factors. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 3, p. 1306–1312, 2018.

MARLEAU, J. D.; SAUCIER, J.F. Pregnant women's social status, stress, self-esteem, and their infants' sex ratio at birth, **Perceptual and Motor Skills**, v. 91, p. 697-702, 2000.

MARTIN, G. et al. Perceived academic performance, self-esteem and locus of control as indicators of need for assessment of adolescent suicide risk: implications for teachers. **Journal of Adolescence**, v. 28, n. 1, p. 75–87, fev. 2005.

MARTINS, F. A. **Aleitamento materno, desmame precoce, dieta mínima aceitável e excesso de peso em nascidos vivos de Rio Branco - AC**. 247f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Acre, Rio Branco, 2020.

MAXSON, P. J. et al. Psychosocial differences between smokers and non-smokers during pregnancy. **Addictive Behaviors**, v. 37, n. 2, p. 153–159, fev. 2012.

MCVEIGH, C.; SMITH, M. A comparison of adult and teenage mother's self-esteem and satisfaction with social support. **Midwifery**, v. 16, n. 4, p. 269–276, dez. 2000.

MEIRELES, J. F. F. et al. Imagem corporal de gestantes: um estudo longitudinal. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 3, p. 223–230, set. 2016.

MEIRELES, J. F. F. et al. Imagem corporal, atitudes alimentares, sintomas depressivos, autoestima e ansiedade em gestantes de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 437–445, fev. 2017.

MELO, E. F. et al. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. **Journal of Affective Disorders**, v. 136, n. 3, p. 1204–1208, fev. 2012.

MIGUEL, P. et al. Transtorno depressivo em puérperas: avaliação da prevalência e fatores de risco. **Colloquium Vitae**, v. 9, n. Especial, p. 96–100, 15 dez. 2017.

MORAES, I. G. DA S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 65–70, fev. 2006.

MORAIS, M. DE L. S. E et al. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 40–50, 2015.

MOTHANDER, P. R. Maternal adjustment during pregnancy and the infant's first year. **Scandinavian Journal of Psychology**, v. 33, n. 1, p. 20–28, mar. 1992.

MURRAY, L. et al. Postnatal depressive symptoms amongst women in Central Vietnam: a cross-sectional study investigating prevalence and associations with social, cultural and infant factors. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 15, n. 1, p. 234, dez. 2015.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH (GREAT BRITAIN) et al. **Common mental health disorders: identification and pathways to care**. Leicester; London: British Psychological Society; Royal College of Psychiatrists, 2011.

NISHIMURA, A. et al. Paternal postnatal depression in Japan: an investigation of correlated factors including relationship with a partner. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 15, n. 1, p. 128, dez. 2015.

NURBAETI, I.; DEOISRES, W.; HENGUDOMSUB, P. Association between psychosocial factors and postpartum depression in South Jakarta, Indonesia. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 20, p. 72–76, jun. 2019.

OGBO, F. A. et al. Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. **BMC Psychiatry**, v. 18, n. 1, p. 49, dez. 2018.

ORTH, U. et al. Is low self-esteem a risk factor for depression? Findings from a longitudinal study of Mexican-origin youth. **Developmental Psychology**, v. 50, n. 2, p. 622–633, fev. 2014.

PEREIRA, P. F. et al. Rastreamento de sintomas depressivos e ansiosos em mulheres no pós-parto: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 14, n. 3, p. 294-304, oct. 2015.

RAMALHO, A. A. **Insegurança alimentar na gestação, peso ao nascer por idade gestacional e amamentação na primeira hora de vida em uma coorte materno-infantil em Rio Branco – Acre**. 2018. 172f. Tese (Doutorado em Ciências) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2018

RAMALHO, A. A. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida em Rio Branco, Acre. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 14, supl. 1, p. 1-20, nov. 2019.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B.; FILHO, J. R. **Obstetrícia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

RICH-EDWARDS, J. W. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 60, n. 3, p. 221–227, 1 mar. 2006.

RODRIGUES, J. E. et al. Avaliação da autoestima de adolescentes gestantes de baixa renda assistidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **ConScientiae Saúde**, v. 9, n. 3, p. 395-401, 2010.

ROFE, Y.; BLITTNER, M.; LEWIN, I. Emotional experiences during the three trimesters of pregnancy. **Journal of Clinical Psychology**, v. 49, n. 1, p. 10, 1993.

ROMANO, A.; NEGREIROS, J.; MARTINS, T. Contributos para a validação da escala de auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região Norte do país. **Psicologia, Saúde & Doença**, v. 8, n. 1, p. 109-116, 2007.

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

ROSS, R. et al. Depressive Symptoms Among HIV-Positive Postpartum Women in Thailand. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 25, n. 1, p. 36–42, fev. 2011.

RUOHOMÄKI, A. et al. The association between gestational diabetes mellitus and postpartum depressive symptomatology: A prospective cohort study. **Journal of Affective Disorders**, v. 241, p. 263–268, dez. 2018.

RUSCHI, G. E. C. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 3, p. 274–280, dez. 2007.

SALEHI, M. et al. The Relationship Between Self-Esteem and Sexual Self-Concept in People With Physical-Motor Disabilities. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v. 17, n. 1, 17 jan. 2015.

SAMPAIO, A. L. P.; CAETANO, D. Mortalidade em pacientes psiquiátricos: revisão bibliográfica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 3, p. 226–231, 2006.

SANTOS, A. B. et al. Autoestima e qualidade de vida em uma série de gestantes atendidas em rede pública de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 392-400, abr-jun. 2015.

SANTOS, M. F. DOS; MARTINS, F.; PASQUAL, L. Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 2, 1999.

SANTOS, I. S. et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2577–2588, nov. 2007.

SANTOS, P.; MAIA, J. Análise Fatorial Confirmatória e Validação Preliminar de uma versão portuguesa da escala de autoestima de Rosenberg. **Psicologia, Teoria, Investigação e Prática**, v. 2, p. 253-268, 2003.

SCHARDOSIM, J. M.; HELDT, E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto. **Rev. Gaúcha Enfer**, v. 32, n. 1, p. 159-166, 2011.

SCHMIDT, E. B.; PICCOLOTO, N. M.; MÜLLER, M. C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan-jun 2005.

SCHRAML, K. et al. Stress symptoms among adolescents: The role of subjective psychosocial conditions, lifestyle, and self-esteem. **Journal of Adolescence**, v. 34, n. 5, p. 987–996, out. 2011.

SCHULTZ, T.; APRILE, M. R. Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, v. 5, n.1. p. 36-48, 2013.

SHLOIM, N. et al. Relationship between body mass index and women's body image, self-esteem and eating behaviours in pregnancy: a cross-cultural study. **Journal of Health Psychology**, v. 20, n. 4, p. 413-426, 2013.

SILVA, A. I. DA; MARINHO, G. I. Auto-estima e relações afetivas. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 1, n. 2, p. 229-237, 26 mar. 2008.

SILVA, G. F. DA. **Gravidez: regressão e movimentos representacionais na perspectiva de Freud e Winnicott**. Mestrado em Psicologia Social—São Paulo: Universidade de São Paulo, 13 fev. 2008.

SILVA, R. A. DA et al. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1832–1838, set. 2010.

SIMAS, F. B.; SOUZA, L.; SCORSOLINI-COMIN, F. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e multíparas. *Revista Psicologia, Teoria e Prática*, v. 15, n.1, p. 19-34, jan-abr 2013.

SMITH, M. M.; GRENYER, B. F. S. Psychosocial profile of pregnant adolescents in a large Australian regional area. **Australian Journal of Rural Health**, v. 7, n. 1, p. 28–33, fev. 1999.

SOARES, Y.; GONÇALVES, N.; CARVALHO, C. Avaliação da depressão pós-parto: prevalência e fatores associados. **Rev. Interd.**, v. 8, n. 4, p. 40-46, out.-nov.-dez. 2015.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 4º ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

STAMP, G. E.; CROWTHER, C. A. Postnatal Depression: A South Australian Prospective Survey. **The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 34, n. 2, p. 164–167, maio 1994.

STRAPASSON, M. R.; FERREIRA, C. F.; RAMOS, J. G. L. Associations between postpartum depression and hypertensive disorders of pregnancy. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 143, n. 3, p. 367–373, dez. 2018.

STRAPASSON, M. R.; NEDEL, M. N. B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 521–528, set. 2010.

STUBBS, B. et al. Psychosocial well-being and efforts to quit smoking in pregnant women of South-Central Appalachia. **Addictive Behaviors Reports**, v. 9, jun. 2019.

TANNOUS, L. et al. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. **BMC Psychiatry**, v. 8, n. 1, dez. 2008.

TAVARES, D. M. DOS S. et al. Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3557–3564, nov. 2016.

THOMPSON, S. D.; OSTEEN, S. R.; YOUNGKER, L. G. Who Fares Better?: Postnatal Adjustment of Adolescent Fathers and Mothers. **Marriage & Family Review**, v. 33, n. 4, p. 31–46, set. 2001.

TURKCAPAR, A. F. et al. Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study. **BMC Pregnancy & Childbirth**, v. 15, n. 1, p. 108, dez. 2015.

TYRER, P.; TYRER, H.; YANG, M. Premature mortality of people with personality disorder in the Nottingham Study of Neurotic Disorder. **Personality and Mental Health**, 15 ago. 2019.

ULLOQUE-CAAMAÑO, L.; MONTERROSA-CASTRO, Á.; ARTETA-ACOSTA, C. Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del caribe colombiano. **Revista chilena de obstetricia y ginecología**, v. 80, n. 6, p. 462–474, dez. 2015.

VAN HAAREN-TEN HAKEN, T. et al. Preferred place of birth: Characteristics and motives of low-risk nulliparous women in the Netherlands. **Midwifery**, v. 28, n. 5, p. 609–618, out. 2012.

VARESCON, I. et al. Self-Esteem, Psychological Distress, and Coping Styles in Pregnant Smokers and Non-Smokers. **Psychological Reports**, v. 113, n. 3, p. 935–947, dez. 2013.

WEIS, K. L.; RYAN, T. W. Mentors Offering Maternal Support: A Support Intervention for Military Mothers. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 41, n. 2, p. 303–314, mar. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates**. Geneva: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding: conclusions and recommendations**. Geneva: WHO; 2001.

WINNICOT, D. **Preocupação materna primária**. In: Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*, p. 399-405. Rio de Janeiro: Imago.

WOLMAN, W.L. et al. Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: A randomized, controlled study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 168, n. 5, p. 1388–1393, maio 1993.

YEHIA, D. B. M. et al. Psychosocial factors correlate with fatigue among pregnant women in Jordan. **Perspectives in Psychiatric Care**, p. 1-8, 18 mar. 2019.

ZEFERINO, M. G. M.; FUREGATO, A. R. F. Aborto, depressão, autoestima e resiliência: uma revisão. **Sau. & Transf. Soc.** v. 4, n. 3, p. 115-119, 2013.

ZORDAN, E. P.; FALCKE, D.; WAGNER, A. Casar ou não casar? Motivos e expectativas com relação ao casamento. **Psicologia em Revista**, v. 15, n. 2, p. 21, 2009.

ANEXO I
QUESTIONÁRIO – PÓS-PARTO IMEDIATO

I- DADOS GERAIS		
1- Nome da Unidade	1. <input type="checkbox"/> MBH 2. <input type="checkbox"/> HSJ	<input type="checkbox"/>
2- Tipo de serviço:	1. <input type="checkbox"/> SUS 2. <input type="checkbox"/> Particular 3. <input type="checkbox"/> Convênio. Qual? _____	<input type="checkbox"/>
Número do prontuário da gestante <input type="text"/>		
Para MBH: número do leito: <input type="text"/> Data de internação: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Entrevistador	Data da entrevista <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Revisor	Data <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Digitador	Data <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
"Meu nome é e você foi convidada a participar de uma pesquisa que avalia a saúde de mulheres e crianças e os fatores ligados a hábitos de vida, gravidez, tipo de parto, assim como a saúde de seu filho. Eu gostaria de pedir meia hora de sua atenção"		
II- IDENTIFICAÇÃO		Hora de início da entrevista <input type="text"/> : <input type="text"/>
3- Qual é o seu nome completo?		
Qual é o seu endereço completo?		
CEP <input type="text"/> - <input type="text"/> 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 <input type="text"/> - <input type="text"/> Bairro	Ponto de Referência:	
Como se chega lá?		
III- BLOCO ECONÔMICO E SOCIODEMOGRÁFICO		
4 - Qual é a sua Idade <input type="text"/> anos		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 - Qual sua cor de pele? (autorreferida) 1. <input type="checkbox"/> Branca 2. <input type="checkbox"/> Negra 3. <input type="checkbox"/> Amarela(asiáticas) 4. <input type="checkbox"/> Parda (morena/mulata) 5. <input type="checkbox"/> Indígena 6. <input type="checkbox"/> outra _____		<input type="checkbox"/>
6 – Qual a sua escolaridade? 1. <input type="checkbox"/> não estudou 2. <input type="checkbox"/> não estudou, mas sabe ler e escrever		

3. <input type="checkbox"/> sim, algumas vezes	<input type="checkbox"/> II. Trimestre de gestação <input type="checkbox"/> III. Trimestre de gestação	<input type="checkbox"/>
29 - Seu parceiro ou alguém que mora com você fumava durante esta gravidez?		<input type="checkbox"/>
0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR		
30 – Você tomou bebida alcoólica durante esta gestação?		<input type="checkbox"/>
0. <input type="checkbox"/> não bebe		
1. <input type="checkbox"/> bebia antes, mas não bebeu durante a gravidez		
2. <input type="checkbox"/> sim, frequentemente	<input type="checkbox"/> I. Trimestre de gestação	
3. <input type="checkbox"/> sim, algumas vezes	<input type="checkbox"/> II. Trimestre de gestação <input type="checkbox"/> III. Trimestre de gestação	
“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 esta pesquisa.”		
31- Você usou algum tipo de droga durante a gestação?		<input type="checkbox"/>
0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR		
32- Seu parceiro ou alguém que mora com você usou algum tipo de droga durante a sua gravidez?		<input type="checkbox"/>
0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR		
VI- INFORMAÇÕES SOBRE O PARTO “Agora eu perguntarei sobre o parto desse bebê”		
33 - Qual foi o tipo de parto que você teve?		<input type="checkbox"/>
1. <input type="checkbox"/> Normal 2. <input type="checkbox"/> Cesárea		
34 - 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)		<input type="checkbox"/>
0. <input type="checkbox"/> Não, porque a maternidade não permitia acompanhante		<input type="checkbox"/>
1. <input type="checkbox"/> Não, porque a maternidade não permitia a pessoa que eu tinha para ficar comigo*		<input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/> Não, porque a maternidade só permitia para adolescentes		<input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/> Não, porque eu não sabia que podia.		<input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/> Não, porque eu não queria		<input type="checkbox"/>
6. <input type="checkbox"/> Não, porque não tinha ninguém para ficar comigo		<input type="checkbox"/>
7. <input type="checkbox"/> Não, outro motivo _____		<input type="checkbox"/>
8. <input type="checkbox"/> Sim, só no TP 10. <input type="checkbox"/> Sim, só no Parto 11. <input type="checkbox"/> Em ambos		<input type="checkbox"/>
Quem ficou com você: _____		
* Exemplos: A maternidade só permitia mulheres e ela tinha só 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.		
35 – Você teve mais de um bebê nesta gestação (gestação múltipla)?		<input type="checkbox"/>
0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim		
36 -Se sim, quantos?		<input type="checkbox"/>
1. <input type="checkbox"/> Gêmeos 2. <input type="checkbox"/> Trigêmeos 3. <input type="checkbox"/> Mais de 3. Quantos? _____		<input type="checkbox"/>
“Para cada bebê preencher uma entrevista...”		
37 - Número da Declaração de Nascidos Vivos – DNV		<input type="text"/>
38 - Qual é o sexo do bebê?		<input type="checkbox"/>
1. <input type="checkbox"/> masculino 2. <input type="checkbox"/> feminino		
39- Com quantas semanas/meses de gravidez o bebê nasceu?		<input type="checkbox"/>
1. <input type="text"/> semanas 2. <input type="text"/> meses		<input type="checkbox"/>
40- Aqui no hospital, você foi orientada a amamentar?		<input type="checkbox"/>
0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR		
41 - Aqui no hospital, um profissional de saúde ajudou você colocar o bebê no peito?		<input type="checkbox"/>
0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR		

Hora do término da entrevista :

ANEXO II
QUESTIONÁRIO – 6º AO 15º MÊS PÓS-PARTO

Entrevistador	Data da entrevista __ _ / __ _ / __ _	
Revisor	Data __ _ / __ _ / __ _	
Digitador	Data __ _ / __ _ / __ _	
"Meu nome é no pós-parto você foi convidada e aceitou participar de uma pesquisa que avalia a saúde de mulheres e crianças e os fatores ligados a hábitos de vida, gravidez, tipo de parto, assim como a saúde de seu filho. Para dar continuidade a pesquisa eu gostaria de pedir meia hora de sua atenção."		
I- IDENTIFICAÇÃO	Hora de início da entrevista __ _ : __ _	
1 - 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?		
2 - Qual a situação atual do seu bebê:		
1. __ _ Vivo		
2. __ _ Nasceu vivo e faleceu em: ___/___/___ (viveu mais que 30 dias continua a pesquisa)		
3. __ _ Outros _____ (faz a entrevista referente ao tempo que a mãe conviveu com o bebê)		
3 - Você está grávida neste momento?		
0. __ _ Não	1. __ _ Sim. Por quanto tempo? ___ meses ___ semanas	__ _
II- BLOCO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO		
4 - A respeito da sua situação conjugal, você (esclarecer que companheiro é parceiro fixo)		
1. __ _ Solteira	2. __ _ Casada/vive com companheiro	3. __ _ Tem companheiro, mas não vive com ele
4. __ _ Viúva	5. __ _ Outros. Qual? _____	99. __ _ NS/NL/NR
5 - Qual a sua relação com o pai do bebê atualmente?		
1. __ _ Marido/companheiro	2. __ _ Namorado/noivo	3. __ _ Relação de amizade
4. __ _ Nunca mais o viu	5. __ _ Outros _____	99. __ _ NS/NL/NR
6 - Quem é o chefe da família?		
		__ _

<p>28 - Nos últimos 3 meses, você perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 99. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR 88. <input type="checkbox"/> NSA</p>	<input type="checkbox"/>
<p>29 - Nos últimos 3 meses, você ou qualquer outro adulto em sua casa ficou, alguma vez, um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar comida?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 99. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR 88. <input type="checkbox"/> NSA</p>	<input type="checkbox"/>
<p>30 - Nos últimos 3 meses, você não pode oferecer a(s) criança(s) ou adolescente(s) da casa uma alimentação saudável e variada porque não tinha dinheiro para isto?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 99. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR 88. <input type="checkbox"/> NSA</p>	<input type="checkbox"/>
<p>31 - Nos últimos 3 meses, a(s) criança(s) ou o(s) adolescente(s) da casa não comeu (comeram) quantidade suficiente porque não havia dinheiro para a comida?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 99. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR 88. <input type="checkbox"/> NSA</p>	<input type="checkbox"/>
<p>32 - Nos últimos 3 meses, você alguma vez diminuiu a quantidade de alimentos das refeições da(s) criança(s) ou adolescente(s) da casa, porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 99. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR 88. <input type="checkbox"/> NSA</p>	<input type="checkbox"/>
<p>33 - Nos últimos 3 meses, alguma vez você teve que pular uma refeição da(s) criança(s) ou adolescente(s) da casa porque não havia dinheiro para comprar comida?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 99. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR 88. <input type="checkbox"/> NSA</p>	<input type="checkbox"/>
<p>34 - Nos últimos 3 meses, a(s) criança(s) ou adolescente(s) da casa teve (tiveram) fome mas você simplesmente não podia comprar mais comida?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 99. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR 88. <input type="checkbox"/> NSA</p>	<input type="checkbox"/>
<p>35 - Nos últimos 3 meses, a(s) criança(s) ou adolescente(s) da casa ficou (ficaram) sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para a comida?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 99. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR 88. <input type="checkbox"/> NSA</p>	<input type="checkbox"/>
IV – CARACTERÍSTICAS E HÁBITOS MATERNOS	
<i>“Agora farei algumas perguntas sobre seus hábitos...”</i>	
<p>36 - Em uma semana normal, você pratica algum ESPORTE ou EXERCÍCIO FÍSICO por lazer ou para melhorar à saúde? (Por exemplo: caminhada, bicicleta, corrida, voleibol, atividades em academia, danças, natação ou outros esportes)</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 99. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR</p>	<input type="checkbox"/>
<p>37 - Você está fumando atualmente?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim, sempre 2. <input type="checkbox"/> sim, algumas vezes 3. <input type="checkbox"/> não 4. <input type="checkbox"/> nunca fumei 99. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR</p>	<input type="checkbox"/>
<p>38 - Faz uso de bebida alcoólica?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> não 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 99. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR</p>	<input type="checkbox"/>
<i>“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.”</i>	
<p>39 - Você usa algum tipo de droga?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 99. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR</p>	<input type="checkbox"/>
V - MORBIDADES MATERNAS	
<p>40 - Nos primeiros 45 dias após o parto, a senhora foi internada por algum motivo?</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ 99. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR</p>	<input type="checkbox"/>
DEPRESSÃO PÓS-PARTO Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh	
<i>Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor, marque a resposta que mais se aproxima do que você tem sentido nos últimos sete dias, não apenas como você está se sentindo hoje.</i>	

Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas:				_
(0) Como eu sempre fiz.	(1) Não tanto quanto antes.	(2) Sem dúvida, menos que antes.	(3) De jeito nenhum.	
Eu tenho pensado no futuro com alegria:				_
(0) Sim, como de costume.	(1) Um pouco menos que de costume.	(2) Muito menos que de costume.	(3) Praticamente não.	
Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado:				_
(3) Não, de jeito nenhum.	(2) Raramente.	(1) Sim, às vezes.	(0) Sim, frequentemente.	
Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:				_
(0) Sim, muito seguido.	(1) Sim, às vezes.	(2) De vez em quando.	(3) Não, de jeito nenhum.	
Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:				_
(3) Sim, muito seguido.	(2) Sim, às vezes.	(1) Raramente.	(0) Não, de jeito nenhum.	
Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia:				_
(3) Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.	(2) Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.	(1) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.	(0) Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.	
Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir:				_
(3) Sim, na maioria das vezes.	(2) Sim, algumas vezes.	(1) Raramente.	(0) Não, nenhuma vez.	
Eu tenho me sentido triste ou muito mal:				_
(3) Sim, na maioria das vezes.	(2) Sim, muitas vezes.	(1) Raramente.	(0) Não, de jeito nenhum.	
Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado:				_
(3) Sim, a maior parte do tempo.	(2) Sim, muitas vezes.	(1) Só de vez em quando.	(0) Não, nunca.	
A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça:				_
(3) Sim, muitas vezes, ultimamente.	(2) Algumas vezes nos últimos dias.	(1) Pouquíssimas vezes, ultimamente.	(0) Nenhuma vez.	
41 – Somatório final da escala: _____				_ _
Escala de auto-estima “Rosemberg”				
“Agora vou fazer algumas afirmações sobre você, veja se concorda ou não” (usar a régua)				
No conjunto, eu estou satisfeita comigo				_
4. _ Concordo totalmente	3. _ Concordo	2. _ Discordo	1. _ Discordo	
Às vezes, eu acho que não presto para nada				_
4. _ Discordo totalmente	3. _ Discordo	2. _ Concordo	1. _ Concordo	
Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades				_
1. _ Concordo totalmente	2. _ Concordo	3. _ Discordo	4. _ Discordo	
Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas				_
4. _ Concordo totalmente	3. _ Concordo	2. _ Discordo	1. _ Discordo	
Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar				_
4. _ Discordo totalmente	3. _ Discordo	2. _ Concordo	1. _ Concordo	
Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes				_
4. _ Discordo totalmente	3. _ Discordo	2. _ Concordo	1. _ Concordo	
Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas				_
4. _ Concordo totalmente	3. _ Concordo	2. _ Discordo	1. _ Discordo	
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	
No geral, eu estou inclinada a sentir que sou um fracasso				<input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente	3. <input type="checkbox"/> Discordo	2. <input type="checkbox"/> Concordo	1. <input type="checkbox"/> Concordo	
Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo				<input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	3. <input type="checkbox"/> Concordo	2. <input type="checkbox"/> Discordo	1. <input type="checkbox"/> Discordo	
42- Valor total da Escala de Autoestima de Rosemberg				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Muito Obrigada pela sua colaboração!!!

Hora de término da entrevista :

ANEXO III

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ACRE- UFAC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Evolução dos indicadores nutricionais de crianças do nascimento ao primeiro ano de vida em Rio Branco e Acre

Pesquisador: Alanderson Alves Ramalho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40584115.0.0000.5010

Instituição Proponente: Universidade Federal do Acre- UFAC

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DO ACRE - FAPAC

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.074.982

Data da Relatoria: 11/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de Pesquisa para a elaboração de tese de doutorado. A pesquisa é caracterizada como um estudo longitudinal, descritivo, abordando três etapas: gestação da mãe, primeiro e segundo semestres de vida da criança. Para desenvolvimento da pesquisa, será constituída uma coorte de nascidos vivos e suas mães que irão parir nas duas maternidades de Rio Branco, Acre, totalizando 3540 participantes. Os procedimentos metodológicos de coleta de dados serão: entrevista utilizando instrumento semi-estruturado, coleta de dados do cartão de pré-natal, do cartão da criança e prontuário clínico da puérpera e do recém-nascido e posteriormente visita domiciliar (seis meses e um ano após o parto) para a coleta de sangue e medidas de peso e estatura da criança.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os indicadores nutricionais infantis no primeiro ano de vida em uma coorte de nascidos vivos em Rio Branco, Acre.

Objetivos Secundários:

- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico familiar da coorte de nascidos vivos.

Endereço: "Campus Universitário" Reitor Aulio G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26
Bairro: BR364 Km04 Distrito Industrial **CEP:** 69.915-900
UF: AC **Município:** RIO BRANCO
Telefone: (68)3901-2711 **Fax:** (68)3229-1246 **E-mail:** cepufac@hotmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ACRE- UFAC



Continuação do Parecer: 1.074.982

- Analisar o incremento de peso e de comprimento aos seis e doze meses de vida.
- Identificar a prevalência de desnutrição e excesso de peso aos seis e doze meses de vida.
- Analisar a concentração de hemoglobina aos seis e doze meses de vida.
- Determinar a incidência de desmame precoce e fatores associados na coorte de nascidos vivos.
- Investigar a prevalência de consumo de alimentos complementares e os fatores associados à alimentação complementares aos seis e doze meses de vida.
- Analisar os determinantes da insegurança alimentar familiar na coorte de nascidos vivos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos da pesquisa foram explicitados adequadamente e atendem às exigências éticas estabelecidas pela Resolução 466/2012. As providências e cautelas foram apresentadas e estão adequadas aos riscos declarados.

Os benefícios foram explicitados e referem-se a proveitos indiretos à comunidade do participante da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância social e científica. A metodologia de pesquisa está adequada aos objetivos propostos, assim como o delineamento do estudo e o tamanho da amostra.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1- A Folha de Rosto (FR), foi devidamente preenchida e atende as recomendações da Resolução CNS Nº 466/2012.

2- Projeto de Pesquisa Detalhado (Projeto de Pesquisa Original):

O projeto apresenta descrição do objeto de estudo, da justificativa, dos objetivos, bem como, a metodologia proposta e análise dos dados estão adequados. O cronograma de execução foi reformulado e atualizado quanto ao início da coleta de dados. O cronograma e orçamento financeiro são factíveis e em consonância com os objetivos da pesquisa. As "Informações Básicas do Projeto" estão em conformidade com o "Projeto Detalhado".

3- Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do responsável legal pela menor de idade, da participante que não sabe ler, da participante que sabe ler e o Termo de Assentimento, apresentam-se claros, objetivos, com linguagem adequada as participantes da pesquisa, com descrição dos procedimentos de coleta de dados, e identificação dos riscos e desconfortos esperados. Atende a todas as exigências contidas na Resolução CNS Nº 466/2012.

4-Instrumentos de coleta de dados da pesquisa: os instrumentos de coleta de dados contemplam

Endereço: "Campus Universitário" - Reitor Aulio G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26
 Bairro: BR364 Km04 Distrito Industrial CEP: 69.915-900
 UF: AC Município: RIO BRANCO
 Telefone: (68)3901-2711 Fax: (68)3229-1246 E-mail: cepufac@hotmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ACRE- UFAC



Continuação do Parecer: 1.074.982

as variáveis descritas no projeto de pesquisa, assim como os objetivos da pesquisa propostos. As informações relacionadas a pesquisa como: título da pesquisa, nome do pesquisador responsável e instituição proponente foram inseridas no cabeçalho do instrumento.

5-A Declaração do pesquisador responsável de que a coleta de dados não foi iniciada e a declaração do uso dos dados e informações coletadas para os fins exclusivos previstos no projeto de pesquisa, apresentam-se em conformidade com o modelo do CEP/UFAC.

6-Os Termos de autorização para realização da pesquisa foram emitidos pelas duas instituições hospitalares coparticipantes e, atendem ao modelo proposto pelo CEP/UFAC.

7- A Autorização para acesso e uso do prontuário clínico pelas instituições de saúde (duas maternidades) está expressa no Termo de Autorização para a Realização da Pesquisa.

8- A Autorização para acesso e uso do prontuário clínico pela participante ou representante legal está expressa no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

9- "As amostras de sangue das crianças serão devidamente acondicionadas para transporte, conforme Procedimento Operacional Padrão para coleta domiciliar. O pesquisador afirma que as amostras coletadas serão imediatamente processadas por um laboratório de Análises Clínicas contratado inserido no Programa de Garantia da Qualidade ISO 9001. Não haverá guarda desse material para uso em pesquisa futura, para tanto não será necessário dispor de Biorrepositório e Biobanco de Material Biológico Humano com finalidade de Pesquisa".

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que as pendências indicadas no Parecer anterior foram sanadas e que no Protocolo de Pesquisa constam todos os Termos de Apresentação Obrigatória, os quais estão elaborados e/ou preenchidos adequadamente, atendendo as exigências estabelecidas na Resolução CNS Nº 466/2012, conclui-se pela emissão de Parecer favorável à realização da Pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A pesquisa somente poderá ser iniciada após o CEP emitir Parecer Consubstanciado de APROVAÇÃO, assim, os pesquisadores deverão aguardar a decisão de Aprovação Ética do Protocolo de Pesquisa, para poderem iniciar a pesquisa, conforme estabelece a Resolução

Endereço: "Campus Universitário" - Reitor Aulo G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26
 Bairro: BR364 Km04 Distrito Industrial CEP: 69.915-900
 UF: AC Município: RIO BRANCO
 Telefone: (68)3901-2711 Fax: (68)3229-1246 E-mail: cepufac@hotmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ACRE- UFAC



Continuação do Parecer: 1.074.982

466/2012, XI.2, "a".

Em conformidade com as diretrizes estabelecidas nos itens II.19 e II.20, bem como nas alíneas b e c, do subitem, 3, do item 10.1; na alínea d, do item XI.2, da Resolução CNS Nº 466/2012, os pesquisadores devem apresentar os relatórios parcial e final ao CEP.

RIO BRANCO, 22 de Maio de 2015

Assinado por:

Luciete Basto de Andrade Albuquerque
(Coordenador)

Endereço: "Campus Universitário" Relfor Aulio G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26
Bairro: BR364 Km04 Distrito Industrial CEP: 69.915-900
UF: AC Município: RIO BRANCO
Telefone: (68)3901-2711 Fax: (68)3229-1246 E-mail: cepufac@hotmail.com

ANEXO IV

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ACRE- UFAC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA GESTAÇÃO, PARTO E AMAMENTAÇÃO EM MULHERES NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE.

Pesquisador: ANDREIA MOREIRA DE ANDRADE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31007414.0.0000.5010

Instituição Proponente: Universidade Federal do Acre- UFAC

Patrocinador Principal: Universidade Federal do Acre- UFAC

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 760.821

Data da Relatoria: 14/08/2014

Apresentação do Projeto:

O objetivo deste estudo será analisar a utilização de medicamentos por mulheres, durante a gestação, o período de internação para o parto e amamentação, no município de Rio Branco, Acre. Trata-se de um estudo transversal com perspectiva de recrutar 1557 mulheres que se internarem para o parto nas duas maternidades do município durante o período de estudo. Para atingir os objetivos propostos serão realizadas além da entrevista pós-parto imediato, visitas domiciliares. A coleta de dados será por entrevista, por consulta ao cartão de pré-natal e ao prontuário da parturiente. Os medicamentos serão classificados, e a análise da associação será realizada segundo variáveis sociodemográficas, características maternas e assistência ao pré-natal e parto. Os dados serão analisados de forma descritiva e exploratória para avaliar a distribuição e caracterizar a amostra. A descrição das variáveis categóricas será apresentada através de sua distribuição percentual por categoria ou pela média, desvio padrão e intervalo de confiança se variável contínua. Serão obtidas prevalências dos desfechos e estimadas as medidas de risco com seus respectivos intervalos de confiança para as associações. Na regressão logística deverá ser selecionado o melhor modelo ajustado tendo 95% como grau de confiança do estudo. O presente estudo buscará alcançar resultados que possam contribuir para melhoria na qualidade da saúde materno-infantil.

Endereço: "Campus Universitário" Rector Aulo G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26
Bairro: BR364 Km04 Distrito Industrial **CEP:** 69.915-900
UF: AC **Município:** RIO BRANCO
Telefone: (68)3901-2711 **Fax:** (68)3229-1246 **E-mail:** cepufac@hotmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ACRE- UFAC



Continuação do Parecer: 750.821

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

"Avaliar a utilização de medicamentos durante a gestação, o período de internação para o parto e amamentação em mulheres do município de Rio Branco, Acre".

Objetivos Secundários:

- 1- "Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres, segundo o uso de medicamentos no período de gestação, parto e pós-parto imediato e amamentação".
- 2- "Descrever o uso autorreferido na gestação e indicado durante o parto de medicamentos, classificando-os segundo o sistema anatómico, terapêutico e químico (ATC) e categorização de risco do FDA".
- 3- "Analisar o perfil de medicamentos prescritos durante a permanência hospitalar para o parto".
- 4- "Estimar a prevalência do tipo de anestésicos (e combinações), utilizados durante o parto e associação com tipo de parto e principais efeitos decorrentes da sua utilização".
- 5- "Estimar a prevalência do uso de medicamentos durante a gestação, parto e pós-parto imediato e amamentação".
- 6- "Analisar a associação entre as variáveis socioeconômicas, demográficas, características maternas e o acesso às ações e aos serviços de saúde, com o uso de medicamentos".
- 7- "Analisar o uso de medicamentos essenciais e a associação com o diagnóstico de anemia, segundo período gestacional de uso".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios explicitados estão em conformidade com as exigências estabelecidas pela Resolução 466/2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância social e atende aos critérios de cientificidade, bem como atende às exigências éticas estabelecidas para as pesquisas envolvendo seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de Apresentação Obrigatória forma anexados aos Protocolo de Pesquisa e estão formulados adequadamente.

Recomendações:

Continua valendo a recomendação referente à consideração de que os três meses em que serão coletados os dados constituem-se uma amostra representativa do ano todo de ocorrências. Caso

Endereço: "Campus Universitário" Reitor Aúlio G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26
 Bairro: BR364 Km04 Distrito Industrial CEP: 69.915-900
 UF: AC Município: RIO BRANCO
 Telefone: (68)3901-2711 Fax: (68)3229-1246 E-mail: cepufac@hotmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ACRE- UFAC



Continuação do Parecer: 760.821

isso não seja realmente constatado, todo o trabalho pode ser invalidado pois a amostra não seria representativa e as inferências não poderiam ser realizadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que no Protocolo de Pesquisa constam todos os Termos de Apresentação Obrigatória, os quais estão elaborados e/ou preenchidos adequadamente, atendendo as exigências estabelecidas na Resolução CNS Nº 466/2012 e do CEP-UFAC, conclui-se pela emissão de Parecer favorável à realização da Pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-UFAC informa que:

- 1- Esta pesquisa não poderá ser descontinuada pelo pesquisador responsável, sem justificativa previamente aceita pelo CEP, sob pena de ser considerada antiética, conforme estabelece a Resolução CNS Nº 466/2012, X.3- 4.
- 2- Em conformidade com as diretrizes estabelecidas a Resolução CNS Nº 466/2012, XI.2, d; o pesquisador responsável deve apresentar relatórios parcial e final ao CEP. O Relatório parcial deve ser apresentado após coleta de dados, "demonstrando fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento" (Resolução CNS Nº 466/2012, II.20) e o Relatório Final deverá ser apresentado "após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados" (RESOLUÇÃO CNS Nº 466/2012, II.19).

Endereço: "Campus Universitário" Reitor Aúlo G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26
 Bairro: BR364 Km04 Distrito Industrial CEP: 69.915-900
 UF: AC Município: RIO BRANCO
 Telefone: (68)3901-2711 Fax: (68)3229-1246 E-mail: cepufac@hotmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ACRE- UFAC



Continuação do Parecer: 760.821

RIO BRANCO, 21 de Agosto de 2014

Assinado por:
Luciete Basto de Andrade Albuquerque
(Coordenador)

Endereço: "Campus Universitário" Reitor Aulo G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26
Bairro: BR364 Km04 Distrito Industrial **CEP:** 69.915-900
UF: AC **Município:** RIO BRANCO
Telefone: (68)3901-2711 **Fax:** (68)3229-1246 **E-mail:** cepufac@hotmail.com

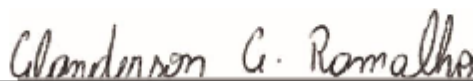
ANEXO V

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE BANCO DE DADOS

Eu, Alanderson Alves Ramalho, Professor do Magistério Superior da Universidade Federal do Acre (UAFC), declaro estar informado da metodologia que será desenvolvida na pesquisa **"Autoestima e Depressão Pós-parto em Adolescentes e Mulheres Primíparas e Multíparas no Município de Rio Branco – Acre"**, de autoria da aluna Luciana Monteiro Queiroz da Silva, sob orientação das professoras Dra. Rosalina Jorge Koifman e Dra. Ilce Ferreira da Silva.

Ciente de que sua metodologia será desenvolvida conforme a resolução CNS N°466/2012 e das demais resoluções complementares, autorizo a consulta do arquivo/prontuário/base de dados sob minha responsabilidade para realização da referida pesquisa.

Rio Branco – Acre, 18 de julho de 2019.



ALANDERSON ALVES RAMALHO

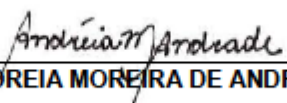
ANEXO VI

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE BANCO DE DADOS

Eu, **Andreia Moreira de Andrade**, Professora do Magistério Superior da Universidade Federal do Acre (UAFC), declaro estar informada da metodologia que será desenvolvida na pesquisa **"Autoestima e Depressão Pós-parto em Adolescentes e Mulheres Primíparas e Multiparas no Município de Rio Branco – Acre"**, de autoria da aluna Luciana Monteiro Queiroz da Silva, sob orientação das professoras Dra. Rosalina Jorge Koifman e Dra. Ilce Ferreira da Silva.

Ciente de que sua metodologia será desenvolvida conforme a resolução CNS Nº466/2012 e das demais resoluções complementares, autorizo a consulta do arquivo/prontuário/base de dados sob minha responsabilidade para realização da referida pesquisa.

Rio Branco – Acre, 18 de julho de 2019.



ANDREIA MOREIRA DE ANDRADE



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

AUTORIZAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS

Autorizo a reprodução e/ou divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, desde que citada a autora, título, instituição e ano da dissertação.

Rio Branco – Acre, 14/07/2020

Nome da autora: Luciana Monteiro Queiroz da Silva

Assinatura: *Luciana Monteiro Queiroz da Silva*

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE (UFAC)