

## Auto-estima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

Self-esteem and associated factors in pregnant women in the city of Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil

Michelle de Souza Dias <sup>1</sup>  
 Ricardo Azevedo da Silva <sup>2</sup>  
 Luciano Dias de Mattos Souza <sup>3</sup>  
 Rosângela da Costa Lima <sup>2</sup>  
 Ricardo Tavares Pinheiro <sup>2</sup>  
 Inácia Gomes da Silva Moraes <sup>3</sup>

### Abstract

*This study analyzes self-esteem and associated factors in pregnant women treated by the Unified National Health System (SUS) in the city of Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. Using a cross-sectional design, 560 pregnant women were interviewed from May to November 2006. The interviews were held in specific locations like University outpatient clinics and hospital wards and a center run by the city government. A full 62.9% were diagnosed as high-risk pregnancies. Mean self-esteem according to the Rosenberg scale was 9.2 (SD = 4.6). Variables showing a positive, significant association with self-esteem were age, schooling, and income. Perception of risk to the unborn infant's health and parity were both negatively associated with maternal self-esteem. These high-risk pregnant women also showed higher self-esteem than low-risk pregnant women.*

*Self Concept; High-Risk Pregnancy; Pregnant Women*

<sup>1</sup> Faculdades Atlântico Sul/ Anhanguera Educacional, Pelotas, Brasil.

<sup>2</sup> Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, Brasil.

<sup>3</sup> Curso de Psicologia, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, Brasil.

#### Correspondência

M. S. Dias  
 Faculdades Atlântico Sul/  
 Anhanguera Educacional.  
 Rua Dr. Bruno Chaves 300,  
 Bloco G, apto. 107, Pelotas, RS  
 96055-040, Brasil.  
 michelle\_souzadias@hotmail.  
 com

### Introdução

A gestação é um período de peculiar suscetibilidade para as mulheres, sendo com frequência estressante física e mentalmente <sup>1</sup>. Mesmo na gravidez saudável, alterações físicas e emocionais podem modificar a habilidade da mulher administrar suas funções e papéis usuais <sup>2</sup>. Além disso, é importante salientar que os sintomas psicopatológicos durante a gravidez têm consequências fisiológicas tanto para a mãe <sup>3</sup> quanto para o bebê <sup>4</sup>.

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos com baixo-risco. Apesar deste fato, há parcela de gestantes que, por características específicas, ou por algum agravamento, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de “gestante de alto-risco” <sup>5</sup>.

Uma gravidez é considerada de alto risco quando apresenta alguma intercorrência de ordem materna ou fetal durante o período de desenvolvimento intra-uterino do conceito, afetando a evolução e o resultado da gravidez <sup>6</sup>. Um aspecto que pode prejudicar, em uma gestação de alto-risco, é a auto-estima das gestantes. A auto-estima é um conceito de grande abrangência, dizendo respeito à avaliação positiva ou negativa que o indivíduo faz de si mesmo, constituindo-se, assim, em um aspecto central do eu, que de-

semprenha papel fundamental na construção da identidade adulta<sup>7</sup>. Além disso, é considerada geralmente o componente avaliativo do auto-conceito, uma representação mais larga do *self*, que inclui aspectos cognitivos e comportamentais, assim como avaliativos e afetivos<sup>7</sup>. Ela é, portanto, uma conseqüência da identidade pessoal, congregando, dessa forma, as auto-avaliações sobre atributos e habilidades individuais manifestos nos domínios interpessoal e privado<sup>8</sup>.

Pouco se conhece a respeito dos aspectos psicológicos em mulheres com complicações perinatais, em especial sobre o efeito destas complicações na auto-estima. Um estudo de Kemp & Page<sup>9</sup> sobre este tema revelou diferenças significativas medidas pela escala de auto-estima de Rosenberg em mulheres experienciando uma gestação de alto-risco e uma gestação de baixo-risco. Além disso, existem evidências de que a percepção de bem-estar durante a gravidez prediz positivamente o ajustamento do papel materno no período pós-natal<sup>1,10,11</sup>.

No Brasil, são raros os estudos sobre as dificuldades psicológicas na gravidez de alto-risco e não existem estudos publicados sobre o reflexo na auto-estima das mulheres com alto-risco gestacional. Sendo assim, este estudo torna-se importante para a definição de estratégias de prevenção, ainda durante a gestação, de quadros mais graves com riscos para a saúde mental da mãe e, conseqüentemente, bem-estar do feto, uma vez que tem como objetivo analisar a auto-estima e fatores associados em uma população de gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

## Métodos

O estudo se caracteriza por ser do tipo transversal, no qual foram estudadas 560 gestantes com diagnóstico de alto e baixo-risco, atendidas pelo sistema público de saúde nos três ambulatórios e duas enfermarias referência para esse tipo de patologia na cidade de Pelotas, durante os meses de maio a novembro de 2006.

Como este estudo faz parte de um estudo maior, em que o objetivo central era investigar a depressão em gestantes, utilizou-se o cálculo de tamanho de amostra para depressão.

Foram excluídas do estudo as mulheres que residiam em zona rural de Pelotas e/ou que manifestaram incapacidade de compreender ou responder o questionário.

As entrevistas foram feitas por 23 alunos do curso de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), mediante processo de seleção e treinamento. A equipe contou também com a

participação de seis alunos do curso de Medicina da mesma universidade, responsáveis pela confirmação dos diagnósticos de alto e baixo-risco das gestantes, treinados e supervisionados por dois médicos ginecologistas e obstetras.

As gestantes foram classificadas como sendo de alto ou baixo-risco por médicos do sistema público de saúde com base no manual técnico do Ministério da Saúde<sup>5</sup>, que delimita quatro grupos de possíveis geradores de risco à gravidez, que são: características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, doença obstétrica na gravidez atual e intercorrências clínicas. Neste estudo, foram desconsiderados os critérios sócio-econômicos e demográficos para diagnóstico de alto-risco. Essas variáveis foram, posteriormente, controladas na análise multivariada.

Para medir auto-estima, foi utilizada a escala de auto-estima de Rosenberg, validada para o Brasil por Dini<sup>12</sup>. Este instrumento é composto de dez afirmativas com quatro opções de resposta que variam de concordo plenamente a discordo plenamente. As afirmativas de número um, três, quatro, sete e dez variando de concordo plenamente (valor = 0) a discordo plenamente (valor = 3) e as de número dois, cinco, seis, oito e nove variando de concordo plenamente (valor = 3) a discordo plenamente (valor = 0). Dessa forma, o escore final da escala pode variar de 0 (melhor auto-estima) a 30 (pior auto-estima). Neste sentido, quanto maior a pontuação na escala, pior a auto-estima, e quanto menor a pontuação na escala, maior a auto-estima. No trabalho de avaliação da sensibilidade e comprovação da validade de construção dessa escala, apresentado por Dini<sup>12</sup>, foram utilizados dois instrumentos, *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36), ambos mostraram-se significativos (valor de  $p < 0,0001$ ) para a escala de auto-estima de Rosenberg pré e pós-cirurgia.

Para avaliar o bem-estar das gestantes, foi utilizada a escala de faces<sup>13,14,15</sup>, que é uma escala intervalar de sete pontos, com sete faces estilizadas; cada face consiste de um círculo com olhos que não mudam e uma boca com sorrisos que variam num contínuo de semi-círculo inclinado para cima até semi-círculo inclinado para baixo. Contudo, esta escala não teve a sua validade nem a sua reprodutibilidade testada no Brasil<sup>14</sup>. As escalas visuais, no entanto, registram sentimentos inspirados pela experiência diária e garantem que todos os indivíduos percebem o mesmo estímulo visual<sup>14</sup>, permitindo comparações intra-indivíduos ao longo do tempo<sup>16</sup>. A aplicação da escala de faces é simples e útil para estudos comunitários porque utiliza uma linguagem não-

verbal – compreensível, portanto, em qualquer contexto cultural<sup>14</sup>.

Para levantar informações sobre o uso/abuso de álcool foi utilizada a escala CAGE. Desenvolvida por Mayfield et al.<sup>17</sup> e validada para o Brasil por Castells & Furlanetto<sup>18</sup>, esta sinaliza suspeita de problemas com álcool (se pelo menos uma resposta das quatro perguntas for afirmativa – “sim”) ou é indicativo deste (duas ou mais respostas afirmativas).

Para a classificação do nível econômico das participantes, foi utilizada a escala da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)<sup>19</sup>.

No questionário foram inseridas outras variáveis identificadas na revisão de literatura: idade (em anos completos), estado marital (com ou sem companheiro), escolaridade (em anos completos), trabalho (sim ou não), religiosidade (se tinha alguma religião), para história obstétrica (número de gestações anteriores, se havia sido planejada, se foi desejada, se pensou em abortar, o número de consultas pré-natal), eventos estressores durante a gravidez (sim ou não), percepção de risco a sua saúde e à saúde do bebê (nenhum, pouco, moderado, alto risco) e internação hospitalar (no momento da aplicação do questionário). A história psiquiátrica individual foi investigada através de perguntas sobre e se havia feito tratamento psicológico ou medicamentoso para os nervos, o tabagismo (número de cigarros diários), uso de drogas (nos últimos trinta dias) e mal-estar psicológico (como se sentia a maior parte da gravidez) também foram investigados.

O estudo-piloto foi realizado nos meses de março e abril de 2006, com trinta gestantes, no qual os dados obtidos não foram incluídos na amostra final.

Foram realizadas visitas diárias aos três ambulatórios e nas duas enfermarias com o objetivo de identificar as gestantes que estivessem à espera de atendimento e posteriormente, para preenchimento da ficha de captação. Após o registro, os entrevistadores aplicavam os questionários nas gestantes que preenchiam os critérios de inclusão e que aceitaram participar do estudo, assinando previamente o consentimento livre e esclarecido. No caso das gestantes menores de idade, só foi realizada a aplicação do questionário com o seu consentimento livre e esclarecido e o de um responsável. Com relação às gestantes para as quais não foi possível aplicar o questionário ou com as quais não se terminou o processo de pesquisa no local do atendimento, a aplicação foi feita em um prazo máximo de trinta dias, na residência delas ou no retorno ao pré-natal.

Após as aplicações dos instrumentos, estes eram encaminhados à equipe responsável pela codificação e dupla digitação dos dados no

programa Epi Info versão 6.04 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos), com o objetivo de compará-las e detectar inconsistências dos dados. Como controle de qualidade, foi feito contato telefônico com 100% da amostra para se verificar a aplicação do questionário uma vez que este estudo faz parte de uma coorte que continuará analisando essas mulheres.

O processamento e análise dos dados foram realizados com o programa SPSS 10.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Inicialmente, obtiveram-se as frequências de todas as variáveis para caracterização da amostra. A seguir, foram calculadas as médias do escore de auto-estima em relação às variáveis independentes e comparadas, através do teste ANOVA, após o teste de homogeneidade de variância.

Posteriormente, foi realizada uma análise de regressão linear para identificar possíveis fatores de confusão. Foram avaliadas vinte variáveis no modelo de regressão inicial e as que estiveram associadas ( $p \leq 0,20$ ) com a exposição e o desfecho estudados foram incluídas no modelo hierárquico da análise multivariada. No primeiro nível do modelo foram incluídas as variáveis idade, escolaridade e nível econômico, no segundo, as variáveis percepção de risco à saúde da mãe e do bebê, número de gestações e internação hospitalar.

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética da UCPel e Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e autorizado pela Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Pelotas.

## Resultados

No total, 607 gestantes foram identificadas pela equipe, cinco se recusaram a participar do estudo e 17 foram consideradas perdas (não foram encontradas na residência após três visitas ou no retorno ao pré-natal em até um mês, ou o bebê nasceu ou morreu antes da aplicação do questionário), resultando num total de 585 gestantes.

Em relação à escala de auto-estima de Rosenberg, obteve-se o resultado de que das 585 gestantes – população estudada –, 560 responderam o instrumento utilizado e 25 foram consideradas perdas. Em relação ao diagnóstico de alto-risco, das 585 gestantes, três foram consideradas perdas, totalizando 582 das quais 37,1% foram consideradas baixo-risco e 62,9% alto-risco. Deste modo, as perdas e recusas somaram 47 gestantes, 7,7% do total da população estudada.

A distribuição das variáveis incluídas no estudo pode ser observada na Tabela 1. A maioria das gestantes tinha entre 24 e 30 anos (36,1%), era ca-

Tabela 1

Distribuição das variáveis incluídas no estudo.

Variáveis	Frequência	Percentual válido
Variáveis do primeiro nível		
Idade (anos)		
Até 18	99	17,7
19-23	140	25,0
24-30	202	36,1
31 ou mais	119	21,3
Estado marital		
Não casada	166	29,6
Casada ou vive com o companheiro	394	70,4
Escolaridade		
Até 1ª grau completo	275	49,4
2ª grau incompleto/completo	250	44,9
Superior incompleto/completo	32	5,7
Nível econômico		
E e D	206	37,9
C	263	48,4
B e A	74	13,6
Trabalho		
Não	336	61,0
Sim	215	39,0
Religião		
Não tem	144	25,8
Tem	414	74,2
Variáveis do segundo nível		
Idade gestacional (semanas)		
Até 27	308	56,6
28 ou mais	236	43,4
Gestação atual		
Planejada	224	40,1
Aconteceu	334	59,9
Pensou em abortar		
Não	512	91,9
Pensou	45	8,1
Número de consultas pré-natal		
Até 1	406	72,8
2	86	15,4
3 ou mais	66	11,8
Percepção de risco à saúde da mãe		
Nenhum risco	356	63,9
Pouco ou moderado risco	152	27,3
Alto risco	49	8,8
Percepção de risco à saúde do bebê		
Nenhum risco	397	71,4
Pouco ou moderado risco	122	21,9
Alto risco	37	6,7
Número de gestações anteriores		
Nenhuma	247	44,1
1	148	26,4
2	75	13,4
3 ou mais	90	16,1

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Variáveis	Frequência	Percentual válido
Internação hospitalar		
Não	459	84,5
Sim	84	15,5
Evento estressor		
Não	226	40,6
Sim	331	59,4
Tratamento psicológico ou medicamentoso para os nervos		
Não	401	73,0
Sim	148	27,0
Escala CAGE		
Abuso	26	4,8
Não abuso	515	95,2
Cigarros por dia		
Nenhum	482	86,1
Até 10	53	9,5
11 ou mais	25	4,5
Uso de drogas nos últimos trinta dias		
Não usou	529	97,2
Usou algum tipo de droga	15	2,8
Mal-estar psicológico		
Bem-estar	510	92,6
Mal-estar	41	7,4
Variável do terceiro nível		
Condição gestacional		
Baixo risco	207	37,2
Alto risco	350	62,8

sada ou vivia com companheiro (70,4%), possuía até o 1º grau completo (49,4%), pertencia à classe C (48,4%), não trabalhava (61%) e possuía alguma religião (74,2%). De acordo com variáveis sobre a gestação atual, 56,6% tinham até 27 semanas de gestação, 72,8% fizeram pelo menos uma consulta pré-natal e 62,8% tinham o diagnóstico de alto-risco. Embora 59,9% das gestantes tenham relatado que a gestação não foi planejada, a grande maioria, 91,9%, não pensou em abortar e 59,4% relataram algum evento estressor. Em relação à percepção de risco, 63,9% das gestantes não percebiam que a gestação trouxesse algum risco para a sua saúde e 71,4% não percebiam que a gestação trouxesse algum risco à saúde do bebê. Com relação à internação hospitalar, a grande parcela da população estudada não estava internada, 84,5%. Cerca de 86% das gestantes referiram que não fumavam, não usaram drogas nos últimos trinta dias e não apresentaram abuso de álcool. Quase um terço destas mulheres faz ou já fez tratamento psicológico ou psiquiátrico, embora 92,6% apresentassem bem-estar psicológico durante a gravidez. Os resultados referentes à avaliação da auto-estima, não incluídos na Ta-

bela 1, mostraram uma média de 9,2, um desvio-padrão de 4,6 e uma mediana de 9,0.

A Tabela 2 mostra que as gestantes mais jovens, com menor escolaridade, menor nível econômico, que não trabalhavam e não possuíam religião apresentavam a auto-estima significativamente menor. Também mostraram-se significativamente associados com menor auto-estima, os seguintes fatores: gestação não planejada, pensamento em abortar, perceber a gestação como trazendo alto risco para sua saúde e/ou do bebê, três ou mais gestações, algum evento estressor, tratamento psicológico ou medicamentoso para os nervos, não abuso de álcool, fumar 11 ou mais cigarros por dia, usar algum tipo de droga e mal-estar psicológico. As gestantes solteiras, com 28 semanas de gestação ou mais, que fizeram três ou mais consultas pré-natal, hospitalizadas e com diagnóstico de baixo-risco apresentaram pior auto-estima, embora a diferença não fosse significativa.

Os resultados da regressão linear são apresentados na Tabela 3. Outras variáveis investigadas como possíveis fatores de confusão que não estiveram associadas ( $p > 0,20$ ) com a exposição

Tabela 2

Médias e desvio-padrão (DP) de auto-estima conforme variáveis independentes.

Variável	n *	Média	DP	Valor de p **
Idade				0,00
Até 18	99	10,56	4,39	
19-23	140	9,74	4,26	
24-30	202	8,62	4,73	
31 ou mais	119	8,57	4,74	
Estado marital				0,10
Não casada	166	9,73	4,73	
Casada ou vive com o companheiro	394	9,02	4,55	
Escolaridade				0,00
Até 1º grau completo	275	10,42	4,49	
2º grau incompleto/completo	250	8,30	4,31	
Superior incompleto/completo	32	6,59	5,17	
Nível econômico				0,00
E e D	206	10,59	4,65	
C	263	8,52	4,36	
B e A	74	7,57	4,21	
Trabalho				0,00
Não	336	10,10	4,53	
Sim	215	7,93	4,41	
Religião				0,00
Não tem	144	10,48	4,94	
Tem	414	8,79	4,41	
Idade gestacional (semanas)				0,73
Até 27	308	9,15	4,32	
28 ou mais	236	9,29	4,92	
Gestação atual				0,00
Planejada	224	8,29	4,50	
Aconteceu	334	9,85	4,58	
Pensou em abortar				0,00
Não	512	9,03	4,55	
Pensou	45	11,42	4,82	
Número de consultas pré-natal				0,78
Até 1	406	9,12	4,52	
2	86	9,35	4,31	
3 ou mais	66	9,50	5,25	
Percepção de risco à saúde da mãe				0,01
Nenhum risco	356	8,81	4,46	
Pouco ou moderado risco	152	9,74	4,65	
Alto risco	49	10,57	5,22	
Percepção de risco à saúde do bebê				0,00
Nenhum risco	397	8,65	4,45	
Pouco ou moderado risco	122	10,35	4,59	
Alto risco	37	11,32	5,16	
Número de gestações anteriores				0,01
Nenhuma	247	8,86	4,57	
1	148	8,76	4,42	
2	75	9,92	4,41	
3 ou mais	90	10,44	4,96	
Internação hospitalar				0,07
Não	459	9,07	4,57	
Sim	84	10,07	4,61	

(continua)

Tabela 2. (continuação)

Variável	n *	Média	DP	Valor de p **
Evento estressor				0,02
Não	226	8,66	4,31	
Sim	331	9,61	4,78	
Tratamento psicológico ou medicamentoso para os nervos			0,00	
Não	401	8,76	4,41	
Sim	148	10,59	4,89	
Escala CAGE				0,00
Abuso	26	9,05	4,58	
Não abuso	516	12,04	3,99	
Cigarros por dia				0,01
Nenhum	482	9,01	4,56	
Até 10	53	10,26	4,78	
11 ou mais	25	11,28	4,55	
Uso de drogas nos últimos trinta dias				0,01
Não usou	529	9,12	4,54	
Usou algum tipo de droga	15	12,47	5,54	
Mal-estar psicológico				0,00
Bem-estar	510	8,87	4,38	
Mal-estar	41	13,90	4,67	
Condição gestacional				0,47
Baixo risco	207	9,41	4,75	
Alto risco	350	9,12	4,55	

\* Valores controlados para *missings*;

\*\* Teste ANOVA.

e com o desfecho não foram incluídas na análise multivariada.

A análise ajustada mostrou que quanto maior a faixa etária, a escolaridade e o nível econômico, maior será a auto-estima. O decréscimo de pontos na escala de auto-estima foi, respectivamente, de 0,45; 1,40 e 0,97, significando um crescimento da auto-estima.

As variáveis associadas negativamente à auto-estima foram percepção de risco à saúde do bebê e número de gestações anteriores. A cada mudança de categoria da percepção de risco à saúde do bebê, aumenta 1,11 pontos na escala, ou seja, piora a auto-estima da gestante. O maior o número de gestações anteriores também esteve significativamente associado com pior auto-estima, verificou-se que a cada mudança de categoria (maior número de gestações) houve um acréscimo de 0,67 pontos.

As gestantes de alto-risco apresentaram significativamente melhor auto-estima do que aquelas de baixo-risco. A mudança de categoria de baixo-risco para alto-risco diminuiu 1,08 pontos na escala de auto-estima.

## Discussão

As poucas investigações sobre o tema costumam enfatizar que os fatores psicossociais e biomédicos desempenham importante papel na percepção de risco de gestantes<sup>20,21</sup> e que o rótulo “alto-risco” pode afetar o estado psicossocial da mulher<sup>22</sup>.

Estudo de Moraes et al.<sup>23</sup>, realizado com puérperas na mesma cidade verificou que as variáveis renda familiar e pensar em abortar estavam fortemente correlacionadas com a depressão pós-parto, ou seja, quanto pior a renda, maiores as chances de depressão pós-parto. No presente estudo o nível econômico também esteve associado à melhor auto-estima. Entretanto, o pensamento em abortar, que esteve associado na análise bruta, desapareceu na análise ajustada.

Assim como nesse estudo se encontrou uma maioria de mulheres casadas e que vivem com companheiro e com até o 1º grau completo, Gupton et al.<sup>20</sup>, em estudo com gestantes com e sem complicações e Hatmaker & Kemp<sup>24</sup> em estudo com grávidas de baixo e alto-risco, também encontraram resultados similares, em

Tabela 3

Coeficientes de regressões conforme os subgrupos das variáveis independentes.

Variáveis	Coeficiente bruto (IC95%)	Valor de p	Coeficiente ajustado (IC95%)	Valor de p
Variáveis do primeiro nível				
Idade (agrupada)	-0,72 (-1,10; -0,35)	0,00	-0,45 (-0,82; -0,70)	0,02
Escolaridade (agrupada)	-2,03 (-2,65; -1,41)	0,00	-1,40 (-2,09; -0,71)	0,00
Nível econômico (agrupado)	-1,65 (-2,21; -1,10)	0,00	-0,97 (-1,59; -0,35)	0,00
Variáveis do segundo nível				
Percepção de risco à saúde da mãe (agrupada)	0,90 (0,31; 1,45)	0,00	-0,25 (-0,99; 0,49)	0,51
Percepção de risco à saúde do bebê (agrupada)	1,48 (0,85; 2,11)	0,00	1,11 (0,49; 1,72)	0,00
Número de gestações (agrupada)	0,53 (0,19; 0,87)	0,00	0,67 (0,25; 1,08)	0,00
Internação hospitalar	1,00 (-0,70; 2,07)	0,07	-0,31 (-1,37; -0,75)	0,57
Variável do terceiro nível				
Condição gestacional (alto-risco)	-0,29 (-1,09; 0,51)	0,47	-1,08 (-1,87; -0,30)	0,01

relação à situação conjugal e/ou marital e escolaridade das mulheres.

Thornburg<sup>25</sup> relata a experiência da gestação de alto-risco como uma prolongada vigília de trabalho sobrecarregado na percepção de grávidas hospitalizadas. Nesta direção alguns estudos mostram que os níveis de ansiedade são significativamente maiores em gestantes de alto-risco do que nas consideradas de baixo risco<sup>21,26,27</sup>. Finalmente, Kemp & Page<sup>9</sup> mostraram diferenças significativas na auto-estima medida pela escala de auto-estima de Rosenberg em mulheres experienciando uma gestação de alto-risco e em mulheres com baixo-risco, além de ter encontrado associação com o planejamento da gestação. Gupton et al.<sup>20</sup> em seu estudo também revelou que as gestantes com complicações apresentavam uma pior auto-estima, quando comparadas com as gestantes sem complicações. A presente investigação encontrou associação entre auto-estima e diagnóstico de alto-risco na direção oposta, revelando que as gestantes com a condição gestacional de alto-risco apresentam menos pontos na escala indicando melhor auto-estima do que as de baixo-risco. Além disso, ao investigar o impacto da hospitalização na auto-estima, não se encontrou diferença significativa entre gestantes hospitalizadas e não hospitalizadas e também não se encontrou significância com o planejamento da gestação. Cabe salientar que os estudos acima mencionados possuíam amostras pequenas e de conveniência, não tendo a amplitude do presente estudo.

Segundo Souza & Ferreira<sup>28</sup>, a auto-estima pessoal e auto-estima coletiva de mulheres que possuem filhos são significativamente maiores do que os índices obtidos por mulheres que não

possuem filhos. Mulheres não-mães sentem-se desvalorizadas<sup>29</sup> e apresentam índices de bem-estar subjetivo<sup>30</sup> e de auto-estima inferiores<sup>31</sup>, quando comparadas às mulheres mães. Assim, o fato de ter um filho ou estar grávida pode contribuir positivamente para a auto-estima da gestante. O presente estudo, que trata só de gestantes, encontrou associação significativa com o número de gestações. Notou-se que na medida em que aumenta o número de gestações anteriores, aumenta a pontuação na escala, diminuindo a auto-estima.

O estudo de Gupton et al.<sup>20</sup> afirma que as grávidas com complicações percebem sua gestação como lhes trazendo risco. O presente estudo mostrou associação significativa entre a condição gestacional de baixo e alto-risco e a percepção, pela própria gestante, de a gravidez trazer algum risco para si e para o bebê quando analisadas individualmente com as variáveis auto-estima e condição gestacional, mas na análise ajustada, só permaneceu significativa a percepção de risco à saúde do bebê.

O estudo de Stevenson et al.<sup>32</sup>, com grávidas adolescentes, e o estudo de Kuehner & Buerger<sup>33</sup> com pacientes deprimidos, encontraram correlação significativa entre auto-estima e bem-estar, já o presente estudo encontrou correlação entre auto-estima e bem-estar em análise bivariada com auto-estima e não com condição gestacional, não sendo incluída na análise ajustada.

A presença de auto-estima elevada tem sido relacionada a baixos níveis de tensão emocional e depressão<sup>34,35</sup>, inclusive Hall et al.<sup>36</sup> em estudo com 738 mulheres no período pós-parto, encontraram o dado que a mulheres com baixa

auto-estima têm provavelmente 39 vezes mais chances de apresentarem sintomas depressivos quando comparadas com mulheres com alta auto-estima, sendo assim, um estudo acerca da auto-estima em gestantes se faz necessário para pensarmos em estratégias de prevenção de depressão pós-parto. Além disso, o conceito de auto-estima tem sido usado como sinônimo de auto-eficácia<sup>37</sup>, indicando, portanto o sentimento de confiança que o indivíduo tem de realizar tarefas propostas a ele, o que para gestantes é importante, à medida que devem sentir-se confiantes para assumir o papel materno.

A hipótese de que as gestantes de alto-risco apresentariam uma pior auto-estima, quando comparadas com as de baixo-risco, não foi confirmada, talvez, porque as gestantes de alto-risco recebam um maior número de atendimentos, com pré-natais quinzenais no início da gestação e semanais no final, diferente das gestantes de baixo-risco, que no início fazem pré-natal mensal e no final da gestação, quinzenal. Nesse sentido, deve-se enfatizar o efeito *hawthorne* – efeito produzido no paciente pelo aumento do interesse sobre ele que pode provocar mudança de comportamento. Dessa forma, podemos supor que quando a pessoa é mais cuidada, ela tende a melhorar. Além disso, podemos supor que elas recebem mais apoio e cuidados da família e amigos.

Contudo, cabe salientar que este não é um estudo populacional, excluindo da amostra eventuais gestantes de alto-risco não atendidas nos locais de referência a esse tipo de patologia e gestantes que recebem atendimento exclusivamente particular ou de convênio. Além disso, verificou-se que o diagnóstico da condição gestacional como sendo de alto-risco é complexo. O presente estudo, sendo transversal, não permite compreender o desenvolvimento do tema em relação ao longo do tempo. Ainda apresenta a limitação de desconhecer se há auto-estima das gestantes antes da gravidez, não permitindo avaliar se a mulher já possuía uma auto-estima baixa ou alta antes mesmo da gestação.

Dessa forma, pode-se concluir que esse estudo encontrou resultados inovadores sobre a auto-estima em gestantes, principalmente quando falamos em condição gestacional de alto-risco, ou seja, essas mulheres, ao contrário do que se pensava, não apresentam pior auto-estima do que as de baixo-risco, dados indicados em outros estudos, que apresentavam amostras pequenas e de conveniência, não tendo a amplitude do presente estudo. Sendo assim, a condição gestacional de alto-risco por si só não implica em baixa auto-estima nas mulheres, podendo se pensar que a ênfase que se dá às patologias seja muito maior do que o efeito destas na auto-estima das gestantes.

## Resumo

*O estudo tem como objetivo mensurar a auto-estima e fatores associados em gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. É do tipo transversal, tendo-se entrevistado 560 gestantes nos meses de maio a novembro de 2006, nos ambulatórios e enfermarias dos hospitais universitários e do centro de atendimento da Prefeitura Municipal. Dentre as gestantes atendidas, 62,9% receberam o diagnóstico de alto-risco. Para avaliação da auto-estima foi utilizada a escala de Rosenberg. Na amostra total a média de pontos na escala foi de 9,2 e o desvio-padrão de 4,6. As variáveis associadas positiva e significativamente com auto-estima foram idade, nível de escolaridade e nível econômico. Já as variáveis percepção de risco à saúde do bebê e número de gestações mostraram-se associadas negativamente à auto-estima. Além disso, as gestantes com condição gestacional de alto-risco têm uma auto-estima mais elevada quando comparadas com as de baixo-risco.*

*Auto-Estima; Gravidez de Alto Risco; Gestantes*

## Colaboradores

M. S. Dias, R. A. Silva e I. G. S. Moraes coordenaram a investigação, conceberam o presente artigo e realizaram a revisão bibliográfica. R. C. Lima elaborou e revisou a análise estatística do artigo. L. D. M. Souza e R. T. Pinheiro supervisionaram o trabalho de campo e a ação dos entrevistadores, além da elaboração do texto final. R. A. Silva e R. T. Pinheiro realizaram a revisão final.

## Referências

- Rofé Y, Blittner M, Lewin I. Emotional experiences during the three trimesters of pregnancy. *J Clin Psychol* 1993; 49:3-12.
- Gjerdingew D, Froberg DG, Fontaine P. The effects of social support on women's health during pregnancy, labor and delivery, and postpartum period. *Fam Med* 1991; 23:370-5.
- Wadhwa PD, Dunkel-Schetter C, Chicz-DeMet A, Porto M, Sandman CA. Prenatal psychosocial factors and the neuroendocrine axis in human pregnancy. *Psychosom Med* 1996; 58:432-46.
- Teixeira JMA, Fisk NM, Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *BMJ* 1999; 318:153-7.
- Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- Montenegro CAB, Rezende J. *Obstetrícia fundamental*. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1987.
- Blascovich J, Tomaka J. Measures of self-esteem. In: Robinson JP, Shaver P, Wrightsman LS, editors. *Measures of personality and social psychological attitudes*. v. I. San Diego: Academic Press; 1991. p. 115-55.
- Páez D, Martínez-Taboada C, Arróspide JJ, Insúia P, Ayestarán S. Constructing social identity: the role of status, collective values, collective self-esteem, perception and social behavior. In: Worchel S, Morales JF, Páez D, Deschamps J-C, editors. *Social identity: international perspectives*. London: Sage Publications; 1998. p. 211-29.
- Kemp VH, Page C. Maternal self-esteem and prenatal attachment in high-risk pregnancy. *Matern Child Nurs J* 1987; 16:195-206.
- Paarlberg KM, Vingerhoets AJ, Passchier J, Decker GA, Heinen AG, van Geijin HP. Psychosocial factors and pregnancy outcome: a review with emphasis on methodological issues. *J Psychosom Res* 1995; 39:563-95.
- Mothander PR. Maternal adjustment during pregnancy and the infant's first year. *Scand J Psychol* 1992; 33:20-8.
- Dini GM. *Validade de construção e sensibilidade da escala de auto-estima de Rosenberg [Tese de Doutorado]*. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2004.
- Andrews FM, Withey SB. *Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality*. New York: Plenum; 1976.
- McDowell I, Newell C. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. Oxford: Oxford University Press; 1996.
- Sparenberger F, Santos I, Lima RC. *Epidemiologia do distress psicológico: estudo transversal de base populacional*. *Rev Saúde Pública* 2003; 37:434-9.
- Altman DG. *Practical statistics for medical research*. 1st Ed. London: Chapman & Hill; 1991.
- Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism instrument. *Am J Psychiatry* 1974; 131:1121-3.
- Castells MA, Furlanetto LM. Validade do questionário CAGE para rastrear pacientes com dependência ao álcool internados em enfermarias clínicas. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27:54-7.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. *Critério de classificação econômica do Brasil*. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2002.
- Gupton A, Heaman M, Cheung LW. Complicated and uncomplicated pregnancies: women's perception of risk. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2001; 30:192-201.
- Hickey CA, Cliver SP, Goldenberg RL, McNeal SF, Hoffman HJ. Relationship of psychosocial status to low prenatal weight gain among nonobese black and white women delivering at term. *Obstet Gynecol* 1995; 86:177-83.
- Stahl K, Hundley V. Risk and risk assessment in pregnancy: do we scare because we care? *Midwifery* 2003; 19:298-309.
- Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:65-70.
- Hatmaker D, Kemp V. Perception of threat and subjective well-being in low-risk and high-risk pregnant women. *J Perinat Neonatal Nurs* 1998; 12:1-10.
- Thornburg P. "Waiting" as experienced by women hospitalized during the antepartum period. *MN Am J Matern Child Nurs* 2002; 27:245-8.
- Kmita G, Baranska M, Ciaston-Przeclawska E, Cersanska-Goszczyńska H, Urmanska W. Psychological aspects of high risk pregnancy in hospitalized women: toward the change of the existing model of care. *Ginekol Pol* 1999; 69:1025-31.
- Shennan A, Jones G, Hawken J, Crawshaw S, Judah J, Senior V, et al. Fetal fibronectin test predicts delivery before 30 weeks of gestation in high risk women, but increases anxiety. *BJOG* 2005; 112:293-8.
- Souza D, Ferreira MC. Auto-estima pessoal e coletiva em mães e não-mães. *Psicol Estud* 2005; 10:19-25.
- Remennick L. Childless in the land of imperative motherhood: stigma and coping among infertile Israeli women. *Sex Roles* 2000; 43:821-41.
- Callan VJ, Hennessey JE. The psychological adjustment of women experiencing infertility. *Br J Med Psychol* 1998; 61:137-40.
- Bailey N, Bruno MA, Bezerra LB, Queiroz T, Oliveira FN, Chen-Mok K. Adolescent pregnancy 1 years later: the effects of abortion vs. motherhood in northeast Brazil. *J Adolesc Health* 2001; 29:223-32.
- Stevenson W, Maton K, Teti D. Social support, relationship quality, and well-being among pregnant adolescents. *J Adolesc* 1999; 22:109-21.
- Kuehner C, Bueger C. Determinants of subjective quality of life in depressed patients: the role self-esteem, response styles, and social support. *J Affect Disord* 2005; 86:205-13.

34. Logsdon MC, Usui, WM, Cronin SN, Miracle VA. Social support and adjustment in women following coronary artery bypass surgery. *Health Care Women Int* 1998; 19:61-70.
35. Vargas TP, Dantas RA, Góis CL. A auto-estima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39:20-7.
36. Hall LA, Kotch JB, Browne D, Rayens MK. Self-esteem as a mediator of the effects of stressors and social resources on depressive symptoms in postpartum mothers. *Nurs Res* 1996; 45:231-8.
37. Stanley KD, Murpy MR. A comparison of general self-efficacy with self-esteem. *Genet Soc Gen Psychol Monogr* 1997; 123:81-99.

---

Recebido em 12/Nov/2007

Versão final reapresentada em 19/Mai/2008

Aprovado em 26/Mai/2008