

Avaliação da auto-estima de gestantes: subsídio para proposição de intervenções que favorecem o vínculo com o bebê

RESUMO

Introdução: vários autores propuseram e demonstraram a importância da auto-estima na construção do vínculo mãe-filho. Contudo, analisando a literatura, percebe-se a escassez de intervenções descritas abordando mais especificamente aspectos da saúde mental das mães, principalmente durante a gestação, período ideal para intervenções que visem, entre outras coisas, um trabalho de aprendizagem da mãe sobre ela mesma e seu novo papel. **Objetivo:** verificar a prevalência de baixa auto-estima entre as gestantes atendidas no programa de pré-natal de alto risco do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM/UNICAMP), observando se existe associação entre os resultados obtidos e outros dados dos sujeitos de estudo. Isso, com vistas a desenvolver, a partir da literatura e vivência durante a coleta de dados, proposta de intervenção que vise aumentar sentimentos positivos nas mulheres em relação a elas mesmas e à maternidade, contribuindo positivamente com o conteúdo da assistência pré-natal. **Métodos:** foram utilizados um roteiro de entrevista semi-estruturado e a Escala de Rosenberg de avaliação da auto-estima. **Resultados:** 127 gestantes foram entrevistadas, verificando-se a prevalência de 60% de auto-estima insatisfatória. Os principais fatores que contribuem para isso são a escolaridade menor que 8 anos ($p = 0,043$), o não planejamento da gravidez ($p = 0,019$) e a ausência de ajuda do pai do bebê após seu nascimento ($p = 0,042$). O coeficiente alfa de Cronbach calculado foi de 0,67, demonstrando consistência da escala de Rosemberg. **Conclusão:** é importante que haja preocupação dos serviços de saúde com a auto-estima das gestantes, particularmente daquelas com as características já descritas, haja vista a grande prevalência de baixa auto-estima e sua importância durante a gestação. Seria fundamental a implementação de intervenção multiprofissional que abordasse abertamente a questão da auto-estima principalmente com as gestantes nas quais fosse detectada auto-estima insatisfatória e/ou dos fatores associados a ela descritos nesse e em outros trabalhos, com espaço para discussão em grupos e individual sobre problemas, dúvidas, preocupações e sentimentos

advindos da gestação.

INTRODUÇÃO

Com a intensificação da preocupação com a saúde da mulher, após a democratização do país e as conquistas do movimento feminista relativas aos direitos da mulher à saúde reprodutiva, e principalmente depois do estabelecimento da humanização nos serviços de saúde, passou-se a valorizar a gestação como um evento gerador de muitos sentimentos, tanto na vida da mulher quanto de sua família. Não raro, sentimentos ambivalentes. Estão presentes ainda mudanças de papéis e reajustes familiares na vida da gestante. (Brazelton, 1988; Szejer e Stewart, 1997; Moura e Rodrigues, 2003; Piccinini et al., 2004).

Chama a atenção o fato da literatura mostrar-se escassa sobre programas de pré-natal que assistam as gestantes abordando claramente questões relativas à sua auto-estima, apesar do conteúdo de Normas e Manuais Técnicos para Assistência pré-natal do Ministério da Saúde de 2001 que destaca a preocupação com o vínculo mãe-filho e a saúde mental da mãe, questões fundamentais no pré-natal (Brazelton, 1988; Ministério da Saúde, 2001; Trevisan et al, 2002).

Bowlby (1990b) conceitua vínculo afetivo como sendo a atração que um indivíduo sente por outro. A teoria do apego de Bowlby veio chamar a atenção para a importância da interação do bebê com sua mãe para que se estabeleça o vínculo emocional entre eles. Um dos reflexos dessa discussão, segundo Arcieri (1995), foi a criação do Alojamento Conjunto em maternidades.

O vínculo mãe-filho começa a ser formado já no útero materno (Piccinini et al., 2004), quando a mãe passa a ter consciência do bebê como um outro ser e constrói uma relação afetiva com ele, preparando-se durante os últimos meses de gestação para atender às necessidades do filho (Brazelton, 1988; Spitz, 1993; Winnicott, 1999). No terceiro trimestre de gestação o feto já tem funcionamento neurológico que lhe permite memorizar experiências (Arcieri, 1995).

Crianças com vínculo ruim com suas mães são geralmente imaturas, não sabem lidar com dificuldades e adversidades, são pouco comunicativas, inseguras e têm dificuldades para manter vínculos afetivos (Campos, 1995; Winnicott, 1999). Sua auto-estima tende a ser baixa (Hagerty e

Williams, 2002) e o risco de se engajar na delinquência é maior para essas crianças quando jovens (Caldwell et al, 2005).

A dificuldade dos pais na formação do vínculo vêm de erros que algumas vezes nascem da ignorância, mas a maioria desses erros é fruto das dificuldades emocionais vivenciadas por eles na infância ou na vida, causadas por problemas no processo de formação do vínculo com suas mães (Brazelton, 1988; Campos, 1995; Szejer e Stewart, 1997).

As mulheres tendem a repetir com seus filhos a dificuldade para formar vínculo vivenciada pelas suas mães, dando continuidade a um ciclo difícil de romper (Campos, 1995; Szejer e Stewart, 1997). Sem uma gestação saudável, não são confiantes o suficiente para dar base de confiança a seus filhos (Bowlby, 1990a; Winnicott, 1999). Sua insegurança e ansiedade certamente refletirão no comportamento do bebê negativamente, às vezes patologicamente (Spitz, 1993).

Embora o assunto ainda seja considerado controverso, desequilíbrios emocionais podem causar danos ao bebê devido à produção de hormônios que atravessam a placenta, mudando o ambiente do feto (Falcone et al., 2005). Estresse e ansiedade maternos comprometem a regulação hormonal durante a gravidez, elevando o nível de cortisol, por exemplo que, atravessando a placenta, altera a atividade neurotransmissora do feto, podendo causar futuras alterações de personalidade, dificuldades emocionais e predisposição a doença depressiva na criança (Weinstock, 2005).

Segundo autores (Brazelton, 1988; Winnicott, 1999), toda mãe sabe cuidar de seu bebê, só precisa estar envolvida, confiante e dedicar-se a ele. De acordo com muitos estudos recentes, a auto-estima e a boa saúde mental da mãe são essenciais para um bom vínculo com seu filho (Falcone et al., 2004; Matthey et al., 2004, Drake et al., 2007).

Auto-estima pode ser definida como o juízo pessoal de valor que um indivíduo tem de si mesmo e que começa a ser moldado no cotidiano da primeira infância. Sua importância é grande na relação do indivíduo com ele mesmo e com os outros, influenciando sua percepção dos acontecimentos e principalmente seu comportamento. Seu sucesso frente a um desafio dependerá muito do seu estado emocional, no que se refere à qualidade de sua auto-estima e seu nível de

confiança (Assis et al., 2003). Logo, ao se lançar aos desafios da maternidade, quanto melhor o estado emocional da mãe, maior sua chance de sucesso nessa tarefa.

A literatura sinaliza que as intervenções que melhoraram vínculo, com melhora do desempenho materno nas tarefas relativas ao bebê foram aquelas que incluíram a atenção à mãe e seu estado emocional decorrente da gestação. Matthey et al. (2004) propuseram discussões sobre a ansiedade e as dúvidas das mães. Os autores afirmam que, se aplicado no pré-natal, esse tipo de intervenção seria de grande valia. O que foi demonstrado no trabalho de Falcone et al. (2005), no qual os autores desenvolveram atividades em grupos com gestantes ensinando técnicas de relaxamento, automassagem, massagem no bebê, discutindo o novo papel assumido pelos pais com o nascimento do filho e as dúvidas das mães, oferecendo oportunidade para que falassem sobre seus medos, anseios e mudanças decorrentes da gravidez. O vínculo dessas mães com os filhos, quando medido posteriormente, revelou-se melhor que antes da intervenção. Ambos os autores chamam atenção para a necessidade de mais estudos sobre a auto-estima das mães e sua relação com o vínculo.

As principais temáticas abordadas pelos profissionais da saúde por ocasião de intervenções em assistência pré-natal, seja no nível individual e/ou grupal, incluem aspectos relacionados às questões fisiológicas da gestação, parto e pós-parto, incluindo o cuidado com a criança (higiene e vacinação), bem como contato e afeto com o bebê, ainda no útero, entre outros (Wendland-Carro et al., 1999; Trevisan et al., 2002; Moura e Rodrigues, 2003; Neumann et al., 2003). Este tipo de assistência é necessário, favorece muito o vínculo e consiste em um avanço, quando se compara ao que existia há anos atrás. Ainda assim, é limitada, visto que enfatiza o bebê e sua saúde durante a gestação e puerpério, deixando a mãe, como ser individual, de lado (Szejer e Stewart 1997). Brazelton (1988), autor que se dedicou a estudar o bebê e o desenvolvimento do apego, já afirmava há mais de trinta anos atrás que deixar de lado as necessidades da mulher é uma das coisas que mais contribui para a baixa auto-estima e sentimentos negativos da mãe durante esse períodos emocionalmente delicados.

Autores propuseram (Brazelton, 1988; Winnicott, 1999) e demonstraram (Falcone et al., 2004; Matthey et al., 2004; Drake et al., 2007) a importância da auto-estima na construção do vínculo

mãe-filho. Examinando a literatura, encontrou-se poucos estudos que avaliam a auto-estima de mulheres. Parece que esse tipo de avaliação não tem sido valorizada, talvez por limites da formação dos profissionais, ou pela estrutura dos serviços, etc.. No entanto, existe uma escala de fácil utilização desenvolvida por Rosemberg em 1965, amplamente utilizada e conhecida internacionalmente que talvez possa ser útil para avaliar a auto-estima de gestantes e, assim, indicar a necessidade de intervenções específicas para o preparo da mulher para o exercício da maternagem. Trata-se de uma medida unidimensional com dez itens destinados a avaliar globalmente a atitude positiva ou negativa de si mesmo. A adaptação transcultural dessa escala foi desenvolvida por ASSIS (2003). Foram realizadas traduções e retraduações independentes do inglês para o português e vice-versa; consulta com especialista lingüístico; discussão com experts da área de interesse que avaliaram as etapas anteriores e definiram os itens que comporiam a escala; e avaliação psicométrica e pré-testagem na população-alvo. A adaptação do instrumento foi considerada eficiente.

Além disso, analisando a literatura, percebe-se a escassez de intervenções descritas abordando mais especificamente aspectos da saúde mental das mães (Falcone et al., 2004; Matthey et al., 2004), principalmente durante a gestação, comprovadamente o período ideal para intervenções que visem, entre outras coisas, um trabalho de aprendizagem da mãe sobre ela mesma e seu novo papel, além de compreensão e atenção a seus sentimentos, de promoção de sua auto-estima (Brazelton, 1988; Brasil, 2000; Neumann et al, 2003). Outro ponto relevante é que essas intervenções sejam acessíveis, já que grande parte das gestantes não tem fácil acesso a serviços de apoio emocional. Assim, esse estudo se propõe a avaliar o nível de auto-estima da população de estudo, estabelecendo subsídios para a proposição de intervenções na assistência pré-natal.

OBJETIVOS

Objetivo geral: Avaliar a auto-estima de gestantes atendidas no programa de pré-natal de alto risco (PNAR) de um hospital de ensino localizado no interior do estado de São Paulo. com vistas a contribuir com o conteúdo da assistência pré-natal e com o preparo das mulheres para a

maternidade.

Objetivos específicos

1. Caracterizar sócio-demograficamente as gestantes atendidas no PNAR e investigar aspectos de sua vida que possam relacionar-se com a auto-estima.

2. Verificar a prevalência de baixa auto-estima entre as gestantes atendidas no PNAR, utilizando a Escala de Auto-estima de Rosenberg.

3. Observar se existe correlação entre os resultados obtidos com o uso da escala, os dados sócio-demográficos e variáveis de estudo.

3. Desenvolver, a partir da revisão da literatura e vivência durante a coleta de dados, proposta de intervenção que vise aumentar sentimentos positivos nas mulheres em relação a elas mesmas, à maternidade e ao papel de mãe.

SUJEITOS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo. Foram entrevistadas 127 gestantes. O cálculo amostral foi feito com base em uma população alvo estimada de 240 gestantes em três meses, que seria o tempo de coleta de dados; tudo isso, considerando-se um erro amostral de 0,5 e a partir da média de 30,2 e desvio padrão de 2,1 dos escores obtidos em um pré-teste realizado com 12 gestantes. O nível de significância bilateral (alfa) considerado foi de 0,05.

As gestantes entrevistadas estavam sendo atendidas em um ambulatório de pré-natal de alto risco de um hospital escola localizado no interior do estado de São Paulo. Estavam entre 13^a e a 27^a semanas de gestação, todas eram maiores de 19 anos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O segundo semestre de gestação foi escolhido para realização do estudo porque já não há possíveis sintomas de início da gestação (tonturas, enjôo) como há no primeiro trimestre e ainda não há dificuldades com um corpo mais pesado e volumoso como há no último trimestre, fatores esses que poderiam interferir negativamente nos níveis da auto-estima das gestantes.

As variáveis estudadas foram: nível de auto estima (resultado da escala de auto estima de

Rosenberg) e características sócio-demográficas e de saúde das gestantes (idade, escolaridade, ocupação, situação conjugal, relacionamento com o pai do bebê, número de gestações anteriores, número de filhos vivos, idade gestacional, idade gestacional em que iniciou pré-natal, planejamento ou não da gravidez, motivo pelo qual segue pré-natal no CAISM, ajuda para cuidar do filho, tempo de duração da ajuda, preocupação da gestante, mudança de humor).

Neste estudo, uma auto-estima satisfatória foi definida por um escore na escala de Rosenberg maior que 30; média auto-estima, com escore entre 20 e 30 e baixa auto-estima, com escore menor que 20 foram consideradas insatisfatórias. O escore podia variar de 10 a 40, sendo calculado somando-se as pontuações obtidas através de avaliações de 10 frases feitas por cada mulher, pontuações essas que podem ser no mínimo 1 e no máximo 4 em cada frase.

O instrumento utilizado foi um questionário com dados de caracterização da amostra (anexo 1) e escala de auto-estima de Rosenberg (anexo 2). Para avaliação do nível de auto-estima, as gestantes liam as frases em um cartão dado em suas mãos se quisessem, ou as ouvia da entrevistadora, dizendo se concordavam totalmente, concordavam, discordavam ou discordavam totalmente da frase, opções também constantes no cartão, em ordem diferente embaixo de cada frase para não viciar a resposta.

Quando o item era positivo (por exemplo, “eu sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto as outras pessoas”), concordar totalmente era pontuado com 4; concordar, com 3; discordar, com 2 e discordar totalmente, com 1; os itens positivos são o 1, o 4, o 7 e o 10. Quando o item for algo negativo (por exemplo, “Às vezes acho que não presto pra nada”), a pontuação se inverte (concordo totalmente é pontuado com 1 e assim por diante); os itens negativos são o 2, o 3, o 5, o 6, o 8 e o 9.

O programa de banco de dados utilizado foi o Epi Info; a análise estatística foi realizada com o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 14.0. Os dados coletados foram submetidos a análise descritiva; foi também realizado o teste de associação do qui-quadrado ou exato de Fischer entre a variável principal (escore) e as outras variáveis, empregando-se para ambos nível de significância de 0,05. O qui-quadrado era considerado quando não havia caselas menores

que cinco; se houvesse, era utilizado o exato de Fischer.

Foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach para checar a consistência interna da escala, visando futuras comparações. Este coeficiente é utilizado para verificar a homogeneidade ou acurácia dos itens do instrumento, ou seja, a concordância intra-individual. Como regra geral, a acurácia não deve ser menor que 0,8 se a escala for amplamente utilizada, porém valores acima de 0,6 já indicam consistência.

RESULTADOS

As 127 gestantes foram entrevistadas entre fevereiro e março de 2007. Os dados descritivos, sócio-demográficos e de saúde estão demonstrados na tabela 1; a frequência das características da relativas à gestação, pré-natal condições de saúde e relacionamentos, na tabela 2. Em geral, as mulheres apresentaram um nível de escolaridade com segundo grau completo e companheiro fixo, com bom relacionamento entre o casal, aparentemente, e com apoio familiar satisfatório. Por outro lado, não têm atividade profissional, não planejaram a gravidez e apresentam doença crônica, o que muitas vezes as levava a ter preocupação quanto ao nascimento do bebê. Mudança de humor, como aumento da irritabilidade, esteve presente em cerca de metade das mulheres. Chama atenção os 15% de mulheres que estavam sendo atendidas no PNAR sem terem gestações de alto-risco (por indicação de parente, por trabalharem/estudarem na instituição, e outros motivos), enquadradas na categoria “outros”. Nesse panorama, mais da metade (60%) apresentou auto-estima insatisfatória. O coeficiente alfa de Cronbach calculado para a escala de auto-estima de Rosenberg foi de 0,76, indicando consistência do instrumento. Ao calcular-se o alfa sem cada um dos itens do instrumento, foi demonstrado que nenhum item comprometeu essa consistência. O programa utilizado para esses cálculos foi o Statistical Analysis System (SAS), versão 8.02.

As tabelas 3 e 4 mostram a relação da auto-estima insatisfatória com os diversos fatores já descritos.

DISCUSSÃO

A faixa etária na qual as gestantes se encontravam não foi significativa na determinação de

auto-estima insatisfatória. Na literatura não há consenso, alguns artigos mostram relação positiva da auto-estima e idade da mãe (McVeigh, 2000, Miranda et al., 1996); outros mostram que essa relação não existe (Campos, 1995; Miranda et al, 2000; Chen, 2001) As mulheres com oito anos ou mais de escolaridade tiveram melhores escores de auto-estima, com significância estatística ($p = 0,043$ pelo qui-quadrado), confrontando alguns estudos (Campos, 1995; Miranda, 2000; Chen, 2001). A ocupação não teve significância, nem a situação conjugal. A ocupação não ter sido significativa pode ser explicada pela dupla interpretação que ter ou não um emprego pode ter tido pelas gestantes; trabalhar cuidando da casa era muitas vezes interpretado negativamente pelas entrevistadas, que referiam a si mesmas como “apenas donas de casa”. Há estudos mostrando a importância de ter um emprego, independência financeira para a auto-estima da mulher (Possatti e Dias, 2002; Martire et al., 2000). Ao mesmo tempo, durante as entrevistas, muitas que tinham um emprego, formal ou não, se mostravam muito preocupadas com perder seu emprego devido à gestação, com sua capacidade de conciliar a profissão e a maternidade, principalmente porque a grande maioria dependia do emprego para o sustento da casa e do novo filho. A literatura (Brazelton, 1988; Oster e Scannell, 1999) aponta esses conflitos como fatores prejudiciais à saúde mental materna e aqueles mesmos estudos supracitados já levantaram também a possibilidade de tal conflito. Quanto à situação conjugal, o número de entrevistadas sem companheiro foi muito baixo, prejudicando estatisticamente a análise.

Ao contrário da expectativa, o relacionamento com o pai do bebê considerado ruim pela entrevistada não influenciou significativamente a auto-estima. Pensamos que as condições nas quais foram feitas as entrevistas podem ter enviesado esse resultado, uma vez que nem sempre foi possível entrevistar as mulheres em local reservado. Algumas mulheres acabaram sendo entrevistadas, perto das outras gestantes, às vezes de alguém da família ou do próprio marido. Essa condição pode ter inibido a resposta sincera.

Também não foi significativa estatisticamente a relação entre o número de gestações anteriores ou o número de filhos vivos, fato encontrado também na literatura (Campos, 1995;

Miranda et al., 2000). O que o estudo não permitiu verificar e o que percebemos ser importante pesquisar é a influência da perda de filhos na auto-estima, que poderia ser relevante pelo grande número de mulheres que declaravam um número de gestações anteriores maior que o de número de filhos vivos, mostrando que muitas perderam filhos.

A prevalência de baixa auto-estima foi praticamente a mesma entre mulheres no início e no fim do segundo trimestre. Não houve relação estatisticamente significativa entre o trimestre de início do pré-natal e a auto-estima.

A falta de planejamento da gravidez influenciou negativamente a auto-estima, tendo essa relação significância estatística ($p = 0,019$ pelo qui-quadrado). Esse fator preocupava as mulheres por vários motivos diferentes: a saúde delas que complicaria a gestação, o fato de não estarem mais com os parceiros de quem engravidaram, o impacto financeiro que mais um filho traria foram os mais citados. Em relação à importância direta disso para o vínculo mãe-filho, Campos (1995) ressalta que, somado a todos os seus problemas, não ter desejado nem planejado o nascimento da criança faz com que algumas mães reajam surpresas e confusas com o papel materno, tendo dificuldades na criação desse vínculo. Cecconello et al. (2000) também ressaltam o planejamento da gravidez como algo importante na formação de um bom vínculo.

O motivo da realização do pré-natal nesse ambulatório também não se relacionou à auto-estima estatisticamente, nem o fato da mãe contar ou não com ajuda para cuidar do bebê quando ele nascesse. Esse último pode ser explicado pela ambigüidade que essa ajuda pode representar. Apesar de que o suporte social à gestante poder vir a colaborar para uma boa auto-estima (Baptista et al., 2006), segundo Brazelton (1988), lembranças de conflitos principalmente com familiares (apontados por 72% das gestantes como a ajuda que teriam) que se aproximam por causa da gestação poderiam conturbar esse período mais que deixá-lo tranquilo.

Já a ajuda do marido ou não após o nascimento do bebê obteve significância estatística, relacionando a auto-estima insatisfatória com o fato de a entrevistada considerar que o marido não

ajudaria ($p = 0,042$). Matthey et al. (2004) citam a falta de apoio do parceiro como fator de risco para problemas com a saúde mental materna.

A existência e o tipo de preocupação da mãe com a gravidez não foi estatisticamente relevante, assim como a percepção da mudança do humor. Porém, mudanças percebidas como negativas (tristeza, irritabilidade) obtiveram relevância estatística, com um $p = 0,046$.

Tabela 1 – Descrição da frequência das variáveis de caracterização da amostra

Variáveis		N	%
IDADE:	20 – 30	78	61,4
	30 – 40	42	33,1
	> 40	7	5,5
ESCOLARIDADE:	1º Grau completo	18	14,2
	1º Grau incompleto	35	27,6
	2º Grau completo	44	34,6
	2º Grau incompleto	16	12,6
	Superior completo	7	5,5
	Superior incompleto	7	5,5
OCUPAÇÃO:	Aposentada	1	8
	Autônoma	8	6,3
	Estudante	8	6,3
	Trabalha em casa	73	57,5
	Trabalho formal	28	22
	Trabalho informal	9	7,1
SITUAÇÃO CONJUGAL:	Unida	118	92,9
	Não unida	9	7,1
NÚMERO DE GESTAÇÕES ANTERIORES:	>1	64	50,4
	1	32	25,2
	0	31	24,4
NÚMERO DE FILHOS VIVOS:	>1	45	35,4
	1	35	27,6
	0	47	37
IDADE GESTACIONAL:	13 – 20 semanas	61	48
	20 – 27 semanas	66	52

Tabela 2 - Frequência das características da relativas à gestação, pré-natal condições de saúde e relacionamentos

Variáveis		N	%
RELAÇÃO COM O PAI DO BEBÊ:	Boa	118	92,9
	Ruim	9	7,1
INÍCIO DO PRÉ- NATAL:	1º TRIMESTRE	87	68,5
	2º TRIMESTRE	40	31,5
PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ:	Sim	41	32,3
	Não	86	67,7
MOTIVO DO PNAR:	Doença com repercussão só no feto	22	17,3
	Doença própria da mãe	61	48
	Prematuridade ou perda anteriores	24	18,9
	Outros	20	15,7
AJUDA PARA CUIDAR DO BEBÊ:	Sim	106	83,5
	Não	21	16,5
AJUDA DE QUEM:	Família	76	72,4
	Marido	10	9,5
	Família e marido	19	18,1
POR QUANTO TEMPO TERÁ AJUDA:	Alguns dias	28	29,2
	Sempre	48	50
	Suficiente	20	20,8
PREOCUPAÇÃO COM A GRAVIDEZ:	Sim	98	77,2
	Não	29	22,8
QUAL PREOCUPAÇÃO:	Saúde do bebê/mãe	53	54,1
	Parto	24	24,5
	Outras	21	21,4
PERCEPÇÃO DE MUDANÇA DO HUMOR:	Sim	94	74
	Não	33	26
QUAL MUDANÇA DE HUMOR:	Alegria	18	19,1
	Instabilidade	15	16
	Irritação	44	46,8
	Tristeza	17	18,1

Tabela 3 - Relação entre as variáveis de caracterização da amostra e o escore de auto-estima

		Escore de auto-estima insatisfatório		
		N	%	P
IDADE	20 – 30	51	66,2	0,346
	30 – 40	22	28,6	
	>40	4	5,2	
ESCOLARIDADE	< 8 anos	72	93,5	0,043
	≥8 anos	5	6,5	
OCUPAÇÃO	Emprego	25	32,5	0,533
	Estudante	5	6,5	
	Trabalha em casa	47	61	
SITUAÇÃO CONJUGAL	Unida	70	90,9	0,235
	Não unida	7	9,1	
NÚMERO DE GESTAÇÕES ANTERIORES	>1	39	50,6	0,703
	1	21	27,3	
	0	17	22,1	
NÚMERO DE FILHOS VIVOS	>1	28	36,4	0,613
	1	23	29,9	
	0	26	33,7	
IDADE GESTACIONAL	13-20	35	45,4	0,295
	21-27	42	54,6	

Tabela 4 – Relação entre a frequência das características da relativas à gestação, pré-natal condições de saúde e relacionamentos e do escore de auto-estima

		Escore de auto-estima insatisfatório		
		N	%	P
RELAÇÃO COM O PAI DO BEBÊ	Boa	70	90,9	0,235
	Ruim	7	9,1	
INÍCIO DO PRÉ-NATAL	1º TRIMESTRE	50	64,9	0,19
	2º TRIMESTRE	27	35,1	
PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ	Sim	19	24,7	0,019
	Não	58	75,3	
MOTIVO DO PNAR	Doença com repercussão só no feto	16	20,8	0,516
	Doença própria da mãe	37	48	
	Prematuridade / perdas anteriores	14	18,2	
	Outros	10	13	
AJUDA PARA CUIDAR DO BEBÊ	Sim	63	81,8	0,358
	Não	14	18,2	
AJUDA DO MARIDO	Sim	13	16,9	0,042
	Não	64	83,1	
PREOCUPAÇÃO COM A GRAVIDEZ				

	Sim	60	77,9	0,482
	Não	17	22,1	
QUAL PREOCUPAÇÃO				
	Parto	13	21,7	
	Saúde da mãe/bebê	33	55	0,832
	Outras	14	23,3	
PERCEPÇÃO DE MUDANÇA DE HUMOR				
	Sim	58	75,3	0,414
	Não	19	24,7	
MUDANÇA DO HUMOR PERCEBIDA				
	Negativa	50	86,2	0,046
	Positiva	8	23,8	

CONCLUSÕES

Foi encontrada alta incidência de auto-estima insatisfatória. As mulheres com mais escolaridade apresentaram melhores escores de auto-estima.

A gravidez não planejada em mulheres com problemas de saúde parece afetar sua auto-estima, principalmente quando elas não contam com o apoio do parceiro para cuidar da criança que Avaliação da auto-estima de gestantes: subsídio para proposição de intervenções que favorecem o vínculo com o bebê

vai nascer e para assumir as novas responsabilidades junto com ela.

Na amostra estudada, o fato da mulher não ter emprego formal não influenciou o escore de auto-estima significativamente, contrariando achados de outros autores. Isso talvez seja justificado pela ambigüidade do significado desse fator para as gestantes, verificada tanto na literatura quanto durante as entrevistas. Assim, sugere-se aqui muito cuidado na interpretação do fato da gestante ter um trabalho formal ou não, que pode tanto contribuir como prejudicar a auto-estima. Também pela complexidade do assunto, seriam interessantes estudos mais aprofundados nesse tema.

Portanto, e pela efetividade documentada de intervenções no pré-natal visando o bem estar da gestante e um posterior bom vínculo dela com seu filho, torna-se necessária a elaboração de um conjunto de ações voltado principalmente para mulheres com o perfil delineado pelo estudo, para ser aplicado nesse e em outros serviços, incluindo a atenção básica.

Sugere-se aqui uma intervenção mais geral, em grupos, que discuta as expectativas

relacionadas à maternidade, sentimentos durante a gestação, participação ou não do companheiro, preocupações com a gestação ou decorrentes dela (condição sócio-econômica, dificuldades de conciliar emprego, serviço de casa e outras coisas com a nova tarefa de mãe a ser desempenhada, problemas de saúde durante a gestação, etc.), abrindo, assim, espaço para verbalização de incômodos e sentimentos ruins que estejam conturbando essa gestação que não poderiam, de outra forma, ser externalizados, analisados. Posteriormente, levantar possíveis soluções para os problemas e preocupações citados, em uma tentativa de tranquilizar essas mulheres. (Matthey et al, 2004). Podem ser incluídas aí também discussões abertas sobre auto-estima. Nessa intervenção a população alvo pode e é importante que seja todas as gestantes. As mais seguras, com menos problemas e dificuldades podem contribuir para tranquilizar as outras, levantar soluções para problemas mais sérios. Durante a intervenção em grupo, entretanto, é necessário que se observe todas as gestantes procurando identificar as mais quietas, com problemas mais sérios e relacionados à auto-estima insatisfatória (gravidez não desejada, falta de apoio do companheiro, sentimentos ruins sobre a gestação). A escala de auto-estima de Rosenberg pode ser aplicada a todas as gestantes, procurando dessa forma, também, identificar gestantes com auto-estima insatisfatória, para que uma intervenção mais específica seja aplicada a elas.

Sugere-se nesses casos mais específicos também discussão aberta sobre auto-estima, com monitoramento de declarações da gestante em relação à sua auto-estima, encorajando-a a identificar seus pontos positivos pessoais, respostas positivas dos outros em relação a ela, sucessos que ela já teve na vida. É interessante reforçar esses pontos positivos, tentando sempre encorajar o contato olho-no-olho na comunicação; identificando a maternidade como desafio, encorajar a gestante a aceita-lo, estabelecendo metas realistas para lidar o mais adequadamente possível com ele e sempre elogiando os progressos feitos (McCloskey, 2004).

Assim como em qualquer parte do programa de assistência pré-natal, destaca-se a necessidade da multidisciplinariedade nessas intervenções, com a participação de enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, principalmente, profissionais presentes na maioria dos serviços

(Brasil, 2000). Apesar do estudo ter sido realizado com gestantes de um programa de alto-risco, acredita-se que qualquer gestante, principalmente de atenção primária, se beneficiaria dessa intervenção, posto que não são só problemas de saúde que preocupam uma gestante. Além disso, pela simplicidade e baixo custo (exige apenas uma sala com cadeiras e profissionais qualificados para trabalhar essas questões), pode ser implementado em qualquer serviço de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arcieri JBC. **As práticas da neonatologia sob o enfoque psicoetológico das relações pai-bebê.** *Pediatr* 1995; 17(4): 170-3.

Assis SG, Avanci JQ, Silva CMFP, Malaquias JV, Santos NC, Oliveira RVC. **A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde.** *Ciênc. saúde coletiva* 2003; 8(3): 669-79.

Baptista, MN, Adriana SDB, Erika CRT. **Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes.** *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 2006; 7(1): 39-48.

Bowlby J a. **Formação e rompimento dos laços afetivos.** São Paulo: Ed. Martins Fontes; 1990.

Bowlby J b. **Apego e Perda: A natureza do vínculo.** São Paulo: Ed. Martins Fontes; 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico.** Brasília (DF); 2000.

Brazelton TB. **Desenvolvimento do apego: uma família em formação.** Porto Alegre: Ed.Artes Medicas, 1988.

Caldwell RM, Beutler LE, Ross SA, Silver NC. **Brief report: An examination of the relationships between parental monitoring, self-esteem and delinquency among Mexican.** *J Adolesc* 2005; [Epub ahead of print] .

Campos AL, Nascimento CF, Grazini, JDET, Assis AN de, Vitolo MR, Nobrega FJ de. **Nutricional, psychological and social aspects of mothers of malnourished children.** *J Pediatr* 1995; 71(4): 214-8.

Cecconello AM, Krum FMB, Koller SH. **Indicadores de Risco e Proteção no Relacionamento Mãe-Criança e Representação Mental da Relação de Apego.** Psico 2000; 32 (2), 81-122.

Chen CW, Conrad B. **The relationship between maternal self-esteem and maternal attachment in mothers of hospitalized premature infants.** J Nurs Res 2001; 9(4):69-82.

Drake EE, Humenick SS, Amankwaa L, Younger J, Roux G. **Predictors of maternal responsiveness.** J Nurs Scholarsh 2007; 39(2):119-25.

Falcone VM, Mader CV, Nascimento CF, Santos JM, Nobrega FJ de. **Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes.** Rev Saúde Pública 2005; 39(4): 612-8.

Hagerty BM, Williams RA. **Childhood antecedents of adult sense of belonging.** J Clin Psychol 2002; 58(7): 793-801.

Martire LM, Stephens MA, Townsend AL. Psychol Aging 2000; 15(1):148-56.

Matthey S, Kavanagh DJ, Howie P, Barnett B, Charles M. **Prevention of postnatal distressor depression: an evaluation of an intervention at preparation for parenthood class.** J Affect Disord 2004; 79(1-3): 113-26.

McCloskey JC. **Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC.** Artmed – Bookman, 2004.

McVeigh C, Smith M A. **Comparison of adult and teenage mother's self-esteem and satisfaction with social support.** Midwifery. 2000; 16(4):269-76.

Miranda CT, Turecki G, Man JJ, Andreoli SB, Marcolim MA, Goihman S, Puccini R, Strom BL, Berlin JA. **Mental health of the mothers of malnourished children.** International Journal of Epidemiology 1996; 25: 128-133.

Miranda CT, Paula CS, Santos L, Nóbrega FJ, Hundeide K, Orley J. A. **Association between mother-child interaction and mental health among the mothers of malnourished children.**

Journal of Tropical Pediatrics 2000; 46: 314

Moura E R F, Rodrigues MSP. **Comunicação e informação em Saúde no pré-natal.** Interface – Comunic. Saúde Educ 2003; 7(13): 109-18.

Neumann NA, Tanaka OU, Victoria CG, Cesar JA. **Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil.** Rev bras epidemiol 2003; 6(4): 307-18.

Oster KA, Scannell ED. **Change in role perception, role conflict, and psychological health of working mothers.** Psychol Rep. 1999 Feb;84(1):221-30.

Piccinini CA, Schwengber DDS. **Depressão Materna e Interação Mãe-Bebê no Final do Primeiro Ano de Vida -** Psicologia: Teoria e Pesquisa 2004; 20(3) 233-240.

Possatti I C, Dias M R. **Multiplicidade de Papéis da Mulher e seus Efeitos para o Bem-Estar Psicológico.** Psicologia: Reflexão e Crítica 2002, 15(2): 293-301.

Spitz RA. **O primeiro ano de vida.** São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1993.

Simonetti VMM. **Revisão crítica de algumas escalas psicossociais utilizadas no Brasil** [Tese de Mestrado Não-Publicada]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Gama Filho; 1989.

Szejer M, Stewart R. **Nove meses na vida da mulher – uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento.** São Paulo: Ed. Casa do psicólogo, 1997.

Trevisan MDOR, Lorenzi DRS de, Araújo NM de, Ésber K. **Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul.** Rev Bras Ginecol Obstet 2002; 24(5): 293-99.

Weinstock M. **The potential influence of maternal stress hormones on development and mental health of the offspring.** Brain Behav Immun 2005; 19(4): 296-308.

Wendland-Carro J, Piccinini CA, Millar WS. **The role of an early intervention on enhancing the quality of mother-infant interaction.** Child Dev 1999; 70(3): 713-21.

Winnicott DW. **Os bebês e suas mães.** São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1999.

ANEXO 1 – Questionário com dados de caracterização da amostra

1.Idade: 20 – 30 30 – 40 >40

2.Escolaridade: nunca foi à escola 1º grau incompleto 1º grau completo
 2º grau incompleto 2º grau completo superior incompleto superior completo

3.Ocupação: estudante trabalho formal trabalha em casa
 autônoma trabalho informal

4.Situação conjugal: unida não unida

5.Considera o relacionamento com o pai do futuro filho:



6.Número de gestações: ____ 0 1 >1

7.Número de filhos vivos: ____ 0 1 >1

8.Idade gestacional: ____ sem 13 – 20 semanas 20- 27 semanas

9. Idade gestacional em que iniciou o pré-natal: ____ sem

10. Gravidez planejada? sim não

11. Porque está fazendo pré-natal aqui? _____

12. Considera que receberá ajuda/auxílio para cuidar do filho nos primeiros meses após o nascimento? não sim. **Quem ajudará?Por quanto tempo?** _____

13.Há alguma preocupação sua quanto ao nascimento dessa criança? não sim.

Qual? _____

14. Notou alguma mudança de humor após ter descoberto a gestação? não sim.

Qual? _____

ANEXO 2 - Escala de auto-estima de Rosenberg

1- No conjunto, eu estou satisfeito comigo.

Concordo totalmente / concordo / discordo /discordo totalmente

2- Às vezes, eu acho que não presto para nada.

Discordo totalmente / discordo / concordo / concordo totalmente

3- Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades.

Concordo totalmente / concordo / discordo /discordo totalmente

4- Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.

Discordo totalmente / discordo / concordo / concordo totalmente

5- Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.

Discordo totalmente / discordo / concordo / concordo totalmente

6- Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes.

Concordo totalmente / concordo / discordo /discordo totalmente

7-Eu sinto que sou uma pessoa de valor,pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas.

Concordo totalmente / concordo / discordo /discordo totalmente

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

Discordo totalmente / discordo / concordo / concordo totalmente

9-No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso.

Concordo totalmente / concordo / discordo /discordo totalmente

10-Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo.

Discordo totalmente / discordo / concordo / concordo totalmente