

Comparação entre gestantes do setor público e privado da saúde: uma abordagem psicológica

Juliana Fernandes Filgueiras Meireles ¹

 <https://orcid.org/0000-0001-8396-6449>

Clara Mockdece Neves ²

 <https://orcid.org/0000-0002-5240-6710>

Marcella Fernandes Paticcié Nacif ³

 <https://orcid.org/0000-0002-3053-0593>

Pedro Henrique Berbert de Carvalho ⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-4918-5080>

Maria Elisa Caputo Ferreira ⁵

 <https://orcid.org/0000-0002-3294-7560>

¹⁻⁵ Universidade Federal de Juiz de Fora. Rua José Lourenço Kelmer s.n. Martelos. Juiz de Fora, MG, Brasil. CEP: 36.036-330. E-mail: euJuly90@hotmail.com

Resumo

Objetivos: comparar fatores sociodemográficos, antropométricos e psicológicos em gestantes atendidas pelo setor público e privado da saúde, bem como verificar a influência das atitudes alimentares, dos sintomas depressivos, da autoestima e da ansiedade nas atitudes corporais em ambos os setores.

Métodos: foram incluídas 386 gestantes de 18 a 46 anos de idade (média de 29,32 ± 6,04 anos). Foram aplicados instrumentos para avaliar atitudes corporais, atitudes alimentares, sintomas depressivos, autoestima e ansiedade. Dados antropométricos e obstétricos foram coletados. Análises descritivas, comparativas e correlacionais foram realizadas.

Resultados: estruturas sociodemográficas conturbadas, atitudes corporais negativas, atitudes alimentares inadequadas, sintomas depressivos, baixa autoestima e elevados níveis de ansiedade traço e estado foram significativamente maiores nas participantes do setor público ($p < 0,05$). As atitudes alimentares e a autoestima influenciaram diretamente as atitudes corporais das gestantes no setor público (R^2 ajustado=0,336; $p < 0,001$) e no privado (R^2 ajustado=0,324; $p < 0,001$).

Conclusões: concluiu-se que os fatores sociodemográficos, antropométricos e psicológicos avaliados foram mais preocupantes nas gestantes atendidas pelo setor público de saúde quando comparadas àquelas da rede privada.

Palavras-chave Imagem corporal, Gravidez, Saúde mental, Saúde pública



Introdução

O período gestacional é considerado um estado específico de estresse emocional, pois envolve mudanças na vida da mulher nos aspectos sociais, físicos e psicológicos.¹⁻³ A imagem corporal, considerada a representação mental do corpo, se faz presente nessas alterações visto que suas definições atuais se caracterizam pelo reflexo de emoções, desejos e interação social.⁴ Segundo alguns autores, sentimentos, crenças, pensamentos e comportamentos relacionados ao corpo podem sofrer alterações durante a gestação.¹⁻³

No modelo teórico proposto por Thompson *et al.*⁵ para o estudo do desenvolvimento da imagem corporal, os autores apontaram a influência de variáveis socioculturais nesse construto. Nesse sentido, Kamysheva *et al.*⁶ propuseram um modelo específico para gestantes, o qual verificou a influência da autoestima, depressão e Índice de Massa Corporal (IMC) sobre os sentimentos direcionados ao corpo. Dessa forma, pesquisas atuais têm buscado identificar relações entre variáveis sociodemográficas, antropométricas e psicológicas e a imagem corporal em gestantes.⁷⁻¹⁰

Sendo assim, os profissionais que lidam diretamente com esse público devem estar atentos a fatores intervenientes na imagem corporal, já que eles podem impactar negativamente a saúde materna e infantil.^{1-3,10} Como consequências prejudiciais destacam-se: depressão pré e pós-natal, deslocamento de placenta, menor apego materno fetal, interrompimento do aleitamento precoce, complicações clínicas e obstétricas na mãe, prematuridade e baixo peso do bebê ao nascer.¹⁰⁻¹³

Estudos realizados previamente¹⁴⁻¹⁷ apontaram que gestantes atendidas no setor público e setor privado da saúde podem se diferenciar em alguns aspectos. Essas disparidades podem variar desde maior número de consultas e de realização de ultrassom naquelas que frequentam o setor privado até maior mortalidade neonatal na rede pública, assim como diferença entre características sociodemográficas.^{14,15} Ressalta-se que ainda são escassos estudos que levem em consideração as possíveis diferenças no âmbito psicológico entre gestantes de ambos os setores. Conhecer essas especificidades pode possibilitar maior adequação nas condutas de cuidado junto às gestantes, já que as pacientes atendidas nessas duas esferas podem apresentar características diferenciadas que, por sua vez, demandam atenção específica.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi comparar fatores sociodemográficos, antropométricos e psicológicos em gestantes atendidas pelo

setor público e privado da saúde, bem como verificar a influência das atitudes alimentares, dos sintomas depressivos, da autoestima e da ansiedade nas atitudes corporais da amostra avaliada em ambos os setores. Para a presente pesquisa, hipotetizou-se que as características biopsicossociais seriam distintas entre as gestantes atendidas nos dois setores da saúde.

Métodos

A presente investigação apresenta característica de estudo transversal e, quanto à forma de abordagem, trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e correlacional.¹⁸ Este estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), através do número de inscrição 14406413.0.0000.5147, parecer número 337.124. Todas as voluntárias assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e as coletas aconteceram na cidade de Juiz de Fora-MG.

Um cálculo amostral foi realizado levando em consideração o número de gestantes adultas da cidade de Juiz de Fora (segundo dados da Secretaria de Saúde do município), uma prevalência de 50% de imagem corporal negativa,¹ 95% de intervalo de confiança e 5% de erro amostral, totalizando uma amostra ideal mínima de 361 gestantes. Foram incluídas grávidas que estavam frequentando as consultas de pré-natal no referido município nos setores público ou privado, acima de 18 anos, de todas as idades gestacionais e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. Foram excluídas aquelas que deixaram algum dado incompleto.

A fim de avaliar atitudes corporais (atratividade, autodepreciação, sentimento de gordura, saliência do corpo, percepção da gordura da porção inferior do corpo e força e fitness), as gestantes responderam ao *Body Attitudes Questionnaire* (BAQ), validado para a população adulta feminina brasileira por Scagliusi *et al.*¹⁹ Este instrumento possui 44 itens, pontuado em escala *Likert* (um a cinco pontos), sendo que o escore total é calculado pela soma das respostas, podendo variar de 44 a 220 pontos. Quanto maior a pontuação, maiores os sentimentos negativos sobre as atitudes corporais avaliadas. A consistência interna para a amostra em questão foi calculada através do *alpha de Cronbach* (α) e foi considerada adequada ($\alpha=0,84$).

Para acessar as atitudes alimentares inadequadas foi utilizado o *Eating Attitudes Test – 26* (EAT-26), validado para adultos brasileiros por Nunes *et al.*²⁰

Este é um questionário composto por 26 questões, respondidas em escala *Likert* (sempre=3 pontos a nunca=0 ponto), e o escore total é feito pela soma de seus itens, podendo variar de 0 a 78 pontos. Quanto maior o escore, maior também o indicativo de atitudes alimentares inadequadas. Para a amostra do presente estudo, o α foi igual a 0,80 e, por isso, considerado adequado.

Para investigar sintomas depressivos, foi aplicado o *Beck Depression Inventory* (BDI). Sua validação para o Brasil foi conduzida por Gorenstein e Andrade.²¹ Este é um instrumento com 21 itens e quatro opções de resposta (zero a três pontos) com escore total obtido através da contagem de cada item variando de 0 a 63 pontos. Quanto maior a pontuação do questionário, maiores são os indicativos para depressão. Para a amostra em questão, o instrumento teve boa consistência interna ($\alpha=0,89$).

Para avaliar a autoestima foi empregada a *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSS), validada para adultos brasileiros por Dini *et al.*²² A escala é composta por 10 itens com quatro opções de resposta (zero a três pontos) do tipo *Likert* e escore total podendo variar de 0 a 30 pontos. Quanto maior o escore, maior o nível de autoestima da gestante. Sua análise de consistência interna para as grávidas avaliadas revelou um α igual a 0,85.

Para investigar o nível de ansiedade traço e estado foi utilizada a versão curta do *Brazilian State-Trait Anxiety Inventory* (STAI). O estudo de validação para população brasileira foi desenvolvido por Fioravanti-Bastos *et al.*²³ Este instrumento possui duas escalas distintas com parte I (ansiedade estado) e parte II (ansiedade traço) e ambas são pontuadas por uma escala *Likert* com respostas de um a quatro. A pontuação final pode variar de 12 a 48 e maiores pontuações neste questionário indicam maiores níveis de ansiedade. A consistência interna para a amostra em questão foi de $\alpha=0,74$.

O nível socioeconômico das gestantes foi avaliado por meio do “Critério de Classificação Econômica Brasil” – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (CCEB).²⁴ Esse instrumento diferencia a população pelo levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau escolaridade do chefe de família). São atribuídos pontos em função de cada característica e, após o somatório total, as pontuações podem variar de 0 a 46. A classificação é dada em extratos de A1 a E, sendo que na presente pesquisa foram agrupados em: A – 46 a 35 pontos; B – 34 a 23; C – 22 a 14; D e E – 13 a 0,24

Para acessar dados sociodemográficos, foi aplicado um questionário com perguntas diretas sobre:

idade, nível de escolaridade, estado civil, número de filhos nascidos, relação com o pai da criança, apoio familiar, planejamento ou não da gestação, possibilidade ou não de aborto.

Por fim, foram obtidos dados antropométricos (massa corporal e estatura) e obstétricos (idade gestacional em semanas) através do prontuário da gestante, o qual foi preenchido pelo próprio médico responsável da paciente. O IMC foi obtido através da divisão da massa corporal pela estatura elevada ao quadrado (kg/m^2), o qual foi controlado nas análises de regressão, já que estudos anteriores demonstraram a sua influência sobre as atitudes corporais.^{6,7,13}

Inicialmente, foi realizado por conveniência contato com dez médicos obstetras que atendiam nos setores privado (consultórios ou clínicas particulares) e público (Unidades Básicas de Saúde ou hospitais) em diferentes bairros da cidade de Juiz de Fora-MG. Os médicos receberam esclarecimento sobre os objetivos e métodos da pesquisa. Todos consentiram com a realização do estudo em seus locais de atendimento. Sendo assim, eles forneceram aos pesquisadores os melhores dias e horários para a coleta de dados, de acordo com a agenda do local. Enquanto esperavam para serem atendidas, as gestantes foram convidadas a participar voluntariamente da pesquisa nas próprias salas de espera. As grávidas receberam instruções verbais sobre a pesquisa, assinaram o TCLE e responderam individualmente os questionários sem tempo limite. Por fim, dados antropométricos e obstétricos atualizados foram obtidos após a consulta através do prontuário da paciente arquivado pelo médico responsável.

A consistência interna de cada instrumento para a amostra do presente estudo foi analisada através do cálculo do α de Cronbach e, valores acima de 0,70, foram considerados adequados.²⁵ Foi realizado o teste de normalidade Kolmogorov Smirnov e foi verificada a distribuição normal dos dados, que justificou a utilização de testes paramétricos. Para as variáveis categóricas, analisou-se a frequência (absoluta e relativa) por setor. Utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson para uma variável a fim de comparar as variáveis categóricas em função do setor de saúde de realização do pré-natal (público e privado). Teste exato de Fisher foi aplicado nos casos necessários. Destaca-se que esta análise não pôde ser executada no caso de uma das caselas apresentar frequência observada igual a zero. Para as demais variáveis, foram utilizadas medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão) para ambos os setores. Foi aplicado o teste *t* de Student para comparar as variáveis numéricas em

função do setor de saúde. Para todas as análises comparativas foram avaliados o tamanho do efeito, determinado pelo D-Cohen.²⁶ Tamanho de efeito com valores inferiores a 0,5, entre 0,5 e 0,79, igual ou superior a 0,8, foram considerados pequenos, médios, e elevado, respectivamente.²⁶

Ademais, foi utilizada a correlação de Pearson para verificar associações entre os parâmetros avaliados (BAQ, EAT-26, BDI, RSS, STAI-traço e STAI-estado) para cada um dos setores da saúde. Por fim, buscando verificar a magnitude da expressão preditiva de cada variável sobre o BAQ, foram realizados dois modelos de regressão linear múltipla *forward*, sendo uma para cada setor de saúde. A ordem de inserção das variáveis nessa análise levou em consideração a força da correlação de cada uma com o BAQ. Vale ressaltar que a multicolinearidade entre as variáveis foi testada, o qual revelou a inexistência de interferência de uma variável sobre a outra (VIF<5). Sendo assim, todas as variáveis associadas

às atitudes corporais das gestantes foram incluídas no modelo de regressão. O tamanho de efeito também foi calculado nesta análise.²⁶

Para as análises estatísticas, foi utilizado o *software* SPSS 19.0 e em todos os casos, o nível de significância foi de $p < 0,05$.

Resultados

Participaram do estudo 417 gestantes. Entretanto, 31 não preencheram os questionários na sua íntegra e foram excluídas. Dessa forma, a amostra final contou com 386 grávidas com idade entre 18 e 46 anos, sendo 198 do setor público (51,3%) e 188 (48,7%) do setor privado. A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da amostra nos diferentes setores da saúde, bem como os resultados da comparação entre os grupos por meio do teste qui-quadrado.

Tabela 1

Análise descritiva e comparação das variáveis sociodemográficas de gestantes do setor público e privado.

	Setor Público (n=198)		Setor Privado (n=188)		χ^2 (gl)	p
Escolaridade ^a					162,761 (2)	<0,001*
Ensino fundamental	74	37,4	6	3,2		
Ensino médio	108	54,5	54	28,7		
Ensino superior/Pós-Graduação	16	8,1	128	68,1		
Estado civil ^b					37,676 (2)	<0,001*
Solteira	69	34,8	17	9,0		
Casada/Vive com o companheiro	126	63,6	169	89,9		
Divorcida/viúva	3	1,6	2	1,1		
Número de filhos					81,185 (1)	<0,001*
Primigesta	61	30,8	144	76,6		
Multigesta	137	69,2	44	23,4		
Relação com o pai do bebê					18,769 (1)	<0,001*
Boa	174	87,9	186	98,9		
Ruim	24	12,1	2	1,1		
Suporte familiar ^c					-	-
Sim	184	92,9	188	100,0		
Não	14	7,1	0	-		
Planejamento da gestação					4,698 (1)	<0,001*
Sim	75	37,9	137	72,9		
Não	123	62,1	51	27,1		
Possibilidade de aborto					6,957 (1)	0,008*
Sim	16	8,1	4	2,1		
Não	182	91,9	184	97,9		
Nível socioeconômico ^d					139,00 (3)	<0,001*
A	1	0,5	17	9,0		
B	40	20,2	133	70,7		
C	129	65,2	36	19,2		
D/E	28	14,1	2	1,1		

χ^2 = teste qui-quadrado; gl=graus de liberdade; ^a=diferença entre todas as categorias; ^b=diferença entre solteira e casada/vive com o companheiro; ^c=não foi possível realizar o teste porque nenhuma das células pode ser igual a 0; ^d=diferença entre B e C. * $p < 0,05$.

A partir desses achados, percebe-se que houve diferença entre todas as variáveis estudadas nos diferentes setores da saúde. Destaca-se que, quanto à escolaridade, as gestantes do setor privado eram majoritariamente do ensino superior/pós-graduação, enquanto as do setor público com formação de ensino médio e fundamental. Quanto ao estado civil, observou-se um maior número de mães solteiras na rede pública. Observou-se entre as participantes desse mesmo grupo um percentual significativamente maior de mulheres multigestas, que classificaram a relação com o pai do bebê como ruim, que não haviam planejado a gestação e que consideraram a possibilidade de aborto. Com relação ao nível socioeconômico, a classe B apresentou um maior número de participantes do setor privado, ao passo que, a classe C, do setor público. Não foi possível comparar a variável “apoio familiar” devido à ausência de gestantes do setor privado em uma das condições.

Os dados descritivos (média e desvio-padrão) das variáveis antropométricas e psicológicas estudadas, assim como os resultados da comparação entre os dois setores estão expostos na Tabela 2. Com exceção das subescalas do BAQ “Percepção da gordura na porção inferior” e “Força e aptidão física”, foram identificadas diferenças estatísticas em todas as variáveis analisadas, sendo que no setor

público as condições eram mais conturbadas. Salienta-se que os tamanhos de efeito variaram entre baixo e moderado (D-Cohen).

A Tabela 3 demonstra a associação entre as variáveis estudadas. Vale ressaltar que os valores acima da linha diagonal da tabela são referentes às pacientes do setor público, e aqueles abaixo, representam dados das gestantes do setor privado. Em relação ao BAQ total, todas as variáveis estiveram significativamente correlacionadas tanto para o setor público quanto para o setor privado.

A Tabela 4 apresenta os resultados das análises de regressão. Para ambos os setores, o EAT-26 e a RSS foram preditores do escore do BAQ, variando na intensidade de moderação. Embora as demais variáveis estudadas tenham apresentado correlação com o BAQ em ambos os grupos, no modelo de regressão o BDI e STAI traço e estado não acrescentaram valor preditivo e, portanto, foram excluídos ao final do modelo. Os tamanhos de efeito encontrados variaram entre baixo e moderado.

Tabela 2

Análise descritiva e comparação das variáveis sociodemográficas de gestantes do setor público e privado.

Estatística	Setor Público	Setor Privado	T	p	D-Cohen
	$\bar{X} \pm DP$	$\bar{X} \pm DP$			
Idade (anos)	28,10 ± 6,67	30,61 ± 5,01	-4,193	<0,001*	0,42
IMC (kg/m ²)	28,32 ± 6,60	25,93 ± 6,70	3,532	<0,001*	0,36
BAQ total	125,15 ± 17,28	117,42 ± 16,45	4,497	<0,001**	0,46
Atração física	16,94 ± 3,04	17,90 ± 2,46	-3,396	0,001*	0,35
Autodepreciação	15,75 ± 4,70	12,79 ± 3,69	6,914	<0,001*	0,70
Gordura total	31,19 ± 10,25	34,83 ± 10,00	4,229	<0,001*	0,36
Saliência do corpo	21,23 ± 4,45	20,35 ± 3,88	2,070	0,039*	0,21
Percepção da gordura na porção inferior	12,03 ± 2,87	12,02 ± 2,86	0,032	0,975	0,01
Força e aptidão física	17,94 ± 3,18	18,03 ± 3,14	-0,271	0,787	0,03
EAT-26	15,17 ± 10,50	12,39 ± 7,77	7,003	<0,001*	0,30
BDI	12,89 ± 10,67	7,90 ± 5,32	5,857	<0,001*	0,60
RSS	4,43 ± 3,48	7,06 ± 3,84	4,117	<0,001*	0,72
STAI-traço	15,82 ± 3,51	14,46 ± 2,97	7,440	<0,001*	0,42
STAI-estado	17,69 ± 2,96	15,42 ± 3,04	2,959	0,003*	0,76

DP=desvio-padrão; IMC= índice de massa corporal; BAQ=Body Attitudes Questionnaire; EAT-26=Eating Attitudes Test-26; BDI=Beck Depression Inventory; RSS=Rosenberg Self-Esteem Scale; STAI=Brazilian State-Trait Anxiety Inventory.
*significativo para $p < 0,05$.

Tabela 3

Associação entre as variáveis de estudo por meio do teste de Pearson (r).

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7
1. BAQ total	-	0,337*	0,434*	0,363*	0,406*	0,147*	0,302*
2. IMC (kg/m ²)	0,286*	-	0,106	0,072	0,105	0,158*	-0,002
3. EAT-26	0,510*	0,123	-	0,200*	0,103	0,110	0,234*
4. BDI	0,359*	0,129	0,320*	-	0,535*	0,271*	0,442*
5. RSS	0,365*	0,029	0,171*	0,491*	-	0,245*	0,344*
6. STAI-traço	0,270*	0,165*	0,344*	0,503	0,234*	-	0,359*
7. STAI-estado	0,256*	0,149*	0,320*	0,481*	0,303*	0,542*	-

BAQ=Body Attitudes Questionnaire; IMC=índice de massa corporal; EAT-26=Eating Attitudes Test - 26; BDI=Beck Depression Inventory; RSS=Rosenberg Self-Esteem Scale; STAI=Brazilian State-Trait Anxiety Inventory; *p<0,05.

Tabela 4

Análises de regressão linear *forward* utilizando os escores do BAQ como variável critério para o setor público e privado.

	Bloco	R ²	R ² ajustado	F	p	F2-Cohen
Setor público						0,51
EAT-26	1	0,191	0,187	45,661	<0,001*	
RSS	2	0,343	0,336	50,046	<0,001*	
Setor privado						0,48
EAT-26	1	0,247	0,243	59,115	<0,001*	
RSS	2	0,331	0,324	44,357	<0,001*	

BAQ=Body Attitudes Questionnaire; EAT-26=Eating Attitudes Test - 26; RSS=Rosenberg Self-Esteem Scale; *p<0,05.

Discussão

O primeiro objetivo do presente estudo foi comparar fatores sociodemográficos, antropométricos e psicológicos em gestantes atendidas pelo setor público e privado da saúde. Postulou-se que os grupos se diferenciariam quanto às variáveis supracitadas. Os resultados confirmaram a hipótese inicial, o que reforça a importância de se incentivar o desenvolvimento e manutenção de políticas públicas que considerem aspectos biopsicossociais tendo em vista apoio integral às mulheres no período gestacional.

Os dados sociodemográficos indicaram que as gestantes atendidas no setor público eram, em sua maioria, solteiras e multigestas, classificavam o relacionamento com o pai do bebê como “ruim”, não haviam planejado a gestação e pensaram na possibilidade de aborto. Além disso, essas mulheres também tiveram menor escolaridade e níveis socioeconômicos inferiores quando comparadas àquelas atendidas pelo setor privado. Dessa forma, as parti-

cipantes do setor público apresentaram estruturas sociais mais conturbadas. Segundo o Ministério da Saúde,¹² baixa escolaridade e condições ambientais desfavoráveis são considerados marcadores que podem conduzir a gestante para uma gravidez de alto risco. Ademais, estruturas externas e internas inadequadas podem impactar na saúde mental dessas mulheres.^{2,8} Sendo assim, ressalta-se a importância de maior atenção para as gestantes do setor público no sentido de prevenir distúrbios emocionais durante essa fase da vida.

Quanto às variáveis antropométricas, observou-se também diferença significativa em relação à média de idade e de IMC das gestantes dos dois grupos avaliados. As pacientes do setor privado foram mais velhas e apresentaram IMC mais baixo quando comparadas àquelas do setor público. Estudos de Cesar *et al.*¹⁵ e Seabra *et al.*²⁷ corroboram estes achados na medida em que o primeiro verificou que as gestantes atendidas no setor público também apresentaram menor idade materna; já o segundo identificou menor IMC naquelas que frequentavam o setor

particular. É possível que as mulheres com maior poder aquisitivo deem prioridade à carreira profissional, planejando e prorrogando a gestação para uma idade mais tardia. Com relação ao IMC, é possível que as grávidas do setor público não estejam tão atentas à importância do controle do ganho de peso durante o período gravídico. Ressalta-se que tanto a gravidez tardia quanto o sobrepeso/obesidade nessa etapa são considerados fatores de risco gestacional e, por isso, podem apresentar maior possibilidade de má evolução da gravidez.¹²

Quanto às comparações do BAQ e suas subescalas, as gestantes do setor público apresentaram atitudes corporais mais negativas (BAQ total), menor sentimento de “atratividade física” e maiores escores para “autodepreciação” e “sentimento de saliência corporal”. É possível que os maiores valores de IMC identificados nas gestantes deste setor tenham contribuído para tais achados. Isso porque a literatura demonstra que na população geral⁴ e também em gestantes,^{1,2,6} quanto maior o IMC, maiores os sentimentos negativos com relação ao próprio corpo. Dessa forma, um acompanhamento clínico de qualidade deve ser priorizado, especialmente tendo em vista a imagem corporal.

Adicionalmente, verificou-se que as gestantes atendidas no setor público estão mais propensas a adoção de atitudes alimentares inadequadas, sintomas depressivos, baixa autoestima e maiores níveis de ansiedade traço e estado. A comparação desses achados com estudos internacionais é desaconselhada já que os sistemas de saúde são diferentes. No contexto brasileiro, foram identificadas investigações que levaram em consideração apenas pacientes do setor público. Hedrich *et al.*²⁸ encontraram que mulheres atendidas em centros de saúde municipais apresentaram prevalência de consumo dietético inadequado. Thiengo *et al.*²⁹ demonstraram que sintomas depressivos durante a gestação estavam associados a comportamentos de risco como o tabagismo. Além disso, Dias *et al.*³⁰ apontaram que a baixa autoestima de mulheres atendidas no setor público estava relacionada à percepção de risco à saúde do bebê e número de gestações. Por fim, Araújo *et al.*¹¹ verificaram que a ansiedade se manifestou de forma significativa nas gestantes avaliadas. Nesse sentido, recomenda-se a realização de mais pesquisas que avaliem ambos os setores da saúde a fim de prevenir e/ou controlar a ocorrência de condições materno-fetais indesejáveis.

Como segunda premissa, buscou-se verificar as influências das variáveis de estudo nas atitudes corporais de gestantes atendidas em ambos os

setores da saúde. Inicialmente, verificou-se que o elevado IMC, as atitudes alimentares inadequadas, os sintomas depressivos, a baixa autoestima e a elevada ansiedade apresentaram associação significativa de intensidade baixa a moderada com atitudes corporais negativas, tanto no setor público quanto no privado. Pesquisa recente desenvolvida por Meireles *et al.*⁹ apontou associações semelhantes. Entretanto, os autores não levaram em consideração os setores da saúde. Sendo assim, os resultados encontrados merecem atenção já que o manifesto de um ou mais fatores podem desencadear alterações negativas nos demais,^{3,9} impactando a saúde materna infantil tanto no setor público quanto no privado.

Os resultados das análises de regressão apontaram que as atitudes alimentares e a autoestima foram preditores das atitudes corporais em gestantes de ambos os grupos. Estudos anteriores já haviam demonstrado a influência das atitudes alimentares^{8,9} e da autoestima⁶ sobre a imagem corporal de gestantes. Contudo, no presente estudo, o percentual de explicação dessas variáveis sobre o BAQ diferiram entre os setores. No público, as atitudes alimentares contribuíram em 18,7%, enquanto que, no privado, 24,3%. Com a inserção da autoestima nos modelos, o percentual explicativo foi de 33,6% e 32,4% nos setores público e privado, respectivamente. Assim, observa-se que no setor privado, a contribuição do EAT-26 foi maior do que no setor público. É possível que as gestantes de maior poder aquisitivo estejam mais atentas às questões alimentares.

Apesar das contribuições do presente estudo para o conhecimento da área, o mesmo apresenta limitações que devem ser apontadas. A primeira delas consiste no corte transversal, o qual impossibilita estabelecer relações de causa e efeito. Entretanto, esta metodologia tem sido utilizada em pesquisas com gestantes.^{7-10,13,15} Como segunda limitação, destaca-se a utilização de instrumentos que não são específicos para esta população. Todavia, demonstraram boa consistência interna para a amostra em questão.²⁵

Seria interessante que estudos futuros avaliassem longitudinalmente a imagem corporal de gestantes atendidas no setor público e privado da saúde, mostrando assim como estas se comportam em cada trimestre gestacional. Vale destacar que o setor público carece de maior atenção quanto às avaliações, em especial sobre a imagem corporal que até o momento não havia sido investigada entre os setores. Sugere-se ainda a criação e validação de instrumentos específicos para a avaliação da imagem corporal em gestantes, a fim de se conhecer melhor

as preocupações relacionadas ao corpo manifestadas por estas mulheres.

Concluiu-se que os fatores sociodemográficos, antropométricos e psicológicos avaliados foram mais preocupantes nas gestantes atendidas pelo setor público de saúde quando comparadas àquelas da rede privada. Além disso, as atitudes alimentares e a

autoestima influenciaram diretamente as atitudes corporais das grávidas de ambos os grupos. Visto que pode haver efeito prejudicial na saúde materna e infantil, é importante que os profissionais sejam conscientizados da necessidade de um atendimento integral às gestantes durante o pré-natal.

Referências

1. Meireles JFF, Neves CM, Carvalho PHB, Ferreira MEC. Insatisfação corporal em gestantes: uma revisão integrativa da literatura. *Ciênc Saúde Colet*. 2015; 20 (7): 2091-103.
2. Skouteris H. Body Image Issues in Obstetrics and Gynecology. In: Cash TF, Smolak L. (Eds.). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2011. p. 56-64.
3. Watson B, Fuller-Tyszkiewicz M, Broadbent J, Skouteris H. The meaning of body image experiences during the perinatal period: a systematic review of the qualitative literature. *Body Image*. 2015; 14: 102-13.
4. Laus MF, Kakeshita IS, Costa TMB, Ferreira MEC, Fortes LS, Almeida SS. Body image in Brazil: recent advances in the state of knowledge and methodological issues. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48 (2): 331-46.
5. Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe MN, Tantleff-Dunn S. *Exacting beauty: Theory, assessment and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association; 1999.
6. Kamysheva E, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. 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*. 2008; 5 (2): 152-63.
7. Meireles JFF, Neves CM, de Carvalho PHB, Ferreira MEC. Imagem corporal de gestantes: associação com variáveis sociodemográficas, antropométricas e obstétricas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015; 37 (7): 319-24.
8. Meireles JFF, Neves CM, de Carvalho PHB, Ferreira MEC. Imagem corporal de gestantes: um estudo longitudinal. *J Bras Psiquiatr*. 2016; 65 (3): 223-30.
9. Meireles JFF, Neves CM, de Carvalho PHB, Ferreira MEC. Imagem corporal, atitudes alimentares, sintomas depressivos, autoestima e ansiedade em gestantes de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil *Ciênc Saúde Colet*. 2017; 22 (2): 437-45.
10. Sweeney AC, Fingerhut R. Examining relationships between body dissatisfaction, maladaptive perfectionism, and postpartum depression symptoms. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2013; 42 (5): 551-61.
11. Araújo DMR, Pacheco AHDRN, Pimenta AM, Kac G. Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2008; 8 (3): 333-40.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico: Gestação de alto risco: atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF; 2012.
13. Skouteris H, Carr R, Wertheim EH, Paxton SJ, Duncombe D. A prospective study of factors that lead to body dissatisfaction during pregnancy. *Body Image*. 2005; 2 (4): 347-61.
14. Girardi SN, Stralen ACS, Lauer TV, Cella JN, Araújo JF, Pierantoni CR, Carvalho CL. Escopos de prática na Atenção Primária: médicos e enfermeiros em cinco regiões de saúde do Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2017; 17 (Suppl 1): S171-S84.
15. Cesar JA, Mano PS, Carlotto K, Gonzalez-Chica DA, Mendoza-Sassi RA. Público versus privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2011; 11 (3): 257-63.
16. Cesar JA, Sutil AT, dos Santos GB, Cunha CF, Mendoza-Sassi RA. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28 (11): 2106-114.
17. Nascimento LFC. Perfil de gestantes atendidas no período pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os setores público e privado em Guaratinguetá, São Paulo. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2003; 3 (2): 187-94.
18. Thomas JR, Nelson, JK, Silverman SJ. *Métodos de pesquisa em atividade física*. São Paulo: Artmed; 2012.
19. Scagliusi FB, Polacow VO, Cordás TA, Coelho D, Alvarenga M, Philippi ST, Lancha AH Jr. Psychometric testing and applications of the Body Attitudes Questionnaire translated into Portuguese. *Percept Mot Skills*. 2005; 101 (1): 25-41.
20. Nunes MA, Camey S, Olinto MTA, Mari JJ. The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. *Braz J Med Biol Res*. 2005; 38 (11): 1655-62.
21. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res*. 1998; 29 (4): 453-7.
22. Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de Auto-estima de Rosenberg. *Rev Soc Bras Cir Plást*. 2004; 19 (1): 41-52.
23. Fioravanti-Bastos ACM, Cheniaux E, Landeira-Fernandez J. Development and validation of a short-form version of the Brazilian State-trait Anxiety Inventory. *Psicol Reflex Crit*. 2011; 24 (3): 485-94.
24. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [Internet]. Critério de Classificação Econômica Brasil. [acesso em 7

- dez 2014]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
25. Hair Júnior JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise multivariada de dados. 6a Ed. São Paulo: Bookman; 2009.
 26. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull.* 1992; 112 (1): 155-9.
 27. Seabra G, Padilha PC, de Queiroz JA, Saunders C. Soproso e obesidade pré-gestacionais: prevalência e desfechos associados à gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011; 33 (11): 348-53.
 28. Hedrich A, Novello D, Ruviano L, Alves J, Quintiliano DA. Perfil alimentar, estado nutricional, de saúde e condições sócio-econômicas de gestantes assistidas por centros de saúde do município de Guarapuava-PR. *Rev Salus.* 2007; 1 (2): 139-46.
 29. Thiengo DL, Santos JFC, Fonseca DL, Abelha L, Lovisi GM. Depressão durante a gestação: um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes. *Cad Saúde Colet.* 2012; 20 (4): 416-26.
 30. Dias MS, da Silva RA, Souza LDM, Lima RC, Pinheiro RT, Moraes IGS. Autoestima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 12: 2787-97.

Recebido em 29 de Março de 2018

Versão final apresentada em 1 de Novembro de 2018

Aprovado em 22 de Janeiro de 2019