

Autoeficácia na amamentação: um estudo de coorte

Breastfeeding self-efficacy: a cohort study

Erdnaxela Fernandes do Carmo Souza¹

Rosa Áurea Quintella Fernandes²

Descritores

Enfermagem materno-infantil;
Enfermagem obstétrica; Aleitamento
materno; Nutrição do lactente;
Autoeficácia

Keywords

Maternal-child nursing; Obstetrical
nursing; Breastfeeding; Infant nutrition;
Self-efficacy

Submetido

29 de Abril de 2014

Aceito

29 de Julho de 2014

Resumo

Objetivo: Avaliar o uso clínico da Escala de Autoeficácia na amamentação como preditiva do desmame precoce e verificar se as mulheres que obtiveram maiores escores de autoeficácia amamentaram por mais tempo.

Métodos: Estudo de coorte com 100 puérperas. Instrumento de pesquisa utilizado: *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form*. O aleitamento foi monitorado no 7º, 15º, 30º, 45º e 60º dia, por telefone.

Resultados: A média de aleitamento materno exclusivo foi de 53,2 dias (DP 14,2). A maioria das mães (82,3%) obteve escores compatíveis com alta autoeficácia para a amamentação, nenhuma apresentou baixa eficácia. Não houve diferença estatisticamente significativa na comparação da média de tempo de aleitamento exclusivo e não exclusivo, com os escores de média e alta eficácia.

Conclusão: Os resultados não permitiram confirmar a utilização da escala como preditiva de risco de desmame precoce. Não se observou relação entre maiores escores de alta eficácia e maior tempo de aleitamento materno exclusivo.

Abstract

Objective: Evaluate the clinical use of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale as predictive of early weaning and verify if women who had higher self-efficacy scores breastfed for longer periods.

Methods: Cohort study developed with 100 postpartum mothers. Research instrument used: Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form. The feeding was monitored on the 7th, 15th, 30th, 45th and 60th day, by phone.

Results: The mean duration of exclusive breastfeeding was 53.2 days (SD 14.2). Most mothers (82.3%) had scores compatible with high self-efficacy for breastfeeding, none had low efficacy. There was no statistically significant difference in the comparison of mean duration of exclusive and non-exclusive breastfeeding, with the scores of medium and high efficacy.

Conclusion: Findings did not enable the confirmation of the use of the scale as a predictor of risk of early weaning. No relation was observed between higher scores of high efficacy and longer periods of exclusive breastfeeding.

Autor correspondente

Rosa Áurea Quintella Fernandes
Praça Teresa Cristina, 229, Guarulhos,
SP, Brasil. CEP: 07023-070
fernands@uol.com.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400076>

¹Hospital Samaritano, São Paulo, SP, Brasil.

²Universidade Guarulhos, Guarulhos, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) têm empreendido esforços no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo (AME), de modo que as mães consigam estabelecê-lo e mantê-lo até os seis meses de vida do bebê.⁽¹⁾ Porém, essa realidade em nosso país ainda está longe de ser alcançada, pois a prevalência do AME em menores de 6 meses é de apenas 41%, segundo a última pesquisa realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (DF).⁽²⁾

O aleitamento materno (AM) é de fato considerado em todo o mundo um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção à saúde da criança e seu impacto social pode ser quantificado por meio da redução de atendimentos médicos, hospitalizações e tratamentos medicamentosos, uma vez que a criança em AME tem menor risco de adoecer.⁽³⁾ Os obstáculos ao AM são inúmeros, mas de maneira geral as alegações para seu abandono envolvem mitos e desinformação, mesmo entre mulheres com nível socioeconômico mais elevado, o que reafirma a importância das orientações e intervenções dos profissionais de saúde no apoio à nutriz.

O avanço das políticas públicas de saúde no incentivo ao AM está cada vez mais evidente.⁽⁴⁾ O delineamento dessas ações é notório e abrange grande parte das mulheres usuárias da rede pública. Por outro lado, as mulheres que não frequentam esta rede e são assistidas em instituições privadas nem sempre contam com o apoio profissional que lhes dê suporte nas dificuldades enfrentadas no AM principalmente, após a alta.

Nesse contexto, torna-se necessária a reformulação das estratégias, principalmente da rede privada, no sentido de promover, proteger e apoiar o AME reforçando a adesão das mulheres que têm condições de serem assistidas na saúde particular. Essas mães recebem, normalmente, apoio à amamentação enquanto internadas, no entanto, no âmbito domiciliar, quase nenhuma instituição conta com recurso disponível para manter esse apoio após o parto, ou dispõe de serviço ambulatorial de AM. Essas deficiências podem representar o fortalecimento do desmame precoce neste segmento.

Assim sendo, surge o grande desafio para instituições e profissionais da rede privada de saúde, implementar práticas de assistência à lactação durante o pré-natal, parto e puerpério, principalmente pela necessidade que as mães têm de apoio profissional nos primeiros dias após o parto, fase determinante para superar uma série de obstáculos à amamentação e evitar seu abandono.

O retorno da mãe e do bebê em ambulatório de AM, até o décimo dia após a alta, representa uma estratégia que pode contribuir para reverter uma indicação inadequada de complemento, ou até mesmo um possível abandono da lactação.⁽⁵⁾ Infelizmente, ainda são poucos os serviços particulares de saúde que promovem o acompanhamento do binômio mãe-filho após a alta.

Conhecer a disposição das mães para o aleitamento pode ser uma forma de prever se elas manterão a amamentação pelo período recomendado, o que serviria de base para o profissional identificar dificuldades e fragilidades e estabelecer intervenções de apoio. A aplicação de uma escala de autoeficácia para a amamentação poderia indicar as mães com maior fragilidade nos aspectos necessários ao processo de aleitar e permitir intervenções em consultas de enfermagem, que ocorreriam após o parto, no sentido de oferecer suporte para o sucesso do aleitamento.

Estudo associou maior tempo de AME com a determinação da mãe em amamentar e recomenda aos profissionais atenção na ausência de determinação materna de modo a intervir para consolidar a amamentação.⁽⁶⁾

Este estudo teve como objetivo avaliar o uso clínico da Escala de Autoeficácia na amamentação como preditiva do desmame precoce e verificar se as mulheres que obtiveram maior escore de autoeficácia amamentaram mais tempo do que as que apresentaram menor escore.

Métodos

Trata-se de estudo de coorte realizado em um hospital privado de grande porte, localizado em um bairro nobre da cidade de São Paulo. A amostra

foi por conveniência e participaram 100 puérperas que tiveram seus filhos no período de novembro de 2010 a abril de 2011 que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar no puerpério (de 48 a 72 horas após o parto); aceitar participar do estudo por até 60 dias após o nascimento do bebê; possuir telefone fixo ou celular; estar amamentando exclusivamente durante a internação.

O instrumento de pesquisa utilizado foi a Escala de Autoeficácia na Amamentação na forma reduzida *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF). Esta escala foi validada no Brasil por Dodt em 2008⁽⁷⁾ que a aplicou em uma maternidade pública do Ceará. Este instrumento⁽⁸⁾ é clinicamente útil para as enfermeiras utilizarem no puerpério, principalmente pelo curto tempo de internação. A escala ajuda a reconhecer as mães que são suscetíveis a terem sucesso na amamentação, fornecendo a elas reforço positivo, bem como aquelas que podem apresentar necessidades de intervenções antes da alta hospitalar, de forma a prestar uma assistência apropriada e efetiva.

A escala é constituída de três dimensões (magnitude, generalização e força) e está fundamentada em quatro fontes de informação (experiência pessoal, experiência vicária ou observacional, persuasão verbal e estado emocional e fisiológico).⁽⁹⁾ Em cada item avaliado, a mulher atribuiu uma pontuação variável de 1 a 5 pontos (1- Discordo totalmente, 2- Discordo, 3- Às vezes concordo, 4-Concordo e 5- Concordo totalmente).

Para a coleta dos dados as mulheres foram entrevistadas uma vez durante a internação e, após o parto contatadas por telefone no sétimo dia, no 15º, no 30º, no 45º e no 60º dia para monitorar a continuidade do aleitamento materno.

Para a análise estatística os dados foram armazenados e analisados no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 16.0. O teste de *Kolmogorov-Smirnov* foi empregado para avaliar a aderência das variáveis contínuas dependentes e independentes à curva de distribuição normal. Para avaliar as correlações foi calculado o coeficiente de correlação de *Pearson*, e para comparar o tempo de aleitamento entre mulheres com dife-

rentes graus de autoeficácia na amamentação foi empregado a ANOVA. Para a associação entre os problemas em cada momento do monitoramento do AM foi utilizado o teste de Qui-Quadrado. Em todas as análises o nível de significância adotado foi $p \geq 0,05$.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

O perfil sociodemográfico das mães que participaram do estudo pode ser assim delineado: idade média de 32,8 anos com uma variação de 17 a 44 anos; a maioria (94,6%) é casada, professa a religião católica (53,1%), exerce atividade remunerada (90%) e completou o ensino superior (70%). Identificou-se, ainda, que 47% eram primíparas, 43% secundíparas, que 87% dos partos foram cesarianos e 95,3% referiram não ter recebido nenhuma orientação sobre o aleitamento durante o pré-natal.

A média de AME foi de 53,2 dias (DP 14,2) com variação de 15 a 60 dias (Tabela 1).

Tabela 1. Frequência de aleitamento nos períodos pós-parto analisados

Tipo de aleitamento	Dias após o parto				
	7ºDia n(%)	15ºDia n(%)	30ºDia n(%)	45ºDia n(%)	60ºDia n(%)
Exclusivo	100(100,00)	92(92,00)	84(84,00)	81(81,00)	79(79,00)
Complementado	-	8(8,00)	15(15,00)	14(14,00)	15(15,00)
Artificial	-	-	1(1,00)	5(5,00)	6(6,00)

No início do monitoramento no sétimo dia pós-parto 100% das mulheres praticavam o AME. Entretanto, no 15ºD, 8% das mães já haviam introduzido complemento, praticando assim o aleitamento misto. No 30ºD 15% das mães complementavam a amamentação com leite artificial e 1% já havia desmamado o bebê. O AME apresentou declínio progressivo chegando a 79% aos 60 dias (Tabela 2).

Tabela 2. Escores obtidos pelas mães na aplicação da escala de autoeficácia na amamentação

Escore de autoeficácia: (n= 130)	n(%)	
Baixo (14-32)	-	
Médio (33-51)	23(17,70)	
Alto (52-70)	107(82,30)	
Total	130(100,00)	
BSES-SF	Media (DP)	Mediana (Q1-Q3)
Escore Total	60,57(5,07)	62,00(58,00-64,75)

O escore da escala de autoeficácia na amamentação varia de 14 a 70 pontos. Quando a respondente obtém de 14 a 32 pontos considera-se que tenha Baixa eficácia; de 33 a 51, Média e de 52 a 70, Alta eficácia.

A maioria das mães (82,3%) obteve escores compatíveis com alta autoeficácia para o aleitamento materno (52-70 pontos) e não houve nenhuma mãe com baixa eficácia (Tabela 3).

Tabela 3. Comparação do tempo de aleitamento materno com a média dos escores da escala de autoeficácia na amamentação

Tempo de aleitamento	Autoeficácia na amamentação		p-value
	Média	Alta	
	Média (DP)	Média (DP)	
Aleitamento exclusivo	56,10(10,6)	53,00(14,5)	0,547
Aleitamento não exclusivo	60,00(0,0)	58,70(5,3)	0,487

DP – Desvio padrão

A relação entre a autoeficácia e o tempo de amamentação foi avaliada pela medida da correlação dos escores da escala (BSES-SF) e o tempo de amamentação em dias, como também pela comparação do tempo de amamentação entre as mulheres com autoeficácia média e alta.

Não houve diferença estatisticamente significativa na comparação da média de tempo de AME e não exclusivo, com os escores de média e alta eficácia.

Discussão

As limitações dos achados deste estudo decorrem do fato da amostra ter sido de um único serviço com características específicas e do monitoramento do AME ter sido até o 60º dia após o parto.

Na amostra estudada os resultados não permitiram verificar a escala de autoeficácia como preditiva para o desmame precoce. Por outro lado, verificou-se sua aplicabilidade clínica como instrumento confiável para avaliar a percepção das puérperas em sua autoeficácia na amamentação, possibilitando aos profissionais identificar as mães suscetíveis de ter sucesso na amamentação, bem como aquelas que podem apresentar necessidades de intervenções antes da alta hospitalar.

O perfil sociodemográfico das participantes é condizente com o bairro onde residem, diferenciado economicamente. O percentual de cesarianas (87%) é alto mesmo para instituição que atende prioritariamente a saúde suplementar, resultado compatível com estudo de 2010 que identificou taxa de 63,6% de partos cirúrgicos com tendência crescente, nestes serviços.⁽¹⁰⁾

A necessidade de implementação de estratégias que permitam às mulheres atendidas na rede privada o acesso às orientações sobre aleitamento materno é evidenciada pelo alto percentual de gestantes que não receberam nenhuma informação sobre o tema.

A média de duração do AME foi de 53,2 dias. Este resultado é compatível com o identificado na última pesquisa nacional de prevalência de AM nas capitais brasileiras e Distrito Federal, realizada em 2008, que apontou mediana de AME de 54 dias.

A expectativa era encontrar tempo maior de AME, uma vez que as mães, além de terem apresentado escores médios e altos de autoeficácia na amamentação, pertencem a uma classe social mais privilegiada e possuem nível de escolaridade elevado, pontos considerados importantes na manutenção do AME.

O monitoramento do AME teve início no 7º dia pós-parto e 100% das mulheres aleitavam os filhos exclusivamente. Entretanto, o AME apresentou declínio progressivo chegando a 79% aos 60 dias.

Estudo que monitorou o AME até 180 dias após o parto revelou maior número de seu abandono aos 60 dias e o percentual de mães que aleitaram exclusivamente até o 60D (70,4%) é um pouco inferior ao encontrado no presente estudo (79%).⁽¹¹⁾

As taxas de aleitamento materno exclusivo no Brasil estão em ascensão, porém continuam abaixo do recomendado pela OMS, que é de 180 dias. O percentual de 79% de crianças em AME identificados no estudo pode ser considerado adequado, uma vez que a OMS atribui este conceito quando 50% a 89% das crianças menores de seis meses encontram-se em AME.⁽¹¹⁾ A aplicação da escala permitiu identificar que as mães apresentaram alta e média eficácia e nenhuma delas obteve resultados compatíveis com baixa autoeficácia.

Estes resultados sinalizavam que provavelmente as mães que participaram deste estudo manteriam maior tempo de AME fato que não se consolidou ao final do monitoramento.

Estudo que aplicou a mesma escala (*Short-Form*) em 294 puérperas verificou também a ausência de mães com baixa eficácia. Entretanto, como não houve o seguimento das mães, não foi possível comparar os resultados.⁽⁷⁾

Na comparação da média de tempo de AME e não exclusivo com os escores de média e alta eficácia não houve diferença estatisticamente significativa, o que permite concluir que neste estudo, não houve influência da autoeficácia das mães no tempo de duração do aleitamento.

Por outro lado, estes resultados divergem dos achados no estudo original desenvolvido no Canadá, que avaliou a confiança materna na amamentação com 130 canadenses e verificou que quanto maior o escore da BSES maior a probabilidade de a mulher manter a amamentação exclusiva na 6ª semana pós-parto ($p < 001$).⁽¹²⁾

Outro estudo longitudinal levado a efeito na Austrália com 300 gestantes avaliou a influência dos fatores modificáveis no pré-natal e a duração do aleitamento materno. A escala foi aplicada no último trimestre da gestação, na 1ª semana pós-parto e aos 4 meses de vida do bebê, e os resultados revelaram que as mães que pretendiam amamentar por

menos de 6 meses, tiveram 2,4 vezes mais chances de interromper o AM em 4 meses, do que aquelas que pretendiam amamentar por mais de 12 meses. Da mesma forma, na associação da BSES com o tempo de aleitamento exclusivo, observou-se que as mães com maior pontuação de autoeficácia tinham maior probabilidade de amamentar por mais tempo, tanto em uma semana quanto em quatro meses pós-parto, do que as que apresentaram autoeficácia baixa na amamentação ($p < 0,05$).⁽¹³⁾

Conclusão

Os resultados não permitiram confirmar a utilização da escala como preditiva de risco de desmame precoce. Assim como não se observou relação entre maiores escores de alta eficácia com maior tempo de aleitamento materno exclusivo.

Colaborações

Souza EFC e Fernandes RAQ declaram que contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2011 maio 12]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1461.
2. Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009; [citado 2010 Jun 20]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa_pdf.pdf.
3. Queluz MC, Pereira MJ, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. [Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding in the city of Serrana, São Paulo, Brazil]. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(3):537-43. Portuguese.
4. Carvalho MR, Tavares LA. Políticas públicas em aleitamento materno. Amamentação bases científicas 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. cap.17, p. 277-9.
5. Passanha A, Benicio MH, Venancio SI, Reis MC. [Implementation of the Brazilian Breastfeeding Network and prevalence of exclusive breastfeeding]. Rev Saúde Pública. 2013; 47(6):1141-8. Portuguese.
6. Polido CG, Mello DF, Parada CM, Carvalhaes MA, Tonete VL. [Maternal

- experiences associated with longer term exclusive breastfeeding: an ethnographic study]. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(5):624-30. Portuguese.
7. Dodt RCM. Aplicação e validação da breastfeeding self-efficacy scale-short: em puerperas [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2008. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/579/pdf>.
 8. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2003;32(6):734-44.
 9. Salvetti MG, Pimenta CA. [Chronic Pain Self-Efficacy Scale portuguese validation]. *Rev Psiq Clín.* 2005; 32(4):202-10. Portuguese.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte2_cap16.pdf.
 11. Rocci E, Fernandes RA. [Breastfeeding difficulties and influence in the early weaning]. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(1):22-7. Portuguese.
 12. Dennis, C.L., Faux, S. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. *Res. Nurs. Health.* 1999; 22(5): 399-409.
 13. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM, et al. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors *J Human Lact.* 2004; 20(1): 30-8.