

AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA A PARENTALIDADE MATERNA

Maíra Maria Leite de Freitas¹
Leticia Machado de Sousa²
Liana Mara Rocha Teles³

RESUMO

O nascimento de um filho é um evento que altera, transforma e reestrutura definitivamente a vida dos progenitores. As crenças de autoeficácia que os pais têm sobre o bebê recém-nascido surgem como um poderoso preditor de práticas parentais positivas. O estudo busca avaliar a autoeficácia de puérperas para a prática da parentalidade materna. Estudo transversal, observacional, analítico, desenvolvido com 237 puérperas de uma maternidade de nível terciário. Foi aplicada um formulário de caracterização do perfil sócio demográfico e a escala de Percepção de Autoeficácia de Parentalidade Materna (PAEPM). Algumas variáveis mostraram fragilidade de autoeficácia. Algumas puerperas do estudo também apresentam alguns fatores psicossociais que trazem implicações na percepção de autoeficácia da parentalidade materna.

Palavras-chave: Saúde materna, Autoeficácia, Poder familiar, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O conceito de autoeficácia pode ser definido como a confiança na capacidade de organizar e executar determinadas ações (BANDURA, 1997). Como um julgamento que o indivíduo faz a respeito de suas capacidades e habilidades para agir em um domínio específico e traduz-se como base para a motivação, o bem-estar e as realizações pessoais futuras (IAOCHITE et al., 2016).

As ideias de autoeficácia constituem um dos principais mecanismos que exercem influência sobre as ações e motivações para mudança de um indivíduo. O resultado que se antecipa antes de agir depende extensivamente do que se acredita que é capaz de realizar. Quem se julga altamente capaz espera melhores resultados de suas ações do que aqueles que não se julgam capazes. As pessoas baseiam-se nos seus julgamentos do quanto são capazes de realizar determinada tarefa para tomar decisões sobre quais ações irá realizar, quanto esforço será distribuído e qual será a persistência para enfrentar os obstáculos (BANDURA, 1997).

¹ Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC, leitemaira16@gmail.com;

² Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará- UFC, leticiamachadosousa36@gmail.com;

³ Professora Doutora, Departamento de Enfermagem - UFC, lianateles@ufc.br.

O nascimento de um filho é um evento que traz mudanças significativas na vida de uma mulher e sua família, é um acontecimento que altera, transforma e reestrutura definitivamente a vida dos progenitores. Neste sentido, o internamento pós-parto é um período intenso na adaptação parental aos novos papéis, exigindo dos novos pais uma análise da autoeficácia para o desenvolvimento desse novo papel (SILVA e CARNEIRO, 2014).

As crenças de autoeficácia que os pais têm sobre o bebê recém-nascido surgem como um poderoso preditor de práticas parentais positivas. Por exemplo, a confiança que os pais têm de que serão bons pais pode ser um preditor de como será o cuidado que eles terão com seu bebê. Alguns fatores psicológicos e psicossociais, número de gestações, número de nascimentos, número de filhos vivos, tempo de relacionamento, baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico, gravidez não planejada, parto prematuro, tentativa de interrupção da gravidez, sentimentos negativos, falta de rede de apoio familiar, entre outros, exercem influência na relação mãe-bebê e pode ter implicações na percepção de autoeficácia da parentalidade materna (TRISTAO et al., 2015).

É importante que esse vínculo parental seja fortalecido no pós parto, de modo que a equipe de saúde esteja atenta a todas essas nuances do vínculo entre a puérpera e seu filho. Capacitação dos pais para a parentalidade, comportamento, desenvolvimento e estimulação da criança, interação pais-criança devem ser estimuladas pelos profissionais.

Diante disso, o estudo busca avaliar a autoeficácia de puérperas para a prática da parentalidade materna.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, observacional, analítico, desenvolvido na Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC, maternidade de nível terciário, referência para atendimento de alto risco no estado e considerada Centro de Apoio as Boas Práticas ao Parto e Nascimento Norte/Nordeste, situada no município de Fortaleza, Ceará. A população foi composta por puérperas que tiveram parto vaginal internadas nas enfermarias de alojamento conjunto da MEAC. Considerando a média de partos mensais e o período destinado à coleta de dados de quatro meses, a população do estudo foi de 620 puérperas. Os critérios de inclusão para participar do estudo foram: estar saudáveis e aptas a responder o questionário, estar em alojamento conjunto com o recém-nascido em aleitamento materno

exclusivo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Excluindo-se mulheres portadoras de doença mental ou qualquer incapacidade que possa interferir na fidedignidade das informações.

Para o cálculo amostral, utilizou-se a fórmula indicada para populações finitas, adotando-se coeficiente de confiança de 95%, prevalência de 50% para os casos de partos vaginais e erro amostral máximo permitido de 5%, contabilizando um tamanho amostral de 237 puérperas.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas com as puérperas em alojamento conjunto, estas, selecionadas por conveniência de forma consecutiva, utilizando os seguintes instrumentos de coleta de dados: Formulário de caracterização do perfil sócio demográfico e gineco-obstétrico desenvolvido pelas próprias pesquisadoras e a Escala de Percepção de Autoeficácia de Parentalidade Materna (PAEPM).

A escala de Percepção de Autoeficácia de Parentalidade Materna (PAEPM) foi desenvolvida por Barnes e Adamson-Macedo (2007), traduzida e validada em português por Tristão et al (2014) e tem como objetivo a identificação das mães que têm baixos níveis de parentalidade autoeficácia. A PAEPM é composta por 20 itens, com quatro sub-escalas: Fator 1 tomando cuidado; Fator 2 eliciando comportamento; Fator 3 Leitura do comportamento; e Fator 4 Crenças situacionais. Sendo que quanto maior a pontuação maior o nível de autoeficácia materna.

Os dados foram compilados e analisados através do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23.0, e, posteriormente apresentados em tabelas. As variáveis contínuas foram expressas através de média e desvio padrão, já as categóricas, através de frequências absolutas e relativas. Para verificar a normalidade da distribuição dos dados contínuos será utilizado o teste de Kolmogorov- Smirnov (KS). Para verificar associação entre as variáveis, foram utilizados os testes qui-quadrado, Fisher e Razão de Verossimilhança (variáveis categóricas) e o teste t de Student (variáveis contínuas), assumindo-se um Intervalo de Confiança (IC) de 95%.

Quanto aos aspectos éticos, foram seguidas as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa

(parecer 2.035.956/2017) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisadas 237 puérperas de parto vaginal. A Tabela 1 traz o perfil sociodemográfico e obstétrico da amostra estudada.

Tabela 1. Distribuição da amostra em relação às variáveis sociodemográficas e obstétricas das puéperas. Fortaleza, CE, 2017.

| Variável | TOTAL | | |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------|----------------|
| | Md (\pm DP) | Mín -Máx | p ¹ |
| Idade (anos) | 25,3 (\pm 6,9) | 13-43 | 0,00 |
| Anos de Estudo | 9,6 (\pm 3,1) | 0-17 | 0,00 |
| Renda Familiar (R\$) | 1.415,45 (\pm 819,97) | 102,00-4.600,00 | 0,00 |
| Gestações | 2,4 (\pm 1,6) | 1-11 | 0,00 |
| Partos | 2,0 (\pm 1,3) | 0-7 | 0,00 |
| | | N (%) | |
| Procedência | | | |
| Capital | | 189 (79,7) | |
| Interior | | 48 (20,3) | |
| Estado Civil | | | |
| Com companheiro | | 177 (74,6) | |
| Sem companheiro | | 60 (25,3) | |
| Raça | | | |
| Parda | | 192 (81) | |
| Branca | | 18 (7,6) | |
| Negra | | 17 (7,2) | |
| Amarela | | 10 (4,2) | |
| Vínculo Empregatício | | | |
| Não | | 168 (70,9) | |
| Sim | | 69 (29,1) | |
| História pregressa | | | |

| | |
|---|------------|
| Abortos | 44 (18,6) |
| Natimortos | 2 (0,8) |
| Parto Vaginal | 122 (51,5) |
| Cesariana | 24 (10,1) |
| Primípara | 105 (44,3) |
| Aleitamento Materno em Sala de Parto | 188 (79,3) |
| Acompanhante no Parto | 205 (86,5) |

1. Teste de Kolmogorov-Smirnov

A Tabela 2 traz a distribuição da amostra em relação às variáveis da PAEPM.

Tabela 2. Distribuição da amostra em relação às variáveis da PAEPM. Fortaleza, CE, 2017.

| Variáveis | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|-------------|--------------|--------------|---------------|
| | N(%) | N(%) | N(%) | N(%) |
| 1. Acredito que posso dizer quando meu bebê está cansando e precisa dormir. | 12 (5,1) | 16 (6,8) | 82 (34,6) | 123 (53,6) |
| 2. Acredito que eu tenho controle sobre os cuidados com o meu bebê. | 4 (1,7) | 6 (2,5) | 35 (14,8) | 192 (81) |
| 3. Eu posso dizer quando meu bebê está doente. | 8 (3,4) | 47 (19,8) | 63 (26,6) | 119 (50,2) |
| 4. Eu posso compreender os sinais do meu bebê. | 2 (0,8) | 11 (4,6) | 46 (19,4) | 178 (75,1) |
| 5. Eu posso fazer meu bebê feliz. | - | 1 (0,4) | 11 (4,6) | 225 (94,9) |
| 6. Eu acredito que o meu bebê responde bem a mim. | - | 3 (1,3) | 18 (7,6) | 216 (91,1) |
| 7. Eu acredito que meu bebê e eu temos uma boa relação. | - | 2 (0,8) | 10 (4,2) | 225 (94,9) |
| 8. Eu posso acalmar meu bebê quando ele/ela está chorando. | - | 4 (1,7) | 26 (11) | 207 (87,3) |
| 9. Eu sou boa em acalmar meu bebê quando ele/ela está triste. | - | 7 (3) | 37 (15,6) | 193 (81,4) |
| 10. Eu sou boa em acalmar meu bebê quando ele/ela | - | 6 | 44 | 187 |

| | | | | |
|---|-------|-----------------|----------------|----------------------|
| está irritado. | | (2,5) | (18,6) | (78,9) |
| 11. Eu sou boa em acalmar meu bebê quando ele/ela não para de chorar. | - | 5 | 50 | 182 |
| | | (2,1) | (25,1) | (76,8) |
| 12. Eu sou boa em acalmar meu bebê quando ele/ela fica mais impaciente. | - | 11 | 44 | 182 |
| | | (4,6) | (18,6) | (76,8) |
| 13. Eu sou boa em entender o que meu bebê quer. | 1 | 40 | 93 | 103 |
| | (0,4) | (16,9) | (39,2) | (46,5) |
| 14. Eu sou boa em conseguir a atenção do meu bebê. | 1 | 9 | 71 | 156 |
| | (0,4) | (3,8) | (30) | (65,8) |
| 15. Eu sou boa em saber quais as atividades que meu bebê não gosta. | 9 | 47 | 65 | 116 |
| | (3,8) | (19,8) | (27,4) | (48,9) |
| 16. Eu sei bem como manter meu bebê distraído. | 4 | 26 | 72 | 135 |
| | (1,7) | (11) | (30,4) | (57) |
| 17. Eu sei bem como alimentar meu bebê. | 1 | 2 | 25 | 209 |
| | (0,4) | (0,8) | (10,5) | (88,2) |
| 18. Eu sei bem como trocar (fralda e roupa) o meu bebê. | 1 | 6 | 9 | 221 |
| | (0,4) | (2,5) | (3,8) | (93,2) |
| 19. Eu sei bem como dar banho em meu bebê. | 9 | 32 | 28 | 168 |
| | (3,8) | (13,5) | (11,8) | (70,9) |
| 20. Eu sei como mostrar meu afeto pelo meu bebê. | - | - | 5 | 232 |
| | | | (2,1) | (97,9) |
| TOTAL | | Md (±DP) | Máx-Mín | p⁵ |
| | | 73,4 (±5,4) | 80-39 | 0,00 |

1. Discordo fortemente; 2. Discordo; 3. Concordo; 4. Concordo fortemente

Os dados apresentados na tabela 2 trouxeram os dados de aplicação da escala evidenciando níveis de escores variando entre 39-80 pontos. Alguns itens como o 5 “*Eu posso fazer meu bebê feliz*”, 7 “*Eu acredito que meu bebê e eu temos uma boa relação*” e 20 “*Eu sei como mostrar meu afeto pelo meu bebê*” que apresentaram o maior percentual da resposta “*Concordo fortemente*” 94,9%, 94,9% e 97,9%, respectivamente, demonstrando uma maior autoeficácia das puérperas nesses quesitos, sendo pontos importantes que evidenciam um vínculo entre mãe e filho.

No entanto, é importante chamar atenção para os quesitos 13 “*Eu sou boa em entender o que meu bebê quer*” e 15 “*Eu sou boa em saber quais as atividades que meu bebê não gosta*” que apresentaram o menor percentual da resposta “*Concordo fortemente*”, 46,5% e 48,9%, respectivamente, evidenciando uma menor autoeficácia nestes quesitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível perceber com estudo que existem algumas variáveis que mostram fragilidade de autoeficácia. Algumas puerperas do estudo também apresentam alguns fatores psicossociais que trazem implicações na percepção de autoeficácia da parentalidade materna. Tais fatores devem ser investigados e trabalhados com essas mulheres de modo a sanar essas fragilidades e beneficiar a autoeficácia dessas mulheres.

A autoeficácia pode, então, ser um mecanismo-chave para orientar as interações entre a mãe e seu recém-nascido e pode ser um forte instrumento de apoio a ser utilizado pela equipe de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- BANDURA, Albert. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological review**, v. 84, n. 2, p. 191, 1977.
- FERREIRA, Bruno et al. Percepção de Competência Parental: Exploração de domínio geral de competência e domínios específicos de auto-eficácia, numa amostra de pais e mães portuguesas. **Análise Psicológica**, v. 32, n. 2, p. 145-156, 2014.
- FERREIRA, Mariana Sanchez Gomes; BAKOS, Daniela Schneider; HABIGZANG, Luísa Fernanda. A influência das crenças de autoeficácia na manutenção do emagrecimento. **Aletheia**, Canoas, n. 46, p. 202-210, abril. 2015 .
- IAOCHITE, Roberto Tadeu et al. Autoeficácia no campo educacional: revisão das publicações em periódicos brasileiros. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá, v. 20, n. 1, p. 45-54, Abril. 2016 .
- LOPES, M. S. O. C.; CATARINO, Helena; DIXE, M. Anjos. Parentalidade positiva e enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 1, p. 109-118, 2010.
- SILVA, Catarina Sousa e; CARNEIRO, Marinha. Adaptation to parenthood: the first childbirth. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIV, n. 3, p. 17-26, dezembro. 2014 .

TRISTAO, Rosana Maria et al. Validation of the scale of perceived self-efficacy of maternal parenting in brazilian sample. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 277-286, 2015.