



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**X CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA**

**FATORES RELACIONADOS COM AS CRENÇAS E ATITUDES FACE À
AMAMENTAÇÃO DE ADOLESCENTES VÍTIMAS DE MAUS-TRATOS
INFANTOJUVENIS QUE RESIDEM EM INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO
RESIDENCIAL**

Viviana Sofia Oliveira de Campos

Coimbra, 2023



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**X CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA**

**FATORES RELACIONADOS COM AS CRENÇAS E ATITUDES FACE À
AMAMENTAÇÃO DE ADOLESCENTES VÍTIMAS DE MAUS-TRATOS
INFANTOJUVENIS QUE RESIDEM EM INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO
RESIDENCIAL**

Viviana Sofia Oliveira de Campos

Orientadora: Professora Doutora Dulce Maria Pereira Garcia Galvão

Co-orientadora: Doutora Eugénia Maria Rainha Pereira

*Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*

Coimbra, 2023

AGRADECIMENTOS

ABREVIATURAS E SIGLAS

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

ARM – Análise de Regressão Múltipla

CNPDPJ – Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

DGS – Direção-Geral da Saúde

EB – Ensino Básico

H - Hipóteses de investigação

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISS – Instituto da Segurança Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

p – Significância estatística

Sig. – Significância estatística

RESUMO

Introdução: Os maus-tratos perpetrados contra crianças e adolescentes colocam em risco o seu adequado crescimento e desenvolvimento. Estudos indicam que a amamentação pode desempenhar um papel protetor no que diz respeito à perpetração dos maus-tratos infantojuvenis. As crenças e atitudes face à amamentação na adolescência podem ter influência na decisão futura de amamentar.

Objetivos: Descrever as crenças e atitudes de adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial face à amamentação; Estudar a relação entre a autoestima de adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial e as crenças e atitudes face à amamentação; Estudar a relação entre variáveis sociodemográficas e as crenças e atitudes de adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial face à amamentação.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo- correlacional, com uma amostra de 92 adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos. A colheita de informação, realizada de 30 de setembro de 2022 a 1 de fevereiro de 2023, foi concretizada através do preenchimento de um questionário de caracterização sociodemográfica, da Escala de Autoestima de Rosenberg e da Escala de Crenças e Atitudes face à amamentação.

Resultados: Adolescentes do sexo masculino, mais novos, com menos escolaridade e que foram vítimas de maus-tratos durante menos tempo apresentaram crenças e atitudes face à amamentação mais negativas. Apurou-se também que foram os adolescentes vítimas de negligência que apresentaram crenças e atitudes face à amamentação mais negativas. Foram as raparigas e os adolescentes com maior escolaridade que apresentaram maior perceção das barreiras sociais face à amamentação. Observou-se ainda que o nível de autoestima dos adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial não tem relação com as suas crenças e atitudes face à amamentação.

Conclusão: É necessário o investimento em mais estudos de investigação no que diz respeito à temática das crenças e atitudes face à amamentação dos adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial.

Palavras-chave: Amamentação; Crenças e atitudes; Adolescentes; Maus-tratos infantojuvenis

ABSTRACT

Introduction: Child abuse against children and teenagers puts their proper growth and development at risk. Studies indicate that breastfeeding can perform a protective role towards the perpetration of child abuse. Beliefs and attitudes of teenagers regard to breastfeeding may influence the future decision to breastfeed.

Objectives: To describe the beliefs and attitudes of abused adolescents living in residential care institutions towards breastfeeding; To study the relationship between the self-esteem of abused adolescents living in residential care institutions and beliefs and attitudes towards breastfeeding; To study the relationship between sociodemographic variables and the beliefs and attitudes of abused adolescents living in residential care institutions towards breastfeeding.

Methodology: Quantitative, descriptive-correlational study, with a sample of 92 abused adolescents residing in residential care institutions aged between 12 and 19 years. The collection of data, occurred between 30 of september of 2022 and 1 of february of 2023, was carried out by completing a sociodemographic characterization questionnaire, the Rosenberg Self-Esteem Scale and the Beliefs and Attitudes Scale towards breastfeeding.

Results: Male adolescents, younger adolescents and adolescents with less education and adolescents who were victims of child abuse for a shorter period of time, had more negative beliefs and attitudes towards breastfeeding. It was also found that it was the adolescents who were neglected who had more negative beliefs and attitudes towards breastfeeding. It was girls and adolescents with higher education who had a greater perception of social barriers to breastfeeding. It was also observed that the level of self-esteem of adolescents victims of child abuse that live in residential care institutions is not related to their beliefs and attitudes towards breastfeeding

Conclusion: It is necessary to invest in more research studies with regard to the theme of beliefs and attitudes towards breastfeeding of abused adolescents living in residential care institutions.

Keywords: Breastfeeding; Beliefs and Attitudes, Teenagers; Child abuse

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Medida de KMO e teste de *Barlett*

Tabela 2 – Pesos fatoriais de cada item nos 6 fatores retidos, incluídos valores próprios, % de variação explicada, após Análise Fatorial Exploratória com extração de fatores pelos métodos das Componentes Principais, seguido de rotação *Varimax*

Tabela 3 – Distribuição da média das idades e do sexo dos adolescentes

Tabela 4 – Distribuição das frequências da escolaridade dos adolescentes

Tabela 5 – Distribuição das frequências da nacionalidade dos adolescentes

Tabela 6 – Distribuição das frequências das pessoas com quem os adolescentes residiam antes do acolhimento

Tabela 7 – Distribuição das frequências dos adolescentes que têm ou não irmãos

Tabela 8 – Distribuição das frequências dos adolescentes que sabiam ou não que os irmãos tinham sido amamentados

Tabela 9 – Distribuição das frequências dos adolescentes que acordará a decisão futura de amamentar com o parceiro conjugal

Tabela 10 – Distribuição das frequências das adolescentes do sexo feminino que no futuro pretendem ou não amamentar

Tabela 11 – Distribuição das frequências dos adolescentes do sexo masculino que no futuro irão ou não apoiar a companheira a amamentar

Tabela 12 – Medidas descritivas da idade de início dos maus-tratos sofridos pelos adolescentes

Tabela 13 – Distribuição das frequências da duração dos maus-tratos sofridos pelos adolescentes

Tabela 14 – Distribuição das frequências do tipo maus-tratos sofrido pelos adolescentes

Tabela 15 – Distribuição das frequências do agente que provocou os maus-tratos nos adolescentes

Tabela 16 – Distribuição das frequências dos adolescentes que foram ou não amamentados

Tabela 17 – Distribuição das frequências dos adolescentes que virão ou não a mãe a amamentar

Tabela 18 – Medidas descritivas dos scores obtidos pelos adolescentes na escala de autoestima e nas dimensões da escala de crenças e atitudes dos adolescentes face à amamentação

Tabela 19 – Análise da correlação entre o sexo dos adolescentes e as crenças e atitudes face à amamentação (teste t para grupos independentes)

Tabela 20 – Análise da correlação entre a idade dos adolescentes e as crenças e atitudes face à amamentação (coeficiente de correlação de Pearson)

Tabela 21 – Análise da correlação entre a escolaridade dos adolescentes e as crenças e atitudes face à amamentação (teste ANOVA)

Tabela 22 – Análise da diferença entre os grupos de escolaridade dos adolescentes e a dimensão “Crenças face à amamentação” da escala de crenças e atitudes face à amamentação (procedimentos post hoc – teste student newman-keuls)

Tabela 23 – Análise da diferença entre os grupos de escolaridade dos adolescentes e a dimensão “Limitações da amamentação” da escala de crenças e atitudes face à amamentação (procedimentos post hoc – teste student newman-keuls)

Tabela 24 – Análise da diferença entre os grupos de escolaridade dos adolescentes e a dimensão “Percepção das barreiras sociais” da escala de crenças e atitudes face à amamentação (procedimentos post hoc – teste student newman-keuls)

Tabela 25 – Análise da correlação entre o nível de autoestima dos adolescentes e as crenças e atitudes face à amamentação (coeficiente de correlação de Pearson)

Tabela 26 – Análise de Regressão Múltipla por método stepwise. Variáveis independentes/preditoras: características sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade), idade de início dos maus-tratos, tipo de maus-tratos, duração dos maus-tratos, agente que perpetuou os maus-tratos, ter sido amamentado/a e ter visto a mãe a amamentar; variável dependente/critério: crenças e atitudes relativas à Dimensão “Crenças face à amamentação”.

Tabela 27 – Análise de Regressão Múltipla por método stepwise. Variáveis independentes/preditoras: características sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade), idade de início dos maus-tratos, tipo de maus-tratos, duração dos maus-tratos, agente que perpetuou os maus-tratos, ter sido amamentado/a e ter visto a mãe a amamentar; variável dependente/critério: crenças e atitudes relativas à Dimensão “Impacto da amamentação na mãe”

Tabela 28 – Análise de Regressão Múltipla por método stepwise. Variáveis independentes/preditoras: características sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade), idade de início dos maus-tratos, tipo de maus-tratos, duração dos maus-tratos, agente que perpetuou os maus-tratos, ter sido amamentado/a e ter visto a mãe a amamentar; variável dependente/critério: crenças e atitudes relativas à Dimensão “Limitações da amamentação”

Tabela 29 – Análise de Regressão Múltipla por método stepwise. Variáveis independentes/preditoras: características sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade), idade de início dos maus-tratos, tipo de maus-tratos, duração dos maus-tratos, agente que perpetuou os maus-tratos, ter sido amamentado/a e ter visto a mãe a amamentar; variável dependente/critério: crenças e atitudes relativas à Dimensão “Percepção das barreiras sociais”

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
2. METODOLOGIA	
2.1. OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO.....	
2.2. QUESTÕES E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO.....	
2.3. TIPO DE ESTUDO.....	
2.4. POPULAÇÃO.....	
2.5. AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM.....	
2.6. VARIÁVEIS.....	
2.7. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	
2.7.1. Validade do construto e fiabilidade da “Escala de Crenças e Atitudes dos adolescentes face à amamentação – versão portuguesa”	
2.8. PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	
2.9. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS.....	
2.10. ASPETOS ÉTICOS.....	
3. RESULTADOS	
3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	
3.2. IDADE DE INÍCIO DOS MAUS-TRATOS E DURAÇÃO DOS MAUS-TRATOS.....	
3.3. TIPOS DE MAUS-TRATOS E AGENTE QUE INFLIGIU OS MAUS-TRATOS.....	
3.4. ADOLESCENTES QUE FORAM OU NÃO AMAMENTADOS E ADOLESCENTE QUE VIRAM OU NÃO A MÃE A AMAMENTAR.....	

3.5. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG E ESCALA DE CRENÇAS E ATITUDES DOS ADOLESCENTES FACE À AMAMENTAÇÃO.....

3.6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DAS RELAÇÕES ENCONTRADAS ENTRE AS VARIÁVEIS EM ESTUDO.....

4. DISCUSSÃO.....

CONCLUSÃO.....

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....

APÊNDICES

APÊNDICE I: Questionário de caracterização da amostra

APÊNDICE II: Informação sobre o estudo de investigação para os participantes

APÊNDICE III: Documento de consentimento informado

APÊNDICE IV: Pedido de autorização para realização do estudo de investigação à Comissão de Ética da ESENF

APÊNDICE V: Pedido de autorização para utilização da Escala de autoestima de Rosenberg – validade para a população portuguesa ao autor da escala e Pedido de autorização para utilização da Escala de crenças e atitudes dos adolescentes face à amamentação – validade para a população portuguesa

APÊNDICE VI: Pedido de autorização para participação no estudo de investigação aos diretores técnicos das instituições de acolhimento residencial

ANEXOS

ANEXO I: Escala de Autoestima de Rosenberg – validade para a população portuguesa

ANEXO II: Escala de Crenças e Atitudes dos adolescentes face à amamentação – validade para a população portuguesa

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2013) expõe os maus-tratos contra crianças e adolescentes como um grave problema de saúde pública e social a nível mundial com repercussões a longo prazo para a saúde (mental e física) destas crianças e jovens vítimas de maus-tratos e para o desenvolvimento da sociedade em si. Os maus-tratos praticados contra as crianças e adolescentes atentam diretamente contra a satisfação adequada dos direitos e das necessidades fundamentais das crianças e adolescentes, colocando em risco o crescimento e desenvolvimento pleno e integral de todas as suas competências físicas, cognitivas, psicológicas e socioemocionais (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), 2011). É sabido que os maus-tratos praticados contra crianças e adolescentes acarretam consequências para o seu crescimento e desenvolvimento saudável. Estudos indicam que a amamentação pode favorecer a interação da mãe e da criança, facilitando o processo de vinculação, aumentando a responsividade materna no que diz respeito à criança, estando também associada à redução da ansiedade e sentimentos depressivos e a

padrões de comportamento materno mais sintonizados, o que pode contribuir para a proteção da negligência e abusos contra a criança ou adolescente (Strathearn, Mamun, Najman & O'Callaghan, 2009). A OMS considera o aleitamento materno como o alimento ideal para o recém-nascido e criança pequena, sendo o leite materno um alimento vivo, completo, natural, livre de custos e uma fonte de sustentabilidade econômica. A amamentação proporciona uma melhor qualidade de vida à criança com benefícios a longo prazo para a saúde da criança, beneficia ainda a saúde materna e contribui para a sustentabilidade ambiental (Ministério da Saúde, 2015). Dois dos 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável visam por um lado acabar com a fome, garantindo o acesso a todas as crianças de uma alimentação de qualidade, nutritiva e suficiente o ano inteiro (objetivo número 2) e a amamentação é uma prática que assegura os nutrientes necessários de forma exclusiva até aos 6 meses de idade e de forma complementada até aos 2 ou mais anos de idade, adequando-se às necessidades nutricionais da criança o leite materno ajuda na prevenção da fome e desnutrição; e por outro, acabar com o abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e tortura contra as crianças e adolescentes (objetivo número 16) (Organização das Nações Unidas (ONU), 2015). Tendo em conta que as evidências científicas, Strathearn, Mamun, Najman e O'Callaghan (2009), reconhecem os benefícios da amamentação para a criança, a mãe e a comunidade e identificam a sua prática e manutenção como uma medida protetora na prevalência dos maus-tratos, pelo que a promoção da amamentação deve ser uma preocupação dos profissionais de saúde. Segundo Swanson, Power, Kaur, Carter e Shepherd (2007) as crenças e atitudes face à amamentação na adolescência podem ter influência nas práticas de amamentação das adolescentes que futuramente se tornam mães e decidem a sua intenção de amamentar ou não. Pesquisas revelam que estratégias de promoção para a amamentação implementadas durante a adolescência têm efeitos positivos na intenção futura de amamentar (Swanson, Power, Kaur, Carter & Shepherd, 2007). Neste sentido também Pinheiro (2011) citando Kang, Young e Im refere que ações de educação para a saúde que resultam em crenças e atitudes positivas dos adolescentes face à amamentação podem constituir uma estratégia de promoção no sucesso da prática de amamentação. Porém, Tarrant & Dodgson citados por Catarino, Henriques & Dixe (2011) referem que estudos indicam que é determinante a existência de mais investigação no que diz respeito às crenças, atitudes e intenções futuras de amamentar dos adolescentes face à amamentação para transmissão de informações relevantes para os profissionais de saúde, no sentido de perceber as necessidades de educação, possibilitando o planeamento de

intervenções de educação para a saúde eficazes na promoção da amamentação. Face ao exposto, surge então a necessidade de saber “Que fatores se relacionam com as crenças e atitudes de adolescentes vítimas de maus-tratos infantis que residem em instituições de acolhimento residencial face à amamentação?”. Desta forma, realizou-se um estudo descritivo-correlacional, junto de adolescentes com idades entre os 12 e os 19 anos que residem em instituições de acolhimento residencial, cujo planeamento teve início em dezembro de 2021, com o objetivo geral de descobrir e explorar relações entre variáveis sociodemográficas, a autoestima e as crenças e atitudes de adolescentes vítimas de maus-tratos infantis que residem em instituições de acolhimento residencial face à amamentação.

O relatório da presente investigação está estruturado em cinco capítulos.

O primeiro capítulo desenvolve aspetos relevantes para a compreensão da temática em estudo no enquadramento teórico, onde é feita uma pequena revisão teórica com o objetivo de apresentar os conceitos da temática em foco. O segundo capítulo é reservado à metodologia que orientou a investigação, dividida em subcapítulos, iniciando-se com a apresentação dos objetivos delineados para esta investigação e com as questões de investigação formuladas tendo em conta os objetivos da investigação, definidos. Segue-se a apresentação do tipo de estudo desenvolvido, a população e amostra selecionada, bem como as variáveis em estudo e os instrumentos de colheita de dados utilizados. Apresentam-se também os procedimentos de colheita de dados, o seu tratamento estatístico e os aspetos éticos assegurados para o desenvolvimento de toda a investigação.

No terceiro capítulo são apresentados os resultados obtidos da análise estatística dos dados e no quarto capítulo procede-se à sua discussão recorrendo-se à investigação existente sobre o tema. É também neste capítulo que são apresentadas algumas considerações e as limitações do estudo.

O relatório da investigação termina com a conclusão, quinto capítulo, uma síntese dos principais resultados alcançados e consequentes contributos para a prática de Enfermagem e sugestões de investigação futura.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Na atualidade, os maus-tratos exercidos contra crianças e adolescentes são uma das principais preocupações no que diz respeito à promoção da saúde infantil e juvenil (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

O 1º Relatório Global sobre a Prevenção da Violência contra Crianças publicado pela OMS em 2020, que mapeia o progresso de 155 países quanto à prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos, refere que, em 2017 aproximadamente 1 bilhão de crianças sofre alguma forma de violência. Isto significa que, quase metade das crianças do mundo, uma em cada duas, foi vítima de algum tipo de violência, sofrendo lesões, incapacidade ou até mesmo morte (ONU, 2018; Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2020).

No mesmo relatório, a OMS salienta que a violência é a 2ª causa de morte em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos, enfatizando uma necessidade indubitável de todos os países aumentarem a implementação de estratégias que protejam as crianças e os jovens de sofrerem violência (ONU, 2018; OPAS, 2020). Além disso, 1 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável pressupõe a “Igualdade de gênero” (5º objetivo) e uma das medidas implica a eliminação de todas as formas de maus-tratos contra todas as meninas e mulheres do mundo (ONU, 2015).

Os maus-tratos perpetrados em crianças e adolescentes podem ser definidos como qualquer ação ou omissão física e/ou emocional, não acidental e inadequada, praticada pelos pais, cuidadores ou outros indivíduos, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima (Direção Geral da Saúde (DGS), 2011).

A violência contra crianças e adolescentes pode assumir diferentes formas e ter lugar no seio das relações interpessoais da criança ou adolescente, desenvolvendo-se na maioria das vezes no contexto intrafamiliar, frequentemente pelos próprios progenitores. A violência em contexto intrafamiliar assume especial gravidade para a criança ou adolescente no que diz respeito ao seu crescimento e desenvolvimento, uma vez que,

existe uma maior probabilidade de os maus-tratos evoluírem tanto ao nível da gravidade dos atos concretizados como ao nível da frequência dos mesmos (APAV, 2011).

A interrupção deste padrão de violência instalado no ambiente doméstico da criança ou jovem requer o reconhecimento e deteção por parte de profissionais que estabelecem contacto direto, minimamente regular com as crianças e jovens como profissionais de educação e profissionais de saúde (APAV, 2011).

Como já referido, existem diferentes formas de maus-tratos praticados contra crianças e adolescentes. Algumas formas de maus-tratos são: os maus-tratos físicos, os maus-tratos psicológicos/emocionais, os abusos sexuais e a negligência (DGS, 2011).

Os maus-tratos físicos resultam de qualquer ação não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros responsáveis pela criança ou adolescente que provoque ou possa vir a provocar dano físico. Este tipo de maltrato engloba um conjunto diversificado de situações traumáticas, desde a síndrome da criança abandonada até a intoxicações, queimaduras e agressões físicas que vão desde lesões corporais menores até fraturas ou até mesmo morte (DGS, 2011).

Já os maus-tratos psicológicos/emocionais implicam a adoção de comportamentos verbais ou simbólicos não acidentais por parte dos cuidadores da criança ou adolescente que provocam ou podem vir a provocar danos psicológicos. Este tipo de maltrato refere-se à privação de um ambiente seguro que proporcione o bem-estar emocional necessário para o desenvolvimento adequado da criança ou jovem. Compreendem situações como a rejeição afetiva, a humilhação, a depreciação, o culpar a criança ou jovem, a falta de cuidados ou afetos ajustados à idade e ao desenvolvimento, o ameaçar a criança/jovem ou ameaçar pessoas ou coisas que a criança/jovem gosta, o prejudicar ou abandonar, o confinar e o coagir a causar dor a si mesma (DGS, 2011).

Os abusos sexuais dizem respeito ao envolvimento e/ou sujeição da criança ou adolescente a atividades cuja finalidade visa a satisfação e gratificação sexual de um adulto, sejam pais, cuidadores ou outros indivíduos, através de uma relação de autoridade ou poder. Na maioria dos casos de abuso sexual, a criança/adolescente em função do seu estágio de desenvolvimento, não tem capacidade para perceber que é uma vítima, não sendo capaz de dar o seu consentimento, e se tem capacidade para perceber que é uma vítima não é capaz de nomear o abuso sexual (DGS, 2011). Como exemplos deste tipo de abuso apresenta-se, a visualização e interação de situações sexuais explícitas em

fotografias e/ou vídeos, utilização para sessões fotográficas, seduzir, violar, forçar, pressionar e ameaçar ou obrigar a práticas sexuais (DGS, 2011).

A negligência está relacionada com qualquer ato ou omissão por parte dos pais ou cuidadores da criança/adolescente que deriva da incapacidade de providenciar as condições de satisfação das necessidades básicas adequadas à idade de cada criança/adolescente. Necessidades como a alimentação, a educação, a saúde, a higiene, o vestuário, o abrigo e as necessidades emocionais, que conseqüentemente, podem ou não, originar danos físicos ou psicológicos. Normalmente é um tipo de maltrato continuado no tempo e pode manifestar-se de forma ativa, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou de forma passiva, quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais ou dos indivíduos responsáveis pela criança/adolescente, em assegurar as suas necessidades básicas (DGS, 2011).

A investigação tem demonstrado que a violência contra crianças e adolescentes pode ter implicações preocupantes no crescimento e desenvolvimento saudável e conseqüentemente na qualidade de vida. A exposição regular aos maus-tratos está associada ao desenvolvimento de um padrão de vinculação desorganizado, défices no desenvolvimento intelectual, cognitivo, social, físico e sexual e ainda a dificuldades a nível emocional, baixa autoestima, e problemas interpessoais no contexto escolar e familiar (Reis como citado por Dantas, 2020).

Além das implicações negativas mencionadas, as crianças vítimas de maus-tratos ainda podem vir a desenvolver vários problemas de saúde, entre os quais, dificuldades de aprendizagem e concentração, problemas comportamentais, distúrbios alimentares, problemas ao nível do sono, perturbação de ansiedade e de humor, depressão, ideação suicida, atraso no desenvolvimento da linguagem e dificuldades no estabelecimento de relações interpessoais (Roopesh como citado por Pereira, 2017).

Estes problemas têm tendência a manifestar-se na adolescência e podem perdurar a longo prazo, inclusivamente até à idade adulta, sendo que, a sua gravidade a longo prazo, varia de acordo com vários fatores como o tipo e a duração dos maus-tratos, o nível de violência ou negligência, a idade em que ocorreram os maus-tratos, o estágio de desenvolvimento em que a criança ou jovem se encontra e o grau de parentesco entre ela e o indivíduo perpetrador dos maus-tratos (APAV citado por Dantas, 2020).

Brezina citado por Almeida (2017) menciona que a Teoria da Aprendizagem Social proposta por Bandura, sugere que as crianças assimilam os padrões de conduta abusiva através da imitação, modelagem e reforço.

Quer isto dizer que, a aprendizagem de novos comportamentos baseia-se na observação de modelos comportamentais que se inserem no meio social da pessoa. Portanto, pela ordem de ideias desta Teoria, os maus-tratos perpetrados contra crianças e jovens e muitas das vezes perpetuados pelos familiares mais próximos, que são os seus primeiros modelos, contribuem para o desenvolvimento de comportamentos agressivos e desviantes no futuro (Almeida, 2017).

Bowlby como citado por Pinhel, Torres e Maia (2009) indica que o desenvolvimento adequado das crianças, está relacionado com a qualidade dos cuidados prestados pelos cuidadores nos primeiros anos de vida da criança.

Crianças com vinculações familiares sólidas, que tenham crescido numa casa confortável, ao lado de pais/cuidadores afetivos, carinhosos e disponíveis que dão sensação de apoio, conforto e proteção, têm maior probabilidade de responder de forma assertiva a situações adversas, agressivas e delinquentes, em comparação com crianças que cresceram num ambiente familiar problemático com pais/cuidadores indisponíveis, inflexíveis e abusivos (Bowlby citado por Pinhel, Torres & Maia, 2009).

Assim sendo, a exposição aos maus-tratos coloca as crianças e os adolescentes numa situação de risco, existindo maior probabilidade de desenvolvimento de comportamentos antissociais, comportamentos agressivos e lesivos, tendo maior probabilidade de se tornarem adultos perpetradores de violência (Dantas, 2020). Estas crianças e jovens adotam a violência como forma de comunicação e têm uma tendência maior para o desenvolvimento de condutas delinquentes, sendo que muitas das vezes, são crianças e jovens que se encontram a residir em instituições de acolhimento visto que são consideradas crianças e jovens em risco (Pinhel, Torres & Maia, 2009).

Segundo Alarcão citado por Santos (2021), as crianças institucionalizadas são normalmente crianças oriundas de famílias precárias, marginalizadas e disfuncionais, expostas a contextos de risco marcados por elevada exposição a comportamentos desviantes, conflitos parentais ou ausência de figuras significativas no decorrer do seu desenvolvimento, sendo muitas vezes, indivíduos perpetradores de violência quando atingem a maioridade e autonomização (Mota & Matos citado por Santos, 2021).

De acordo com a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, o acolhimento de crianças e jovens em risco diz respeito à colocação da criança ou jovem ao cuidado de uma entidade que disponha de instalações com características de acolhimento e recursos humanos permanentes, devidamente habilitados, que garantam a estas crianças e jovens os cuidados adequados que precisam (Santos, 2021).

Em Portugal, quando a segurança da criança ou adolescente se encontra em risco a Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPJ) pode aplicar medidas de promoção e proteção às crianças e adolescentes em situação de risco, definindo a resposta necessária trabalhando em parceria com os pais ou o seu encaminhamento subsequente para outras medidas de apoio social (CNPDPJ, 2022), tendo como finalidade contribuir para a criação de condições que garantam a adequada satisfação de necessidades físicas, psíquicas, emocionais e sociais das crianças e jovens e o efetivo exercício dos seus direitos, favorecendo a sua integração em contexto sociofamiliar seguro e promovendo a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral (Santos, 2021).

O relatório de avaliação da atividade da CNPDPJ de 2022 refere que em 2021 foram aplicadas 13523 medidas de promoção e proteção, mais 1644 relativamente ao ano de 2020 (CNPDPJ, 2022).

O Instituto da Segurança Social (ISS) (2022), no Relatório da Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens (Relatório CASA) publicado em 2022 e referente a dados do ISS do ano 2021, informa que em 2021 encontravam-se 6369 crianças e adolescentes em situação de acolhimento, sendo que, 1582 entraram em situação de acolhimento em 2021 e 4787 encontravam-se em situação de acolhimento antes do ano de 2021. Comparativamente ao ano de 2020 (9065 situações de acolhimento) foram acolhidas menos 337 crianças e jovens no ano de 2021 (ISS, 2022).

Ainda no ano de 2021, cessaram o acolhimento 2214 crianças e jovens, 297 entraram e saíram no próprio ano e 1917 saíram da situação de acolhimento iniciado em anos anteriores a 2021 (ISS, 2022).

Destas 6369 crianças e jovens em situação de acolhimento, 3333 eram do sexo masculino e 3036 do sexo feminino, menos 4% e 6% face ao ano de 2020, respetivamente. No que diz respeito aos números das faixas etárias das 6369 crianças e jovens institucionalizados, a faixa etária com maior peso é a faixa etária dos 15 aos 17 anos que representa 33,5%

das crianças e jovens (1006 do sexo feminino e 1126 do sexo masculino). A segunda faixa etária com maior percentagem é a dos 12 aos 14 anos com 17,8% das crianças e jovens (519 do sexo feminino e 614 do sexo masculino); seguida da faixa etária dos 18 aos 20 anos que representa 14,5% das crianças e jovens (456 do sexo feminino e 467 do sexo masculino). As faixas etárias dos 6 aos 9 anos, dos 0 aos 3 anos, dos 10 aos 11 anos, dos 21 ou mais anos e dos 4 aos 5 anos, apresentaram percentagens de 9,5%, 8,6%, 6,9%, 5,0% e 4,1%, respetivamente (ISS, 2022).

A alteração legislativa que alargou a idade de acompanhamento das crianças e jovens institucionalizados até aos 25 anos, aumentou o número de jovens em acolhimento. De facto, são os jovens com mais de 12 anos que colocam maior exigência sobre o sistema de acolhimento, representando cerca de 71% das situações de acolhimento, o que significa que a institucionalização tem tendência a ocorrer normalmente na fase da adolescência (ISS, 2022).

Do número total de crianças e jovens em acolhimento, 96,5% estavam em situação de acolhimento residencial, 58,4% em respostas de Lares de Infância e Juventude e 25,7% em Centros de Acolhimento Temporário, enquanto 3,5% estavam integrados em famílias de acolhimento. As restantes crianças e jovens, 12,4% encontravam-se distribuídas pelas várias respostas de apoio, nomeadamente Lar de Infância e Juventude Especializado (2,5%), Apartamento de Autonomização (2,2%), Lar Residencial (1,9%), Comunidade Terapêutica (1,6%), Centro de Apoio à Vida (1,1%), Lar de Apoio (0,9%), Colégio de Ensino Especial (0,9%), Casa de Acolhimento de Emergência (0,7%), Comunidade de Inserção Casa Abrigo (0,4%), Casa Abrigo (0,1%) e Unidade Hospitalar (0,1%) (ISS, 2022).

Estudos indicam que a amamentação pode desempenhar um efeito protetor na prevenção dos maus-tratos infantojuvenis.

No estudo de Kremer e Kremer (2017), com mais de 4000 adolescentes participantes previu-se que a amamentação mantida por pelo menos 9 meses foi associada a uma diminuição significativa da negligência e dos abusos sexuais praticados contra as crianças e adolescentes. A amamentação por pelo menos 9 meses está associada a uma diminuição significativa da negligência infantil e do abuso sexual comparativamente com crianças e adolescentes que nunca foram amamentados (Kremer & Kremer, 2017).

Já no estudo de Strathearn, Mamun, Najman e O'Callaghan (2009) os adolescentes que foram amamentados até aos 4 meses apresentavam antecedentes de maus-tratos com menor frequência. Demonstraram que, bebés que não foram amamentados ou que foram amamentados durante menos tempo, apresentavam maior tendência a serem vítimas de maus-tratos, especialmente negligência por parte da mãe.

De acordo Lvoff, Lvoff & Klaus citado por Strathearn, Mamun, Najman & O'Callaghan (2009) estratégias de ensino que favoreçam a amamentação e o contacto pele-a-pele foram associados a menores taxas de negligência infantil.

Este efeito protetor poderá estar relacionado com o contacto pele a pele precoce, o contacto ocular, comunicação verbal e não-verbal e a resposta fisiológica da ocitocina, através do estabelecimento de uma relação de proximidade que fortaleça o vínculo entre a mãe e a criança, com influência positiva no desenvolvimento psicológico da criança até à idade adulta (Strathearn, Mamun, Najman & O'Callaghan, 2009; Oddy et al., 2010).

A libertação de ocitocina que ocorre durante o ato de amamentar está associada ao aumento da responsividade materna relativa ao cuidar das necessidades físicas e emocionais dos filhos através da modulação do comportamento materno positivo e pelos efeitos positivos sobre o desenvolvimento de respostas neuroendócrinas positivas a sintomas de ansiedade e a sentimentos de humor deprimido com uma resposta fisiológica ao stress mais controlada (Levine, Zagoory-Sharon, Feldman & Weller, 2007; Strathearn, Mamun, Najman & O'Callaghan, 2009).

O vínculo estabelecido entre a mãe e o bebé, principalmente durante o ato de amamentação é forte e intenso e a sua força e qualidade irão influenciar todas as relações vinculares que a criança terá no futuro com outras pessoas (Galvão, 2006).

O papel do pai também deve ser parte integrante no processo de amamentação, uma vez que, o apoio da figura paterna pode ser fundamental para a resolução de crises durante o aleitamento materno, além disso, pode ser um estímulo para o fortalecimento da vinculação da tríade mãe-bebé-pai (Ministério da Saúde, 2015).

Os benefícios da amamentação para o bebé e para a mãe são inúmeros (Ministério da Saúde, 2015). A amamentação tem várias vantagens para a criança uma vez que, ajuda na prevenção de infeções respiratórias e gastrointestinais, tem efeito protetor sobre as alergias, leva a uma melhor adaptação aos outros alimentos da alimentação complementar e a longo prazo é importante na prevenção de diabetes e linfomas, estando a sua prática

associada à diminuição da morbidade e mortalidade infantil. No que diz respeito às vantagens para a mãe a amamentação facilita a involução uterina precoce, associa-se a menor probabilidade de desenvolver cancro da mama e cancro do útero, ajuda a mãe a retomar o peso corporal anterior à gestação, entre outros (Levy e Bértolo, 2012).

Por conseguinte, a amamentação promove o vínculo afetivo entre a mãe e a criança, favorecendo a criação de uma ligação emocional forte e precoce, que tem influência positiva no desenvolvimento da criança. A qualidade deste vínculo entre mãe e filho terá influência na qualidade dos relacionamentos que a criança, ao longo do seu desenvolvimento, irá estabelecer com outras pessoas (Galvão, 2006).

A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância recomendam a amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida, complementada até 2 anos de idade ou mais, com a introdução de alimentos sólidos/semissólidos de qualidade e em tempo oportuno (Ministério da Saúde, 2015).

As crenças e atitudes face à amamentação estão estreitamente relacionadas com os domínios cognitivo, social moral e cultural dos indivíduos.

Sendo a adolescência um período de transição marcado pelo crescimento, desenvolvimento e maturação biológica, cognitiva, social e emocional caracterizado por modificações físicas significativas e um aumento substancial das capacidades cognitivas, emocionais e relacionais, alguns autores salientam que as ideias pré-concebidas relativamente à amamentação começam a ser construídas na fase da adolescência e juventude, mostrando-se essencial intervir antecipadamente no domínio das crenças e atitudes dos adolescentes face à amamentação com programas de formação sobre a amamentação e a sua prática (Galvão et al. como citado por Catarino, Henriques & Dixe, 2011; Swanson, Power, Kaur, Carter & Shepherd, 2007; Santos, 2019).

As experiências de vida dos futuros pais e as suas crenças e atitudes relativamente à amamentação, durante a fase da adolescência, são fatores determinantes na tomada de decisão de amamentar (Swanson, Power, Kaur, Carter & Shepherd, 2007).

Assim, a literatura revela que estratégias de promoção para a amamentação implementadas durante a fase da adolescência têm efeitos positivos na intenção futura de amamentar, quer nas adolescentes do sexo feminino, quer nos adolescentes do sexo masculino, uma vez que, a atitude da figura paternal tem grande relevância na decisão de amamentar (Galvão, 2006).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria detém um conhecimento aprofundado no que diz respeito às características dos adolescentes, assumindo um papel relevante na promoção de comportamentos de saúde, de modo a que possam adquirir competências que lhes permitam gerir esta etapa do ciclo vital e as suas transições saúde/doença (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

É da competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria identificar situações de risco para a criança e adolescente, como a negligência e os maus-tratos físicos, psicológicos e emocionais infligidos contra as crianças e jovens e assisti-los nestas situações de risco, sensibilizando as próprias crianças e adolescentes, os pais, cuidados e profissionais da esfera social da criança para o risco, consequências e importância da prevenção da violência. Além disso, a promoção da prática da amamentação é outra das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Este assume um papel fundamental na promoção de práticas de promoção de saúde dos adolescentes, nomeadamente na promoção de crenças e atitudes positivas face à amamentação (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

2. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

A fase metodológica da investigação consiste na definição das técnicas e meios para a realização do estudo, sendo determinado o procedimento de obtenção de respostas às questões de investigação ou à verificação das hipóteses de investigação (Fortin, 2009).

Com o enquadramento teórico foi possível compreender os efeitos nefastos dos maus-tratos praticados contra crianças e adolescentes, incluindo que estes se podem tornar também perpetuadores de violência no futuro.

Também se percebeu que, investigações sugerem que a prática e manutenção da amamentação pode desempenhar um papel fulcral na prevenção dos maus-tratos infantojuvenis, e, assim sendo, é essencial incentivar a sua prática.

Similarmente, estudos confirmam que medidas de educação para a saúde implementadas na adolescência com o objetivo de promover a prática da amamentação e que resultam em crenças e atitude favoráveis à prática da amamentação têm efeitos positivos na decisão de amamentar no futuro, sendo determinante a existência de mais investigação no que diz respeito às crenças, atitudes e intenções futuras de amamentar dos adolescentes face à amamentação para transmissão de informações relevantes para os profissionais de saúde. Assim sendo, verificou-se pertinente o aprofundamento desta temática e por conseguinte, a realização deste estudo, no sentido de perceber as necessidades de educação dos adolescentes em estudo.

A problemática do estudo passa por, identificar as crenças e as atitudes de adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial face à amamentação e analisar relações existentes entre as crenças e atitudes face à amamentação de adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento e variáveis como: características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade), idade/agressor/duração/tipo de maus-tratos, ter sido amamentado, ter visto a amamentar) e autoestima.

Neste capítulo apresentam-se os objetivos e as questões/hipóteses de investigação, o tipo de investigação, as variáveis do estudo, os instrumentos de colheita de dados, a população

e a amostra, os procedimentos formais, éticos e de colheita de dados, e por fim, os procedimentos utilizados para a análise dos dados.

2.1. OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

Para Fortin (2009), o objetivo de um estudo de investigação revela de forma clara, o porquê da investigação e o que o investigador pretende fazer para obter respostas às suas questões de investigação.

Para a concretização deste estudo, foram considerados os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- Descobrir e explorar relações entre variáveis sociodemográficas, a autoestima e as crenças e atitudes de adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial face à amamentação.

Objetivos Específicos:

- Descrever as crenças e atitudes de adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial face à amamentação;
- Estudar a relação entre a autoestima de adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial e as crenças e atitudes face à amamentação.
- Estudar a relação entre variáveis sociodemográficas (idade, ano de escolaridade, idade em que sofreu o maltrato, tipo de maltrato, duração do maltrato, agente que provocou o maltrato, ter sido amamentado/a, ter visto a mãe a amamentar) e as crenças e atitudes de adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial face à amamentação;

2.2. QUESTÕES E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

As questões de investigação formuladas que traduzem a problemática em estudo e orientam a investigação foram:

- Questão 1: Qual a idade de início dos maus-tratos e o tempo de duração dos maus-tratos dos adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial?
- Questão 2: Quais os tipos de maus-tratos e agente que infligiu os maus-tratos dos adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial?
- Questão 3: Quais dos adolescentes foram amamentado/a e quais viram a mãe a amamentar vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial?
- Questão 4: Qual o nível de autoestima dos adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial?
- Questão 5: Qual o nível das crenças e atitudes face à amamentação dos adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial?

Resultante das questões acima elaboradas e de acordo com os objetivos do estudo formularam-se as seguintes hipóteses unidirecionais de investigação:

- Hipótese 1: As características de domínio sociodemográfico (idade, sexo e escolaridade) estão relacionadas com as crenças e as atitudes face à amamentação dos adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial;
- Hipótese 2: O nível de autoestima dos adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial está relacionado com as suas crenças e atitudes face à amamentação;
- Hipótese 3: Prevê-se que as características de domínio sociodemográfico (idade, sexo e escolaridade), a idade de início dos maus-tratos, o tipo de maus-tratos, a duração dos maus-tratos, o agente que perpetuou os maus-tratos, ter sido amamentado/a e ter visto a mãe a amamentar sejam preditores das crenças e atitudes face à amamentação dos adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial.

2.3. TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo da investigação foi determinado de acordo com as questões de investigação formuladas inicialmente, já que, as questões de partida impõem o método de investigação mais adequado ao desenvolvimento do estudo do fenómeno (Fortin, 2009).

Assim sendo, relativamente ao método de investigação, este é um estudo de natureza quantitativa, uma vez que, é estruturado a partir da aquisição de conhecimentos através da colheita sistemática de informação e posterior análise dos dados obtidos com a colheita de informação (Fortin, 2009).

Relativamente à descrição do estudo, este é um estudo de carácter descritivo-correlacional uma vez que, tem o objetivo principal de estudar e determinar as relações ou associações entre variáveis e descrevê-las, sendo estas obtidas através de escalas e questionários (Fortin, 2009). O estudo descritivo-correlacional visa a descrição das características de determinada população e a descoberta de informações, através da determinação da existência, ou não, de relações entre as variáveis em estudo (Fortin, 2009).

O estudo desenvolvido descreve as crenças e as atitudes de adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial face à amamentação e analisa as relações existentes entre as crenças e atitudes face à amamentação de adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento e as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, idade/agressor/duração/tipo de maus-tratos, ter sido amamentado, ter visto a amamentar) e a sua autoestima.

Quanto à natureza é considerado um estudo transversal porque a colheita de informação para posterior análise metodológica foi realizada num determinado período num único momento (Fortin, 2009).

2.4. POPULAÇÃO

Fortin (2009), define a população como o conjunto dos elementos que partilham características comuns, enquanto que a população-alvo é definida como o conjunto dos indivíduos que satisfazem os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos pelo investigador.

Posto isto, a população-alvo deste estudo integra adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial, com idades compreendidas entre os

12 (inclusive) e os 19 anos (inclusive) que apresentem capacidade cognitiva e motora adequada para responderem ao questionário de colheita de informação relativa aos dados sociodemográficos e familiares e das escalas, de forma autónoma, sendo estes aspetos considerados como critérios de inclusão.

Foi definido como critério de exclusão: adolescentes que apresentem necessidades especiais que impossibilitem o preenchimento do questionário de colheita de informação relativa aos dados sociodemográficos e familiares e das escalas, de forma autónoma.

O intervalo de idades foi selecionado tendo em conta, a definição do termo “Adolescente” pela OMS, que considera os adolescentes, os indivíduos com idade compreendida entre os 10 e os 19 anos de idade (DGS, 2013) e ainda devido ao facto dos instrumentos de medida selecionados terem validade para serem utilizados na população adolescente portuguesa a partir dos 12 anos de idade (Escala de Autoestima de Rosenberg, adaptada para versão portuguesa e Escala de Crenças e Atitudes dos Adolescentes face à Amamentação: versão portuguesa).

2.5. AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM

A técnica de amostragem deste estudo é do tipo não probabilística, dado que não existe aleatoriedade na seleção dos indivíduos, sendo uma amostra obtida por conveniência, isto é, procedeu-se à seleção dos indivíduos mais convenientes para a concretização deste estudo, que satisfazem os critérios de inclusão e de exclusão (Fortin, 2009), sendo a amostra deste estudo constituída por adolescentes selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Foram contactadas várias instituições de acolhimento de crianças e jovens em risco da área geográfica de Portugal continental.

Segundo o ISS (2022) existem em Portugal 357 instituições de acolhimento de crianças e jovens em risco em Portugal, destas, foram selecionadas aleatoriamente e contactadas 90 instituições (25%), sendo que 13 (14%) responderam que aceitavam participar no estudo.

Das 13 instituições participantes, 8 instituições eram da região centro do país dos distritos de Leiria, Guarda, Coimbra e Aveiro enquanto 5 eram da região norte do país dos distritos de Braga e Porto.

Das instituições da região norte, 4 acolhiam adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos e 1 acolhia crianças e jovens com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos.

Quanto às instituições da região centro, 3 instituições acolhiam crianças e jovens com idades compreendidas entre os 0 e os 12 anos, 2 acolhiam crianças e jovens com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos, 1 acolhia crianças e jovens com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos, 1 acolhia adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos e por último, 1 acolhia crianças e jovens com idades compreendidas entre os 2 e os 18 anos.

A alteração legislativa de 2017 da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, de 01 de setembro), prevê que os jovens com menos de 18 anos ou com menos de 21 anos podem solicitar a prossecução da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos, e podem ainda pedir a prorrogação, jovens até aos 25 anos, desde que tenham processos educativos ou formativos a decorrer.

Dos adolescentes que residiam nestas instituições e que cumpriam os critérios de inclusão, 92 aceitaram participar no estudo, sendo que 15 adolescentes residiam em instituições de acolhimento do distrito de Coimbra, 31 no distrito do Porto, 16 no distrito de Aveiro, 12 no distrito da Guarda, 8 no distrito de Braga e 10 no distrito de Leiria.

Assim, a amostra deste estudo ficou constituída por 92 adolescentes que residiam nas instituições de acolhimento residencial supracitadas e que aceitaram participar na colheita de dados, com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos e vítimas de maus-tratos infantojuvenis.

2.6. VARIÁVEIS

As variáveis podem apresentar valores ou categorias distintas e são definidas como sendo as características ou qualidades de pessoas, objetos ou situações a ser estudadas numa investigação (Fortin, 2009).

A utilização dos termos “variável dependente” e “variável independente” não se aplica no contexto dos estudos descritivos-correlacionais (Fortin, 2009).

Assim sendo, as variáveis do estudo são: idade, escolaridade, sexo, idade em que sofreu o maltrato, tipo de maltrato que sofreu, duração do maltrato que sofreu, agente que

provocou o maltrato, ter sido amamentado/a, ter visto a mãe a amamentar, crenças e atitudes face à amamentação e a autoestima dos adolescentes.

- Idade: “Intervalo de tempo que decorre entre a data do nascimento (dia, mês e ano) e as 0 horas da data de referência. A idade é expressa em anos completos” (Instituto Nacional de Estatística, s.d.). É uma variável quantitativa discreta definida em anos, sendo que o estudo engloba adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos, sendo uma pergunta de resposta aberta no questionário.

- Escolaridade: Segundo o Instituto Nacional de Estatística (s.d.), ano de escolaridade considera-se “ano de estudos completo legalmente instituído”. É uma variável qualitativa ordinal, apresentando-se como uma pergunta de resposta fechada com as seguintes opções de resposta: 1º Ciclo do Ensino Básico, 2º Ciclo do Ensino Básico, 3º Ciclo do Ensino Básico e Ensino Secundário (Fortin, 2009).

- Sexo: é uma variável qualitativa nominal apresentando-se como uma questão de resposta fechada com as seguintes opções: “Feminino” ou “Masculino” (Fortin, 2009).

- Idade em que sofreu o maltrato: é uma variável quantitativa discreta apresentando-se como uma questão de resposta aberta (Fortin, 2009).

- Tipo de maltrato que sofreu: é uma variável qualitativa nominal, apresentando-se como uma questão de resposta fechada com as seguintes opções de escolha: “negligência”, “maus-tratos físicos”, “maus-tratos sexuais” e “maus-tratos psicológicos/emocionais” (Fortin, 2009).

- Duração do maltrato que sofreu: é uma variável quantitativa discreta apresentando-se como uma questão de resposta fechada com as seguintes opções de escolha: “1 a 3 anos”, “4 a 6 anos”, “7 a 10 anos” e “mais de 10 anos” (Fortin, 2009).

- Agente que provocou o maltrato: é uma variável qualitativa nominal, apresentando-se como uma questão de resposta fechada com as seguintes opções de resposta: “Sim”, “Não” e “Não sei” (Fortin, 2009).

- Ter sido amamentado/a: é uma variável qualitativa nominal, apresentando-se como uma questão de resposta fechada com as seguintes opções de resposta: “Sim”, “Não” e “Não sei” (Fortin, 2009).

- Ter visto a mãe a amamentar: é uma variável qualitativa nominal, apresentando-se como uma questão de resposta fechada com as seguintes opções de resposta: “Sim”, “Não” e “Não sei” (Fortin, 2009).

- Crenças: dizem respeito às verdades absolutas (ou significados) que orientam e conduzem os indivíduos no seu quotidiano (Beck como citado por Gil, 2010). Atitudes: podem ser caracterizadas como uma predisposição para responder de forma favorável ou desfavorável a um objeto, pessoa, instituição ou acontecimento (Lima como citado por Gil, 2010).

As Crenças e Atitudes foram avaliadas segundo a versão portuguesa do instrumento original “Adolescents breastfeeding beliefs and intentions questionnaire”, a Escala de Crenças e Atitudes dos Adolescentes face à Amamentação validada para os adolescentes portugueses (Swanson et al. como citado por Catarino, Henriques & Dixe, 2011).

Esta escala multidimensional é constituída pelas seguintes dimensões: Experiência própria de amamentação (1 item); Intenção em amamentar (1 item); Crenças e atitudes (23 itens); Conhecimentos sobre amamentação e aleitação (7 itens); Influências sociais percebidas (9 itens); Influências sociais normativas (3 itens); Perceção das barreiras sociais (7 itens) e Autoconfiança (20 itens). Tendo em conta os objetivos de investigação foram apenas apresentadas duas dimensões da escala, a dimensão das Crenças e atitudes face à amamentação (23 itens) e a dimensão da Perceção das barreiras sociais (7 itens). Os itens das dimensões apresentadas são pontuados através de uma escala de resposta tipo *Likert* com 7 categorias de resposta nas questões da dimensão das Crenças e atitudes face à amamentação e 5 categorias de resposta nas questões da dimensão da Perceção das barreiras sociais, considerando-se por isso ser uma variável quantitativa discreta (Catarino, Henriques & Dixe, 2011).

- Autoestima: define-se como a opinião que cada indivíduo tem de si próprio, seja ela positiva ou negativa (Teixeira & Sampaio, 2019; Rosenberg como citado por Pechorro, Marôco, Poiães & Vieira, 2011). A Autoestima foi medida com a utilização da Escala de Autoestima de Rosenberg validada para a população portuguesa, formada por 10 afirmações, as quais são respondidas através das opções dispostas numa escala de tipo *Likert* com 4 pontos: Concordo totalmente – 3, Concordo – 2, Discordo – 1, Discordo totalmente – 0, considera-se assim a Autoestima como uma variável quantitativa discreta uma vez que é avaliada através de uma escala tipo *Likert* (Cardoso, 2012).

2.7. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Tendo em conta o tipo de estudo, os objetivos de investigação propostos e a população escolhida, os instrumentos de medida selecionados foram:

- Escala de Autoestima de Rosenberg – versão portuguesa: escala que avalia a autoestima em adolescentes e adultos (**Anexo I**). Escala de resposta tipo *Likert* constituída por 10 itens, os quais são respondidos através das opções dispostas numa escala com 4 pontos: concordo totalmente – 3, concordo – 2, discordo – 1, discordo totalmente – 0. Das 10 afirmações, metade é referente a uma visão positiva de si, a outra metade diz respeito a uma visão auto depreciativa. A cotação que é feita nos itens de visão positiva, é feita de forma invertida nos itens de visão negativa. Os itens positivos e negativos estão misturados.
- Escala de crenças e atitudes dos adolescentes face à amamentação - versão portuguesa: escala que avalia a perceção das barreiras sociais e as crenças e atitudes, dos adolescentes face à amamentação (**Anexo II**).

Esta escala, originalmente designada “Adolescents breastfeeding beliefs and intentions questionnaire” dos autores Swanson et al. que foi traduzida e validada para português por Catarino, Henriques e Dixe (2011), designando-a por “Escala de Crenças e Atitudes dos adolescentes face à amamentação. É uma escala de resposta tipo *Likert* constituída por 71 questões que abrange um conjunto de questões sociodemográficas e a escala de amamentação e da aleitação (Swanson et al., 2007). É uma escala multidimensional constituída pelas seguintes dimensões: Experiência própria de amamentação (1 item); Intenção em amamentar (1 item); Crenças e atitudes (23 itens); Conhecimentos sobre amamentação e aleitação (7 itens); Influências sociais percebidas (9 itens); Influências sociais normativas (3 itens); Perceção das barreiras sociais (7 itens) e Autoconfiança (20 itens).

Tendo em conta os objetivos de investigação, foram apenas apresentadas duas dimensões da escala, a dimensão das Crenças e atitudes face à amamentação (23 itens) e a dimensão da Perceção das barreiras sociais (7 itens). A dimensão das Crenças e Atitudes face à amamentação era pontuada através de uma escala de resposta tipo *Likert*, com sete categorias de resposta: Discordo fortemente, Discordo, Discordo ligeiramente, Nem concordo nem discordo, Concordo ligeiramente, Concordo e Concordo fortemente, sendo

estas respostas pontuadas de 1 a 7, sendo o valor 1 atribuído à resposta Discordo fortemente, o valor 2 à resposta Discordo, o valor 3 à resposta Discordo ligeiramente, o valor 4 à resposta Nem Concordo Nem Discordo, o valor 5 à resposta Concordo ligeiramente, o valor 6 à resposta Concordo e o valor 7 à resposta Concordo fortemente. A dimensão Perceção das barreiras sociais foi também pontuada através de uma escala de resposta tipo *Likert*, com cinco categorias: Discordo fortemente, Discordo, Não sei, Concordo e Concordo fortemente, pontuadas de 1 a 5, sendo o valor 1 correspondente à resposta Discordo fortemente, o valor 2 à resposta Discordo, o valor 3 à resposta Nem Concordo Nem Discordo, o valor 4 à resposta Concordo e o valor 5 à resposta Concordo fortemente (Swanson et al. como citado por Catarino, Henriques & Dixe, 2011).

- Questionário, elaborado pela investigadora, para caracterização das características sociodemográficas da amostra, nomeadamente, idade, sexo escolaridade, número de irmãos e se foram amamentados, com quem residia antes do acolhimento residencial, tipo de maus-tratos que sofreu, idade em que sofreu os maus-tratos, duração dos maus-tratos, agente que infligiu os maus-tratos, se foi amamentado/a e se viu a mãe amamentar (Apêndice I).

2.7.1. Validade do construto e fiabilidade da “Escala de Crenças e Atitudes dos adolescentes face à Amamentação – versão portuguesa”

Para o estudo de validade do construto “Escala de Crenças e Atitudes dos adolescentes face à Amamentação”, recorreu-se à análise fatorial por método de componentes principais, seguido da rotação oblíqua do tipo *varimax* com o objetivo de aglomerar os itens do construto em fatores/dimensões, de acordo com parâmetros de ligação entre eles, tornando assim os fatores interpretáveis.

Previamente foi calculada a medida de Kaiser-Meyer-Olkin e o teste de esfericidade de Bartlett, visto que, estes métodos possibilitam conferir a qualidade das correlações entre as variáveis de modo a prosseguir com a análise fatorial (Pestana & Gageiro, 2014). Assim, os valores obtidos permitem concluir que é possível prosseguir com a análise fatorial uma vez que, o valor obtido no cálculo da medida de KMO foi aceitável, $KMO=0,70$ e o valor obtido no cálculo do teste de Bartlett foi inferior a 0,05 ($p=0,000$), tal como apresentado na tabela 1.

Tabela 1

Medida de KMO e teste de Barlett

Teste de Kaiser-Meyer-Olkin	KMO	0,70
Teste de Barlett	Qui-quadrado (χ^2)	$\chi^2 = 431,208$
	Significância (p)	p=0,000

A solução encontrada, após a análise fatorial realizada aos componentes principais e rotação do tipo *varimax*, aponta para seis fatores (Tabela 2), com uma designação nova de cada um dos fatores, a fim de facilitar a sua compreensão. Posto isto, o fator 1/dimensão 1 designado de Crenças face à amamentação, é constituído por 5 itens e explica 15,2% da variância. O fator 2/dimensão 2 designado de Vantagens/Desvantagens face à amamentação é constituído por 4 itens e explica 12,2% da variância. O fator 3/dimensão 3 designado de Impacto da amamentação na mãe é constituído por 4 itens e explica 10,6% da variância. O fator 4/dimensão 4 designado de Limitações da amamentação é constituído por 2 itens e explica 9,4% da variância. O fator 5/dimensão 5 designado de Visão face à amamentação é constituído por 2 itens que explicam 7,8% da variância e por último o fator 6/dimensão 6 designado de Atitudes face à amamentação é constituído por 2 itens e explica 7,7% da variância. Os seis fatores explicam na totalidade 62,9% da variância.

Na análise existiu a necessidade de retirar alguns itens da escala “original” por forma a obter valores estatisticamente aceitáveis. Assim, foram retirados os itens 4, 13, 18 e 21.

Por conseguinte, as questões da escala que foram consideradas para a análise estatística na apresentação dos resultados foram as questões 11, 2, 6, 9 e 8 da dimensão Crenças face à amamentação, as questões 20, 1, 14 e 10 da dimensão Vantagens/Desvantagens face à amamentação, as questões 3, 19, 7 e 5 da dimensão Impacto da amamentação na mãe, as questões 16 e 17 da dimensão Limitações da amamentação, as questões 12 e 15 da dimensão Visão face à amamentação e as questões 22 e 23 da dimensão Atitudes face à amamentação.

Tabela 2

Pesos fatoriais de cada item nos 6 fatores retidos, incluídos valores próprios, % de variação explicada, após Análise Fatorial Exploratória com extração de fatores pelos métodos das Componentes Principais, seguido de rotação Varimax (N=80)

Itens:	1	2	3	4	5	6
11 Ver alguém a amamentar é embaraçoso.	,834					
2 A amamentação é nojenta.	,748					
6 A amamentação é embaraçosa para a mãe.	,732					
9 A amamentação é rude.	,614					
8 Preparar o leite no biberão é muito incómodo.	,549					
20 A alimentação por biberão permite ver quanto leite o bebé tomou.		,762				
1 A amamentação favorece a vinculação entre a mãe e o bebé.		,742				
14 A alimentação por biberão significa que o pai pode ser envolvido na alimentação.		,712				
10 A amamentação é a maneira natural de alimentar os bebés.		,578				
3 Os bebés amamentados precisam de mais alimento que os bebés alimentados por biberão.			,755			
19 A amamentação limita a vida social da mãe.			,706			
7 A amamentação estraga as mamas da mãe.			,532			
5 A alimentação por biberão ajuda a mãe a retomar a atividade profissional mais cedo.			,472			
16 Os bebés alimentados por biberão aumentam de peso rapidamente.				,839		
17A alimentação por biberão é menos cansativa para a mãe que a amamentação.				,783		
12 A amamentação causa muitas vezes dor nos mamilos da mãe.					,798	
15 A alimentação por biberão é um método de alimentação caro.					,717	
22 As mamas são para o bebé mamar.						,794
23 A amamentação faz com que as mulheres pareçam mais atrativas.						,465
Valores próprios	2,9	2,3	2,0	1,8	1,5	1,5
% variação explicada	15,2	12,2	10,6	9,4	7,8	7,7
% variação explicada acumulada	15,2	27,4	38,1	47,5	55,2	62,9

2.8. PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Os contactos por correio eletrónico e telefone realizados às instituições de acolhimento residencial de crianças e jovens em risco tiveram início no dia 15 de julho e término no dia 30 de dezembro.

Após 13 instituições a nível nacional terem aceite participar no estudo foi feito um contacto telefónico com o objetivo de explicar de forma mais detalhada os objetivos do

estudo, esclarecer algumas questões e compreender quais as características dos jovens institucionalizados.

Em colaboração com os/as Diretores/as Técnicos/as os jovens institucionalizados foram questionados da sua vontade em participarem ou não no estudo após breve explicação do mesmo.

Após obter o consentimento informado dos/as Diretores /as Técnicos/as das instituições de acolhimento participantes para os adolescentes que aceitaram participar no estudo poderem participar e ainda o co-consentimento dos adolescentes com 16 ou mais anos de idade, foi iniciada a colheita de dados que decorreu no período compreendido entre 30 de setembro de 2022 e 1 de fevereiro de 2023.

A recolha de informação para o estudo foi feita a partir do questionário elaborado pela investigadora e aprovado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e ainda pelas escalas, Escala de Crenças e Atitudes dos adolescentes face à amamentação – validada para os adolescentes portugueses e Escala de Autoestima de Rosenberg – validada para a população portuguesa.

A colheita de dados nas instituições do distrito de Coimbra foi realizada presencialmente pela própria investigadora. Foi explicado aos/às adolescentes o tema e os objetivos do estudo e de seguida foram entregues a cada um, o documento de informação sobre o estudo (**Apêndice II**), o documento de consentimento informado (**Apêndice III**), o questionário (**Apêndice I**) e as duas escalas (**Anexo I e II**). Procedeu-se ao preenchimento dos instrumentos de colheita de dados e no final os participantes com 16 ou mais anos de idade e a Diretora Técnica de cada uma das instituições assinou o documento de consentimento informado, garantindo a participação voluntária, confidencial e anónima. O preenchimento do questionário e das escalas teve a duração de cerca de 10-15 minutos.

Nas restantes instituições que participaram no estudo, devido à sua localização mais distante do distrito de Coimbra, foi solicitada a colaboração dos/as diretores/as técnicos/as e dos colaboradores da Equipa Educativa para procederem ao preenchimento do questionário e das duas escalas com os adolescentes participantes. Os instrumentos de colheita de dados, juntamente com o documento de consentimento informado, foram enviados por correio para as várias instituições participantes. Após o seu preenchimento, os questionários e as escalas foram reencaminhados por correio, por correio eletrónico ou foram recolhidos pessoalmente.

2.9. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Tratando-se de um estudo quantitativo descritivo-correlacional, cujos instrumentos de colheita de dados foram um questionário e duas escalas, os dados obtidos foram organizados estatisticamente através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 27.0, de 2020.

Para a análise da validade do construto “Escala de Crenças e Atitudes dos adolescentes face à amamentação – versão portuguesa” utilizaram-se os procedimentos da análise fatorial dos componentes principais com uso de rotação oblíqua do tipo *varimax* com prévia determinação da medida de Kaiser-Meyer-Olkin e do teste de esfericidade de Bartlett.

Para caracterização da amostra do estudo e respostas às questões de investigação, recorreu-se à estatística descritiva, sendo descrita a distribuição de frequências, média e desvio padrão.

Para testar as hipóteses do estudo e verificar a existência de relações entre as variáveis do estudo, foi utilizada a estatística inferencial.

Para testar a hipótese 1 foi utilizado o teste t para grupos independentes, o coeficiente de correlação de Pearson, o teste ANOVA e os procedimentos post hoc dos comandos do teste ANOVA com utilização do teste de Student-Newman-Keuls.

Para testar a hipótese 2 recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson.

E por último, para testar a hipótese 3 utilizou-se a Análise de Regressão Múltipla pelo método *stepwise*.

Em toda a análise estatística foi considerado o valor de 0,05 como limite de significância estatística (Sig.), isto é, as hipóteses serão rejeitadas quando a probabilidade de erro tipo I for inferior a 5% (ou seja, a significância do teste for menor que 5%; $p < 0,05$).

2.10. ASPETOS ÉTICOS

No desenvolvimento do presente estudo foram vários os aspetos éticos aos quais se esteve atento, nomeadamente:

- Solicitação de um parecer de aprovação para o desenvolvimento do projeto de investigação à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (**Apêndice IV**);
- Pedido de autorização aos autores dos instrumentos de colheita de dados (Escala de Crenças e Atitudes dos Adolescente face à amamentação - validada para os adolescentes portugueses e a Escala de Autoestima de Rosenberg – validada para os adolescentes portugueses) através do envio de um e-mail a solicitar autorização para a sua utilização no estudo (**Apêndice V**);
- Pedido de autorização para participação no estudo às diretoras técnicas das instituições selecionadas (**Apêndice VI**);
- Pedido de consentimento informado às diretoras técnicas para a participação dos adolescentes participantes (**Apêndice III**);
- Pedido de co-consentimento informado aos adolescentes com idade igual ou superior aos 16 anos de idade (**Apêndice III**), (adolescentes com idade igual ou superior a 16 anos possuem discernimento e capacidade de decisão sobreponível aos adolescentes com idade igual ou superior aos 18 anos (Pereira & Oliveira, 2006).

Desta forma, foram respeitados os direitos humanos fundamentais determinados pelos códigos de ética: o respeito pelo consentimento livre e informado, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela privacidade e pela confidencialidade de informações pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade, o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes, a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens (Fortin, 2009). No momento da aplicação do questionário e das escalas estes aspetos foram explicados às diretoras técnicas e aos/às adolescentes.

3. RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados e analisados os dados reunidos com a aplicação dos instrumentos de colheita de dados, tendo por base os objetivos e questões de investigação delineados inicialmente.

Primeiramente é realizada a caracterização da amostra de acordo com as características sociodemográficas através da estatística descritiva. Para responder às questões de investigação recorreu-se à estatística descritiva e posteriormente, através da estatística inferencial foram averiguadas as relações entre as variáveis: características sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade), idade de início dos maus-tratos, tipo de maus-tratos, duração dos maus-tratos, agente que perpetuou os maus-tratos, ter sido amamentado/a e ter visto a mãe a amamentar e a variável crenças e atitudes dos adolescentes face à amamentação.

3.1. Caraterização da amostra

A análise descritiva apresentada neste subcapítulo retrata a caracterização da amostra do estudo, pretendendo destacar o conjunto dos dados obtidos a amostra de forma a serem compreendidos, recorrendo aos aspetos inerentes à estatística descritiva (distribuições de frequências, média, desvio padrão). (Fortin, 2009).

No que diz respeito ao sexo dos participantes e de acordo com a Tabela 3, a amostra é constituída por mais adolescentes do sexo masculino do que do sexo feminino, sendo que, dos 92 participantes, 63% eram rapazes (58 adolescentes) e 37% eram raparigas (34 adolescentes).

Quanto à idade dos adolescentes, tendo em conta que o intervalo de idades definido previamente nos critérios de inclusão do estudo se situava entre os 12 e os 19 anos de idade e, ainda de acordo com a Tabela 3, a média corresponde a 15,27 anos com desvio padrão de 1,916 anos ($15,27 \pm 1,916$ anos) e a média de idade por sexo corresponde a 15,22 anos com desvio padrão de 2,136 anos ($15,22 \pm 2,136$ anos) nos adolescentes do sexo masculino e a 15,35 anos com desvio padrão de 1,495 anos ($15,35 \pm 1,495$ anos) nos adolescentes do sexo feminino.

Tabela 3

Distribuição da média das idades e do sexo dos adolescentes

Sexo	Média das Idades	N	Erro Desvio
Feminino	15,35	34	1,495
Masculino	15,22	58	2,136
Total	15,27	92	1,916

No que concerne à escolaridade, conforme o identificado na tabela 4, a maioria dos participantes frequentava o 3º ciclo do Ensino Básico (EB) e o Ensino Secundário, com uma percentagem de 37% (34 participantes) em cada um destes graus de escolaridade. Apenas um participante, 1%, do sexo masculino frequentava o 1º ciclo do EB e 25% (23 adolescentes) frequentavam o 2º ciclo do EB sendo que destes, 19 eram rapazes e 4 eram raparigas. Relativamente ao 3º ciclo do EB, 19 adolescentes do sexo masculino e 15 adolescentes do sexo feminino frequentavam este nível de instrução. O Ensino Secundário apresentou os mesmos valores que o 3º ciclo do EB.

Tabela 4

Distribuição das frequências da escolaridade dos adolescentes

		N	%	Sexo		
				Feminino	Masculino	
Escolaridade	1º Ciclo do EB	1	1,1	N	0	1
				% Escolaridade	0,0%	100,0%
	2º Ciclo do EB	23	25,0	N	4	19
				% Escolaridade	17,4%	82,6%
	3º ciclo do EB	34	37,0	N	15	19
				% Escolaridade	44,1%	55,9%
	Ensino Secundário	34	37,0	N	15	19
				% Escolaridade	44,1%	55,9%
Total		92	100,0	N	34	58
				% Escolaridade	37,0%	63,0%

A maioria dos adolescentes era de nacionalidade portuguesa, 86 participantes, 32 do sexo feminino e 54 do sexo masculino, os restantes adolescentes do estudo são brasileiros, com

5 participantes, 3 do sexo masculino e 2 do sexo feminino, e um adolescente do sexo masculino é costa-marfinense (tabela 5).

Tabela 5

Distribuição das frequências da nacionalidade dos adolescentes

		Sexo		Total	
		Feminino	Masculino		
Nacionalidade	Portuguesa	N	32	54	86
		% em Nacionalidade	37,2%	62,8%	100,0%
	Costa do Marfim	N	0	1	1
		% em Nacionalidade	0,0%	100,0%	100,0%
	Brasileira	N	2	3	5
		% em Nacionalidade	40,0%	60,0%	100,0%
Total	N	34	58	92	
	% em Nacionalidade	37,0%	63,0%	100,0%	

No que respeita aos indivíduos com quem os adolescentes residiam antes do acolhimento residencial, através da análise da tabela 6 averigua-se que, a maioria dos adolescentes residiam com os pais e irmãos, cerca de 28,9% dos adolescentes, ou seja, 26 adolescentes e cerca de 7,8% (7 adolescentes) viviam apenas com os pais. Com a mãe e irmãos residiam 16,7% adolescentes (15 jovens) e com a mãe, padrasto e irmãos 12,2% adolescentes (11 adolescentes). Seis dos adolescentes viviam com os avós e cinco só com o pai. Os restantes residiam com o pai, madrasta e irmãos, com a mãe, com os tios, com os avós e irmãos, com um tutor, com os avós e primos e com pai e irmãos.

Tabela 6

Distribuição das frequências das pessoas com quem os adolescentes residiam antes do acolhimento

		N	%
Pessoas com quem o adolescente residia antes do	Pais e irmãos	26	28,9
	Tutor	2	2,2
	Avós e irmãos	3	3,3

acolhimento residencial	Tios	3	3,3
	Pai, madrasta e irmãos	4	4,4
	Mãe, padrasto e irmãos	11	12,2
	Avós	6	6,7
	Pai	5	5,6
	Mãe e irmãos	15	16,7
	Pais	7	7,8
	Mãe	4	4,4
	Avós e mãe	2	2,2
	Primos	1	1,1
	Pai e irmãos	1	1,1
	Total	90	100,0
Total	92		

De acordo com a tabela 7, a grande maioria dos adolescentes da amostra, 97,8% (90 adolescentes) referiu ter irmãos e, de acordo com a tabela 8, 59,3% (54 adolescentes) sabiam que os irmãos tinham sido amamentados.

Tabela 7

Distribuição das frequências dos adolescentes que têm ou não irmãos

		N	%
Irmãos	Sim	90	97,8
	Não	2	2,2
	Total	92	100,0

Tabela 8

Distribuição das frequências dos adolescentes que sabiam ou não que os irmãos tinham sido amamentados

		N	%
Irmãos foram amamentados	Sim	54	59,3
	Não	4	4,4
	Não sei	33	36,3
	Total	91	100,0

Observando a tabela 9, verifica-se que do total de adolescentes entrevistados, 64,1% dos adolescentes tomará a decisão de amamentar no futuro conjuntamente com o seu parceiro conjugal

Tabela 9

Distribuição das frequências dos adolescentes que acordará a decisão futura de amamentar com o parceiro conjugal

		N	%
Decisão de amamentar no futuro acordada com parceiro conjugal	Sim	59	64,1
	Não	3	3,3
	Não sei	30	32,6
	Total	92	100,0

Tendo em conta os dados da tabela 10, das adolescentes participantes, 85,3% pensa vir a amamentar no futuro e 75,9% dos adolescentes masculinos afirmaram que iriam apoiar a companheira na decisão de amamentar (tabela 11).

Tabela 10

Distribuição das frequências das adolescentes do sexo feminino que no futuro pretendem ou não amamentar

		N	%
Decisão de amamentar no futuro das adolescentes (sexo feminino)	Sim	29	85,3
	Não sei	5	14,7
	Total	34	100,0

Tabela 11

Distribuição das frequências dos adolescentes do sexo masculino que no futuro irão ou não apoiar a companheira a amamentar

		N	%
Decisão em apoiar a futura companheira na amamentação dos adolescentes (sexo masculino)	Sim	44	75,9
	Não sei	14	24,1
	Total	58	100,0

3.2. Idade de início dos maus-tratos e duração dos maus-tratos

No que diz respeito à idade de início dos maus-tratos, tabela 12, a média da idade em que 61 dos 92 adolescentes que responderam a esta questão começaram a ser vítimas de maus-tratos é 9,39 anos (N=61) com um desvio de padrão de 3,19 anos ($9,39 \pm 3,19$ filhos). O adolescente que começou a sofrer maus-tratos mais novo tinha 3 anos de idade e o adolescente que começou a sofrer maus-tratos mais velho tinha 15 anos de idade.

Tabela 12

Medidas descritivas da idade de início dos maus-tratos sofridos pelos adolescentes

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade de início dos maus-tratos	61	3,00	15,00	9,39	3,19

Quando questionados sobre o tempo de duração dos maus-tratos, a maioria dos adolescentes referiu que sofreu maus-tratos por um tempo de 1 a 3 anos, 29 adolescentes, 44,6% de um total de 65 adolescentes que responderam a esta questão do questionário (tabela 13).

Seguiu-se a resposta com intervalo de tempo inferior a 12 meses, com 15 adolescentes a selecionarem esta opção, 23,1% dos adolescentes e a resposta entre 4 a 6 anos com resposta de 10 adolescentes (15,4%) (tabela 13).

Nove dos adolescentes, 13,8%, que responderam a esta questão, sofreram maus-tratos durante 7 a 9 anos e 2 (3,1%) foram vítimas de maus-tratos durante mais de 10 anos (tabela 13).

Tabela 13

Distribuição das frequências da duração dos maus-tratos sofridos pelos adolescentes

		N	%
Duração dos maus-tratos	- de 1 ano	15	23,1
	entre 1 e 3 anos	29	44,6
	entre 4 e 6 anos	10	15,4
	entre 7 e 9 anos	9	13,8
	+ de 10 anos	2	3,1
	Total	65	100,0
Omisso	Sistema	27	

Total	92
-------	----

3.3. Tipos de maus-tratos e agente que infligiu os maus-tratos

Na tabela 14 são apresentados os resultados referentes aos tipos de maus-tratos que os adolescentes inquiridos foram vítimas. Foi possível concluir que, 38 adolescentes foram vítimas de negligência, 38 adolescentes foram vítimas de maus-tratos físicos, 7 foram vítimas de maus-tratos sexuais e 36 foram vítimas de maus-tratos psicológicos.

Tabela 14

Distribuição das frequências do tipo maus-tratos sofrido pelos adolescentes

Tipos de maus-tratos		Respostas	Percentagem
		N	de casos
Tipos de maus-tratos	Negligência	38	55,1%
	Maus-tratos físicos	38	55,1%
	Maus-tratos sexuais	7	10,1%
	Maus-tratos psicológicos	36	52,2%
Total		119	172,5%

No que toca ao agente que infligiu os maus-tratos nos adolescentes, de acordo com a tabela 15, responderam a esta questão 85 adolescentes, sendo que 47 adolescentes referiram ter sido maltratados pela mãe ou pai, 17 adolescentes foram vítimas de maus-tratos por parte da madrasta ou do padrasto, 7 adolescentes foram maltratados pelos avós, 5 foram vítimas de maus-tratos por parte de outro familiar e 9 por outra pessoa fora do seio familiar.

Tabela 15

Distribuição das frequências do agente que provocou os maus-tratos nos adolescentes

Agente que provocou os maus-tratos		Respostas	Percentagem
		N	de casos
Agente que provocou os maus-tratos	Mãe/pai	47	71,2%
	Madrasta/Padrasto	17	25,8%
	Avós	7	10,6%
	Outro familiar	5	7,6%
	Outra pessoa fora do seio familiar	9	13,6%
Total		85	128,8%

3.4. Adolescentes que foram ou não amamentados e adolescentes que viram ou não a mãe a amamentar

Quando questionados se foram ou não amamentados, 70,7% dos adolescentes (65 adolescentes) responderam que sim enquanto 29,3% dos adolescentes (27 adolescentes) responderam que não (tabela 16).

Tabela 16

Distribuição das frequências dos adolescentes que foram ou não amamentados

		N	%
Amamentado	Não	27	29,3
	Sim	65	70,7
	Total	92	100,0

Quanto ao facto de alguma vez ter visto a mãe a amamentar ou não (tabela 17), 69,6% responderam que sim e 30,4% responderam que não, quer isto dizer que, 64 adolescentes responderam que sim e 28 adolescentes responderam que não, respetivamente.

Tabela 17

Distribuição das frequências dos adolescentes que virão ou não a mãe a amamentar

		N	%
Ver mãe a amamentar	Sim	64	69,6
	Não	28	30,4
	Total	92	100,0

3.5. Escala de Autoestima de Rosenberg e Escala de Crenças e Atitudes dos Adolescentes face à Amamentação

Relativamente à aplicação da escala de autoestima de Rosenberg, sendo o score mínimo de 0 pontos e o score máximo de 30 pontos, a média do score obtido na escala por parte dos adolescentes foi de 18,85 pontos com um desvio padrão de 5,85 pontos ($18,85 \pm 5,85$ pontos), ou seja, os adolescentes não apresentam um nível de autoestima elevado, uma vez que a média do score não está próxima do score máximo (tabela 18).

No que se refere à escala de crenças e atitudes face à amamentação, tabela 18, no que diz respeito à Dimensão Crenças face à amamentação o valor do score mínimo foi 1 e o máximo foi 6, sendo que, a média obtida nesta Dimensão foi 2,25 com um desvio padrão de 1,12 ($2,25 \pm 1,12$). Assim, tendo em conta que o valor do score médio que os adolescentes apresentaram na Dimensão Crenças face à amamentação está mais próximo do score mínimo do que do score máximo e a Dimensão Crenças face à amamentação diz respeito a crenças e atitudes negativas face à amamentação, verifica-se que os adolescentes entrevistados apresentam um nível baixo de crenças e atitudes negativas face à amamentação.

Quanto à Dimensão Vantagens/Desvantagens face à amamentação, na tabela 18, o valor mínimo obtido foi 2,5 e o valor máximo foi 7 enquanto a média do score obtida nesta dimensão por parte dos adolescentes foi de 5,62 com um desvio padrão de 1 ($5,62 \pm 1$). Assim, tendo presente que o valor do score médio que os adolescentes apresentaram na Dimensão Vantagens/Desvantagens face à amamentação está mais próximo do score máximo do que do score mínimo e a Dimensão Vantagens/Desvantagens face à amamentação diz respeito a crenças e atitudes positivas face à amamentação, verifica-se que os adolescentes entrevistados apresentam crenças e atitudes positivas face à amamentação.

Na Dimensão Impacto da amamentação na mãe, a cotação obtida variou entre 1 e 6,25, obtendo-se uma média de 3,72 e um desvio padrão de 1,12 ($3,72 \pm 1,12$) (tabela 18). Tendo em mente que o valor do score médio que os adolescentes apresentaram na Dimensão Impacto da amamentação na mãe está mais próximo do score máximo do que do score mínimo e a Dimensão Impacto da amamentação na mãe diz respeito a crenças e atitudes negativas face à amamentação, verifica-se que os adolescentes entrevistados apresentam algumas crenças e atitudes negativas face à amamentação.

No que concerne à Dimensão Limitações da amamentação, atenta-se valor mínimo observado de 1,50 e máximo de 7, sendo a média de 4,46 e o desvio padrão 1,15 ($4,46 \pm 1,15$) (tabela 18). Tendo em conta que o valor do score médio que os adolescentes apresentaram na Dimensão Limitações da amamentação está mais próximo do score máximo do que do score mínimo e a Dimensão Limitações da amamentação diz respeito a crenças e atitudes negativas face à amamentação, verifica-se que os adolescentes entrevistados apresentam algumas crenças e atitudes negativas face à amamentação.

No que respeita à Dimensão Visão face à amamentação, esta dimensão obteve um valor mínimo de 1 e um valor máximo de 7 com uma média de 4,88 e um desvio padrão de 1,33 ($4,88 \pm 1,33$) e a Dimensão Atitudes face à amamentação apresentou um intervalo de

cotação que oscilou entre 1 e 7, com média de 4,02 e um desvio de padrão de 1,19 ($4,02 \pm 1,19$) (tabela 18). Tendo em conta que o valor do score médio que os adolescentes apresentaram na Dimensão Visão face à amamentação está mais próximo do score máximo do que do score mínimo e a Dimensão Visão face à amamentação diz respeito a crenças e atitudes negativas/positivas face à amamentação, verifica-se que os adolescentes entrevistados apresentam algumas crenças e atitudes negativas/positivas face à amamentação. No que diz respeito ao valor do score médio que os adolescentes apresentaram na Dimensão Atitudes face à amamentação, este está mais próximo do score máximo do que do score mínimo e sendo a Dimensão Atitudes face à amamentação relativa a crenças e atitudes positivas face à amamentação, verifica-se que os adolescentes entrevistados apresentam crenças e atitudes positivas face à amamentação.

Em relação à Dimensão “Perceção das barreiras sociais” da Escala de Crenças e Atitudes dos Adolescentes face à Amamentação”, o valor mínimo observado foi 1 e o máximo foi 5, quanto à média obtida nesta dimensão esta foi de 3,60 com um desvio padrão de 1,01 ($3,60 \pm 1,01$) (tabela 18). Sabendo que o valor do score médio que os adolescentes apresentaram na dimensão “Perceção das barreiras sociais”, está mais próximo do score máximo do que do score mínimo, verifica-se que os adolescentes participantes apresentam relativamente poucas barreiras sociais face à amamentação.

Tabela 18

Medidas descritivas dos scores obtidos pelos adolescentes na escala de autoestima e nas dimensões da escala de crenças e atitudes dos adolescentes face à amamentação

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Score da escala de Autoestima	92	,00	30,00	18,85	5,85
Score da dimensão Crenças face à amamentação	80	1,00	6,00	2,25	1,12
Score da dimensão Vantagens/Desvantagens face à amamentação	80	2,50	7,00	5,62	1,00
Score da dimensão Impacto da amamentação na mãe	80	1,00	6,25	3,72	1,12
Score da dimensão Limitações da amamentação	80	1,50	7,00	4,46	1,15

Score da dimensão Visão face à amamentação	80	1,00	7,00	4,88	1,33
Score da dimensão Atitudes face à amamentação	80	1,00	7,00	4,02	1,19
Perceção das barreiras sociais	80	1,00	5,00	3,60	1,01

3.6. Apresentação e análise dos dados das relações encontradas entre as variáveis em estudo

Com o objetivo de verificar a validade das hipóteses delineadas para o estudo foi realizada uma análise dos dados com recurso à estatística inferencial.

Posto isto, de seguida serão apresentados os resultados obtidos objetivando a testagem das hipóteses de investigação formuladas:

- **Hipótese 1 (H1): As características de domínio sociodemográfico (idade, sexo e escolaridade) estão relacionadas com as crenças e as atitudes face à amamentação dos adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial.**

No que se refere à H1, que pretende averiguar se as características de domínio sociodemográfico (idade, sexo e escolaridade) têm relação com as crenças e as atitudes face à amamentação dos adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial, para verificar se existe relação entre o sexo e as crenças e atitudes face à amamentação foi utilizado o teste t para grupos independentes, tendo-se verificado relação estatisticamente significativa entre o sexo e as crenças e atitudes face à amamentação das dimensões Crenças face à amamentação, Impacto da amamentação na mãe, Limitações da amamentação e Perceção das barreiras sociais, já que os valores de significância estatística (p) encontrados são inferiores a 0,05 ($p < 0,05$), como expresso na tabela 19. Assim sendo:

-o sexo tem relação com as crenças e atitudes face à amamentação da dimensão Crenças face à amamentação, porque existem diferenças estatisticamente significativas: $t = -3,589$ e $p = 0,001$, significa isto que, o sexo dos adolescentes tem influência na média do score obtido nas crenças e atitudes face à amamentação da dimensão Crenças face à amamentação, sendo a média mais alta atribuída aos rapazes. Portanto, os adolescentes

do sexo masculino têm um score superior nas crenças e atitudes da dimensão Crenças face à amamentação.

-o sexo tem relação com as crenças e atitudes face à amamentação da dimensão Impacto da amamentação na mãe porque existem diferenças estatisticamente significativas: $t=-2,271$ e $p=0,026$, significa isto que, o sexo dos adolescentes tem influência na média do score obtido nas crenças e atitudes face à amamentação da dimensão Impacto da amamentação na mãe, sendo a média mais alta atribuída aos rapazes. Portanto, os adolescentes do sexo masculino têm um score superior nas crenças e atitudes da dimensão Impacto da amamentação na mãe.

-o sexo tem relação com as crenças e atitudes face à amamentação da dimensão Limitações da amamentação porque existem diferenças estatisticamente significativas: $t=-2,122$ e $p=0,037$, significa isto que, o sexo dos adolescentes tem influência na média do score obtido nas crenças e atitudes face à amamentação da dimensão Limitações da amamentação, sendo a média mais alta atribuída aos rapazes. Portanto, os adolescentes do sexo masculino têm um score superior nas crenças e atitudes da dimensão Limitações da amamentação.

-o sexo tem relação com as crenças e atitudes face à amamentação da dimensão da Perceção das barreiras sociais porque existem diferenças estatisticamente significativas: $t=3,955$ e $p=0,000$ significa isto que, o sexo dos adolescentes tem influência na média do score obtido nas crenças e atitudes face à amamentação da dimensão Perceção das barreiras sociais, sendo a média mais alta atribuída às raparigas. Portanto, as adolescentes do sexo feminino têm um score superior nas crenças e atitudes da dimensão Perceção das barreiras sociais.

Tabela 19

Análise da correlação entre o sexo dos adolescentes e as crenças e atitudes face à amamentação (teste t para grupos independentes)

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	T	Significância estatística (p)
Dimensão Crenças face à amamentação	Feminino	34	1,76	,80	-3,589	0,001
	Masculino	46	2,61	1,19		
Dimensão Vantagens/Desvantagens da amamentação	Feminino	34	5,51	,96	-0,774	0,441
	Masculino	46	5,69	1,04		
Dimensão Impacto da amamentação na mãe	Feminino	34	3,40	1,03	-2,271	0,026
	Masculino	46	3,96	1,13		
Dimensão Limitações da amamentação	Feminino	34	4,15	,92	-2,122	0,037
	Masculino	46	4,68	1,25		
Dimensão Visão face à amamentação	Feminino	34	5,04	1,17	0,943	0,349
	Masculino	46	4,76	1,43		
Dimensão Atitudes face à amamentação	Feminino	34	4,10	1,11	0,543	0,589
	Masculino	46	3,96	1,25		
Dimensão Percepção das barreiras sociais	Feminino	34	4,08	,90	3,955	0,000
	Masculino	46	3,25	,95		

No que se refere à verificação da relação entre a idade dos adolescentes e as crenças e atitudes face à amamentação, esta foi testada através do cálculo do coeficiente de correlação de Pearson, que verificando a tabela 20, confirma-se relação negativa, linear e estatisticamente significativa entre a idade e as crenças e atitudes da dimensão Crenças face à amamentação ($r=-0,253$ e $p=0,024$) e da dimensão Limitações da amamentação ($r=-0,292$ e $p=0,008$) e relação positiva, linear e estatisticamente significativa entre a idade e a dimensão da Percepção das barreiras sociais ($r=0,290$ e $p=0,009$). Ou seja, são os adolescentes mais novos que apresentam maior score nas dimensões Crenças face à amamentação e Limitações da amamentação da escala de crenças e atitudes face à amamentação, e são os adolescentes mais velhos que apresentam maior score na dimensão da Percepção das barreiras sociais da escala de crenças e atitudes face à amamentação.

Tabela 20

Análise da correlação entre a idade dos adolescentes e as crenças e atitudes face à amamentação (coeficiente de correlação de Pearson)

		Idade
Dimensão Crenças face à amamentação	R	-,253
	Significância estatística (p)	,024

	N	80
Dimensão Vantagens/Desvantagens da amamentação	R	,082
	Significância estatística (p)	,469
	N	80
Dimensão Impacto da amamentação na mãe	R	,021
	Significância estatística (p)	,856
	N	80
Dimensão Limitações da amamentação	R	-,292
	Significância estatística (p)	,008
	N	80
Dimensão Visão face à amamentação	R	,169
	Significância estatística (p)	,134
	N	80
Dimensão Atitudes face à amamentação	R	,050
	Significância estatística (p)	,660
	N	80
Percepção das barreiras sociais	R	,290
	Significância estatística (p)	,009
	N	80

No que toca à existência de relação entre a escolaridade dos adolescentes e as suas crenças e atitudes face à amamentação, utilizou-se o teste ANOVA, o que permitiu confirmar, como observado na tabela 21, que existiram diferenças estatisticamente significativas entre a escolaridade e as dimensões Crenças face à amamentação ($p=0,010$; $F=4,848$), Limitações da amamentação ($p=0,045$; $F=3,225$) e Percepção das barreiras sociais ($p=0,002$; $F=6,873$) da escala de crenças e atitudes dos adolescentes face à amamentação. Estes resultados mostram que existe relação entre as médias dos scores obtidos nas dimensões Crenças face à amamentação, Limitações da amamentação e Percepção das barreiras sociais e o grau de escolaridade dos adolescentes.

Tabela 21

Análise da correlação entre a escolaridade dos adolescentes e as crenças e atitudes face à amamentação (teste ANOVA)

		N	Média	Desvio padrão	F	Significância estatística (p)
Crenças face à amamentação	1.º e 2º Ciclo do EB	21	2,84	1,36	4,848	,010
	3º ciclo do EB	31	2,19	1,03		
	Ensino Secundário	28	1,89	,84		
	Total	80	2,25	1,12		
Vantagens/Desvantagens face à amamentação	1.º e 2º Ciclo do EB	21	5,48	1,22	,659	,520
	3º ciclo do EB	31	5,77	,97		
	Ensino Secundário	28	5,54	,85		
	Total	80	5,62	1,00		
Impacto da amamentação na mãe	1.º e 2º Ciclo do EB	21	3,87	1,31	,374	,689
	3º ciclo do EB	31	3,60	1,09		
	Ensino Secundário	28	3,74	1,01		
	Total	80	3,72	1,12		
Limitações da amamentação	1.º e 2º Ciclo do EB	21	4,95	1,36	3,225	,045
	3º ciclo do EB	31	4,40	1,08		
	Ensino Secundário	28	4,14	,94		
	Total	80	4,46	1,15		
Visão face à amamentação	1.º e 2º Ciclo do EB	21	4,52	1,37	1,962	,148
	3º ciclo do EB	31	4,79	1,47		
	Ensino Secundário	28	5,25	1,05		
	Total	80	4,88	1,33		
Atitudes face à amamentação	1.º e 2º Ciclo do EB	21	3,98	1,08	1,409	,251
	3º ciclo do EB	31	3,79	1,15		
	Ensino Secundário	28	4,30	1,28		
	Total	80	4,02	1,19		
Perceção das barreiras sociais	1.º e 2º Ciclo do EB	21	2,97	,92	6,873	,002
	3º ciclo do EB	31	3,71	,89		
	Ensino Secundário	28	3,95	1,01		
	Total	80	3,60	1,01		

Para identificar em que grupos as diferenças eram estatisticamente significativas ($p=0,05$). Recorreu-se aos procedimentos *post hoc* dos comandos do teste ANOVA e depois ao teste de Student-Newman-Keuls.

Através da tabela 22 é possível observar que, são os adolescentes que frequentam o 1º e 2º ciclo do EB que apresentam maior score na Dimensão Crenças face à amamentação da escala de crenças e atitudes dos adolescentes face à amamentação ($\bar{X} = 2,84$), que difere

significativamente do grupo de adolescentes que frequentam o ensino secundário ($\bar{X} = 1,89$), e do grupo de adolescentes que frequentam o 3º ciclo do EB ($\bar{X} = 2,19$). Os adolescentes do ensino secundário e o 3º ciclo não se distinguem ($p > 0,05$). Os resultados apurados mostram assim que os adolescentes do 1º e 2º ciclo do EB apresentam maior score de crenças e atitudes negativas face à amamentação comparativamente aos adolescentes do 3º ciclo do EB e do Ensino Secundário.

Tabela 22

Análise da diferença entre os grupos de escolaridade dos adolescentes e a Dimensão Crenças face à amamentação crenças e atitudes face à amamentação (procedimentos post hoc – teste student newman-keuls)

Escolaridade	N	1	2
Ensino Secundário	28	1,8857	
3º ciclo do EB	31	2,1871	
1.º e 2º Ciclo do EB	21		2,8381
Sig.		,313	1,000

Como se pode observar na tabela 23, são os adolescentes que frequentam o 1º e 2º ciclo do EB que apresentam maior score na Dimensão Limitações da amamentação da escala de crenças e atitudes dos adolescentes face à amamentação ($\bar{X} = 4,95$), que diferem significativamente do grupo de adolescentes que frequentam o secundário ($\bar{X} = 4,14$), e do grupo de adolescentes que frequentam o 3º ciclo do EB ($\bar{X} = 4,40$). O ensino secundário e o 3º ciclo não se distinguem ($p > 0,05$). Assim, os resultados mostraram que são os adolescentes do 1º e 2º ciclo do EB que exibem maior score de crenças e atitudes negativas face à amamentação comparativamente aos adolescentes do 3º ciclo do EB e do Ensino Secundário.

Tabela 23

Análise da diferença entre os grupos de escolaridade dos adolescentes e a Dimensão Limitações da amamentação crenças e atitudes face à amamentação (procedimentos post hoc – teste student newman-keuls)

Escolaridade	N	1	2
Ensino Secundário	28	4,1429	
3º ciclo do EB	31	4,4032	4,4032
1.º e 2º Ciclo do EB	21		4,9524
Sig.		,403	,080

Na tabela 24 verifica-se que são os adolescentes que frequentam o Ensino Secundário que apresentam maior score na Dimensão Percepção das barreiras sociais da escala de crenças e atitudes dos adolescentes face à amamentação ($\bar{X} = 3,95$). O grupo dos adolescentes do 1º e 2º ciclo ($\bar{X} = 2,97$) distingue-se significativamente do grupo de adolescentes que frequentam o ensino secundário e o 3º ciclo do EB ($\bar{X} = 3,71$). O ensino secundário e o 3º ciclo não se distinguem ($p > 0,05$). Estes resultados mostraram que são os adolescentes que frequentam o Ensino Secundário que apresentam menores barreiras sociais face à amamentação quando expostos à sua prática.

Tabela 24

Análise da diferença entre os grupos de escolaridade dos adolescentes e a Dimensão Percepção das barreiras sociais crenças e atitudes face à amamentação (procedimentos post hoc – teste student newman-keuls)

Escolaridade	N	1	2
1.º e 2º Ciclo do EB	21	2,9660	
3º ciclo do EB	31		3,7097
Ensino Secundário	28		3,9490
Sig.		1,000	,363

- Hipótese 2 (H2): O nível de autoestima dos adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial está relacionado com as suas crenças e atitudes face à amamentação.

Para testar a H2, em que se procura identificar se existe relação entre o nível de autoestima dos adolescentes e as crenças e atitudes face à amamentação recorreu-se ao Coeficiente

de Correlação de Pearson, não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre o nível de autoestima e as crenças e atitudes face à amamentação (tabela 25).

Deste modo, conclui-se que o nível de autoestima dos adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial não tem relação com as suas crenças e atitudes face à amamentação.

Tabela 25

Análise da correlação entre o nível de autoestima dos adolescentes e as crenças e atitudes face à amamentação (coeficiente de correlação de Pearson)

		Score da Autoestima
Crenças face à amamentação	R	,105
	Sig.	,352
	N	80
Vantagens/Desvantagens da amamentação	R	,079
	Sig.	,488
	N	80
Impacto da amamentação na mãe	R	,129
	Sig.	,255
	N	80
Limitações da amamentação	R	,167
	Sig.	,140
	N	80
Visão face à amamentação	R	-,164
	Sig.	,146
	N	80
Atitudes face à amamentação	R	-,018
	Sig.	,871
	N	80
Perceção das barreiras sociais	R	-,139
	Sig.	,220
	N	80

• Hipótese 3: Prevê-se que as características de domínio sociodemográfico (idade, sexo e escolaridade), a idade de início dos maus-tratos, o tipo de maus-tratos, a duração dos maus-tratos, o agente que perpetuou os maus-tratos, ter sido amamentado/a e ter visto a mãe a amamentar sejam preditores das crenças e atitudes face à amamentação dos adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial.

Na H3 pretendia-se verificar quais das variáveis, características de domínio sociodemográfico (idade, sexo e escolaridade), a idade de início dos maus-tratos, o tipo de maus-tratos, a duração dos maus-tratos, o agente que perpetuou os maus-tratos, ter sido amamentado/a e ter visto a mãe a amamentar, eram predictoras das crenças e atitudes face à amamentação dos adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial.

Para tal, recorreu-se à Análise de Regressão Múltipla pelo método *stepwise* em que, as variáveis critérios são as 7 dimensões da escala de crenças e atitudes face à amamentação: Crenças face à amamentação, Vantagens/Desvantagens face à amamentação, Impacto da amamentação na mãe, Limitação da amamentação, Visão face à amamentação, Atitudes face à amamentação e Perceção das barreiras sociais, identificadas no estudo da validade do construto e as variáveis predictoras são as características sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade), a idade de início dos maus-tratos, o tipo de maus-tratos, a duração dos maus-tratos, o agente que perpetuou os maus-tratos, ter sido amamentado/a e ter visto a mãe a amamentar.

No primeiro modelo foram inseridas como variáveis predictoras as características sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade), a idade de início dos maus-tratos, o tipo de maus-tratos, a duração dos maus-tratos, o agente que perpetuou os maus-tratos, ter sido amamentado/a e ter visto a mãe a amamentar, tendo como critério (variável dependente) as crenças e atitudes face à amamentação da Crenças face à amamentação.

Como se pode verificar através da tabela 26, apenas a variável sexo é retida, sendo que a percentagem de variação explicada pelo modelo é de 10,5%. Tendo em conta que, $\beta = -0,726$ e $p = 0,011$, é possível verificar que um score mais elevado na Crenças face à amamentação da escala de crenças e atitudes face à amamentação está associado a ser rapaz (0 = rapaz; 1 = rapariga).

Isto significa que os adolescentes do sexo masculino têm crenças mais negativas face à amamentação uma vez que, a Crenças face à amamentação diz respeito a crenças e atitudes negativas face à amamentação.

Tabela 26

Análise de Regressão Múltipla por método stepwise. Variáveis independentes/preditoras: características sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade), idade de início dos maus-tratos, tipo de maus-tratos, duração dos maus-tratos, agente que perpetuou os maus-tratos, ter sido amamentado/a e ter visto a mãe a amamentar; variável dependente/critério: crenças e atitudes relativas à Dimensão Crenças face à amamentação.

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados β	T	p
		B	Erro			
1	(Constante)	2,343	,187		12,551	,000
	Sexo	-,726	,275	-,350	-2,643	,011

R² ajustado= 0,105

No segundo modelo de ARM foram inseridas como variáveis preditoras as características sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade), a idade de início dos maus-tratos, o tipo de maus-tratos, a duração dos maus-tratos, o agente que perpetuou os maus-tratos, ter sido amamentado/a e ter visto a mãe a amamentar, tendo como critério (variável dependente) as crenças e atitudes face à amamentação da Vantagens/Desvantagens da amamentação. Nenhuma das variáveis foi retida no modelo, portanto nenhuma das variáveis tem associação com as crenças e atitudes face à amamentação da Vantagens/Desvantagens da amamentação.

No terceiro modelo foram inseridas como variáveis preditoras as características sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade), a idade de início dos maus-tratos, o tipo de maus-tratos, a duração dos maus-tratos, o agente que perpetuou os maus-tratos, ter sido amamentado/a e ter visto a mãe a amamentar, tendo como critério (variável dependente) as crenças e atitudes face à amamentação da Dimensão Impacto da amamentação na mãe.

Como se pode observar através da tabela 27, apenas a variável sexo é retida, sendo que a percentagem de variação explicada pelo modelo é de 7,7%. Tendo em conta que, $\beta = -0,735$ e $p = 0,026$, é possível verificar que score mais alto na Dimensão Impacto da amamentação na mãe da escala de crenças e atitudes mais elevadas estão associadas a ser rapaz (0 = rapaz; 1 = rapariga).

Isto significa que os adolescentes do sexo masculino têm crenças mais negativas face à amamentação uma vez que, a Dimensão Impacto da amamentação na mãe diz respeito a crenças e a atitudes negativas face à amamentação.

Tabela 27

Análise de Regressão Múltipla por método stepwise. Variáveis independentes/preditoras: características sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade), idade de início dos maus-tratos, tipo de maus-tratos, duração dos maus-tratos, agente que perpetuou os maus-tratos, ter sido amamentado/a e ter visto a mãe a amamentar; variável dependente/critério: crenças e atitudes relativas à Dimensão Impacto da amamentação na mãe

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados β	T	p
		B	Erro			
1	(Constante)	4,027	,217		18,528	,000
	Sexo	-,735	,320	-,309	-2,298	,026

R² ajustado=0,077

No quarto modelo foram inseridas como variáveis predictoras as características sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade), a idade de início dos maus-tratos, o tipo de maus-tratos, a duração dos maus-tratos, o agente que perpetuou os maus-tratos, ter sido amamentado/a e ter visto a mãe a amamentar, tendo como critério (variável dependente) as crenças e atitudes face à amamentação da Dimensão Limitações da amamentação.

Através da análise da tabela 28, é possível identificar que as variáveis, escolaridade, duração dos maus-tratos e tipo de maus-tratos (negligência) são predictoras das crenças e atitudes face à amamentação da Dimensão Limitações da amamentação.

No que diz respeito à variável preditora escolaridade, uma vez que $\beta=-0,447$ e $p=0,016$, é possível verificar que quanto maior o score na Dimensão Limitações da amamentação da escala de crenças e atitudes face à amamentação, menor a escolaridade dos adolescentes. Visto que as crenças e atitudes face à amamentação da Dimensão Limitações da amamentação dizem respeito a crenças e atitudes negativas face à amamentação, adolescentes com menor escolaridade têm crenças e atitudes negativas face à amamentação.

No que toca à variável preditora duração dos maus-tratos, uma vez que $\beta=-0,370$ e $p=0,013$, é possível verificar que quanto maior o score na Dimensão Limitações da amamentação da escala de crenças e atitudes face à amamentação, menor a duração dos maus-tratos sofridos pelo adolescente. Tendo em conta que as crenças e atitudes face à amamentação da Dimensão Limitações da amamentação dizem respeito a crenças e atitudes negativas face à amamentação, adolescentes que foram vítimas de maus-tratos durante menos tempo têm crenças e atitudes negativas face à amamentação.

Por último, quanto à variável preditora tipo de maus-tratos (negligência), o valor de $\beta=0,654$ e o valor de $p=0,027$ o que significa que, os adolescentes que sofreram o tipo de maus-tratos: negligência são os que apresentam, maior score na Dimensão Limitações da amamentação da escala de crenças e atitudes face à amamentação. Uma vez que as crenças e atitudes negativas da Dimensão Limitações da amamentação dizem respeito a crenças e atitudes negativas face à amamentação, os adolescentes que foram vítimas do tipo de maltrato: negligência apresentam crenças e atitudes face à amamentação mais negativas.

Tabela 28

Análise de Regressão Múltipla por método stepwise. Variáveis independentes/preditoras: características sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade), idade de início dos maus-tratos, tipo de maus-tratos, duração dos maus-tratos, agente que perpetuou os maus-tratos, ter sido amamentado/a e ter visto a mãe a amamentar; variável dependente/critério: crenças e atitudes relativas à Dimensão Limitações da amamentação

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados β	t	p
		B	Erro			
1	(Constante)	6,324	,588		10,749	,000
	Escolaridade	-,573	,183	-,406	-3,139	,003
2	(Constante)	6,634	,589		11,256	,000
	Escolaridade	-,457	,186	-,323	-2,462	,017
	Sabes quanto tempo duraram os maus-tratos?	-,301	,146	-,272	-2,067	,044
3	(Constante)	6,415	,574		11,185	,000
	Escolaridade	-,447	,178	-,316	-2,509	,016
	Sabes quanto tempo duraram os maus-tratos?	-,370	,143	-,333	-2,584	,013
	Negligencia	,654	,286	,281	2,283	,027

R² ajustado=0,264

No quinto modelo de ARM foram inseridas como variáveis preditoras as características sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade), a idade de início dos maus-tratos, o tipo de maus-tratos, a duração dos maus-tratos, o agente que perpetuou os maus-tratos, ter sido amamentado/a e ter visto a mãe a amamentar, tendo como critério (variável dependente) as crenças e atitudes face à amamentação da Dimensão Visão face à amamentação. Nenhuma das variáveis foi retida no modelo, portanto nenhuma das variáveis tem associação com as crenças e atitudes face à amamentação da Dimensão Visão face à amamentação.

No sexto modelo de ARM foram inseridas como variáveis preditoras as características sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade), a idade de início dos maus-tratos, o tipo de maus-tratos, a duração dos maus-tratos, o agente que perpetuou os maus-tratos, ter sido amamentado/a e ter visto a mãe a amamentar, tendo como critério (variável dependente) as crenças e atitudes face à amamentação da Dimensão Atitudes face à amamentação. Nenhuma das variáveis foi retida no modelo, portanto nenhuma das variáveis tem associação com as crenças e atitudes face à amamentação da Dimensão Atitudes face à amamentação.

No sétimo modelo foram inseridas como variáveis preditoras as características sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade), a idade de início dos maus-tratos, o tipo

de maus-tratos, a duração dos maus-tratos, o agente que perpetuou os maus-tratos, ter sido amamentado/a e ter visto a mãe a amamentar, tendo como critério (variável dependente) as crenças e atitudes face à amamentação da dimensão Percepção das barreiras sociais.

Através da análise da tabela 29, é possível identificar que as variáveis, sexo e escolaridade são preditoras das crenças e atitudes face à amamentação da dimensão Percepção das barreiras sociais.

Em relação à variável preditora sexo, tendo em conta que $\beta=0,862$ e $p=0,002$, é possível verificar que, maior score na dimensão da Percepção das barreiras sociais da escala de crenças e atitudes face à amamentação está associado a ser rapariga (0 = rapaz; 1 = rapariga). Assim sendo, as raparigas têm maior percepção das barreiras sociais face à amamentação.

Em respeito à variável preditora escolaridade, uma vez que $\beta=0,396$ e $p=0,018$, é possível verificar que quanto maior o score na dimensão da Percepção das barreiras sociais da escala de crenças e atitudes face à amamentação maior a escolaridade do adolescente. Os adolescentes com maior escolaridade apresentam maior percepção das barreiras sociais face à amamentação.

Tabela 29

Análise de Regressão Múltipla por método stepwise. Variáveis independentes/preditoras: características sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade), idade de início dos maus-tratos, tipo de maus-tratos, duração dos maus-tratos, agente que perpetuou os maus-tratos, ter sido amamentado/a e ter visto a mãe a amamentar; variável dependente/critério: crenças e atitudes relativas à Dimensão Percepção das barreiras sociais

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados β	t	P
		B	Erro			
1	(Constante)	3,143	,182		17,279	,000
	Sexo	1,054	,268	,486	3,935	,000
2	(Constante)	1,996	,498		4,008	,000
	Sexo	,862	,267	,398	3,232	,002
	Escolaridade	,396	,161	,302	2,455	,018

R²=0,292

4. DISCUSSÃO

Neste capítulo, pretende-se proceder à discussão dos resultados obtidos no estudo de investigação realizado, através da apreciação crítica dos mesmos, tendo por base as questões e hipóteses de investigação formuladas para o desenvolvimento do estudo, confrontando os resultados com a evidência científica já existente sobre a temática.

No que se refere à caracterização da amostra, dos 92 adolescentes que a constituíam, a maioria era do sexo masculino, 63%, e a média de idades da amostra era de 15,27 anos, com idade mínima de 12 anos e idade máxima de 19 anos. Os adolescentes frequentavam na sua maioria o Ensino Secundário (37%) e o 3º ciclo do EB (37%). 97,8% tinham irmãos e destes, 59,3% sabiam que os irmãos tinham sido amamentados. 64,1% dos adolescentes respondeu que no futuro iriam tomar a decisão de amamentar conjuntamente com o seu parceiro, 75,9% dos rapazes estão dispostos a apoiar a companheira na decisão futura de amamentar e 85,3% das raparigas têm motivação para amamentar no futuro.

De acordo com os dados do Relatório Casa 2021 do ISS (2022) que caracteriza a situação de acolhimento das crianças e jovens portugueses em 2021, a maioria das crianças e jovens institucionalizados eram do sexo masculino (52%), sendo que existe uma predominância do número de crianças e jovens com mais de 12 anos, representando 66% da população total de crianças e jovens em situação de acolhimento, sendo que destes 66%, a sua maioria, 33,5%, têm idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos. A maior parte dos jovens institucionalizados em Portugal, em 2021, frequentavam o 3º ciclo do EB e o Ensino Secundário, com 30% e 24% dos inquiridos, respetivamente.

Compreende-se que as características como, idade, sexo e nível de escolaridade da amostra em estudo (92 adolescentes) são análogos aos resultados descritos no Relatório nacional CASA 2021 do ISS (2022), servindo apenas de comparação uma vez que a técnica de amostragem do estudo foi uma amostra por conveniência.

97,8% dos adolescentes participantes tinham irmãos e 59,3% sabiam que os irmãos tinham sido amamentados. 64,1% dos adolescentes respondeu que no futuro iriam tomar a decisão de amamentar conjuntamente com o seu parceiro, 75,9% dos rapazes estão

dispostos a apoiar a companheira na decisão futura de amamentar e 85,3% das raparigas têm motivação para amamentar no futuro.

No estudo de Galvão et al. (2008), sobre os conhecimentos e atitudes dos adolescentes face à amamentação, também a maioria dos adolescentes do estudo tinham irmãos (85,1%) e sabiam que os irmãos tinham sido amamentados (90,5%). Ainda no estudo de Galvão et al. (2008), a maioria das adolescentes (98,7%) do sexo feminino pensam vir a amamentar no futuro e destas, apenas 46% referiu que iria tomar a decisão no futuro conjuntamente com o parceiro, mas, a totalidade dos adolescentes do sexo masculino (100%) referiu que iria apoiar a companheira na decisão de amamentar no futuro.

No trabalho de investigação de Pinheiro (2011), relativo aos conhecimentos e atitudes dos adolescentes face à amamentação, também os adolescentes participantes tinham na sua maioria irmãos (84,7%) e 66,1% sabiam que os irmãos tinham sido amamentados. A maioria das adolescentes do sexo feminino (91,4%) pensam vir a amamentar no futuro. A maioria dos adolescentes masculinos (83,3%) pretendiam apoiar a companheira na decisão futura de amamentar e 67,8% dos adolescentes consideraram que a decisão de amamentar deve ser tomada conjuntamente com o/a companheiro/a.

Quando questionados se tinham sido amamentados, 70,7% dos adolescentes do estudo da presente dissertação responderam que sim e 69,6% afirmaram que já tinham visto a mãe a amamentar.

Estes resultados vão de encontro aos resultados obtidos pelo estudo de Galvão et al. (2008) supracitado na medida em que, a maior parte dos adolescentes questionados tinha conhecimento que foram amamentados (96,6%), embora que neste estudo menos de metade dos adolescentes (26,4%) referiram ter visto a mãe a amamentar. Também no estudo de Pinheiro (2011), a maioria dos adolescentes participantes referiu ter sido amamentado (84,7%) mas apenas 32,2% dos adolescentes viram a mãe a amamentar.

Os resultados obtidos através do estudo de investigação realizado afiguram-se favoráveis para uma futura atitude positiva face à prática da amamentação, uma vez que, para Galvão (2008), a experiência de ter sido uma filha amamentada influencia a atitude da futura mãe quanto à amamentação. No estudo efetuado, a grande percentagem dos adolescentes sabiam que foram amamentados e que os irmãos também o tinham sido e mais de metade tinham visto a mãe a amamentar.

Segundo Galvão (2006), a tomada de decisão da mulher em amamentar acontece com maioritariamente antes de engravidar, sendo que apenas um pequeno número de mães deixa a tomada de decisão para depois do parto. Citando Galvão et al. (2008), é sabido que ver com alguma frequência outras mulheres a amamentar, especialmente familiares, nomeadamente a mãe, constitui um modo privilegiado das adolescentes desenvolverem atitudes positivas em relação à amamentação.

A decisão de amamentar no futuro de algumas adolescentes e mulheres está relacionada com o facto de estas crescerem num ambiente em que a amamentação é praticada de forma natural, denominado de “meio aleitante” para alguns autores, que são essenciais para que se transmitam saberes e práticas tradicionais promotoras da amamentação. Terem sido amamentadas pelas suas mães e verem outras mães a amamentar podem estar associadas a experiências positivas relacionadas com a amamentação (Levy e Bértolo, 2012).

Citando a Teoria da Aprendizagem Social proposta por Bandura, a aprendizagem pode basear-se na observação de comportamentos, que resulta da imitação e interação social, podendo esta teoria enquadrar-se na questão da prática da amamentação uma vez que, a exposição de adolescentes a imagens positivas face à amamentação no seio familiar constitui um modo de reforçar atitudes positivas nos adolescentes face à amamentação (Pinheiro, 2011; Almeida, 2017).

De acordo com os resultados do estudo, a maioria dos adolescentes do sexo masculino referiram estarem dispostos a apoiar a companheira na decisão de amamentar e mais de metade dos adolescentes responderam que no futuro iriam tomar a decisão de amamentar conjuntamente com o/a seu/sua companheiro/a.

No que diz respeito ao processo de amamentação não podemos limitar-nos apenas ao papel da mãe. O pai também deve ser parte integrante do processo de amamentação e influencia em grande parte a decisão de amamentar (Galvão et al., 2008). A atitude favorável do pai pode ser um fator decisivo na tomada de decisão da mãe quanto à amamentação e o seu apoio pode ser fundamental na superação de crises ou dificuldades durante processo de amamentação (Pereira como citado por Pinheiro, 2011). Caso o pai não concorde com a decisão de amamentar, torna-se difícil para a mãe tomar a decisão sozinha e lidar com todo o processo sem apoio (Galvão et al., 2008).

De facto, vários autores referem que intervenções de educação para a saúde no âmbito da amamentação na fase da adolescência podem aumentar a prática da amamentação em futuros casais (Galvão, 2006; Swanson et al., 2007), sendo que estas intervenções devem ser transmitidas tanto às raparigas como aos rapazes, visto que a atitude do marido tem grande relevância na tomada de decisão em amamentar (Galvão, 2006).

Relativamente à idade de início dos maus-tratos, a média de idade de início dos maus-tratos dos adolescentes do estudo foi de 9,39 anos e os intervalos de tempo com maior percentagem no que diz respeito à duração dos maus-tratos sofridos por parte dos adolescentes, a sua maioria sofreu maus-tratos durante 1 a 3 anos (44,6%), seguindo-se 23,1% com relato de maus-tratos durante menos de 1 ano e 15,4% que sofreram maus-tratos entre 4 a 6 anos.

A maioria dos adolescentes do estudo sofreram maus-tratos de dois tipos: negligência e maus-tratos físicos, com 55,1% de respostas, respetivamente seguindo-se os maus-tratos psicológicos com um valor também significativo (55,2%) e por último os maus-tratos sexuais com menor valor percentual (10,1%).

Quanto ao agente que perpetuou os maus-tratos contra os adolescentes, na sua maioria mencionaram que foram maltratados pela mãe ou pelo pai (71,2%). 25,8% foram vítimas de maus-tratos por parte da madrasta ou do padrasto, 13,8% por parte de outra pessoa fora do seio familiar, 10,6% por parte dos avós e 7,6% por parte de outro membro da família.

Segundo os dados do Relatório Casa 2021 (ISS, 2022), em 2021 a negligência é a causa mais predominante do motivo de acolhimento das crianças e jovens em perigo, com um peso de 70% (10151). Os maus-tratos psicológicos apresentaram uma percentagem de 11%, os maus-tratos físicos uma percentagem de 4% e os maus-tratos sexuais uma percentagem de 3%.

Este predomínio relativo à prática de “negligência”, é semelhante aos números dos últimos anos, com uma expressividade de 71% em 2020. Os maus-tratos psicológicos representavam 10% das situações, os maus-tratos físicos 4% e os maus-tratos sexuais 2%.

Também de acordo com a DGS (2018), em 2016 e 2017, à semelhança dos anos anteriores e subsequentes até aos dados atuais de 2022, a negligência constitui o tipo de maltrato prevalecente, com 67% e 62%, respetivamente.

Estes resultados vão de encontro aos encontrados no estudo de investigação apresentado na presente dissertação em que o tipo de maltrato “negligência” é o que apresenta maior prevalência. Os maus-tratos físicos detêm um valor percentual semelhante à negligência, facto que pode ser explicado pelo facto de esta questão do questionário de caracterização da amostra permitir que os adolescentes assinalassem mais do que uma das opções de resposta.

(...)

O score obtido na escala de Autoestima revela que os adolescentes da amostra não apresentam um nível de autoestima muito elevado com uma média de 18,85 pontos na escala, sendo o valor máximo 30 pontos. Apesar dos resultados estatísticos da investigação relevarem que a autoestima não apresenta qualquer relação significativa com as crenças e atitudes dos adolescentes que residem em instituições de acolhimento residencial face à amamentação, estudos indicam que, a violência contra crianças e adolescentes e os maus-tratos infantojuvenis destroem a autoconfiança e a autoestima da criança e/ou adolescente, sendo que este efeito negativo pode colocar em risco a probabilidade de adquirem capacidades essenciais para se tornarem bons pais no futuro (Albuquerque, 2005).

(...)

-Resultados mais significativos no que diz respeito às variáveis em estudo relativas a características sociodemográficas e a sua relação com as crenças e atitudes face à amamentação dos adolescentes que residem em instituições de acolhimento residencial:

. relação estatisticamente significativa entre a dimensão “Crenças face à amamentação”, a dimensão “Impacto da amamentação na mãe”, a dimensão “Limitações da amamentação” e a dimensão “Perceção das barreiras sociais”,

. relação estatisticamente significativa entre a dimensão “Impacto da amamentação para a mãe”, a dimensão “Limitações da amamentação” e a dimensão “Perceção das barreiras sociais”,

. relação estatisticamente significativa entre a dimensão “Crenças face à amamentação” (adolescentes que frequentam o 1º e 2º ciclo do EB têm maior score em relação aos adolescentes que frequentam o 3º ciclo do EB e o Ensino Secundário), a dimensão “Limitações da amamentação” (adolescentes que frequentam o 1º e 2º ciclo do EB têm

maior score em relação aos adolescentes que frequentam o 3º ciclo do EB e o Ensino Secundário) e a dimensão “Perceção das barreiras sociais” (adolescentes que frequentam o ensino secundário têm maior score nesta dimensão, logo têm menos barreiras sociais face à amamentação)

(...)

-Dimensão “Crenças face à amamentação”, sexo é variável preditora – score mais elevado nesta dimensão está associados aos rapazes (...) importância de incluir o pai na amamentação e educar os indivíduos do sexo masculino face à amamentação

-Dimensão “Impacto da amamentação na mãe” sexo é variável preditora – score mais elevado nesta dimensão está associados aos rapazes (...) importância de incluir o pai na amamentação e educar os indivíduos do sexo masculino face à amamentação

-Dimensão “Limitações da amamentação” escolaridade, duração dos maus-tratos e tipo de maus-tratos (negligência) são variáveis preditoras – quanto maior o score na dimensão menor a escolaridade dos adolescentes, quanto maior o score na dimensão menor a duração dos maus-tratos sofridos pelo adolescente, os adolescentes que sofreram o tipo de maus-tratos: negligência são os que apresentam maior score na dimensão;

-Alguns autores mencionam a importância de implementar programas educativos quanto ao tema da amamentação nas escolas desde cedo, de modo a “solidificar” atitudes favoráveis à amamentação aquando da transição para a parentalidade destes jovens (...)

A negligência pode de facto ter consequências muito alarmantes no normal desenvolvimento das crianças e adolescentes. Crianças vítimas de negligência percebem que o seu medo, o seu terror, as suas súplicas e o seu choro não fazem eco na pessoa que supostamente deveria de tratar delas. Estas crianças sentem que independentemente daquilo que façam nada consegue captar a atenção do cuidador. São crianças que estão condicionadas a desistirem à primeira dificuldade quando futuramente encontrarem desafios na vida.

(...)

A falta de exposição a práticas positivas face à amamentação ao longo da infância e adolescência podem contribuir para baixas percentuais nas taxas de amamentação. Assim, torna-se fundamental a implementação de programas de educação para a saúde que

tenham influência positiva nas crenças e atitudes dos adolescentes face à amamentação influenciando positivamente as taxas da amamentação. (...)

-Dimensão “Percepção das barreiras sociais” sexo e escolaridade são variáveis preditoras – maior score nesta dimensão está associado às raparigas, maior score nesta dimensão maior escolaridade dos adolescentes.

(...)

CONCLUSÃO

A literatura analisada para a concretização deste trabalho apresenta evidências científicas consistentes no que diz respeito à importância da prática e manutenção da amamentação e o seu papel importante na área dos maus-tratos infantojuvenis.

Vários autores referem que as ideias e percepções face à amamentação são construídas no período da adolescência, sendo por este motivo fundamental intervir antecipadamente nas crenças e atitudes face à amamentação que os adolescentes detêm, através da aplicação de programas de educação e de sessões de educação para a saúde, para que na idade adulta, estes adolescentes, enquanto pais e membros de uma sociedade, potenciem a prática e manutenção da amamentação. Com isto, torna-se essencial conhecer o nível de crenças e atitudes que os adolescentes apresentam face à amamentação.

A tomada de decisão em amamentar por parte da mãe, embora seja algo individual, esta decisão é condicionada por inúmeros fatores, essencialmente associados ao processo de socialização inerente a cada futura mãe. De facto, Galvão (2006) menciona que, o meio cultural e social em que cada mulher está inserida terá influência na sua decisão em amamentar uma vez que, a amamentação é um processo multifatorial e bastante complexo que pode variar consoante o país, o grupo onde a pessoa está inserida e as próprias características pessoais da pessoa, tendo a pressão social um grande papel nesta tomada de decisão, podendo incentivar ou reprimir decisões futuras.

Os resultados obtidos na presente investigação evidenciam que a escolaridade, a idade, o sexo, a duração dos maus-tratos sofridos e o tipo de maus-tratos sofridos são variáveis que têm influência nas crenças e atitudes face à amamentação dos adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial.

(...)

Como limitações do estudo pode-se destacar que, na realização do projeto de investigação que foi base para esta dissertação, os adolescentes selecionados seriam adolescentes residentes em instituições de acolhimento residencial do concelho de Coimbra com idades compreendidas entre o 12 e os 19 anos de idade. No entanto, atendendo à pouca

recetividade das instituições contactadas para autorizarem a realização do estudo na instituição, mostrou-se necessário alargar a área geográfica para proceder ao contacto de instituições de acolhimento residencial.

Através do recurso ao site do “Mapa Social” foi possível recolher contactos de várias instituições a nível de Portugal continental. Após meses de contactos, desde julho de 2022 até dezembro de 2022, por correio eletrónico, por chamada telefónica e através de reuniões presenciais nas instituições foi possível obter a autorização de algumas instituições de acolhimento residencial. Das dezenas de instituições contactadas apenas 13 aceitaram participar no estudo e existiram muitos contactos que nem resposta tiveram.

As justificações dadas pelos diretores técnicos das instituições que recusaram que a instituição pela qual são responsáveis pudesse participar no estudo foram por exemplo que algumas perguntas do questionário eram demasiado intrusivas e poderiam ter um efeito negativo no bem-estar psicológico do adolescente vitimizado, questões relacionadas com a mãe não pareciam adequadas porque poderiam despoletar memórias traumáticas nos adolescentes, a falta de tempo por parte dos elementos da equipa para participarem no estudo mas no entanto existia a oportunidade da própria investigadora dirigir-se às instituições ao e aplicar o estudo sem que implica-se qualquer tempo despendido por parte dos colaboradores das instituições de acolhimento.

Algumas das instituições que aceitaram participar no estudo demoraram mais de 2 meses a reencaminhar os instrumentos de colheita de dados devidamente preenchidos o que dificultou o avanço da investigação porque não era possível proceder ao tratamento estatístico dos dados sem todos os dados estarem inseridos no programa de estatística.

Para a concretização deste estudo de investigação foi necessário despende muito tempo e também valores monetários significativos tendo em conta que, os gastos com os envios por correio e os custos das deslocações às instituições foram todos assegurados pela investigadora.

A maioria destas instituições decidiu não participar no estudo sem sequer questionar qual a opinião dos adolescentes relativamente ao tema e instrumentos de colheita de dados, não demonstrando uma prestação de cuidados terapêutica uma vez que não incluíram os adolescentes no direito em decidirem tudo o que está relacionado com o seu processo terapêutico.

Menciono também como limitação do estudo a dimensão reduzida da amostra, resultado da falta de adesão por parte das instituições de acolhimento no estudo de investigação

proposto, contudo, considera-se que não deixa de ser representativa da população e a maioria dos dados obtidos com o questionário de caracterização da amostra vão de encontro aos dados nacionais descritos pela DGS e pelo ISS. Realça-se as “não respostas” a várias questões dos instrumentos de acolhimento de dados, principalmente do questionário de caracterização da amostra, relativas a variáveis que estavam em estudo, dificultando os testes estatísticos e a interpretação de alguns resultados.

O facto de os instrumentos de colheita de dados reunidos serem um pouco extensos, implicando algum tempo no seu preenchimento, o que por vezes poderia influenciar a concentração dos adolescentes, no entanto, estes parecem ter sido adequados pois os resultados obtidos fornecem evidência relevante para a temática em estudo.

A falta de bibliografia para fundamentar a discussão dos resultados obtidos, também pode ser considerada uma limitação do estudo, visto que ainda existem poucos estudos que descrevam e relacionem as crenças e atitudes de adolescentes que foram vítimas de maus-tratos infantojuvenis face à amamentação. Esta observação reafirma a necessidade de investir em novos estudos na área das crenças e atitudes dos adolescentes face à amamentação, e particularmente no que diz respeito a adolescentes que residem em instituições de acolhimento residencial. Afirmou-se através de dados analisados em estudos de investigação que a amamentação pode ter um efeito protetor na prevalência dos maus-tratos infantis e, apesar de já existirem alguns estudos face ao tema dos maus-tratos e da amamentação, perspetiva-se também a necessidade de investigar mais as relações que a amamentação poderá ter com as vítimas de maus-tratos e com os perpetradores de maus-tratos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque, C. (2005). *As Nações Unidas e a Protecção das Crianças contra a Violência*. Texto da comunicação apresentada pela signatária na conferência sobre “A protecção dos direitos da criança, em particular contra o tráfico e a violência”, Lisboa, Portugal.

Almeida, S. (2017). *Relação entre maus-tratos infantis e comportamentos antissociais: uma análise de dados oficiais e auto-relatados*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Portugal.

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2011). *Manual de crianças e jovens vítimas de violência: Compreender, intervir e prevenir*. Disponível em: https://www.apav.pt/pdf/Manual_Criancas_Jovens_PT.pdf

Cardoso, F. (2012). *A contribuição do Programa Novas Oportunidades para o desenvolvimento da motivação e auto-estima dos formandos que o frequentam – Estudo de Caso*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Portucalense, Faculdade de Psicologia, Portugal.

Catarino, H., Henriques, C. & Dixe, M. (2011). Escala de crenças e atitudes dos adolescentes face à amamentação: validação para a população portuguesa. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 179-186. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832329017>

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Protecção das Crianças e Jovens. (2022). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2021*. Disponível em: <https://www.cnpdpcj.gov.pt/relatorio-atividades>

Conselho Nacional de Saúde. (2018). *Gerações mais saudáveis: Políticas públicas de promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal*. Lisboa, Portugal: CNS.

Dantas, E. (2020). *Maus-Tratos a crianças e jovens: programa de competências parentais para prevenção da negligência*. (Projeto de Licenciatura). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/8817/1/PG_35487.pdf

Decreto-lei nº 147/99, de 1 de setembro. Diário da República nº 204- I Série. Ministério Público. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde (2011). *Maus-tratos em crianças e jovens – Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção: ação de saúde para crianças e jovens em risco*. Disponível em: https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/docguia_maus-tratos_2-marco-2011-12h-pdf.aspx

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa nacional saúde infantil e juvenil*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

Instituto da Segurança Social. (2022). *CASA 2021: Relatório da caracterização anual da situação de acolhimento das crianças e jovens*. Disponível em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/13200/Relat%C3%B3rio+CASA_2021/d6eafa7c-5fc7-43fc-bf1d-4afb79ea8f30

Instituto Nacional de Estatística. (s.d.). Portal do Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: www.ine.pt

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Galvão, D. (2006). *Amamentação bem-sucedida: alguns fatores determinantes*. (Tese de Doutoramento). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel, Portugal. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/64575>

Galvão, D. M. P. G., et al. (2008). Conhecimentos e atitudes dos adolescentes face à amamentação. *Anais do I Congresso Sul-Brasileiro de Aleitamento Materno e Bancos de Leite Humano*. Santa Catarina, Brasil. Disponível em: http://www.furb.br/formularios/aleitamento/anais/sep/art_sep_05.

Gil, I. (2010). *Crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem acerca das doenças e doentes mentais: Impacto do ensino clínico de enfermagem de saúde mental e psiquiatria*. (Dissertação de Mestrado), Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Portugal. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/18217/1/Disserta%C3%A7ao%20mestrado.pdf>

Kremer, K. & Kremer, T. (2017). Breastfeeding Is Associated with Decreased Childhood Maltreatment. *Breastfeed Med.* 13(1), 18-22. doi: 10.1089/bfm.2017.0105 Levine, A.,

- Levine, A., Zagoory-Sharon, O., Feldman, R. & Weller, A. (2007). Oxytocin during pregnancy and early postpartum: Individual patterns and maternal–fetal attachment. *Peptides*. 28(6), 1162- 1169. doi: 10.1016/j.peptides.2007.04.016
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Edição Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais amigos do Bebê. Disponível em: <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Ministério da Saúde. (2015). *Cadernos de atenção básica – Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab_23.pdf
- Oddy, W., Kendall, G., Li, J., Jacoby, P., Robinson, M., Klerk, N., ... Stanley, F. (2009). The Long Term Effects of Breastfeeding on Child and Adolescent Mental Health: A Pregnancy Cohort Study Followed for 14 Years. *The Journal of Pediatrics*, 156(4), 568-574. doi: 10.1016/j.jpeds.2009.10.020
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde. (2013). *European report on preventing child maltreatment*. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-report-on-preventing-child-maltreatment-2013>
- Organização das Nações Unidas. (2015). *17 Objetivos de desenvolvimento sustentável e 169 Metas para transformar o Mundo em nome dos povos e do planeta*. Disponível em: <https://globalcompact.pt/index.php/pt/agenda-2030>
- Organização das Nações Unidas. (2018). *Metade das crianças entre 2 e 17 anos já sofreu algum tipo de violência*. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2018/02/1610271>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). *Países estão falhando em prevenir violência contra crianças, alertam agências*. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/18-6-2020-paises-estao-falhando-em-prevenir-violencia-contra-criancas-alertam-agencias>

- Pechorro, P., Marôco, J., Poiares, C. & Vieira, R. (2011). Validação da escala de autoestima de Rosenberg com adolescentes portugueses em contexto forense e escolar. *Arquivos de Medicina*, 25 (5-6), 174-179. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317471208_Validacao_da_Escala_de_Autoestima_de_Rosenberg_com_adolescentes_Portugueses_em_contexto_forense_e_escolar
- Pereira, A. & Oliveira, G. (2006). *Consentimento Informado*. Centro de Direito Biomédico. Universidade de Coimbra. Disponível em: https://www.centrodedireitobiomedico.org/sites/cdbdru7-ph5.dd/files/ConsInfLivroPratico_0.pdf
- Pereira, I. (2017). *Os maus-tratos na infância e os efeitos no desenvolvimento: estudo comparativo entre crianças com e sem registo de maus-tratos*. (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Portugal.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo
- Pinhel, J., Torres, N. & Maia, J. (2009). Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: Representações de vinculação e problemas de comportamento associado. *Análise Psicológica*, 4 (27), 509-521. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.12/255>
- Pinheiro, H. (2011). *Conhecimentos e atitudes dos adolescentes face à amamentação*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- Strathearn, L., Mamun, A., Najman, J. & O'Callaghan, M. (2009). Does Breastfeeding Protect Against Substantiated Child Abuse and Neglect? A 15-Year Cohort Study. *Pediatrics*, 123(2), 483-493. doi:10.1542/peds.2007-3546
- Swanson V., Power K., Kaur B., Carter, H. & Shepherd, K. (2007). The impact of knowledge and social influences on adolescents breast-feeding beliefs and intentions. *Public Health Nutrition*, 9 (3), 297–305. doi:10.1079/PHN2005845
- Santos, V. (2021). *A voz das crianças e jovens institucionalizados no seu quotidiano*. (Dissertação de mestrado). Instituto da Educação, Universidade do Minho, Portugal.

Santos, M. (2019). *Atitudes e comportamentos perante o adolescente*. (Relatório de Estágio). Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Portugal.

Teixeira, A. & Sampaio, F. (2019). Desenvolvimento de um catálogo CIPE® para o foco de enfermagem “autoestima”: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 9 (21), 62-71. doi:10.19131/rpesm.0239

APÊNDICES

APÊNDICE I

Questionário de caracterização da amostra

Este questionário destina-se exclusivamente à colheita de informação relevante para o trabalho de investigação que se pretende desenvolver, sobre “Fatores relacionados com as crenças e atitudes face à amamentação de adolescentes vítimas de maus-tratos infantojuvenis que residem em instituições de acolhimento residencial”, inserido na elaboração da Dissertação de Mestrado do X Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Todas as informações transmitidas através do preenchimento deste questionário são anónimas e confidenciais, sendo que nenhuma informação aqui espelhada será disponibilizada a terceiros, apenas serão analisadas e utilizadas pela investigadora de forma individual. O questionário não é um teste, não existindo por isso respostas certas ou erradas. Assim, requer apenas uma leitura atenta e uma resposta que seja verdadeira baseada naquilo que sentes ou pensas sem qualquer juízo de valor.

No final confere se respondeste a todas as questões.

Muita grata pela colaboração!

1. Sexo: Feminino ___ Masculino ___

2. Idade: _____ anos

3. Nacionalidade: _____

4. Naturalidade: _____

5. Escolaridade:

1º ciclo do Ensino Básico (4º ano) ___ 2º ciclo do Ensino Básico (6º ano) ___ 3º ciclo do Ensino Básico (9º ano) ___ Ensino Secundário ___

6. Local de residência antes do acolhimento residencial _____

7. Com quem residias antes do acolhimento residencial?

8. Com que idade começaste a sofrer os maus-tratos? _____

9. Que tipo de maus-tratos foste vítima? (Podes assinalar mais do que uma opção de resposta)

Negligência ___ Maus-tratos físicos ___ Maus-tratos sexuais ___ Maus-tratos psicológicos/emocionais ___

10. Quanto tempo duraram os maus-tratos?

- de 1 ano ___ 1 ano – 3 anos ___ 4 anos – 6 anos ___ 7 anos – 9 anos ___ + de 10 anos ___

11. Quem te maltratou? (Podes assinalar mais do que uma opção de resposta)

Mãe/Pai ___ Madrasta/Padrasto ___ Irmão/Irmã ___ Avós ___ Outro familiar ___
Outra pessoa fora do seio familiar ___

12. Foste amamentado/a? Sim ___ Não ___ Não sei ___

13. Tens irmãos? Sim ___ Não ___

13.1. - Se sim, foram amamentados? Sim ___ Não ___ Não sei ___

14. Alguma vez viste a tua mãe a amamentar? Sim ___ Não ___ Não sei ___

15. Acordarás com o teu parceiro conjugal a decisão de amamentar? Sim ___ Não ___
Não sei ___

16. Se és rapariga, no futuro estás decidida a amamentar? Sim ___ Não ___ Não sei ___

17. Se és rapaz, estás decidido em apoiar a tua futura esposa/companheira em amamentar? Sim ___ Não ___ Não sei ___

APÊNDICE II

Informação sobre o estudo de investigação para os participantes

Chamo-me Viviana Sofia Oliveira Campos, sou enfermeira e estudante do X Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estou a desenvolver um trabalho de investigação no âmbito da Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, intitulado “Fatores relacionados com as crenças e atitudes face à amamentação de adolescentes vítimas de maus-tratos infantojuvenis que residem em instituições de acolhimento residencial”.

Os objetivos traçados para esta investigação são:

-Objetivo Geral:

- Verificar e explorar relações entre variáveis sociodemográficas, a autoestima e as crenças e atitudes de adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial face à amamentação.

-Objetivos Específicos:

- Identificar as crenças e atitudes de adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial face à amamentação;
- Estudar a relação entre variáveis sociodemográficas (idade, ano de escolaridade, idade em que sofreu o maltrato, tipo de maltrato, duração do maltrato, agente que provocou o maltrato, ter sido amamentado, ter visto a mãe a amamentar) e as crenças e atitudes de adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial face à amamentação;
- Estudar a relação entre a autoestima de adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial e as crenças e atitudes face à amamentação.

Neste sentido, venho por este meio convidar-te a participar no estudo, sendo que, sem a tua participação o estudo não se realizará. Para que o faças deves primeiro, ler este documento na totalidade onde te damos toda a informação sobre a tua participação e te pedimos o teu consentimento informado. Assim deves saber que vais preencher um

questionário composto por questões sociodemográficas e por duas escalas, uma que avalia a autoestima e outra que avalia as crenças e atitudes dos adolescentes face à amamentação. Não existem respostas certas ou erradas. O que interessa é o que realmente se passa contigo. A duração do preenchimento é de aproximadamente 10 minutos. A tua participação é livre, voluntária, anónima e confidencial, sendo os dados recolhidos de uso exclusivo para esta investigação e não te identificam individualmente. Mesmo tendo iniciado o preenchimento do questionário, poderás desistir a qualquer momento, sem que necessites de te justificar, bem como o direito de não revelar determinada informação. Não se preveem desconfortos significativos para os participantes decorrentes da participação no estudo, assim como os participantes não receberão nenhum benefício nem remuneração pela participação no trabalho. Após a conclusão do estudo, os resultados a que chegarmos, caso sejam do teu interesse, serão postos à tua disposição para posterior consulta. Toda a informação obtida será utilizada com fins científicos e os resultados finais do estudo serão apresentados em eventos científicos e/ou publicados em revistas de enfermagem. Independente da tua decisão de participar ou não no estudo, nunca advirão consequências negativas para ti. Agradeço o teu tempo e disponibilidade. Em caso de dúvidas, não hesites contactar-me.

A investigadora:

(Viviana Sofia Oliveira Campos) Contacto telefónico: 915765494 E-mail:
vivianasofiaocampos@gmail.com

APÊNDICE III

Documento de consentimento informado

Declaro que fui informada (o) sobre a importância do estudo e os seus objetivos, sobre a garantia de confidencialidade e anonimato e sobre a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas relativos à investigação “Fatores relacionados com as crenças e atitudes face à amamentação de adolescentes vítimas de maus-tratos infantojuvenis que residem em instituições de acolhimento residencial”, a ser desenvolvida pela enfermeira e estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Viviana Sofia Oliveira Campos, sob orientação pedagógica da Professora Doutora Dulce Garcia Galvão. Ainda fui esclarecida (o) que a minha participação é livre e voluntária, sem quaisquer constrangimentos de desistência durante a elaboração do estudo. Declaro que compreendi as explicações fornecidas, tendo lido o documento apresentado “Informação ao Participante”.

Assinatura da(o) Participante:

(se 16 ou mais anos)

Assinatura do representante legal (Diretor (a) Técnico (a) da instituição de acolhimento):

Data: ____/____/____

APÊNDICE IV

Pedido de autorização para realização do estudo de investigação à Comissão de Ética da ESEnFC



Viviana Campos <vivianasofiaocampos@gmail.com>
para cetica_uicisa, Dulce ▾

quarta, 29/06/2022, 13:30 ☆ ↶ ⋮

Exmos. Senhores,

Chamo-me Viviana Sofia Oliveira Campos, sou enfermeira e estudante do X Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estou a desenvolver um trabalho de investigação no âmbito da Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, intitulado de "Fatores relacionados com as crenças e atitudes face à amamentação de adolescentes vítimas de maus-tratos infantojuvenis que residem em instituições de acolhimento residencial", sob orientação pedagógica da Professora Doutora Dulce Garcia Galvão.

Formalizo com este e-mail o pedido de apreciação do projeto de investigação no âmbito da dissertação do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Envio em anexo o documento do "Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de Ética Relativos a Estudos de Investigação" com todos os documentos solicitados em anexo.

Certa de ser tida em boa consideração, aguardo com brevidade uma resposta.

Atenciosamente,
Viviana Campos

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)**

Parecer Nº 885/06-2022

Título do Projeto:

Fatores relacionados com as crenças e atitudes face à amamentação de adolescentes vítimas de maus-tratos infantojuvenis que residem em instituições de acolhimento residencial

Identificação dos ProponentesNome(s):

Viviana Sofia Oliveira Campos

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, X Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Investigador Responsável: Viviana Sofia Oliveira Campos

Orientadora: Professora Doutora Dulce Garcia Galvão

Relator: Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves

Parecer

Suportada pela literatura, refere a proponente que as crenças e atitudes face à amamentação na adolescência podem ter influência nas práticas de amamentação das adolescentes que futuramente se tornam mães e decidem a sua intenção de amamentar ou não amamentar.

Fundamenta o estudo a realizar alegando que estas informações são relevantes para os profissionais de saúde, no sentido de perceber as necessidades de educação, possibilitando o planeamento de intervenções de educação para a saúde eficazes na promoção da amamentação. Justifica assim a pertinência de estudar os fatores que se poderão relacionar com as crenças e atitudes de adolescentes vítimas de maus-tratos infantis que residem em instituições de acolhimento residencial face à amamentação.

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo-correlacional, tendo como objetivo geral:

- Descobrir e explorar relações entre variáveis sociodemográficas, a autoestima e as crenças e atitudes de adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial face à amamentação.

A população é constituída por adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial, sendo a amostra não probabilística composta por adolescentes selecionados na Comunidade Juvenil Francisco de Assis, Casa de Infância Dr. Elísio de Moura, Casa de Formação Cristã Rainha Santa, Centro de Acolhimento do Loreto, Lar "O Girassol", tendo como outros critérios de inclusão a idade compreendida entre os 12 (inclusive) e os 19 anos (inclusive) e que apresentem capacidade cognitiva e motora adequada. Como critérios de exclusão foram definidos a recusa em participar no estudo e a apresentação de necessidades especiais que impossibilitem o preenchimento do questionário de colheita de informação relativa aos dados sociodemográficos e familiares e das escalas, de forma autónoma.

O acesso aos adolescentes será concretizado através diretoras técnicas das instituições selecionadas, a quem foi endereçado pedido de autorização para participação no estudo.

O consentimento/autorização para participação no estudo será obtido junto do representante legal do adolescente, assim como o co-consentimento do adolescente com idade igual ou superior a 16 anos. Será previamente formalizado com a assinatura de Declaração de Consentimento Informado, que a investigadora apresentou em apêndice, na qual consta de forma explícita a informação sobre a investigação, condições de participação, medidas de



COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)**

anonimização e confidencialidade dos dados, assim como a garantia dos direitos a desistir de participar a qualquer momento sem qualquer prejuízo para os participantes, assim como identificação e contacto da investigadora para esclarecimento de eventuais questões inerentes ao estudo e à participação.

A recolha de dados será através do preenchimento de questionários que serão entregues à Equipa Educativa/Cuidadora e aos/às adolescentes que irão participar no estudo, num dia e hora combinada em que todos/as estejam na residência de acolhimento. O questionário integra a versão portuguesa da Escala de Autoestima de Rosenberg e Escala de crenças e atitudes dos adolescentes face à amamentação, tendo sido solicitada a respetiva autorização de utilização no estudo.

A participação dos adolescentes é voluntária, de caráter anónimo e confidencial, sem identificação do adolescente em nenhuma questão do questionário. Os dados da investigação só serão usados para a elaboração da investigação em causa e apenas pela investigadora.

A colheita de dados só será iniciada após a aceitação da realização do estudo pelas diferentes instituições de acolhimento residencial e aprovação da comissão de ética e o seu fim está previsto para setembro de 2022.

Não estão previstos qualquer tipo de danos ou benefícios para os sujeitos da investigação.

O Termo de Responsabilidade está devidamente assinado.

Nos pressupostos anteriores e havendo cumprimento de todos os requisitos éticos específicos para o estudo, emite-se parecer favorável à sua realização tal como apresentado.

O relator:

Assinado por: **Marília Maria Andrade Marques da
Conceição e Neves**
Num. de Identificação: 04421986
Data: 2022.09.21 14:41:36+01'00'



Data: 21 /09/2022 O Presidente da Comissão de Ética: María Filomena Botelho



APÊNDICE V

Pedido de autorização para utilização da Escala de autoestima de Rosenberg – validade para a população portuguesa ao autor da escala e Pedido de autorização para utilização da Escala de crenças e atitudes dos adolescentes face à amamentação – validade para a população portuguesa



Viviana Campos <vivianasofiaocampos@gmail.com>
para ppechorro ▾

domingo, 3/07/2022, 18:54 ☆ ↶ ⋮

Exmo. Doutor Pedro Fernandes dos Santos Pechorro,

Chamo-me Viviana Campos, sou enfermeira e estudante do X Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra encontrando-me a realizar, com orientação pedagógica da Professora Doutora Dulce Garcia Galvão, a dissertação “Fatores relacionados com as crenças e atitudes face à amamentação de adolescentes vítimas de maus-tratos infantojuvenis que residem em instituições de acolhimento residencial”, venho, por este meio, solicitar que se digne autorizar a formal permissão para utilizar no meu estudo a “Escala de Autoestima de Rosenberg validada para adolescentes portugueses” de que é autor.

Certa da atenção dispensada ao solicitado.

Atenciosamente,

Viviana Campos



Pedro Pechorro <ppechorro@gmail.com>
para mim ▾

segunda, 4/07/2022, 21:10 ☆ ↶ ⋮

Cara Viviana

Pode utilizar a versão portuguesa da RSES-

Cumps
Pedro Pechorro



Viviana Campos <vivianasofiaocampos@gmail.com>
para Helena Catarino ▾

segunda, 18/07/2022, 12:28 ☆ ↶ ⋮

Exma. Senhora Professora Doutora Helena da Conceição Borges Pereira Catarino,

Chamo-me Viviana Campos, sou enfermeira e estudante do X Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra encontrando-me a realizar, com orientação pedagógica da Professora Doutora Dulce Garcia Galvão, a dissertação "Fatores relacionados com as crenças e atitudes face à amamentação de adolescentes vítimas de maus-tratos infantojuvenis que residem em instituições de acolhimento residencial". Assim, venho por este meio, solicitar que se dignem autorizar a formal permissão para utilizar no meu estudo a "Escala de Crenças e Atitudes dos Adolescentes face à amamentação: validação para a população portuguesa" de que são autoras e fornecerem-me gentilmente a mesma, dado estar com alguma dificuldade em aceder à versão total.

Certa da atenção dispensada ao solicitado.

Atenciosamente,

Viviana Campos



Helena da Conceição Borges Pereira Catarino <helena.catarino@ipleiria.pt>
para Maria, mim, Carolina ▾

terça, 19/07/2022, 22:22 ☆ ↶ ⋮

Boa noite,

Cara Mestranda Viviana Campos

Nada temos a opor relativamente à utilização do questionário de Swanson et al. (2006) que validámos para a população portuguesa.

Em anexo, enviamos o questionário que validámos e os artigos que publicámos com os resultados do processo de validação do mesmo. Também enviamos o artigo original da autora e colegas.

Votos de bom trabalho.

Os nosso cumprimentos,
Helena Catarino, *MSc, PhD*
Professora Coordenadora
Departamento de Ciências de Enfermagem

APÊNDICE VI

Pedido de autorização para participação no estudo de investigação aos diretores técnicos das instituições de acolhimento residencial

Exmo. (a) Sr./Sr^a. Diretor (a) Técnico (a) da instituição de acolhimento "X",

Chamo-me Viviana Sofia Oliveira Campos, sou enfermeira e estudante do X Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estou neste momento, a desenvolver um trabalho de investigação no âmbito da Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, intitulado de “Fatores relacionados com as crenças e atitudes face à amamentação de adolescentes vítimas de maus-tratos infantojuvenis que residem em instituições de acolhimento residencial”, sob orientação pedagógica da Professora Doutora Dulce Garcia Galvão.

Este trabalho de investigação visa contribuir para o desenvolvimento da investigação na área científica da Enfermagem através da descoberta e exploração de relações entre variáveis sociodemográficas, a autoestima e as crenças e atitudes de adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial face à amamentação.

Deste modo, estabeleceram-se como objetivos do estudo:

Objetivo Geral:

- Descobrir e explorar relações entre variáveis sociodemográficas, a autoestima e as crenças e atitudes de adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial face à amamentação.

Objetivos Específicos:

- Descrever as crenças e atitudes de adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial face à amamentação;

- Estudar a relação entre variáveis sociodemográficas (idade, ano de escolaridade, idade em que sofreu o maltrato, tipo de maltrato, duração do maltrato, agente que provocou o maltrato, ter sido amamentado, ter visto a mãe a amamentar) e as crenças e atitudes de adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial face à amamentação;
- Estudar a relação entre a autoestima de adolescentes vítimas de maus-tratos que residem em instituições de acolhimento residencial e as crenças e atitudes face à amamentação.

Os participantes que se pretende no estudo são adolescentes vítimas de maus-tratos, incluindo negligência, com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos que residem em instituições de acolhimento residencial.

A recolha de dados realizar-se-á através do preenchimento de um questionário e de duas escalas, que são enviadas em anexo neste e-mail. Realço que as respostas que espero não são "certas ou erradas" pretendo apenas que os jovens respondam às questões consoante aquilo que pensam e acreditam, sendo que o seu preenchimento não demora mais do que 10 minutos. Estes documentos serão entregues em dia oportuno a combinar de acordo com a vossa disponibilidade e dos adolescentes. **Algumas questões do questionário e escalas utilizadas na colheita de dados poderão ser alteradas ou reformuladas consoante as características dos adolescentes se o Diretor (a) Técnico (a) assim o decidir**, alguma dúvida ou alteração contactar: vivianasofiaocampos@gmail.com ou 915765494.

Não se identificam potenciais riscos para os participantes do estudo, podendo sempre em qualquer altura recusar a sua participação. As respostas são anónimas, facultativas e confidenciais e os dados solicitados não permitem a identificação de quem responde. As respostas serão sempre analisadas no conjunto de todos os participantes, e nunca de forma individual.

Após a conclusão do estudo, os resultados a que chegarmos, caso sejam do seu interesse, serão postos à sua disposição para posterior consulta.

Para levar a cabo este estudo é necessária a participação dos adolescentes da instituição onde vossa Ex.^a exerce funções de Diretor(a) Técnico(a), razão pela qual venho por este

meio solicitar e apelar a vossa Ex.^a, autorização e colaboração para a recolha de dados na Vossa instituição para o estudo que estou a desenvolver.

Em caso de necessidade poderá ser agendada uma reunião para esclarecimentos de dúvidas.

Certa de ser tida em boa consideração, apelando a vossa Exa., aguardo com brevidade uma resposta, estando disponível para qualquer adicional esclarecimento que entenda necessário.

Atenciosamente,

Enfermeira Viviana Campos

ANEXOS

ANEXO I

Escala de Autoestima de Rosenberg – validade para a população portuguesa

Esta escala é um instrumento de colheita de dados constituído por 10 itens pontuados de 0 a 3 (Discordo fortemente – 0 Discordo – 1 Concordo – 2 Concordo fortemente – 3).

Lê as questões com atenção. Em cada item deves colocar um círculo apenas na resposta que considerares mais adequada.

1. De um modo geral estou satisfeito comigo próprio

Discordo fortemente – 0 Discordo – 1 Concordo – 2 Concordo fortemente – 3

2. Por vezes penso que não presto

Discordo fortemente – 0 Discordo – 1 Concordo – 2 Concordo fortemente – 3

3. Sinto que tenho algumas boas qualidades

Discordo fortemente – 0 Discordo – 1 Concordo – 2 Concordo fortemente – 3

4. Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das outras pessoas

Discordo fortemente – 0 Discordo – 1 Concordo – 2 Concordo fortemente – 3

5. Sinto que não tenho motivos para me orgulhar de mim próprio

Discordo fortemente – 0 Discordo – 1 Concordo – 2 Concordo fortemente – 3

6. Por vezes sinto que sou um inútil

Discordo fortemente – 0 Discordo – 1 Concordo – 2 Concordo fortemente – 3

7. Sinto que sou uma pessoa de valor

Discordo fortemente – 0 Discordo – 1 Concordo – 2 Concordo fortemente – 3

8. Gostaria de ter mais respeito por mim próprio

Discordo fortemente – 0 Discordo – 1 Concordo – 2 Concordo fortemente – 3

9. De um modo geral sinto-me um fracasso

Discordo fortemente – 0 Discordo – 1 Concordo – 2 Concordo fortemente – 3

10. Tenho uma boa opinião de mim próprio

Discordo fortemente – 0 Discordo – 1 Concordo – 2 Concordo fortemente – 3

ANEXO II

Escala de Crenças e Atitudes dos adolescentes face à amamentação – validade para a população portuguesa

Esta escala é um instrumento de colheita de dados constituído por 29 itens, divididos em duas dimensões; 22 itens para a dimensão “crenças e atitudes face à amamentação” e 7 itens para a dimensão “perceção das barreiras sociais”. Os itens da dimensão “crenças e atitudes face à amamentação” são pontuados de 1 a 7 (Discordo Fortemente – 1; Discordo – 2; Discordo Ligeiramente – 3; Nem Concordo Nem discordo – 4; Concordo Ligeiramente – 5; Concordo – 6; Concordo Fortemente – 7) e os itens da dimensão “perceção das barreiras sociais” são pontuados de 1 a 5 (Discordo fortemente – 1; Discordo – 2; Não sei – 3; Concordo – 4; Concordo fortemente – 5).

Lê as questões com atenção. Em cada item deves colocar um círculo apenas na resposta que considerares mais adequada.

Dimensão: “Crenças e atitudes face à amamentação”

ITENS:

1. A amamentação favorece a vinculação entre a mãe e o bebé:

Discordo Fortemente – 1 Discordo – 2 Discordo Ligeiramente – 3 Nem Concordo Nem discordo – 4 Concordo Ligeiramente – 5 Concordo – 6 Concordo Fortemente – 7

2. A amamentação é nojenta:

Discordo Fortemente – 1 Discordo – 2 Discordo Ligeiramente – 3 Nem Concordo Nem discordo – 4 Concordo Ligeiramente – 5 Concordo – 6 Concordo Fortemente – 7

3. Os bebés amamentados precisam de mais alimento que os bebés alimentados por biberão:

Discordo Fortemente – 1 Discordo – 2 Discordo Ligeiramente – 3 Nem Concordo Nem discordo – 4 Concordo Ligeiramente – 5 Concordo – 6 Concordo Fortemente – 7

4. A amamentação ajuda a mãe a retomar o aspeto físico:

Discordo Fortemente – 1 Discordo – 2 Discordo Ligeiramente – 3 Nem Concordo Nem discordo – 4 Concordo Ligeiramente – 5 Concordo – 6 Concordo Fortemente – 7

5. A alimentação por biberão ajuda a mãe a retomar a atividade profissional mais cedo:

Discordo Fortemente – 1 Discordo – 2 Discordo Ligeiramente – 3 Nem Concordo Nem discordo – 4 Concordo Ligeiramente – 5 Concordo – 6 Concordo Fortemente – 7

6. A amamentação é embaraçosa para a mãe:

Discordo Fortemente – 1 Discordo – 2 Discordo Ligeiramente – 3 Nem Concordo Nem discordo – 4 Concordo Ligeiramente – 5 Concordo – 6 Concordo Fortemente – 7

7. A amamentação estraga as mamas da mãe:

Discordo Fortemente – 1 Discordo – 2 Discordo Ligeiramente – 3 Nem Concordo Nem discordo – 4 Concordo Ligeiramente – 5 Concordo – 6 Concordo Fortemente – 7

8. Preparar o leite no biberão é muito incómodo:

Discordo Fortemente – 1 Discordo – 2 Discordo Ligeiramente – 3 Nem Concordo Nem discordo – 4 Concordo Ligeiramente – 5 Concordo – 6 Concordo Fortemente – 7

9. A amamentação é rude:

Discordo Fortemente – 1 Discordo – 2 Discordo Ligeiramente – 3 Nem Concordo Nem discordo – 4 Concordo Ligeiramente – 5 Concordo – 6 Concordo Fortemente – 7

10. A amamentação é a maneira natural de alimentar os bebés:

Discordo Fortemente – 1 Discordo – 2 Discordo Ligeiramente – 3 Nem Concordo Nem discordo – 4 Concordo Ligeiramente – 5 Concordo – 6 Concordo Fortemente – 7

11. Ver alguém a amamentar é embaraçoso:

Discordo Fortemente – 1 Discordo – 2 Discordo Ligeiramente – 3 Nem Concordo Nem discordo – 4 Concordo Ligeiramente – 5 Concordo – 6 Concordo Fortemente – 7

12. A amamentação causa muitas vezes dor nos mamilos da mãe:

Discordo Fortemente – 1 Discordo – 2 Discordo Ligeiramente – 3 Nem Concordo Nem discordo – 4 Concordo Ligeiramente – 5 Concordo – 6 Concordo Fortemente – 7

13. Os s bebés alimentados por biberão são fáceis de acalmar:

Discordo Fortemente – 1 Discordo – 2 Discordo Ligeiramente – 3 Nem Concordo Nem discordo – 4 Concordo Ligeiramente – 5 Concordo – 6 Concordo Fortemente – 7

14. A alimentação por biberão significa que o pai pode ser envolvido na alimentação:

Discordo Fortemente – 1 Discordo – 2 Discordo Ligeiramente – 3 Nem Concordo Nem discordo – 4 Concordo Ligeiramente – 5 Concordo – 6 Concordo Fortemente – 7

15. A alimentação por biberão é um método de alimentação caro:

Discordo Fortemente – 1 Discordo – 2 Discordo Ligeiramente – 3 Nem Concordo Nem discordo – 4 Concordo Ligeiramente – 5 Concordo – 6 Concordo Fortemente – 7

16. Os bebés alimentados por biberão aumentam de peso rapidamente:

Discordo Fortemente – 1 Discordo – 2 Discordo Ligeiramente – 3 Nem Concordo Nem discordo – 4 Concordo Ligeiramente – 5 Concordo – 6 Concordo Fortemente – 7

17. A alimentação por biberão é menos cansativa para a mãe que a amamentação:

Discordo Fortemente – 1 Discordo – 2 Discordo Ligeiramente – 3 Nem Concordo Nem discordo – 4 Concordo Ligeiramente – 5 Concordo – 6 Concordo Fortemente – 7

18. As mamas são principalmente para tornar as mulheres atrativas:

Discordo Fortemente – 1 Discordo – 2 Discordo Ligeiramente – 3 Nem Concordo Nem discordo – 4 Concordo Ligeiramente – 5 Concordo – 6 Concordo Fortemente – 7

19. A amamentação limita a vida social da mãe:

Discordo Fortemente – 1 Discordo – 2 Discordo Ligeiramente – 3 Nem Concordo Nem discordo – 4 Concordo Ligeiramente – 5 Concordo – 6 Concordo Fortemente – 7

20. A alimentação por biberão permite ver quanto leite o bebé tomou:

Discordo Fortemente – 1 Discordo – 2 Discordo Ligeiramente – 3 Nem Concordo Nem discordo – 4 Concordo Ligeiramente – 5 Concordo – 6 Concordo Fortemente – 7

21. amamentação pode ser desconfortável para a mãe:

Discordo Fortemente – 1 Discordo – 2 Discordo Ligeiramente – 3 Nem Concordo Nem discordo – 4 Concordo Ligeiramente – 5 Concordo – 6 Concordo Fortemente – 7

22. As mamas são para o bebé mamar:

Discordo Fortemente – 1 Discordo – 2 Discordo Ligeiramente – 3 Nem Concordo Nem discordo – 4 Concordo Ligeiramente – 5 Concordo – 6 Concordo Fortemente – 7

23: A amamentação faz com que as mulheres pareçam atrativas:

Discordo Fortemente – 1 Discordo – 2 Discordo Ligeiramente – 3 Nem Concordo Nem discordo – 4 Concordo Ligeiramente – 5 Concordo – 6 Concordo Fortemente – 7
Dimensão: “Perceção das barreiras sociais”

ITENS:

24. Está num restaurante movimentado com a sua mãe quando o seu irmão bebé começa a chorar. A sua mãe começa a amamentar o bebé à mesa. Até que ponto concorda que a sua mãe deve amamentar em público?

Discordo fortemente – 1 Discordo – 2 Não sei – 3 Concordo – 4 Concordo fortemente – 5

25. A sua mãe está a amamentar o seu irmão mais novo na sala de estar quando entra. A sua mãe continua a amamentar enquanto se senta a ver televisão. Até que ponto concorda que a sua mãe tem o direito de continuar a amamentar na sala de estar?

Discordo fortemente – 1 Discordo – 2 Não sei – 3 Concordo – 4 Concordo fortemente – 5

26. Está a jantar em casa com um grupo de amigos da família quando a mãe de um dos seus amigos começa a amamentar o seu bebé à mesa. Até que ponto concorda que ela deve amamentar à mesa do jantar?

Discordo fortemente – 1 Discordo – 2 Não sei – 3 Concordo – 4 Concordo fortemente – 5

27. Está a descansar numa praia movimentada com alguns amigos da família e a mãe de um dos seus amigos começa a amamentar o seu bebé. Até que ponto concorda que ela deve amamentar em publico?

Discordo fortemente – 1 Discordo – 2 Não sei – 3 Concordo – 4 Concordo fortemente – 5

28. Está em casa do seu melhor amigo quando chegam visitas que não conhece. Uma das visitas começa a amamentar o seu bebé à sua frente na cozinha. Até que ponto concorda que ela deve amamentar na cozinha?

Discordo fortemente – 1 Discordo – 2 Não sei – 3 Concordo – 4 Concordo fortemente –
5

29. Está num parque com o seu melhor amigo quando vê alguém desconhecido a amamentar. Até que ponto concorda que ela deva amamentar em público?

Discordo fortemente – 1 Discordo – 2 Não sei – 3 Concordo – 4 Concordo fortemente –
5

30. Está a ver uma novela na TV quando o programa mostra uma mulher a amamentar o seu bebé. Até que ponto concorda que a amamentação possa ser mostrada na novela?

Discordo fortemente – 1 Discordo – 2 Não sei – 3 Concordo – 4 Concordo fortemente –
5

