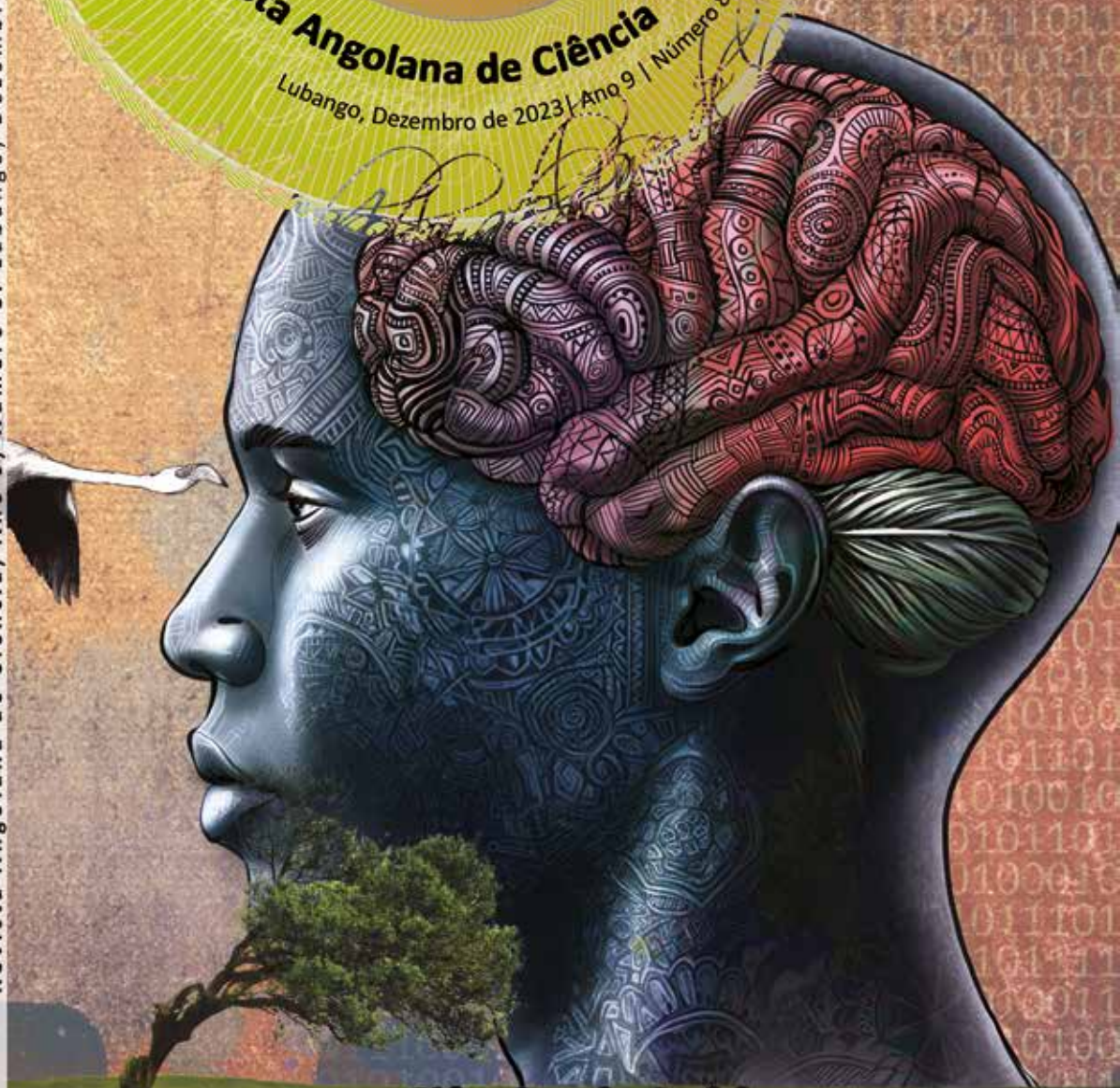


# TUNDAVALA

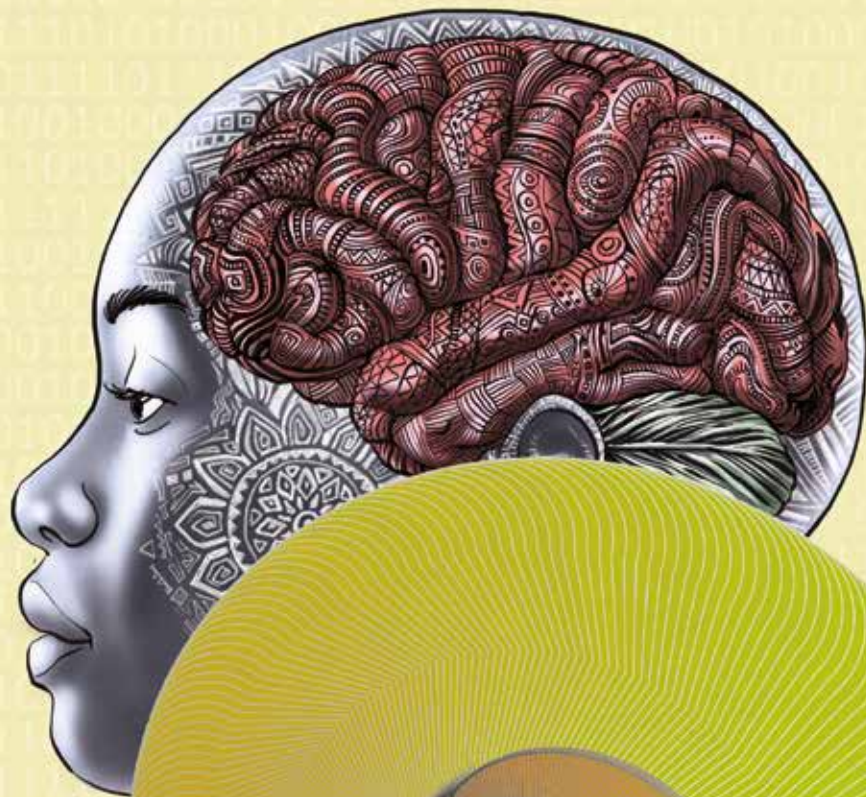


**Revista Angolana de Ciência**  
Lubango, Dezembro de 2023 | Ano 9 | Número 8



**Ciências da Saúde**





# TUNDAVALA



**Revista Angolana de Ciência**

Lubango, Dezembro de 2023 | Ano 9 | Número 8

**Ciências da Saúde**

# E

ste número da Revista Tundavala reúne um conjunto de estudos realizados por docentes e colaboradores do ISPTundavala, que abordam diferentes aspectos da saúde e da psicologia. Dois artigos incidem sobre a adolescência e seus comportamentos que, muitas vezes, se afastam das práticas saudáveis. Com base nessas informações podem ser desenhados estudos mais aprofundados que contribuam para a implementação de políticas e ações de prevenção e promoção da saúde adequados aos nossos contextos cultural e sócio-económico. Outro tema abordado é o da ansiedade em indivíduos e grupos populacionais sujeitos a diferentes factores de stress como a insegurança, o desemprego, o medo e a existência de situações de ameaça. Como é evidenciado, a vida nas cidades pode ser bastante desafiadora e contribuir para o aumento da ansiedade dos seus habitantes, afectando a sua saúde mental e a qualidade de vida, com consequências sobre a autoestima, relações familiares e sociais e desempenho profissional. No meio rural uma das maiores ameaças é a seca que regularmente afecta vários municípios da província da Huíla. É um factor de stress significativo com impactos importantes sobre a segurança alimentar, a economia das famílias e a saúde física e psicológica das populações, como se comprova no artigo sobre as consequências psicossociais da seca no município dos Gambos. Por isso, é crucial uma abordagem abrangente ao lidar com os efeitos da seca, visando compreender os impactos psicológicos, familiares e sociais desse fenómeno para que se possam desenvolver estratégias eficazes de mitigação e apoio. Num outro âmbito, é apresentado um estudo sobre a construção e validação de um instrumento para avaliar a percepção das vivências académicas de estudantes do ensino superior, tendo em conta as especificidades cultural, linguística e social dos nossos estudantes. Com este instrumento podem ser obtidos

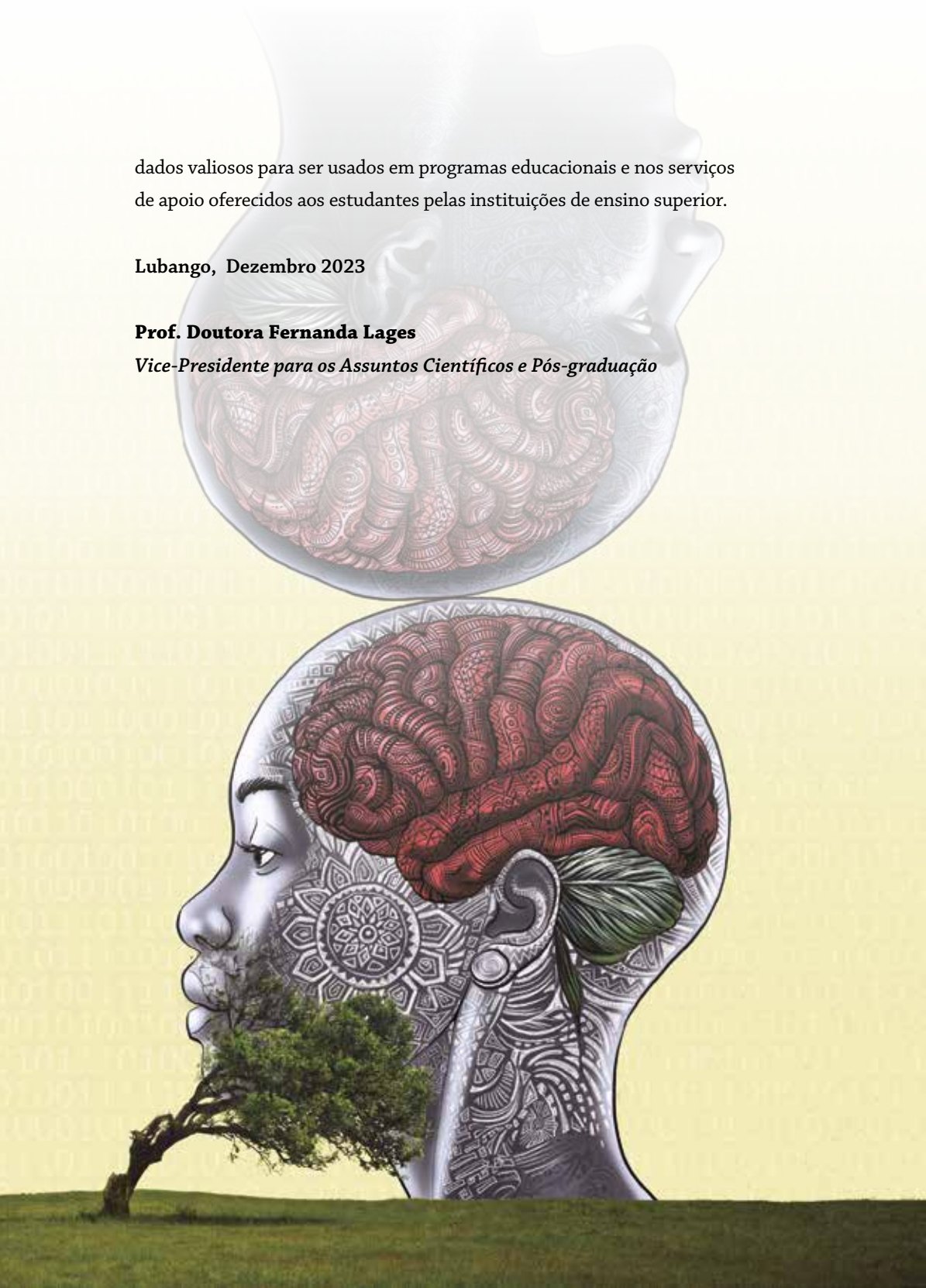


dados valiosos para ser usados em programas educacionais e nos serviços de apoio oferecidos aos estudantes pelas instituições de ensino superior.

Lubango, Dezembro 2023

**Prof. Doutora Fernanda Lages**

*Vice-Presidente para os Assuntos Científicos e Pós-graduação*



# Ficha Técnica

---

**EDIÇÃO (ANO 9, NÚMERO 8):**

*Instituto Superior Politécnico Tundavala.*

**DIRECTOR:**

*Fernanda Lages*

**COMISSÃO CIENTÍFICA REVISTA 08:**

*Prof. Doutora Teresa Barroso  
(ESENFC)*

*Prof. Doutora Dulce Galvão  
(ESENFC)*

*Prof. Doutora Fernanda Lages  
(ISPT)*

*Prof. Doutora Isabel Alberto  
(FPCE-UC)*

**MAQUETE:**

*Fátima Helena Fernandes*

**CAPA E ILUSTRAÇÕES:**

*Fernando HUGO Fernandes*

**DATA:**

*Dezembro 2023*

**IMPRESSÃO:**

*12/2023*

**TIRAGEM:**

*500 exemplares*



# Índice

---

<i>Os Adolescentes e a Alimentação: Promoção de Comportamentos Saudáveis</i> .....	9
• <b>António Paulo Nunes Simões</b>	
• <b>Dulce Maria Pereira Garcia Galvão</b>	
<i>Problemas de vida e Ansiedade em indivíduos da Cidade do Lubango</i> .....	31
• <b>Suely Maria Carvalheda De Araújo</b>	
• <b>Etelvino Alfredo Afonso de Matos</b>	
<i>Consequências Psicossociais da Seca no meio rural: o caso do município dos Gambos, Huila</i> .....	47
• <b>Margarida Ventura</b>	
• <b>Carlos Ribeiro</b>	
<i>Construção e validação de um questionário de vivências académicas para estudantes angolanos no ensino superior</i> .....	77
• <b>Aníbal Simões</b>	
<i>O Sono da Criança e do Adolescente: Promoção de Comportamentos Saudáveis</i> .....	107
• <b>António Paulo Nunes Simões</b>	
• <b>Dulce Maria Pereira Garcia Galvão</b>	





# Os Adolescentes e a Alimentação: Promoção de Comportamentos Saudáveis

*António Paulo Nunes Simões,  
Instituto Superior Politécnico Tundavala  
ORCID, [paulodeduimpaulo@gmail.com](mailto:paulodeduimpaulo@gmail.com)*

*Dulce Maria Pereira Garcia Galvão,  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Unidade de  
Investigação UICISA:E  
ORCID 0000-0002-2496-2162, [dgalvao@esenfc.pt](mailto:dgalvao@esenfc.pt)*

## Resumo

A alimentação é uma necessidade humana primária intrínseca à vida, necessária a todos os indivíduos e nas diferentes fases da vida, no entanto, assume um papel mais significativo na infância e na adolescência. É importante que os jovens consigam comer bem e que se sintam motivados para a prática de uma alimentação saudável. Poucos estudos são feitos para avaliar os hábitos dos adolescentes em Angola no sentido de uma apreciação profunda para se poder analisar qual o caminho a seguir para a promoção da sua saúde. Com o objetivo de

refletir sobre a situação de saúde dos adolescentes Angolanos e a importância da alimentação saudável na adolescência e com a finalidade de chamar à atenção para a relevância da promoção da saúde na adolescência realizou-se pesquisa bibliográfica da literatura do tipo narrativo, de julho a dezembro de 2021. Fez-se pesquisa de artigos científicos na B-ON, EBSCO, Scielo e PubMed, consulta e recolha de informação em livros e outras fontes bibliográficas, no Google Académico e em documentos oficiais, disponíveis nas páginas eletrónicas de organismos nacionais



e internacionais, importantes para o tema em estudo.

Uma alimentação saudável reflete-se no corpo e na saúde do indivíduo. É fundamental assegurar uma nutrição adequada para maximizar o potencial de desenvolvimento de cada jovem. Apercebemo-nos de que a alimentação de grande parte dos adolescentes está longe de ser a mais adequada. Com o aumento da autonomia, começam a fazer as suas próprias escolhas alimentares, nem sempre as mais corretas. É frequente notar-se que não têm horários fixos para alimentação, comendo de forma menos adequada. Poucos estudos são feitos para avaliar os hábitos dos adolescentes em Angola no sentido de uma apreciação profunda para se poder analisar qual o caminho a seguir para a

promoção da sua saúde. De um modo geral, os adolescentes são considerados saudáveis uma vez que já ultrapassaram as doenças graves da infância e os problemas referentes com o envelhecimento ainda estão distantes. Apesar disto, durante esta fase, verificam-se comportamentos e estabelecem-se hábitos suscetíveis de comprometer quer a saúde atual, quer a saúde futura. Torna-se assim essencial a Promoção da Saúde nesta fase da vida. O profissional enfermagem em particular os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, deve assumir um compromisso de ajuda aos adolescentes e suas famílias para uma harmonização dos hábitos mais saudáveis que promovem a sua saúde e o seu bem-estar.

**Palavras-Chave:**

**Adolescentes; Saúde do Adolescente; Alimentação saudável; Promoção da saúde**




## **Abstract**

**F**ood is a primary human need that is intrinsic to life and necessary for all individuals at different stages of life, however, it has a more significant role in childhood and adolescence. It is important that young people eat well, and they develop healthy eating habits. Few studies have been carried out to assess the habits of adolescents in Angola in the sense of a deep appreciation for the best possible way to go for the promotion of their health. In order to reflect on the health situation of Angolan adolescents and the importance of healthy eating in adolescence and in order to draw attention to the concerned section of health promotion in adolescence, bibliographic research of the typical narrative literature was carried out from July to December 2021. The research was carried out for scientific articles in B-ON, EBSCO, Scielo and PubMed, consultation and collection of information in books and other vital bibliographic sources, in Google Academic (Scholar) and in official documents, available on the websites of national and international organizations,

important topics are under study.

A healthy diet is reflected in the body and health of an individual. It is essential to ensure adequate nutrition to maximize the potential development of each youth. We realize that the diet of most adolescents is far from adequate or most appropriate. With the increase in autonomy, they begin to make their own food choices, not always the most correct ones. It is often noted that they do not have fixed times for food, eating in a less appropriate way. Few studies have been carried out to assess the habits of adolescents in Angola in the sense of a deep appreciation to be able to analyse which way to go for the promotion of their health. In general, adolescents are considered healthy once they overcome serious childhood illnesses, and problems of related nature of aging remain far. Despite this, during this phase, behaviours are observed, and habits are established that are likely to compromise both current and future health. Thus, Health Promotion becomes essential at this stage of life. The nursing professional, in particular the nurses specializing in



*child and paediatric health nursing, must make a commitment to help adolescents and their families to harmonize healthier habits that promote their health and well-being.*




**Keywords:**  
**Adolescents; Adolescent Health;**  
**Healthy eating; Health promotion.**



## Introdução

A alimentação é uma necessidade humana primária e, portanto, intrínseca à vida. Esta permite fornecer energia, construir e reparar estruturas orgânicas e regular os processos de funcionamento do organismo, para além de constituir um instrumento de socialização e de expressão cultural (DGS, 2006). Com efeito, este processo é necessário em todos os indivíduos e nas diferentes fases da vida, no entanto, e tendo em conta que colabora para a construção de estruturas orgânicas, assume um papel mais significativo na infância e na adolescência. Uma alimentação saudável e estável é um fator determinante para ganhos em saúde. Ao prevenir desde tenra idade erros alimentares, evitam-se doenças e custos para a população (Baptista, 2006). Uma alimentação saudável reflete-se no corpo e na saúde do indivíduo. A DGS define alimentação saudável como “uma forma racional de comer que assegura a variedade, equilíbrio e quantidade justa de alimentos, escolhidos pela sua qualidade nutricional e higiénicas, submetidos a benéficas manipulações culinárias” (DGS, 2006, p.4). A alimentação, para que possa ser considerada saudável, deve ser racional e preparada ou cozinhada de forma adequada, o que nem sempre se verifica nos dias de hoje devido ao atual estilo de vida. Os hábitos alimentares dos adolescentes são motivados por fatores biológicos e psicológicos, fatores sociais, ambiente físico e sociedade. É de evidenciar que os jovens que pertencem a famílias de níveis socioeconómicos desfavorecidos têm, normalmente, uma alimentação menos saudável. É importante que os jovens consigam comer bem e que se sintam motivados para a prática de uma alimentação saudável (DGS, 2006). A adolescência é uma etapa fundamental do desenvolvimento humano, é uma fase de descobertas e construção de valores, na qual o jovem busca novas experiências e a afirmação da sua identidade. É o momento em que interroga os seus valores e os seus sonhos, tornando-se importante afastar-se da família, ter autonomia e estar perto dos seus pares, amigos, com quem compartilha as suas descobertas e os seus medos. Quer ter novas sensações, testar os seus limites,



saber até onde pode ir. Os adolescentes são normalmente identificados como a “próxima geração” de adultos, a “futura geração”, ou simplesmente “o futuro.” No entanto, os adolescentes estão firmemente integrados ao presente – vivendo, trabalhando, dando a sua contribuição nas famílias, comunidades, sociedades e economias. No mundo existem 1,2 bilhões de adolescentes (UNICEF, 2011). Os jovens constituem a maioria da população angolana e a camada com maior e mais rápido crescimento proporcional da população. Embora não exista uma definição de adolescência aceite internacionalmente, a Organização das Nações Unidas define adolescentes como indivíduos dos 10 aos 19 anos de idade (UNICEF, 2011). Poucos estudos são feitos para avaliar os hábitos dos adolescentes em Angola no sentido de uma apreciação profunda para se poder analisar qual o caminho a seguir para a promoção da saúde do adolescente.

Desta forma, tem-se como objetivo com esta revisão narrativa da literatura refletir sobre a situação de saúde dos adolescentes Angolanos e sobre a importância da alimentação saudável na adolescência com a finalidade de chamar à atenção para a relevância da promoção da saúde na adolescência.






## **Metodologia**

Realizou-se pesquisa bibliográfica da literatura do tipo narrativo, de julho a dezembro de 2021. Fez-se pesquisa de artigos científicos na B-ON, EBSCO, Scielo e PubMed, consulta e recolha de informação em livros e outras fontes bibliográficas, no Google Académico e em documentos oficiais, disponíveis nas páginas eletrónicas de organismos nacionais e internacionais, importantes para o tema em estudo .

## **A Situação de Saúde dos Adolescentes Angolanos**

As dificuldades dos jovens/adolescentes constitui um indicador importante, que, por sua vez, reflete o nível de desenvolvimento socioeconómico, os níveis de saúde e as condições de vida em Angola. Assistência específica para consulta dos adolescentes no sentido de promover a saúde e prevenir a doença de forma regular é ainda um desafio para os serviços de saúde, continuando a faixa juvenil a merecer atenção especial, sendo um país com uma taxa de natalidade alta e com muitos jovens. A população jovem é reconhecida como uma oportunidade para renovar o capital social e económico. Angola, tal como em alguns países da África Subsariana, tem um grande reservatório de talento jovem e vai continuar a desfrutar deste bónus nos próximos 15-20 anos, se investimentos forem feitos para que os jovens alcancem o seu pleno potencial (Jornal de Angola, 2017). A junção dos grupos etários dos 0-14 anos de idade e dos 15-24 anos de idade, representa uma população extremamente jovem, correspondendo a cerca de 65% da população residente. O fosso entre jovens e idosos é enorme, onde apenas 2% da população tem 65 ou mais anos. Graças aos esforços dos dirigentes, através do Serviço Nacional de Saúde, alguma melhoria do estado de saúde da criança e do jovem angolano já se evidencia, porém, os



esforços desenvolvidos não têm sido suficientes. Os dados disponíveis de 2001 mostravam que na generalidade a população de Angola vivia na pobreza, 68% da população urbana vivia abaixo da linha de pobreza, sendo, que a economia rural era quase na totalidade a economia de subsistência, 45,2% das crianças com menos de cinco anos sofriam de subnutrição crónica, 31% tinham peso a menos e 6,2% estavam gravemente subnutridas. Os dados de 2001 revelaram ainda que cerca de 60% da população não tinha acesso a água potável e que 40% não tinham acesso a um sistema de saneamento básico. Esta situação tem graves implicações na disseminação e agravamento de doenças de origem alimentar, como a febre tifoide e diarreias que juntamente com os efeitos da má nutrição e de doenças endémicas como a malária, tripanossomíase e HIV/SIDA, estão entre as causas dos elevados índices de mortalidade infantil. Também a UNICEF (2004) refere que a má nutrição era a principal causa dos altos níveis de morbilidade e mortalidade infantil em Angola, porém acrescenta que a partir de 2004 foram feitos importantes investimentos na criação e na reabilitação de infraestrutura de abastecimento de água, melhorando a qualidade de vida das populações e o nível de desenvolvimento humano (UNICEF, 2004).







## Os Adolescentes e a Alimentação

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) adolescência é caracterizada por uma fase de intensas transformações físicas, comportamentais e psicológicas (Deram, 2018). Durante esse período, a alimentação saudável para jovens requer muita atenção, pois as necessidades nutricionais de macro e micronutrientes (hidratos de carbono, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais) encontram-se aumentadas devido aos eventos da puberdade e ao passo de crescimento (Deram, 2018). É um período que requer cuidados, já que vários fatores (psicológicos, culturais e socioeconómicos) começam a interferir na escolha alimentar do jovem. Nessa fase, o jovem está a formar a sua identidade, e neste momento a sua alimentação influencia diretamente o modo como é visto pelos colegas e como ele se vê no mundo. Por isso, é muito importante que a introdução alimentar, no início da vida, e a alimentação durante a infância tenham sido tranquilas e variadas, pois agora será mais difícil para o jovem modificar o seu paladar. O alto consumo de lanches com alimentos ultraprocessados na sua composição, ricos em calorias, açúcares, gorduras e sódio (comuns nessa fase) e o grande consumo de bebidas doces afetam diretamente a sua saúde. Outro aspeto importante quando se aborda a alimentação saudável na adolescência é procurar separar padrão de beleza de saúde. Hoje em dia o padrão de magreza impera e existem muitos jovens que se submetem às mais variadas insensatezes para entrar nas medidas exibidas pelas celebridades e influenciadores das redes sociais. Muitos pais, preocupados com o peso e com a saúde dos filhos, acreditam que dietas restritivas ou outros métodos radicais são a única saída para se estabelecer uma alimentação saudável na adolescência.

Por outro lado, os estudos mostram, que os dados sobre obesidade vêm crescendo a passos largos. Um estudo liderado pelo Imperial College London e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mostrou que o número de crianças e adolescentes obesos de cinco a 19 anos aumentou dez vezes nos últimos 40



anos, em todo o mundo (Deram, 2018). É, por isso, fundamental assegurar uma nutrição adequada para maximizar o potencial de desenvolvimento de cada jovem. Na realidade, apercebemo-nos de que a alimentação de grande parte dos nossos adolescentes está longe de ser a mais adequada. Com o aumento da autonomia, começam a fazer as suas próprias escolhas alimentares, nem sempre as mais corretas. É frequente notar-se que não têm horários fixos para se alimentarem, comem de forma errática e impulsiva. Saltam muitas refeições, acabam por ir «petiscando» ao longo do dia, habitualmente com alimentos hipercalóricos e de baixo valor nutricional. Outra característica de muitos adolescentes é a preocupação com a autoimagem, o que os leva muitas vezes a tentar emagrecer com dietas extremamente restritivas e inadequadas às necessidades nutricionais desta fase. Ao mesmo tempo em que essa é uma questão de saúde pública, aumentando o risco de diversas doenças crónicas que até algumas décadas atrás eram “coisa de adulto” - como diabetes do tipo 2 e hipertensão -, também devemos estar atentos e despertos para os fatores comportamentais que influenciam a alimentação dos nossos jovens. São mais silenciosos, mas bem preocupantes e os transtornos alimentares na adolescência apresentam número crescente de casos (Deram, 2018).





## **Alimentação Saudável na Adolescência**

Uma dieta equilibrada é aquela que consegue providenciar quantidades adequadas de todos os nutrientes, vitaminas e oligoelementos, evitando excessos nocivos para a saúde. De uma forma geral, implica ingerir diariamente três refeições regulares, com alguns lanches pelo meio, incluindo alimentos variados, nas proporções adequadas (CUF,2020).

A alimentação saudável para jovens deve ser uma extensão da alimentação da família. Seja criança ou adolescente, é importante ressaltar que os adultos são os seus exemplos, por isso, muitas vezes é preciso olhar para os hábitos da família como um todo. A alimentação saudável para jovens deve ser baseada em algumas sugestões que podem ajudar a família:

1- Dar preferência a uma alimentação variada que inclui todos os grupos alimentares.

Uma forma adequada de verificar como distribuir as proporções dos diversos tipos de alimentos é olhar para a pirâmide alimentar que distribui os diferentes grupos de alimentos, desde a base até ao topo, por ordem decrescente de quantidades em que devem estar presentes na dieta.

1.º patamar: As frutas e os vegetais são ricos em vitaminas e minerais, fundamentais para garantir o correto funcionamento de várias funções vitais ao nosso organismo. Devem estar presentes em todas as refeições, em quantidade abundante. As leguminosas (feijão, ervilhas, grão, lentilhas, ...) estão também aqui representadas; são uma boa fonte de proteína e ferro.

2.º patamar: O pão e os cereais contêm hidratos de carbono que providenciam a energia necessária ao funcionamento dos músculos e cérebro. São também uma excelente fonte de fibras e vitaminas do complexo B. Durante a adolescência todas as refeições devem incluir hidratos de carbono.

3.º patamar: A carne, de preferência magra, como a das aves, o peixe, ovos, frutos secos e sementes são excelentes fontes de proteína e ferro. O



aporte proteico é fundamental para o crescimento rápido e desenvolvimento pubertário característicos da adolescência. As dietas restritivas são muitas vezes pobres em proteínas e podem condicionar um atraso do crescimento. No caso de dietas vegetarianas, os produtos de origem animal devem ser aqui substituídos por leguminosas, frutos secos e sementes. Leite, queijo e iogurtes são fontes muito importante de cálcio, tão fundamental nesta idade devido à formação óssea e ao correto funcionamento do coração, músculos e sistema nervoso.

Vértice ou 4.º patamar: Inclui as gorduras, que devem estar presentes em pequenas quantidades e devem preferir-se as mais saudáveis, ou seja, as de origem vegetal. Devem ser usadas em pequenas quantidades na confeção de alimentos. As gorduras estão presentes em vários alimentos que fazem frequentemente parte do quotidiano dos adolescentes, por exemplo, o chocolate, gelados, a batata frita, os bolos e fritos. O consumo excessivo de gorduras ocorre na maioria dos casos de excesso de peso ou obesidade.

1- Além disso, o jovem deve hidratar-se de preferência com água e diminuir o consumo de refrigerantes, sumos artificiais e guloseimas. Deve ingerir-se água em abundância para manter o estado de hidratação e prevenir a obstipação. Evitar os refrigerantes, que são ricos em hidratos de carbono de absorção rápida e hipercalóricos, podendo levar ao excesso de peso.

Deve evitar-se o excesso de sal, que pode ajudar ao desenvolvimento de hipertensão arterial, e preferirem-se as ervas aromáticas para temperar os alimentos (CUF, 2020).

2- Estabelecer comunicação com o adolescente é muito importante, orientando-o sobre a importância de uma boa alimentação e de como fazer melhores e adequadas escolhas nomeadamente quando frequentar espaços de restauração e de aquisição de alimentos. A prática de uma alimentação saudável nos jovens necessita de comunicação e apoio, porém, nesta fase o jovem está a procura autonomia e autenticidade, por isso, regras muito rígidas serão sempre encaradas como desafios a serem vencidos.



3- Convidar o adolescente a ajudar na confeção de alguns alimentos. Ajude-o a seleccionar e preparar refeições saudáveis. O consumo de frituras, bebidas doces e produtos ultraprocessados devem ser desestimulados.

4- Ter atenção aos comportamentos de risco e às dietas restritivas. É muito importante que a família esteja atenta e presente na vida do jovem, identificando fatores de risco nutricional como o fumo, ingestão de álcool e bebidas energéticas, poucas horas de sono.

A família que procura a alimentação saudável para os seus filhos (crianças/adolescentes) deve observar se eles se cumprem os horários das refeições, evitam determinados grupos alimentares, optam por determinados regimes alimentares ou dietas sem acompanhamento de um profissional (Deram, 2018).

5- Estabelecer uma rotina alimentar saudável. É essencial praticar refeições conjuntas, com horários pré-determinados, sentados todos juntos à mesa e sem distrações como televisão, telemóveis e tablets. O horário da refeição é ideal para o encontro e também para o diálogo familiar e ajuda no estreitamento dos laços familiares.

6- Estimular a atividade física, para ajudar o adolescente. A atividade física é uma ótima opção para aliviar o estresse, melhorar alongamento, corrigir postura, fortalecer a musculatura, etc. Incentive o adolescente a ser uma pessoa mais ativa, incentivando a ter uma atividade física regular. Desestimele atividades que promovam o sedentarismo.

Para além da família, os adolescentes passam grande parte do tempo na escola e, é, pois, lá que efetuam várias das suas refeições diárias. Assim, as escolas, enquanto espaços educativos e promotores da saúde devem criar situações valorizadores de uma alimentação saudável quer através de conteúdos curriculares quer através da sua oferta alimentar (Baptista, 2006). Ou seja, não é suficiente ensinar as regras da alimentação saudável aos alunos, é também necessário usufruir de meios para que os alunos as acatem durante a permanência no estabelecimento de ensino e os refeitórios devem também

favorecer refeições saudáveis, atraentes e equilibradas (Baptista, 2006).

Falar de alimentação saudável na adolescência sem abordar os aspectos psicológicos que marcam essa fase da vida seria uma perda de tempo, porque o comportamento é tão importante quanto o nutriente. Para Deram (2018) nem todos os magros são saudáveis, e nem todos os que têm sobrepeso apresentam saúde comprometida. É preciso que cada um respeite o seu biótipo e procure a sua melhor forma sem agredir o seu bem-estar. Sem colocá-lo em risco com dietas super-restritivas, remédios “milagrosos” sem orientação médica ou longas horas de jejum sem nenhum tipo de acompanhamento (Deram, 2018).





## Promoção da Saúde na Adolescência

A promoção da saúde da criança e do adolescente afigura-se como um elemento essencial da melhoria da saúde da população. As políticas e os programas de promoção da saúde nos mais novos, se bem construídos e implementados, representam escolhas inteligentes por parte dos governos, cujos resultados terão impacto a médio e longo prazo.

É verdade que o investimento na prevenção da doença tem o potencial de diminuir gastos em saúde a longo prazo, tornando crianças saudáveis em adultos mais produtivos e com uma esperança de vida saudável mais longa.

Os cuidados de saúde à criança, adolescente e famílias são muito mais do que administrar vacinas e tratar os sintomas físicos da doença. Cada contato é uma ocasião para colocar em prática os cuidados centrados à família garantindo a qualidade dos cuidados à criança e adolescente e objetando às necessidades da família, através da parceria entre o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e as famílias (Maternal and Child Health Bureau (MCHB), 2008).

Nos cuidados centrados na família, esta e o EEESIP cuidam em conjunto para o melhor interesse da criança, adolescente e sua família; à medida que a criança cresce, esta assume um papel na parceria; existe respeito mútuo entre as capacidades e experiência que cada elemento tem na parceria; a confiança é importante; a comunicação e a informação são abertas e objetivas; os participantes tomam decisões em conjunto e existe negociação (MCHB, 2008).

Os cuidados centrados à família defendem que a família é uma constante na vida da criança e adolescente; é alicerçada nas forças da família; apoia a criança e adolescente na sua decisão; honra a variedade cultural e as tradições da família; identifica a importância dos serviços na comunidade; promove uma abordagem individual; encoraja a participação da família alargada; apoia o adolescente na sua passagem para a idade adulta e desenvolve políticas, práticas e sistemas que apoiam a família (MCHB, 2008).



Relativamente à filosofia de Enfermagem Pediátrica direcionada ao adolescente, os cuidados centrados na família estão presentes nas intervenções de enfermagem pois os pais ao serem corretamente envolvidos e capacitados têm um efeito protetor. No empoderamento que o EEESIP dá à família do adolescente deve haver uma coerência entre a autonomia individual crescente do adolescente, uma diminuição do controlo parental e uma responsabilização progressiva do adolescente. A orientação aos pais deve ser dada pelo menos uma vez na adolescência inicial e inclui: explicar o que é um desenvolvimento normal da adolescência, estimular comportamentos parentais que ajudam para o ajustamento saudável do adolescente: comunicação aberta, estabelecimento de limites, supervisão de atividades sociais e recreativas e ser modelos nos comportamentos que promovem a saúde (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os cuidados não traumáticos precisam também ser parte essencial e integrante dos cuidados de enfermagem pediátricos pois referem-se a intervenções que eliminam ou minimizam o desconforto psicológico e físico sentido pela criança, adolescente e família (Hockenberry & Wilson, 2014).

A saúde dos adolescentes é essencial por quatro principais motivos. Primeiro: na adolescência verifica-se um aumento da mortalidade e morbilidade comparativamente à infância devido ao aumento dos comportamentos de risco. Segundo: a maioria das mortes prematuras que aparecem na idade adulta e dos comportamentos de risco que levam a doenças crónicas têm a sua origem durante a adolescência (Patel et al., 2007; Patton et al., 2009). Terceiro: a maioria dos comportamentos de risco de saúde que ocorrem durante a adolescência e que têm continuidade na vida adulta pode ser prevenida. Quarto: alguns dos comportamentos de risco presentes durante a adolescência surgem por influência intergeracional. Portanto, se estes fatores forem atenuados, haverá impacto na saúde das futuras populações. A população adolescente é o alvo preferencial para as atividades de prevenção primária. O profissional de saúde desempenha um papel importante em, não só tratar problemas de saúde, mas também promover comportamentos de saúde e de prevenção da doença (Catalano et al., 2012).



A promoção da saúde é um procedimento que capacita as pessoas a controlarem e a melhorarem a sua saúde e continua a ser a forma mais efetiva de melhorar o bem-estar e a qualidade de vida. Estima-se que 60 % da qualidade de vida de um indivíduo dependa do seu comportamento e estilo de vida (OMS, 2004).

Os comportamentos de promoção da saúde visam o aumento do bem-estar. As atividades promotoras de saúde ajudam para a saúde enquanto as ações preventivas visam evitar o aparecimento da doença.






## Conclusões

Segundo Prazeres (1998), de um modo geral, os adolescentes são considerados saudáveis uma vez que já ultrapassaram as doenças graves da infância e os problemas referentes com o envelhecimento ainda estão distantes. Apesar disto, durante esta fase, verificam-se comportamentos e estabelecem-se hábitos suscetíveis de comprometer quer a saúde atual, quer a saúde futura. Parte considerável da mortalidade na idade adulta tem a sua origem na segunda década de vida (Prazeres, 1998). Os hábitos de vida fundados durante a adolescência vão condicionar a saúde do jovem quer no presente, quer no futuro. Torna-se assim essencial a Promoção da Saúde nesta fase, já que terá implicações num período acrescido. Gaspar (2006), considera que nas sociedades mais desenvolvidas, a promoção e a educação para a saúde tem como propósito incentivar os indivíduos a adotarem estilos de vida saudáveis desde tenra idade com o objetivo de se alcançar uma melhor qualidade de vida. Para este processo de Promoção da Saúde, é fundamental que se conheçam os hábitos de vida dos indivíduos, para adaptar ao máximo as intervenções. Uma alimentação saudável reflete-se no corpo e na saúde do indivíduo. É fundamental assegurar uma nutrição adequada para maximizar o potencial de desenvolvimento de cada jovem. Na realidade, apercebemo-nos de que a alimentação de grande parte dos adolescentes está longe de ser a mais adequada. Com o aumento da autonomia, começam a fazer as suas próprias escolhas alimentares, nem sempre as mais corretas. É frequente notar-se que não têm horários fixos para alimentação, comendo de forma menos adequada.

Poucos estudos são feitos para avaliar os hábitos dos adolescentes em Angola no sentido de uma apreciação profunda para se poder analisar qual o caminho a seguir para a promoção da saúde do adolescente. O profissional enfermagem em particular os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, deve assumir um compromisso de ajuda aos adolescentes e suas famílias para uma harmonização dos hábitos mais saudáveis



que promovem a saúde e o seu bem-estar. É assim relevante educar para a saúde para que se promovam comportamentos preventivos e protetores da saúde por parte da população. Segundo o Centro de Investigação em Educação e Psicologia (2008), o enfermeiro tem um papel essencial ao educar para a saúde no âmbito da promoção da segurança intervindo na satisfação de uma das necessidades básicas do adolescente e sua família. O processo de educar para a saúde deve ser dirigido às crianças e aos jovens e também aos adultos que compartilham geralmente com eles, nomeadamente pais, educadores, professores e vigilantes. É importante capacitar e autonomizar os adolescentes para que estes tomem comportamentos adequados e favoráveis à sua saúde. Impera estabelecer o foco na melhoria da qualidade de vida desta população, cujos resultados revertem em ganhos não só para o adolescente/jovem e sua família, como também para o país e em particular no sistema de saúde nos seus diversos aspetos. Para que esses ganhos sejam sensíveis, deve fazer parte da organização da assistência uma atenção integral à saúde do adolescente/jovem, priorizando um acompanhamento que leva ao desenvolvimento saudável do adolescente nos diversos âmbitos de promoção, tendo em conta a realidade do país e as necessidades inerentes a essa população.

## Referências bibliográficas:

Baptista, M. I. (2006). *Educação Alimentar em meio escolar: Referencial para uma Oferta Alimentar Saudável* R (1ª ed.). Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Recuperado de [https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/educacao\\_alimentar\\_em\\_meio\\_escolar.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/educacao_alimentar_em_meio_escolar.pdf)

Catalano, R. F., Fagan, A. A; & Gavin, L. E. (2012). Worldwide application of prevention science in adolescent health. *ELancet*,R (1ª ed.). 379 (9286), 1653–1664. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4398056/>

Centro de Investigação em Educação e Psicologia (2008). Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Recuperado de <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:5WBJ541vOQEJ:https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/50716/1/Promo%25C3%25A7%25C3%25A3o%2520e%2520educa%25C3%25A7%25C3%25A3o%2520para%2520a%2520sa%25C3%25BAde%2520-%2520o%2520projeto%2520Bem-me-quer.pdf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>

CUF. (2020). Dieta e vitaminas - alimentação na adolescência. Recuperado de <https://www.cuf.pt/mais-saude/dieta-e-vitaminas-alimentacao-na-adolescencia/>

Deram, S. (2018) O que comer? Saiba incentivar uma alimentação saudável na adolescência. Recuperado de <https://sophiederam.com/br/o-que-comer/alimentacao-saudavel-adolescencia/>

DGS. (2006). Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa, Portugal: Autor. (pp. 4-24). Recuperado de <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>

Gaspar, P. J. S. (2006). Efetividade da Educação para a Saúde no comportamento alimentar dos adolescentes e jovens estudantes. Recuperado <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/100/1/Efectividade%20da%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20Sa%C3%BAde%20no%20comportamento%20alimentar%20dos%20adolescentes%20e%20jovens%20estudantes.pdf>

Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Portugal: Lusociência.

Jornal de Angola. (2017). Aumentam casos de gravidez precoce. Recuperado de <https://www.jornaldeangola.ao/ao/noticias/detalhes.php?id=393877>

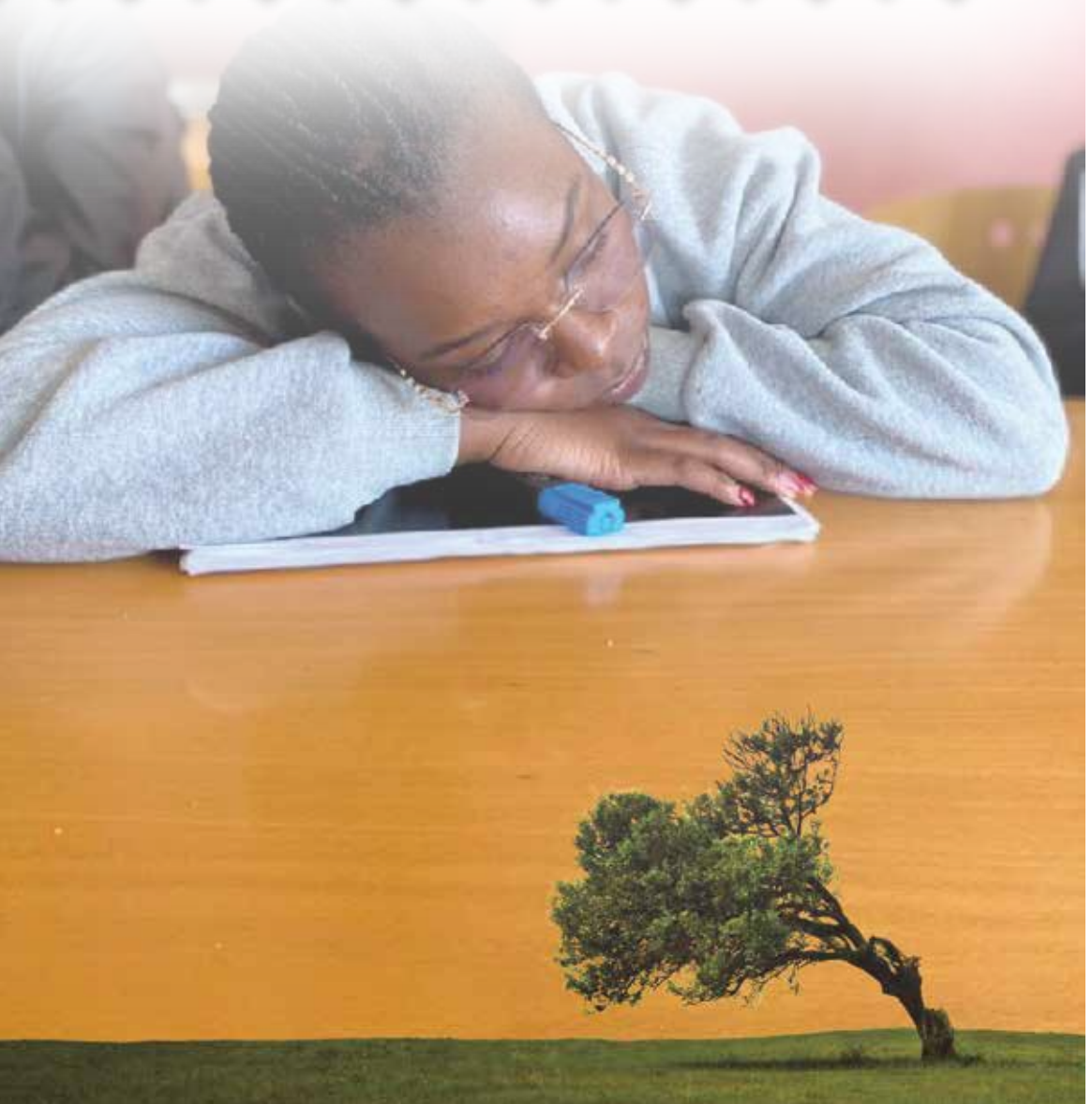
Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services under Cooperative Agreement. (2008). Family-centered care self-assessment tool. Recuperado de [http://familyvoices.org/wp-content/uploads/2014/06/fcca\\_FamilyTool.pdf](http://familyvoices.org/wp-content/uploads/2014/06/fcca_FamilyTool.pdf)



OMS. (2004). The Who cross-national study of health behaviour in school-aged children from 35 countries: findings from 2001-2002. *Journal of School Health*. 74, 204-206. Recuperado de <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15468523/>

Prazeres, V. (1998) Saúde dos adolescentes *princípios orientadores*, . 74, 204-206. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.





# Problemas de vida e Ansiedade em indivíduos da Cidade do Lubango

*Suely Maria Carvalheda De Araújo*  
*Instituto Superior Politécnico Tundavala*  
*ORCID: 0000-0001-8755-0766*

*Etelvino Alfredo Afonso de Matos,*  
*Instituto Superior Politécnico Tundavala*  
*ORCID: 0000-0002-4990-9923*

## Resumo

A preocupação com a saúde mental das pessoas torna-se mais intensa à medida que adentramos o século XXI. Questões sobre como as várias dimensões da vida humana interagem e como as condições socioeconómicas de cada um influenciam na sua saúde mental são cada vez mais prementes. Dentre os dados socioeconómicos, o estado civil representa um importante marcador do estado de desenvolvimento psicossocial dos indivíduos, bem como informa sobre o seu potencial nível de independência, maturidade e bem-estar geral. O presente estudo tem como objectivo avaliar os problemas de vida, os

níveis de ansiedade e a sua relação com a idade, o sexo e o estado civil dos indivíduos da cidade do Lubango. Para tal, foi utilizado o Questionário de Problemas de Vida que contempla as seguintes dimensões: saúde, economia, trabalho, tempos livres, família e problemas psicológicos; e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), que mede a ansiedade. A amostra é constituída por 91 indivíduos dos quais 40,7% são do sexo masculino e 59,3% do sexo feminino, sendo 45,1% casados ou a viver maritalmente e 54,9% solteiros. Os resultados mostram diferenças significativas nas variáveis idade em relação aos níveis de ansieda-

de-estado e ansiedade-traço, sendo que indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos apresentam os valores mais altos (Ansiedade Estado=41,11; Ansiedade Traço=45,71), seguidos do grupo com 41 a 50 anos (Ansiedade Estado=40,67; Ansiedade Traço=41,67). A variável sexo também apresentou diferenças significativas quanto à ansiedade-traço, sendo que os sujeitos do sexo feminino são mais ansiosos).

Quanto à profissão, os sujeitos desempregados apresentam também maiores níveis de ansiedade-traço. Relativamente ao estado civil, os solteiros são mais ansiosos do que as pessoas casadas ou que vivem maritalmente. Os resultados mostram ainda diferenças significativas nos problemas familiares em relação ao estado civil, sendo que, aqueles que são casados ou vivem maritalmente apresentam mais problemas familiares.

### **Palavras-Chave:**

**Problemas de vida, ansiedade, estado civil**





## **Abstract**

**C**oncern about people's mental health becomes more intense as we enter the 21st century. Questions about how the various dimensions of human life interact and how each person's socioeconomic conditions influence their mental health are increasingly pressing. Among socioeconomic data, marital status represents an important marker of the psychosocial development status of individuals as well as informs about their potential level of independence, maturity and general well-being. The present study aims to evaluate life problems, anxiety levels and their relationship with age, sex and marital status of individuals in the city of Lubango. To this end, the Life Problems Questionnaire was used, which covers the dimensions of health, economy, work, free time, family and psychological problems, and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). The sample consists of 91 individuals, 40.7% of whom are male and 59.3%

female, with 45.1% married or living together and 54.9% single. According to the results, significant differences were found in the age variables in relation to state anxiety levels, with individuals aged between 20 and 30 years presenting the highest values ( $M=41.11$ ), followed by group aged 41 to 50 years ( $M=40.67$ ); as for trait anxiety levels, the group between 20 and 30 years of age presents higher values, followed by the group between 41 and 50 years of age. The gender variable also showed significant differences regarding trait anxiety, with female subjects being more anxious. Regarding profession, unemployed subjects also have higher levels of trait anxiety. Regarding marital status, single people are more anxious than people who are married or cohabiting; the results also show significant differences in family problems in relation to marital status, with those who are married or cohabiting having more family problems.

### **Keywords:**

**Life problems, anxiety, marital status**



## Introdução

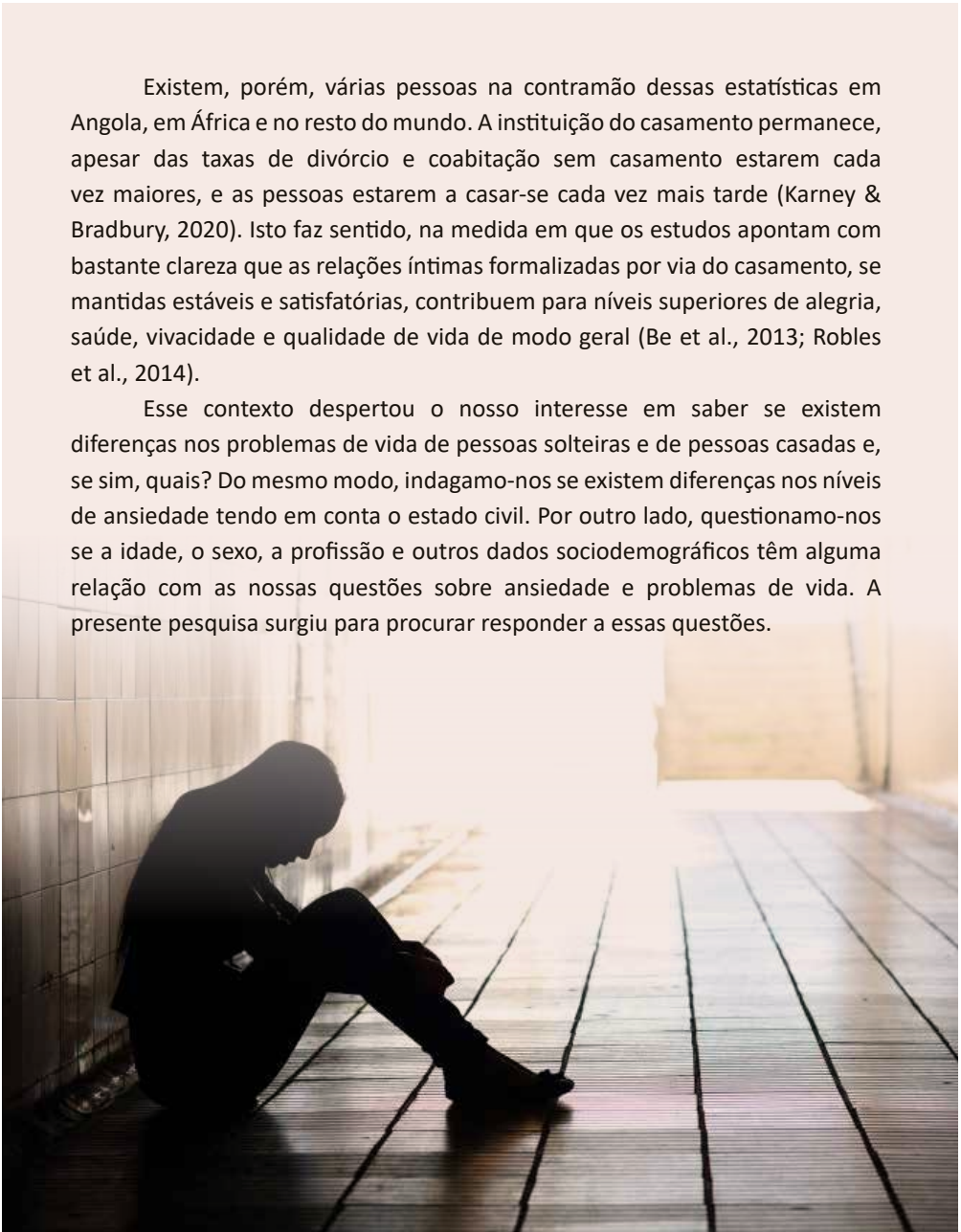
Aspectos psicossociais como idade, sexo, estado civil e profissão têm influência na saúde mental das pessoas. Na idade adulta, espera-se que o indivíduo saudável adquira a capacidade de se relacionar intimamente com os seus pares a fim de evitar sentimentos de superficialidade nas relações e até mesmo o isolamento. Na meia-idade espera-se que o sujeito busque contribuir para a sua comunidade de um modo que se estende além de si próprio e engloba um maior interesse pelos outros, pelo trabalho e pelo mundo. Para o fim da vida, espera-se que cada indivíduo aceite a sua vida como foi, com um sentimento de integridade mais do que de desespero (Gleitman et al., 1991/2009). Esse ciclo da idade adulta engloba a escolha entre casar ou não casar e as respectivas consequências.

Em Angola, um pouco como em todo mundo, verificam-se taxas cada vez menores de enlace matrimonial, seja pelo aumento do nível de formação académica das mulheres e a sua cada vez maior inclusão no mercado de trabalho ou pelo facto de o casamento não ser mais uma obrigação social (Karney & Bradbury, 2020). Segundo Ortiz-Ospina e Roser (2020), países como Estados Unidos da América (E.U.A.), Reino Unido e Austrália apresentam uma clara tendência decrescente no que diz respeito às taxas de casamentos anuais registadas nas últimas décadas. Os mesmos autores referem que, embora com dados menos concisos, países da América Latina, Ásia e África apresentam uma tendência similar, registando uma diminuição na quantidade de casamentos entre 1990 e 2010.

No mesmo sentido parecem ir os dados apresentados por Apostolou et al. (2020) em um estudo sobre as razões de pessoas norte-americanas se manterem solteiras, que indicam um aumento de 40% da população solteira entre 1970 e 2002 nos E.U.A. Os factores mais recorrentes são: pouca habilidade para flertar, desejo de se manter livre, o medo de ser magoado, ter prioridades que não envolvem o casamento e ter dificuldade para escolher um parceiro.

Existem, porém, várias pessoas na contramão dessas estatísticas em Angola, em África e no resto do mundo. A instituição do casamento permanece, apesar das taxas de divórcio e coabitação sem casamento estarem cada vez maiores, e as pessoas estarem a casar-se cada vez mais tarde (Karney & Bradbury, 2020). Isto faz sentido, na medida em que os estudos apontam com bastante clareza que as relações íntimas formalizadas por via do casamento, se mantidas estáveis e satisfatórias, contribuem para níveis superiores de alegria, saúde, vivacidade e qualidade de vida de modo geral (Be et al., 2013; Robles et al., 2014).

Esse contexto despertou o nosso interesse em saber se existem diferenças nos problemas de vida de pessoas solteiras e de pessoas casadas e, se sim, quais? Do mesmo modo, indagamo-nos se existem diferenças nos níveis de ansiedade tendo em conta o estado civil. Por outro lado, questionamo-nos se a idade, o sexo, a profissão e outros dados sociodemográficos têm alguma relação com as nossas questões sobre ansiedade e problemas de vida. A presente pesquisa surgiu para procurar responder a essas questões.



# Metodologia

## Objetivos

Avaliar os problemas de vida e os níveis de ansiedade dos indivíduos da cidade do Lubango, bem como a sua relação com o estado civil, a idade, o sexo e a profissão.

## Amostra

A amostra é constituída por 91 indivíduos da cidade do Lubango, dos quais 37 são do sexo masculino (40,7%) e 54 do sexo feminino (59,3%), sendo 41 casados ou a viver maritalmente (45,1%) e 50 solteiros (54,9%). Destes sujeitos, 62 têm entre 21 e 30 anos de idade (68,1%), 21 têm entre 31 e 40 anos (23,1%), 3 têm entre 41 e 50 anos (3,3%) e 5 têm mais de 50 anos de idade (5,5%). Dentre esses sujeitos, 10 têm o ensino primário completo (11%), 5 estão no 1º ciclo (5,5%), 40 no 2º ciclo (44%), 13 são bacharéis (14,3%), 18 são licenciados (18,8%) e 5 são mestres (5,5%). No que diz respeito às suas ocupações, a amostra tem 19 professores (20,9%), 7 desempregados (7,7%), 30 estudantes (33%) e 35 com ocupações diversas (38,5%).



**Tabela 1: Dados sociodemográficos da amostra**

	<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>	20-30 anos	62	68,1%
	31-40 anos	21	23,1%
	41-50 anos	3	3,3%
	Mais de 50 anos	5	5,5%
<b>Sexo</b>	Masculino	37	40,7%
	Feminino	54	59,3%
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	50	54,9%
	Casado (a) / Maritalmente	41	45,1%
<b>Habilitações</b>	Ensino Primario	10	11,0%
	1º Ciclo	5	5,5%
	2º Ciclo	40	44,0%
	"Bacharel"	13	14,4%
	Licenciado	18	18,8%
	Mestre	5	5,5%
<b>Profissão</b>	Professor	19	20,8%
	Desempregado	7	7,7%
	Estudante	30	33,0%
	Outros	35	38,5%




## **Instrumentos**

Nesta pesquisa, foram utilizados dois instrumentos: O Questionário de Problemas de Vida e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Para a aplicação dos questionários explicou-se o objectivo da investigação, e assegurou-se o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos e foi-lhes solicitado a sua colaboração e o consentimento informado.

O primeiro instrumento (Questionário de Problemas de Vida) é constituído por 6 domínios, nomeadamente: saúde (composto por 14 itens), economia (composto por 8 itens, trabalho (composto por 3 itens), tempos livres (composto por 9 itens), família (composto por 18 itens) e problemas psicológicos (composto por 17 itens). Os itens são cotados numa escala tipo Likert desde 0 (não me preocupa nada) a 3 (preocupa-me enormemente). Os resultados calculam-se através do somatório da pontuação em cada item, sendo que valores mais elevados evidenciam uma maior preocupação relacionada a cada domínio, em oposição aos valores baixos que sugerem uma menor preocupação. Com vista a verificar a sua fidelidade, calculámos o coeficiente Alfa de Cronbach, que foi .897, que é considerado muito bom (Hora et al., 2010). Este resultado mostra que o instrumento tem boa consistência interna e pode ser aplicado à população angolana.

O segundo instrumento (Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE) é composto por 40 itens, sendo que os primeiros 20 itens pertencem à escala de “Estado” e os restantes itens à escala de “Traço”. A escala de ansiedade-estado diz respeito a uma dimensão reactiva, isto é, corresponde à ansiedade momentânea decorrente de qualquer estímulo; a escala de ansiedade-traço corresponde à medida de personalidade, isto é, traços ansiosos e estáveis do indivíduo. É um instrumento de auto-resposta que avalia a intensidade dos sintomas de 1 a 4 (“Não”, “Um pouco”, “Moderadamente” e “Muito”, respectivamente). O resultado é o somatório dos itens de cada aspecto (estado ou traço), contudo, é preciso ter atenção à existência de itens que têm uma cotação inversa (Fioravanti et al., 2006).



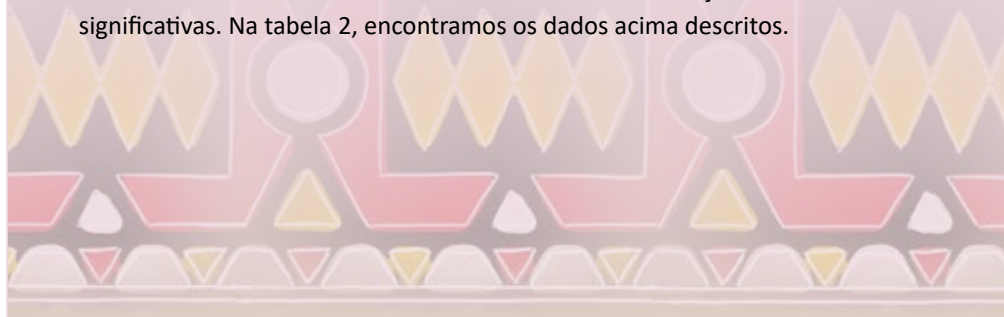
Para verificar a sua fidelidade, calculámos o coeficiente Alfa de Cronbach que foi .888, que é considerado muito bom, mostrando que o instrumento tem boa consistência interna e pode ser aplicado à população angolana. Também calculámos o coeficiente Alfa de Cronbach dos dois instrumentos que foi .922, que considerado muito bom e demonstra que os instrumentos podem ser aplicados juntos.

## **Procedimentos**

A recolha de dados foi feita presencialmente e de forma aleatória, na cidade do Lubango, entre os meses de Junho e Setembro de 2022. Após a recolha dos dados, estes foram submetidos a tratamento estatístico através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 20)..

## **Resultados**

Quando se cruzaram as variáveis sociodemográficas que compõem a primeira parte do questionário com os totais das dimensões de Problemas de Vida e com os totais do IDATE, usando a análise de variância (ANOVA) e o teste t de Student, encontrámos diferenças significativas nas variáveis idade em relação aos níveis de ansiedade-estado ( $p \leq .039$ ) e ansiedade-traço ( $p \leq .005$ ); sexo quanto à ansiedade-traço ( $p \leq .023$ ); estado civil quanto aos problemas familiares ( $p \leq .050$ ) e ansiedade-traço ( $p \leq .001$ ); e profissão ( $p \leq .022$ ). Em todas as outras variáveis avaliadas não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Na tabela 2, encontramos os dados acima descritos.



**Tabela 2: Relações entre as variáveis do Questionário de Problemas de Vida e do IDATE**

Variáveis		Significância	Resultado	Médias	
Idade	Total Estado	,039	Significativo	20 a 30 anos	41,11
				31 a 40 anos	36,19
				41 a 50 anos	40,70
				+ de 50 anos	29,20
	Total Traço	,005	Significativo	20 a 30 anos	45,71
				31 a 40 anos	37,48
				41 a 50 anos	41,67
				+ de 50 anos	34,20
Sexo	Total Traço	,023	Significativo	Masculino	39,89
				Feminino	45,20
Estado Civil	Total Família	,050	Significativo	Solteiro	23,58
				Casado/Marital	29,22
	Total Traço	,001	Significativo	Solteiro	46,40
				Casado/Marital	38,95
Profissão	Total Traço	,022	Significativo	Desempregado	52,14
				Professor	38,11
				Estudante	44,67
				Outros	42,51



Ainda na Tabela 2, podemos observar as médias das variáveis que têm diferenças significativas. No que diz respeito à idade, os sujeitos de 20 a 30 anos apresentam um nível de ansiedade-estado ( $M=41.11$ ) e ansiedade-traço ( $M=45.71$ ) superior às outras faixas etárias estudadas; o sexo feminino apresenta os maiores níveis de ansiedade-traço ( $M=45.20$ ) comparados com o sexo masculino; pessoas casadas ou que vivem maritalmente apresentam mais problemas relacionados com a família ( $M=29.22$ ); pessoas solteiras apresentam níveis de ansiedade-traço superiores ( $M=46.40$ ) aos apresentados pelas pessoas casadas; existem também diferenças significativas quanto às ocupações sendo que os sujeitos desempregados apresentam os maiores níveis de ansiedade-traço ( $M=52.41$ ) do que os sujeitos com um emprego.





## Discussão

Jovens com idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos compuseram a maior parte da amostra. Atribuímos esse facto à percepção de que esse substrato da amostra estava mais susceptível a responder a questionários do que os sujeitos com mais de 41 anos de idade, grupo que parecia ter menos tempo e vontade de o fazer. Do mesmo modo, verificamos que o sexo feminino representa a maioria da nossa amostra, por razões associadas à disponibilidade, vontade e tempo dos sujeitos.

Quanto ao estado civil, foram os solteiros a responder a mais questionários do que os casados, facto que atribuímos a um certo receio por parte deste segundo grupo relacionado ao medo de se comprometerem ao dar as respostas. Outrossim, o facto de a cidade do Lubango ser pequena contribuiu para que os sujeitos casados tivessem mais reservas, apesar das garantias de confidencialidade.

Os dados indicaram que indivíduos casados ou que vivem maritalmente têm mais problemas familiares que os solteiros. Preocupações associadas à saúde dos membros da família, à qualidade das relações em geral e das relações de intimidade, em particular, são mais presentes entre indivíduos casados.

Quanto à ansiedade, indivíduos com a faixa etária dos 20 aos 30 anos apresentam mais ansiedade-estado e ansiedade-traço do que os indivíduos com mais de 50 anos. Gleitman et al. (1991/2009) apresentam no seu trabalho indicadores semelhantes e referem que a incerteza quanto ao futuro e aos resultados das escolhas feitas no presente podem ser factores que contribuem para esse facto.

As mulheres apresentaram mais ansiedade-traço que os homens, o que também se verifica em vários estudos sobre ansiedade e/ou depressão e geralmente deve-se ao facto de as mulheres terem mais facilidade em expressar as suas emoções e/ou serem mais honestas em instrumentos de auto-relato (McLean & Anderson, 2009).

Relativamente à profissão, constatamos que sujeitos desempregados apresentam mais ansiedade-traço que os sujeitos com emprego. Mamun et al. (2020) referem que a falta de emprego traz consigo um forte impacto naquilo que é a saúde mental das pessoas pelo risco financeiro em que as coloca. As dificuldades financeiras associadas ao desemprego, bem como as frustrações relacionadas à busca de trabalho em Angola podem justificar maiores níveis de ansiedade nessas pessoas.



## Referências bibliográficas:

Apostolou, M., Jiaqing, O., & Esposito, G. (2020). Singles' reasons for being single: Empirical evidence from an evolutionary perspective. *Frontiers in psychology*, 11 (746), (s.p.)  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00746>.

Be, D., Wishman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2013). Prospective associations between marital adjustment and life satisfaction. *Personal Relationships*, 20 (4), 728-739.  
<https://doi.org/10.1111/per.12011>.

Fioravanti, A. C. M., Santos, L. F., Maissonette, S., Cruz, A. P. M., & Landeira-Fernandez, J. (2006). Avaliação da estrutura fatorial da Escala de Ansiedade-Traço do IDATE. *Avaliação Psicológica*, 5(2), 217-224.

Gleitman, H., Fridlund, A. J., & Reisberg, D. (2009). *Psicologia* (D.R. Silva, trad.). Fundação Calouste Gulbenkian (8ª edição). (Obra original publicada em 1991).

Hora, H. R. M., Monteiro, G. T. R., & Arica, J. (2010). Confiabilidade em questionários para qualidade: um estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. *Produto & Produção*, 11(2), s.p.  
<https://doi.org/10.22456/1983-8026.9321>

Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2020). Research on marital satisfaction and stability in the 2010s: Challenging conventional wisdom. *Journal of marriage and the family*, 82 (1), 100-116.  
<https://doi.org/10.1111/jomf.12635>

Mamun, M. A., Akter, S., Hossain, I., Faisal, M. T. H., Rahman, M. A., Arefin, A., ... & Griffiths, M. D. (2020). Financial threat, hardship and distress predict depression, anxiety and stress among the unemployed youths: A Bangladeshi multi-city study. *Journal of Affective Disorders*, 276, 1149-1158.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.075>

McLean, C. P., & Anderson, E. R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical psychology review*, 29(6), 496-505.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.05.003>

Ortiz-Ospina, E., & Roser, M. (2020). Marriages and divorces. *Our World in Data*.  
<https://ourworldindata.org/marriages-and-divorces>.

Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M., & McGinn, M. M. (2014). Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140 (1), 140-187.  
<https://doi.org/10.10307/a0031853>.





# Consequências Psicossociais da Seca no meio rural: o caso do município dos Gambos, Huila

*Margarida Ventura ,  
Instituto Superior Politécnico Tundavala  
ORCID 0000-0003-2857-149X*

*Carlos Ribeiro,  
Instituto Superior Politécnico Tundavala*

## Resumo

O estudo aqui apresentado aborda os problemas psicossociais provocados pela seca no município dos Gambos, um dos municípios da província da Huíla mais afectado pelas secas periódicas. A seca provoca pobreza, fome e, conseqüentemente, desestabiliza as famílias, a sociedade e interfere sobre os aspectos sociais, económicos, institucionais e políticos de uma região. Os aspectos sociais e económicos afectam as pessoas com relação à sua saúde física e mental, educação, emprego e contribuem para a instalação e aumento da pobreza.

A amostra é constituída por 157 indivíduos, sendo uma ligeira maioria do sexo feminino. Cerca de 78% das pessoas são analfabetas e a ocupação é quase exclusiva de camponês, tendo as pessoas um rendimento monetário muito baixo. Para avaliar os efeitos psicológicos da seca, foi elaborado um inquérito a que se chamou “Problemas Psicossociais em tempo de Seca”, o qual foi aplicado em forma de entrevista, uma vez que a grande maioria dos sujeitos da amostra são analfabetos.

Os resultados deste estudo mostram que esta comunidade vive em

extrema pobreza e que as mulheres têm um rendimento bastante inferior ao dos homens. A quase totalidade da amostra considera que a sua alimentação é má e que têm problemas de saúde. A grande maioria dos sujeitos declarou que, em tempo de seca, aumentam os problemas com os vizinhos, com a família, com os filhos, com os amigos, com as fazendas e que a família fica mais desunida. A totalidade dos sujeitos inquiridos

declara ter mais fome em tempo de seca. Finalmente, relativamente aos sentimentos vividos pela população dos Gambos, a tristeza e o desespero são os sentimentos predominantes. Estes dados mostram a falta de preparação dos povos desta região para conviverem com a seca. É preciso desenvolver mecanismos de sobrevivência em tempo de seca que possibilitem a melhoria das condições psicossociais dos povos desta região.





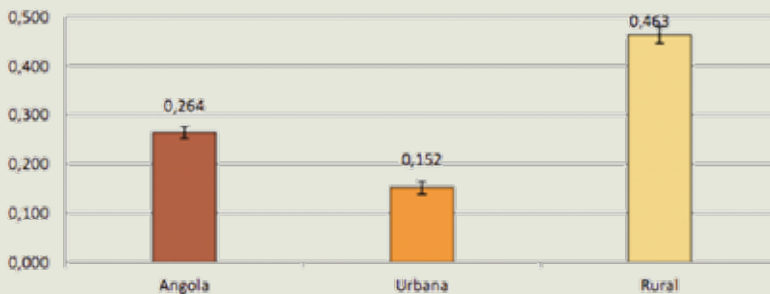
## Introdução

Este estudo debruça-se sobre os problemas psicossociais provocados pela seca no município dos Gambos, uma vez que, periodicamente, esta assola a região, provocando pobreza, fome e, consequentemente, destabiliza as famílias e a sociedade. Carvalho (2012) afirma que a seca interfere sobre os aspectos sociais, económicos, institucionais e políticos de uma região. Os aspectos sociais afectam as pessoas com relação à sua saúde, educação, emprego e migrações, os económicos contribuem para a instalação e aumento da pobreza.

A pobreza é um fenómeno que não afecta igualmente toda a população de um país ou de uma região. No caso de Angola, a pobreza, medida através do Índice de Pobreza Multidimensional (INE, 2020), mostra que quem vive no meio rural tem um índice de pobreza que é triplo de quem vive em meio urbano (Fig. 1), e que é cerca do dobro da média nacional (Fig1). Um estudo feito em 2017 na província de Malange por Strønen, Silva, Nangacovie e Fortuna, concluiu que a pobreza rural em Angola é grave e diferenciada por género. Essa pobreza provoca sentimentos negativos. Um estudo realizado por Cruz (2016) concluiu que as famílias estudadas apresentam uma vida em condição de pobreza cerceada pelo histórico de abandono, relações familiares e comunitárias conflituosas, trabalho infantil, gravidez precoce, violência urbana, baixo nível de escolaridade, privação de renda e de alimentos associados a sentimentos de vergonha, humilhação, desespero, tristeza e medo.



**Figura 1 - IPM-A por área de residência, IIMS 2015-2016**



A situação da Província da Huíla ainda se torna mais preocupante quando se avalia a Intensidade de pobreza (Fig. 2), onde a Huíla, aparece como a segunda pior província a nível nacional, com uma intensidade de pobreza acima dos 50% (IMS, 2016). O acesso à água no Sul da Huíla, nomeadamente no município dos Gambos, região onde foi feito este estudo, é um factor bastante limitante à qualidade de vida das pessoas das comunidades rurais (Mendhelson & Mendhelson, 2017).

Para além disso, os Gambos são um dos município da Huíla onde a seca se faz mais sentir. O que ocorre é que, no contexto rural, a seca acentua “as desigualdades em todos os níveis (social, racial, sexual, etário, regional, internacional, etc...)” ( Matos, 2012, p. 3 ), contribuindo para o agravamento de suas consequências na vida das comunidades rurais. Expressos no cotidiano das áreas rurais, os impactos da seca provocam um sério prejuízo na agricultura e na pecuária, fazendo com que estas comunidades fiquem expostas a um elevado nível de stress, podendo afectar a saúde do seu povo, ao submeterem-se a um cotidiano de incertezas e indefinições. O fenómeno da seca perpetua sentimentos de impotência de geração em geração, fazendo desse fenómeno um dos grandes responsáveis pela naturalização da miséria, da pobreza e da desigualdade social e de género (Camurça et al., 2016). É importante lembrar

que os efeitos da seca são materiais e imateriais, objectivos e subjectivos. A análise da seca, enquanto problema social, permite a abordagem de que as suas implicações incidem na vulnerabilidade social vivenciada pelas pessoas, nas actividades económicas que realizam, no contacto que estabelecem com os outros e com o ambiente, no modo de vida, assim como, na vivência de processos de saúde e adoecimento e no bem-estar da população (Camurça, Alencar, Cidade & Ximenes, 2016).



Outro problema na população angolana é o consumo excessivo de álcool. Um estudo feito na zona centro de Angola com militares e civis (Muteka, 2012) mostrou que as taxas de consumo de álcool e o padrão de consumo é semelhante entre os civis e os militares. No entanto, os civis tendem a ter experiências com álcool mais cedo do que os militares, nomeadamente com o vinho, a cerveja e o whisky.



## Metodologia

Este estudo foi feito no município dos Gambos, tendo sido, para isso, contactadas as autoridades locais. Todos os participantes concordaram em participar, não sendo possível assinarem o “consentimento informado”, uma vez que a maioria são analfabetos. Pelo mesmo motivo, a recolha de dados foi feita através de entrevista oral, tendo por base o questionário.

Seguidamente os dados foram inseridos no programa estatístico SPSS, versão 20, e tratados estatisticamente. Embora o processo de recolha de dados tenha sido feito através de entrevistas, trata-se de um estudo quantitativo, tendo em conta que se seguiu o questionário elaborado para o efeito (Problemas Psicossociais em Tempo de Seca).

Para a análise inferencial e dado o tamanho da amostra, utilizou-se o grau de significância de .05 para estabelecer se as relações entre variáveis são significativas ou não, considerando-se que os valores de significância iguais ou inferiores a esse valores representam a existência de diferenças entre os grupos.



## Amostra

Dos 157 indivíduos amostrados, uma ligeira maioria é do sexo feminino (Tabela1), sendo as faixas etárias a partir dos 25 anos razoavelmente equilibradas em percentagem. O estado civil predominante é a união de facto e cerca de 78% das pessoas são analfabetas. A ocupação quase exclusiva é camponês (mais de 90%), tendo as pessoas um rendimento monetário muito baixo, cerca de 93% de 0 a 2500 Akz/mês. Trata-se de uma amostra ocasional, não probabilística, uma vez que foram entrevistados todos os sujeitos a que tivemos acesso. Isto significa que os resultados não podem ser generalizados, apenas utilizados para esta amostra.

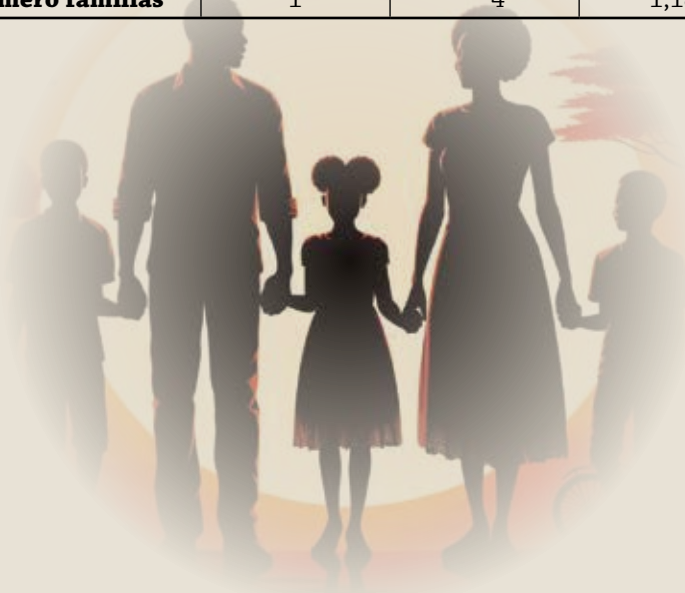
**Tabela 1: Caracterização da amostra**

	<b>Variáveis</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	masculino	69	43,9
	feminino	88	56,1
<b>Idade</b>	18 a 25	10	6,8
	26 a 35	50	33,8
	36 a 45	31	20,9
	Mais de 45	57	38,5
<b>Estado Civil</b>	casado	9	5,9
	solteiro	16	10,5
	união de facto	127	83,6
<b>Habilitações</b>	analfabeto	116	77,9
	ensino primário	26	17,4
	ensino médio	7	4,7
<b>Ocupação</b>	camponês	131	90,3
	pastor	3	2,1
	funionário público	6	4,1
	outro	5	3,5
<b>Rendimento</b>	0 a 2500	146	93,0
	5000 a 7500	3	1,9
	7500 a 15000	6	3,8
	15000 a 27000	2	1,3

Relativamente à estrutura familiar dos entrevistados (Tabela 2), os agregados têm entre 1 e 10 pessoas, com uma média de 3. O número de filhos vivos varia entre 0 e 30, sendo a média cerca de 7, o número de filhos mortos varia de 0 a 10, e o número de famílias que cada entrevistado tem variava entre 1 e 4, reflectindo, de alguma forma, um modo de vida poligâmico das comunidades agro-pastoris do Sul da Huíla, sendo que todas as mulheres só têm uma família.

**Tabela 2: Dimensão da Estrutura familiar**

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média
<b>Dimensão agregado</b>	1	10	2,97
<b>Nº Filhos vivos</b>	0	30	6,68
<b>Nº Filhos mortos</b>	0	10	,72
<b>Número famílias</b>	1	4	1,18





## **Instrumento**

Foi utilizado um inquérito a que chamámos “Problemas Psicossociais em tempo de Seca”, composto por 23 itens, divididos em 4 grupos. O primeiro aborda os problemas sociais, composto por 5 itens de resposta dicotómica (sim e não), o segundo de problemas de saúde, composto por 6 itens de escolha múltipla, o terceiro, de mecanismos de adaptação à seca, composto por 7 itens de resposta dicotómica (sim e não) e o quarto, de consequências psicológicas da seca, composto por 5 itens, igualmente de respostas dicotómicas (sim e não). Como já foi referido anteriormente, o mesmo foi aplicado em forma de entrevista, uma vez que a grande maioria dos sujeitos da amostra eram analfabetos.



## **Resultados**

Durante os anos normais, isto é sem seca, a larga maioria dos sujeitos da nossa amostra já refere uma situação má relativamente à alimentação e saúde. Durante o período de seca, esta situação agrava-se, conforme observamos na Tabela 3. Se observarmos a mesma, no concernente à saúde, verificamos que cerca de 90% dos inquiridos considera as condições de assistência médica más, embora aproximadamente 2/3 refira que quando tem problemas vai ao hospital e apenas 15% recorre ao médico tradicional. Quanto à alimentação, na generalidade é considerada má (92%). Sobre o consumo de álcool, embora 36% não consuma, a larga maioria dos sujeitos da nossa amostra consome bebidas tradicionais. O consumo excessivo de álcool na população angolana já foi referido por Muteka (2012), que apontou o vinho, a cerveja e o whisky como as bebidas mais consumidas. Isto não se confirma na população dos Gambos que, dada a sua extrema pobreza, não pode comprar este tipo de bebidas,

**Tabela 3: Frequências Problemas de Saúde e Alimentação**

Variáveis		Frequências	%
<b>Saúde</b>	Má	140	89,2
	Razoável	17	10,8
<b>Doença</b>	médico tradicional	23	14,6
	automedicação	38	24,2
	Hospital	96	61,1
<b>Alimentação</b>	Má	144	91,7
	Razoável	13	8,3
<b>Álcool</b>	Não consome	56	35,7
	bebidas tradicionais	98	62,4
	Cerveja	3	1,9
<b>Distancia ao Hospital</b>	1	50	12,43

recorrendo às tradicionais.

Em termos de relacionamento social, a larga maioria dos entrevistados refere um aumento notório dos problemas quando ocorre seca (Tabela 4). Cerca de 70% refere aumento de problemas quer com vizinhos, quer com amigos, e mais de 80% refere aumento de problemas com os filhos. Também, nesta região, em período de seca ocorre aumento de problemas com as fazendas, embora não de forma tão notória. De alguma forma, até surpreendente, é o aumento muito acentuado dos problemas com a família (87,9% dos entrevistados), que se relaciona com o facto a família ficar mais desunida (em quase igual percentagem), o que demonstra que este amortecedor social funciona mal nestas comunidades em tempo de seca. Estes dados correspondem ao estudo feito por Carvalho (2012), o qual concluiu que a seca interfere sobre os aspectos sociais (saúde, educação, emprego e migrações), económicos (aumento da



**Tabela 4: Frequência dos Problemas Sociais na Seca**

Variáveis		Frequências	%
<b>Problemas Vizinhos</b>	Não	44	28,0
	Sim	113	72,0
<b>Problemas Família</b>	Não	48	30,6
	Sim	109	69,4
<b>Problemas Amigos</b>	Não	51	32,5
	Sim	106	67,5
<b>Problemas Filhos</b>	Não	27	17,4
	Sim	128	82,6
<b>Problemas Fazendas</b>	Não	59	37,6
	Sim	98	62,4
<b>Mais Problemas Família na Seca</b>	Não	19	12,1
	Sim	138	87,9
<b>Família mais Unida</b>	Não	129	82,2
	Sim	28	17,8


pobreza), institucionais e políticos de uma região.

Se a situação da população do município dos Gambos já é de extrema pobreza em anos normais, em tempo de seca a situação agrava-se a nível da saúde, da fome, das preocupações e da alimentação (Tabela 5). Dados do INE (2020) mostram que a pobreza é muito maior no meio rural do que no urbano, o que é o caso dos Gambos. Ainda, dados do IMS (2016), mostram que a Província da Huíla é a segunda pior província do país em termos de pobreza. Este estado de pobreza já em tempos normais, adicionado à seca que periodicamente assola o município dos Gambos, acentua os problemas de fome e de doença.

De salientar que, nas questões “mais doenças”, “mais preocupações”, “alterou a alimentação” e “mais fome”, a totalidade dos inquiridos respondeu que sim. Estes dados vêm confirmar a teoria de Matos (2012), que afirmou que as consequências da seca implicam perdas na agricultura e na pecuárias, provocando stress e afectando a saúde e o bem estar social. Para fazer face a esta situação, a grande maioria destes populares percorrem grandes distâncias para encontrarem água (95%), utilizam mais plantas tradicionais (96%) e deslocam-se com o gado à procura de melhor pasto (48%).

**Tabela 5: Frequência dos Problemas pessoais na Seca**

Variáveis		Frequências	%
<b>Mais doenças</b>	Não	0	0
	Sim	157	100
<b>Mais preocupações</b>	Não	0	0
	Sim	157	100
<b>Alterou a alimentação</b>	Não	0	0
	Sim	157	100
<b>Mais fome</b>	Não	0	0
	Sim	157	100
<b>Água mais longe</b>	Não	8	5,1
	Sim	149	94,9
<b>Utiliza mais plantas naturais</b>	Não	6	3,8
	Sim	151	96,2
<b>Desloca Animais</b>	Não	64	40,8
	Sim	76	48,4
	Não tenho animais	15	9,6



Esta situação de extrema pobreza reflecte-se na vida social e pessoal da população dos Gambos, pelo que foi importante estudar quais os sentimentos que predominam nesta população. É interessante verificar que uma minoria afirmou ficar zangada e apenas 12% ter medo. Os sentimentos que predominaram foram os de tristeza (42%) e de desespero (44%). Estes dados parecem apontar para algum conformismo da parte da população (não ficam zangados), os quais aceitam com tristeza e desespero o seu destino. Já (tabela 7) Camurça e outros (2016) afirmaram que o fenómeno da seca perpetua sentimentos de impotência de geração em geração.

**Tabela 7: Frequência dos sentimentos da população em tempo de seca**

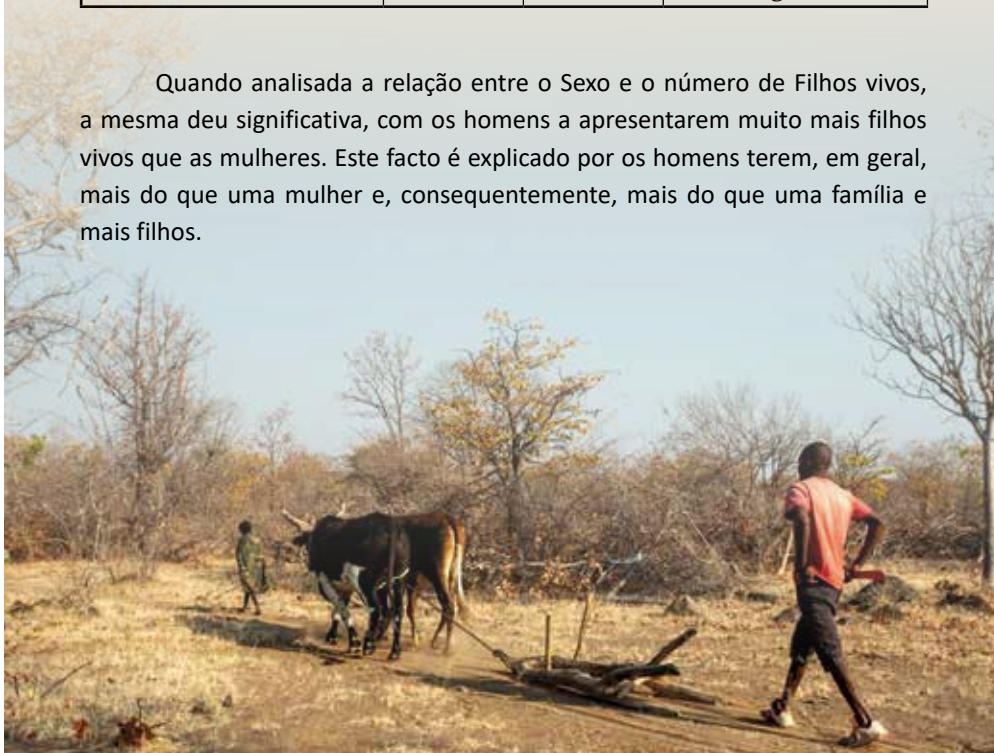
<b>Sentimentos</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Medo</b>	19	12,1
<b>Tristeza</b>	66	42,0
<b>Zanga</b>	3	1,9
<b>Desespero</b>	69	43,9

Em Angola, quer por consequência da guerra civil que durou quase 30 anos, em que os homens se encontravam longe das famílias e muitos morriam na guerra, quer por questões culturais, onde a poligamia é consentida e praticada principalmente no meio rural, são as mulheres que asseguram a educação dos filhos e o controle da casa. São elas também as mais sacrificadas, as que trabalham nas lavras, ficando os homens com a tarefa de pastarem o gado. Por esse motivo, achamos por bem comparar os dados segundo o género, no sentido de verificar se existem diferenças no comportamento e nos sentimentos dos sujeitos do sexo masculino e feminino. Para isso, foi utilizado o teste t de Student, cujos resultados se encontram na Tabela 8.

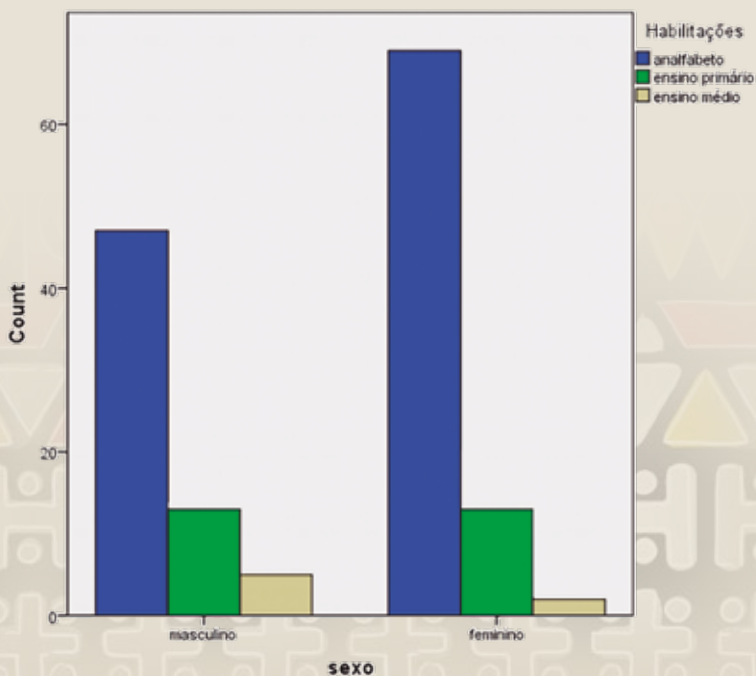
**Tabela 8: Relação do género com as variáveis sociodemográficas**

Variáveis	T	Sig	Resultado
<b>Nº de filhos vivos</b>	27,823	.000	Significativa
<b>Nº de filhos mortos</b>	,010	.921	Não significativa
<b>Nº de agregado familiar</b>	1,124	.291	Não significativa
<b>Habilitações</b>	10,738	.001	Significativa
<b>Ocupação</b>	2,342	,039	Significativa
<b>Nº famílias</b>	146,183	.000	Significativa
<b>Rendimento</b>	88,414	.000	Significativa

Quando analisada a relação entre o Sexo e o número de Filhos vivos, a mesma deu significativa, com os homens a apresentarem muito mais filhos vivos que as mulheres. Este facto é explicado por os homens terem, em geral, mais do que uma mulher e, conseqüentemente, mais do que uma família e mais filhos.

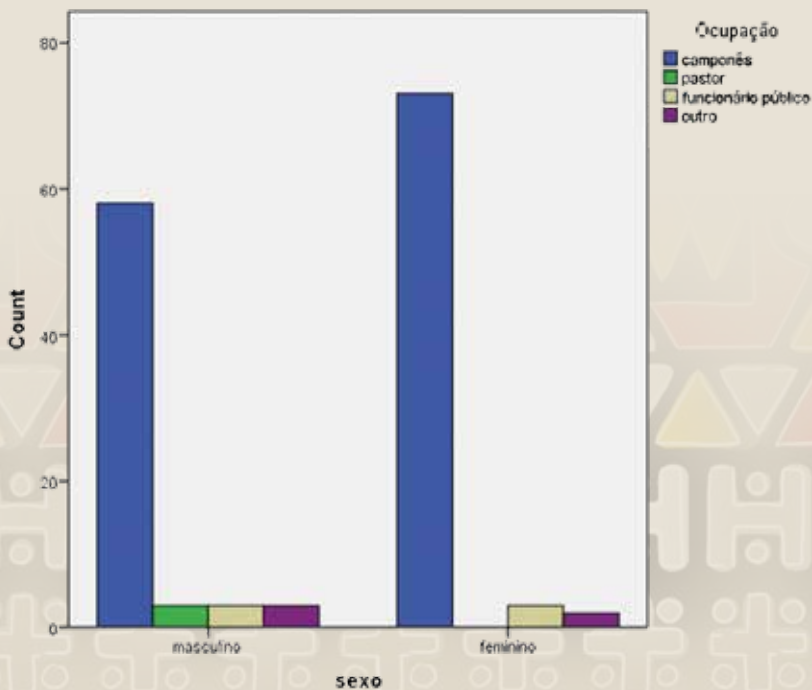


**Figura 3 – Habilitações em função do sexo**



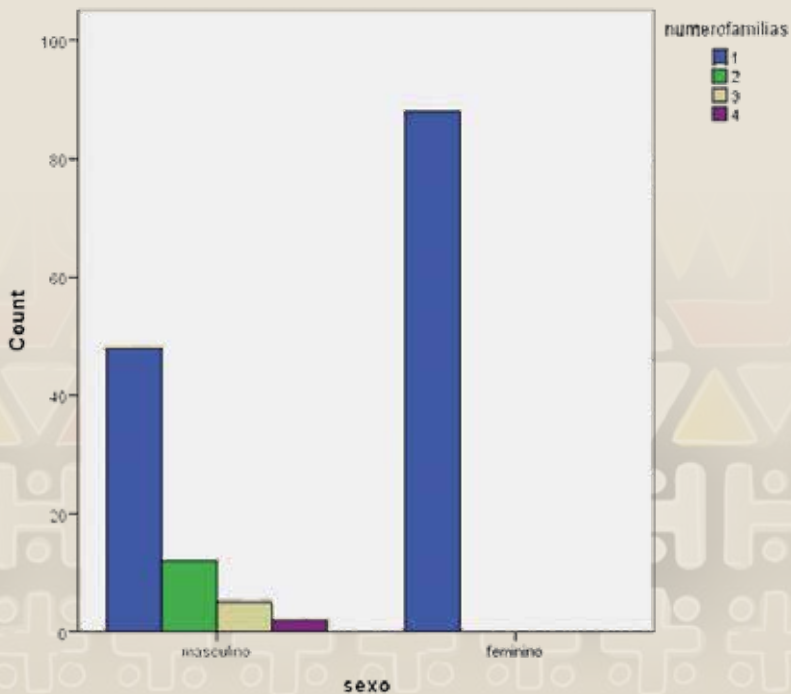
Também se verificaram diferenças significativas em relação às habilitações, onde os homens apresentam mais estudos do que as mulheres, sendo que a grande maioria destas são analfabetas. No entanto, é de salientar que o número de analfabetos (Fig. 3) em ambos os sexos é muito elevado. Já Camurça e outros (2016) defendem que a seca é responsável pela naturalização da miséria, da pobreza e da desigualdade social e de género. Em Angola, no meio rural, são poucas as famílias que se preocupam com a escolaridade, toda a família trabalha no campo, na lavra ou na pastagem, a juntar ao facto de que as escolas se encontram distantes.

**Figura 4 – Ocupação em função do sexo**



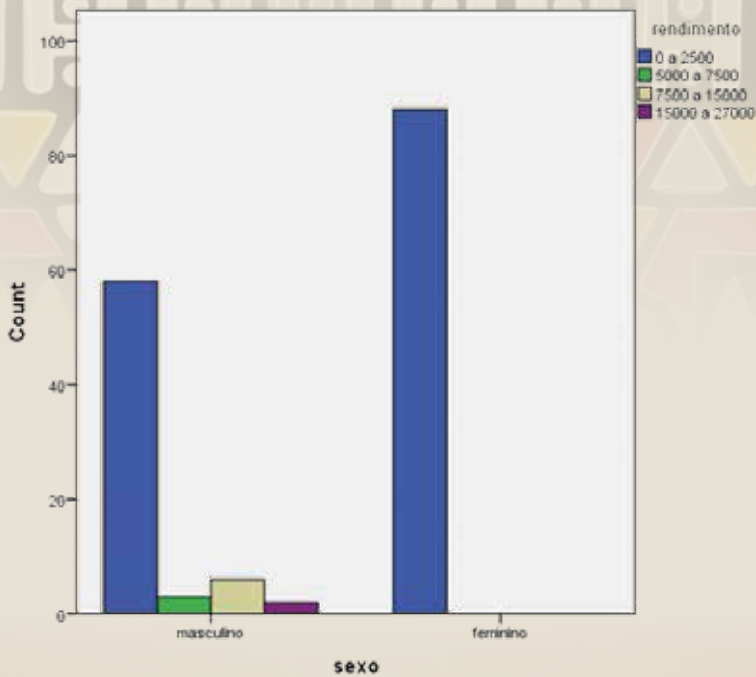
Como podemos ver na Figura 4, a maioria das mulheres são camponesas e nenhuma pastora, sendo os homens maioritariamente camponeses, mas com outras ocupações, como pastores, funcionários públicos e outras. Este resultado também está de acordo com os costumes dos povos da zona, onde são as mulheres que se dedicam às lavras e as crianças do sexo masculino à pastorícia. Já Strønen, Silva, Nangacovie e Fortuna (2017), concluíram que a pobreza rural em Angola é grave e diferenciada por género.

**Figura 5 – N° de famílias em função do sexo**



Em relação ao número de famílias e tal como já frisamos anteriormente, os homens apresentam mais do que uma família (Fig. 5), podendo ir até às quatro. Esta característica das comunidades agro-pastoris tem como contraponto o facto das mulheres só terem uma família.

**Figura 6– Rendimento em função do sexo**





Embora nas comunidades agro-pastoris sejam as mulheres quem mais trabalha e ambos os sexos pertencerem a classes de rendimentos muito baixos, os homens têm mais rendimento do que as mulheres (figura 6). De salientar que todas as mulheres observadas ficam no primeiro escalão, ou seja, rendimentos praticamente nulos. Já Stronem, Silva, Nangacovie e Fortuna (2017) afirmaram que, em Angola, a pobreza no meio rural é grave e diferenciada por género.

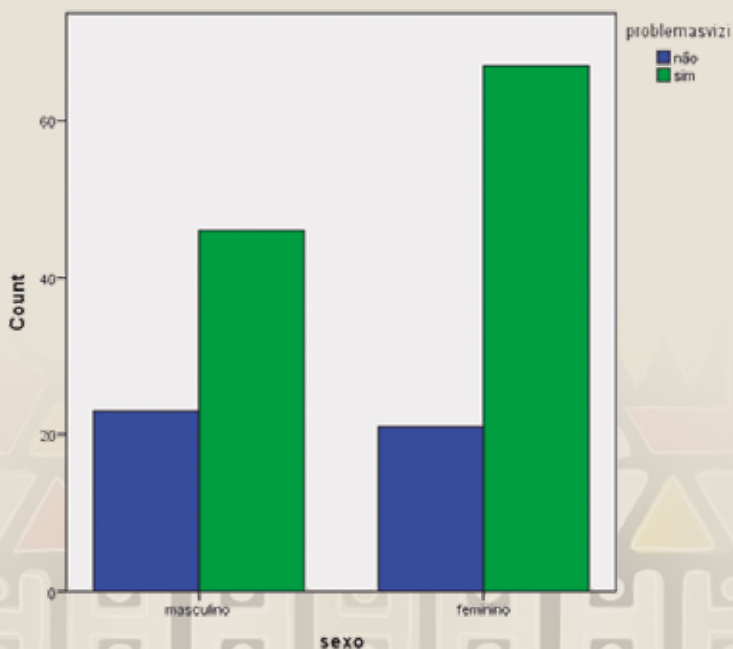
Quando analisada a relação entre o sexo e os problemas em tempo de seca, verificou-se que existem diferenças significativas na forma como homens e mulheres sentem os problemas com os vizinhos, os amigos e os filhos, mas não com a família e com as fazendas, conforme podemos ver na Tabela 9. Ainda há diferenças de opinião sobre se a família fica mais ou menos unida em tempo de seca.

**Tabela 9: Relação do género com variáveis dos problemas em tempo de seca**

Variáveis	T	Sig	Resultado
<b>Problemas com família</b>	1,688	.196	Não significativa
<b>Problemas com fazendas</b>	,002	.963	Não significativa
<b>Problemas com vizinhos</b>	6,488	.012	Significativa
<b>Problemas com amigos</b>	5,486	.020	Significativa
<b>Problemas com os filhos</b>	21,297	.000	Significativa
<b>Família mais unida</b>	14,617	.000	Significativa

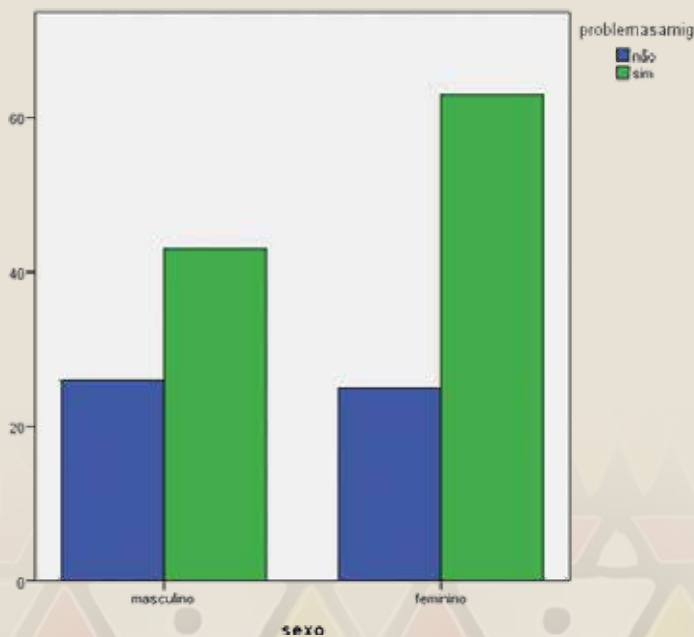
Com base no exposto e conforme se verifica na figura 7, em tempo de seca as mulheres têm mais problemas com os vizinhos do que os homens. Mais uma vez este dado pode estar relacionado com o facto de as mulheres serem as que mais trabalham, as que são responsáveis pela alimentação da família e, por tudo isto, as que mais lutam pela sobrevivência da família, competindo com as outras mulheres pelos bens e pela água. Sobre isso, Mendhelson e Mendhelson (2017) verificaram que o acesso à água no Sul da Huíla é um dos factores mais limitante à qualidade de vida das pessoas das comunidades rurais.

**Figura 7 – Problemas com vizinhos em função do sexo**

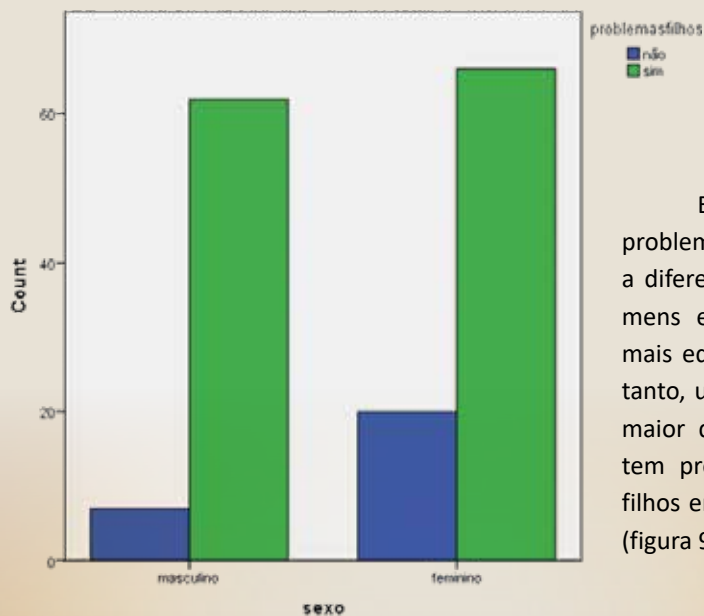


O mesmo se passa em relação aos amigos, cujo quadro entre homens e mulheres é muito semelhante ao anterior, com as mulheres a apresentarem mais problemas com os amigos(as) do que os homens. De salientar que, em geral, as amigas são as outras mulheres, que competem pela alimentação da família em tempo de seca.

**Figura 8 – Problemas com amigos em função do sexo**



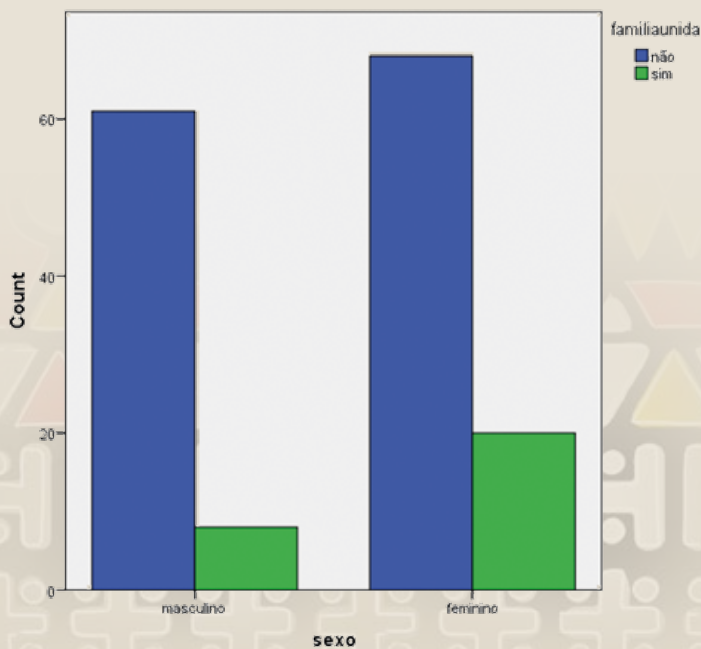
**Figura 9 – Problemas com filhos em função do sexo**



Em relação aos problemas com os filhos, a diferença entre os homens e as mulheres é mais equilibrada, no entanto, uma percentagem maior de mulheres não tem problemas com os filhos em tempo de seca (figura 9).

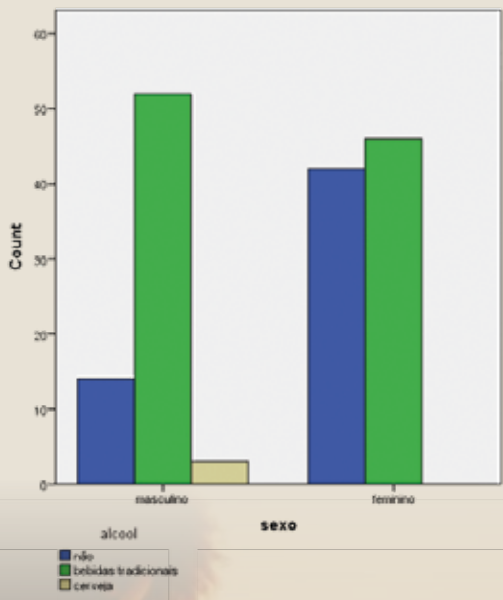


**Figura 10 – Família mais unida com a seca em função do sexo**

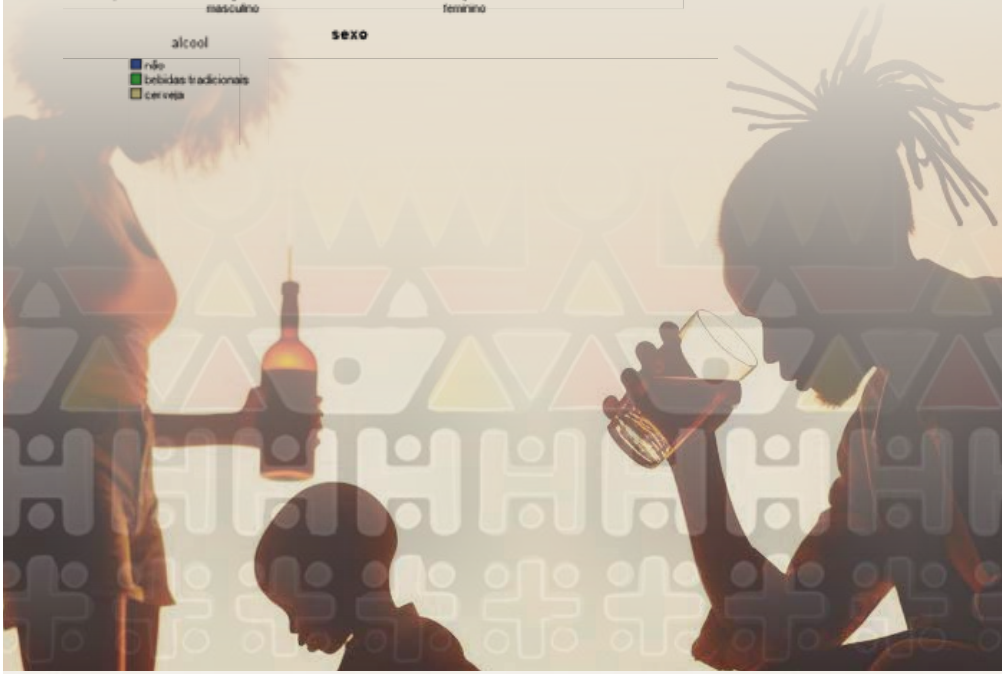


Finalmente, em relação à união da família em tempo de seca, a opinião dos homens e das mulheres difere, com as mulheres a apontarem mais desunião do que os homens, conforme se pode ver na figura 10. Este dado também reflecte o facto de os conflitos familiares aumentarem quando falta o sustento e a água e das mulheres terem de competir com as outras famílias do marido no apoio que este dá às mesmas. Mais uma vez os resultados encontrados estão de acordo com Carvalho (2012) que afirma que a seca interfere sobre os aspectos sociais e económicos.

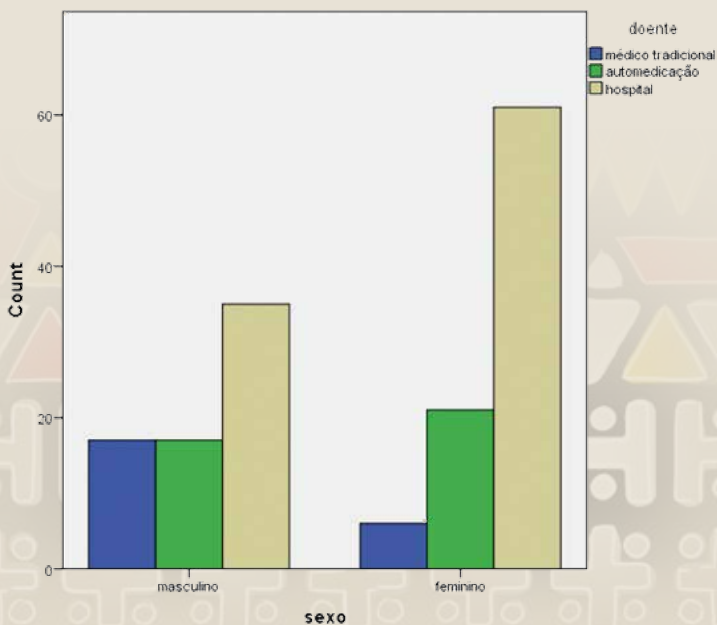
**Figura 11 - Consumo de álcool em função do sexo**



No respeitante ao consumo de álcool, há grandes diferenças em função do género, sendo que as mulheres não consomem bebidas alcoólicas ou apenas consomem as bebidas tradicionais, enquanto uma minoria dos homens afirma não consumir, sendo que a maioria consome bebidas tradicionais e alguns cerveja (figura 11).



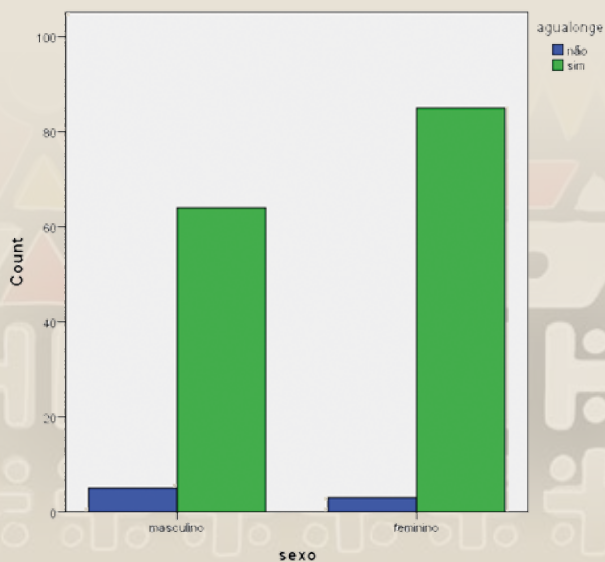
**Figura 12 - A quem recorrem em caso de doença**



Sobre a quem recorrem quando estão doentes, os homens recorrem aos médicos tradicionais ou automedecam-se em igual proporção, recorrendo outros tantos ao hospital. De salientar que as mulheres recorrem prioritariamente ao hospital, sendo poucas as que fazem automedicação e ainda menos as que recorrem aos médicos tradicionais. Este dado é interessante, uma vez que já verificamos que as mulheres são maioritariamente analfabetas, mas são aquelas que mais procuram os cuidados médicos nos hospitais (figura 12). Uma questão que se levanta é se elas são menos crentes na medicina tradicional que os homens ou se, como necessitam mais vezes de cuidados médicos por causa dos partos e do tratamento dos filhos, habituaram-se mais a recorrer ao hospital.

Na figura 13, podemos observar que, no meio rural, são as mulheres que se deslocam mais longe à procura de água. Este dado vem corroborar a ideia de que são as mulheres que mais trabalham e que fazem o trabalho mais pesado.

**Figura 13 - Em tempo de seca vão buscar água mais longe**



Finalmente, as análises mostram não haver diferenças significativas nos sentimentos dos sujeitos do sexo masculino e feminino, sendo que, apesar dos comportamentos diferentes, o sofrimento é o mesmo. Os sentimentos predominantes são a tristeza e o desespero, o que coincide com os resultados de Cruz (2016) a qual aponta para a tristeza, o desespero, o medo e a vergonha, como os sentimentos predominantes nas famílias pobres. Igualmente, Camurça (2016) refere a insegurança quanto ao futuro, os sentimentos de desânimo e tristeza, fatalismo e desesperança apreendida como implicações psicossociais da seca, não só nesta zona do Sudoeste angolano como em outros países e continentes com igual problema.



## Conclusões

A Huíla é a província de Angola, com maior proporção de pobres relativamente à população. É nesta província que se encontra o Município dos Gambos, local onde se realizou este estudo. Seca, pobreza, miséria e fome são palavras constantemente ligadas a esta região. Mesmo com características que parecem tornar a vida tão difícil, este fenómeno é frequente, o que pode levar a crer que não há nada incomum na região para a vida humana, é preciso apenas aprender a conviver com a seca.

A comunidade dos Gambos vive em extrema pobreza, sendo que a grande maioria tem rendimento inferior a 2500.00 Akz por mês. Ainda, as mulheres têm rendimento bastante inferior ao dos homens. A totalidade ou quase totalidade da amostra considera ter mais fome em tempo de seca, que a sua alimentação é má e que têm problemas de saúde. Também, a grande maioria dos sujeitos declarou ter problemas com os vizinhos, com a família, com os filhos, com os amigos, com as fazendas e que a família, em tempo de seca, é mais desunida. Estes dados mostram a falta de preparação dos povos desta região para conviverem com a seca. É preciso desenvolver mecanismos de sobrevivência em tempo de seca, uma vez que esta é frequente e periódica. É também importante uma política de melhor distribuição da água e um trabalho de educação comunitária que ensine estes povos do Sul da Huíla a precaverem-se da seca. Ainda, relativamente aos sentimentos vividos pela população dos Gambos, a tristeza e o desespero são os sentimentos predominantes.





## Referências bibliográficas:

Andrade, M. C. (1985). *A seca: realidade e mito*. Recife: Asa

Camurça, E.; Alencar, A.; Cidade, E. & Ximenes, V. (2016). Implicações psicossociais da seca na vida de moradores de um município da zona rural do nordeste do Brasil. *Avances en Psicología Latinoamericana*, vol. 34, no. 1, 2016.

Carvalho, O. (2012). *As secas e seus impactos*. Em Brasil, Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, A questão da água no nordeste / Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, Agência Nacional de Águas. Brasília: CGEE.

Cruz, J. (2016). Sentidos dos Afectos das Famílias em Situação de Pobreza Acompanhadas pelo CRAS. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Ceará, Departamento de Psicologia, Fortaleza.

IMS 2015-2016 . Intensidade da pobreza por Província

INE (2020). *Pobreza Multidimensional em Angola*. PNUD e Universidade de Oxford.

Matos, M. (2012). Famílias desagregadas sobre a terra ressequida: industria da seca e o deslocamentos familiares no Nordeste do Brasil. *Nômadias-Revista Crítica de Ciências Sociais e Jurídicas* (especial: América Latina). Recuperado de <http://dssbr.org/site/2013/05/desigualdades-relacionadas-a-distribuicao-de-agua-no-nordeste/>

Mendhelson, J & Mendhelson, S. (2018). *Sudoeste de Angola – Um retrato da terra e da vida*. Porto: Arte e Ciência.

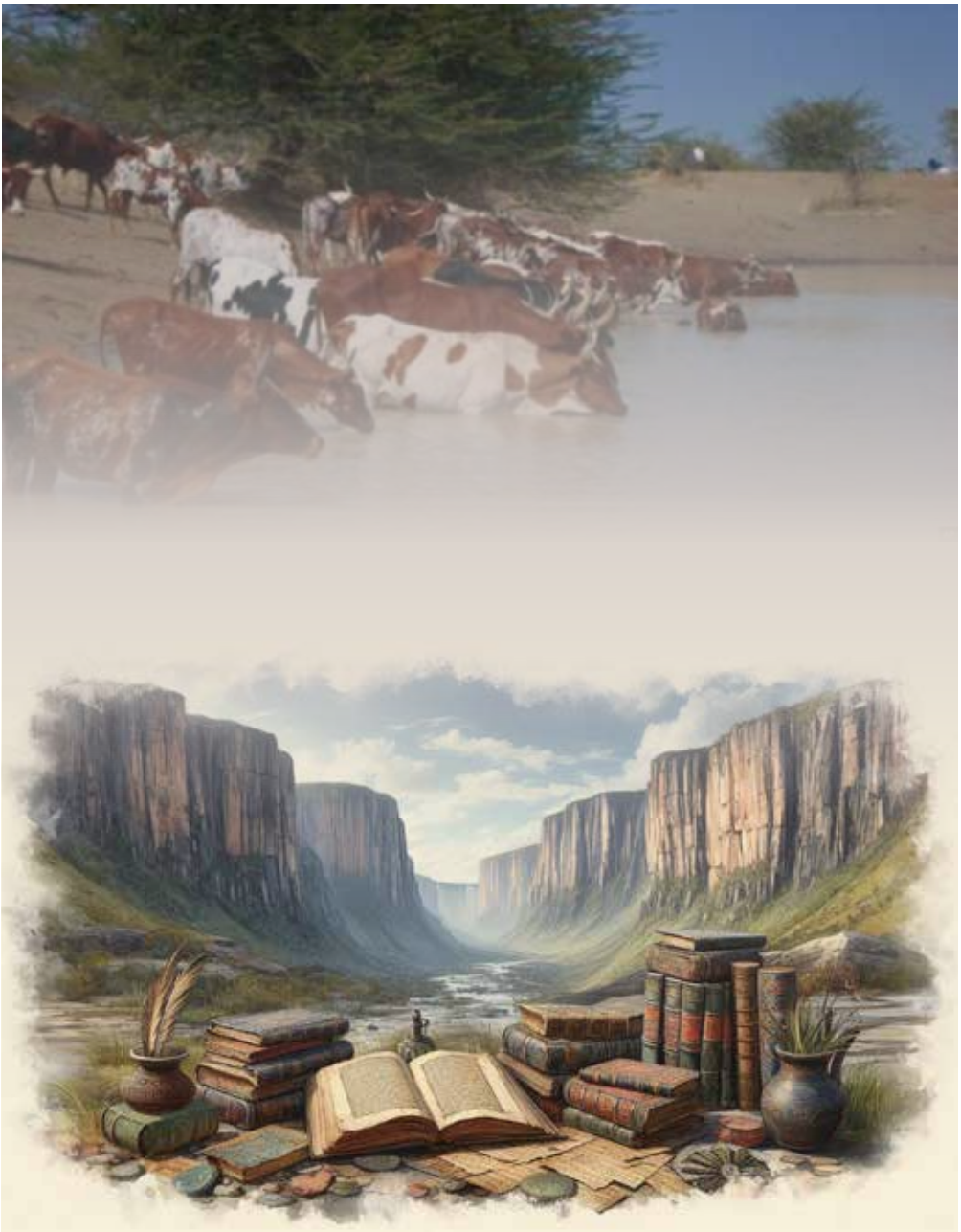
Mocelin, C. E. (2011). *Pobreza rural e o programa bolsa família: o caso da comunidade de São João do Barro Preto Júlio de Castilhos* (RS) (dissertação de Mestrado em Extensão Rural), Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

Muteka, F. (2017). Consumo de Álcool em Angola: estudo com militares e civis. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte

Reis, J. (2020). Angolanos com salário mínimo estão em extrema pobreza. <https://expansao.co.ao/angola/interior/depreciacao-do-kwanza-atira-salario-minimo-para-a-cauda-da-sadc-88089.html>. Consultado a 05-01-2022.

Strønen, I., Silva, O., Nangacovie, M. & Fortuna, C. (2017). Dificuldades Permanentes: Pobreza Feminina em Malanje Rural, Angola. *Chr. Michelsen Institute (CMI Brief vol. 16 no. 4)*.

UE (2014). *Diagnóstico de Género de Angola*. Luanda: União Europeia.





# Construção e validação de um questionário de vivências académicas para estudantes angolanos no ensino superior

*Aníbal Simões,*

*Docente e Investigador da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Agostinho Neto e da Unipiaget de Angola*

*ORCID, [anisimoes@hotmail.com](mailto:anisimoes@hotmail.com)*

## Resumo

**O**s estudos sobre adaptação académica e o ajustamento ao ensino superior são cada vez mais frequentes, por terem uma relação com o abandono e insucesso escolares. Em Angola, a situação do abandono escolar universitário assume proporções alarmantes. O Questionário de Vivências Académicas (QVA-a) foi

construído para conhecer as causas desse problema e para se minimizarem os efeitos sociais e económicos, permitindo um esforço de prevenção do bem-estar e da otimização da formação académica. O QVA-a foi validado e avaliado em quatro dimensões distintas: pessoal, institucional, carreira e interpessoal. A busca de evidências de validade interna (con-



sistência interna e análise fatorial) e validade externa (convergente e divergente) foram os propósitos deste estudo. A amostra de 300 alunos, do segundo, terceiro e quarto anos, foi selecionada aleatoriamente em duas instituições de ensino superior

público. Os resultados mostram que a validade interna e a validade externa são satisfatórias. Os resultados sugerem que a versão final do instrumento poderá ser utilizada na investigação a desenvolver sobre esta temática no país.

**Palavras-Chave:**

**Adaptação acadêmica, ajustamento ao ensino superior, abandono escolar, Questionário de vivências acadêmicas, validação.**



## **Abstract**

**S**tudies on academic adaptation and adjustment to higher education are increasingly frequent, as they are related to school dropout and failure. In Angola, the situation of university school dropout assumes alarming proportions. The Academic Experiences Questionnaire (QVA-a) was created to understand the causes of this problem and to minimize the social and economic effects, allowing for an effort to prevent well-being and optimize academic training. The QVA-a was validated and evaluated in four distinct dimensions: personal,

institutional, career and interpersonal. The search for evidence of internal validity (internal consistency and factorial analysis) and external validity (convergent and divergent) were the purposes of this study. The sample of 300 students, from the second, third and fourth years, was randomly selected from two public higher education institutions. The results show that the internal validity and external validity are satisfactory. The results suggest that the final version of the instrument could be used in research to be carried out on this topic in the country.

### **Keywords:**

**Academic adaptation, adjustment to higher education, school leaving, questionnaire of academic experiences, validation.**





## Introdução

Os estudantes africanos enfrentam no início do ensino superior dificuldades de vária ordem. Estas têm um impacto negativo no desempenho académico dos mesmos. Têm-se apontado dificuldades de carácter económico e financeiro (Okioga, 2013) e de acesso ao ensino superior, dado o contexto social e político próprio desses países (Teferra & Altbachl, 2004). É o caso do Kenya, África do Sul, Angola, apenas para citar alguns. Para além dessas dificuldades mais gerais, existem outras mais individuais e institucionais, nomeadamente a falta de competências digitais, os baixos níveis de compreensão, os elevados níveis de ansiedade, as reduzidas crenças da autoeficácia percebida assim como problemas relacionados com o currículo do Ensino Superior (Fraser & Killen, 2005; Jaffer et al., 2007).

Os problemas associados ao género dos estudantes são também recorrentes nessas instituições de ensino superior, nomeadamente a falta de equidade entre os géneros, a desfavor de estudantes do sexo feminino (Teferra & Altbachl, (2004). Este problema, próprio dos países em desenvolvimento, surge já no ensino geral e tem sido umas das fontes do abandono e de retenção escolares, com fortes repercussões no ensino superior (Akyeampong et al., 2007). O impacto desta desigualdade tem conduzido à inviabilização das políticas de acção formativa mormente ao género feminino, originando atitudes de discriminação, exclusão e marginalização do género feminino (Onsongo, 2009;Shabaya & Konadu-Agyemang, 2004;). Outra consequência bastante nociva em países em desenvolvimento, é o abandono escolar. A título de exemplo e, apenas para citar o caso da África do Sul, no ano de 2005, num total de 120 mil estudantes, 30% abandonou a universidade logo no primeiro ano, 20% no segundo e terceiro anos. Dos restantes 60%, apenas 20% conseguiu terminar a sua graduação com grandes custos para o tesouro nacional (Letseka & Maile,2008). Importa acrescentar que, no que tange ao ensino superior na africa subsariana, os abandono escolar é maior nas mulheres comparativamente aos homens (Businge, 2019).





As causas do abandono escolar nas Instituições de Ensino Superior (IES) africanas têm sido várias, nomeadamente: a gravidez (Grant & Hallman, 2008), a falta de estruturas de apoio académico, a falta de um clima organizacional e a ausência de uma adequada orientação da carreira (Sommer & Dumont, 2011), bem como a pouca eficácia das políticas educativas relacionadas com os recursos financeiros investidos (Glewwe, & Kremer, 2006).

Angola, como país africano, regista esses mesmos problemas. No entanto, dado o carácter multidimensional do abandono, da evasão e da retenção escolares, optou-se por delimitar o nosso campo de estudo sobre a adaptação académica e o ajustamento dos estudantes ao ensino superior, às suas percepções relativas às vivências académicas.

O diagnóstico da qualidade da adaptação académica e de ajustamento dos estudantes angolanos ao ensino superior, pode permitir entender e explicar o insucesso e a evasão escolares neste nível de ensino. Assim, o objectivo deste estudo é construir e validar um questionário de vivências académicas adaptado ao nosso contexto. A adaptação e o ajustamento dos estudantes nas IES, para além de se relacionar com a transição do ensino secundário para o superior, têm sido focados, sob o ponto de vista teórico, em variáveis de carácter pessoal, contextual e institucional (Almeida, et al., 2002), ou em variáveis mais ligadas à gestão do tempo, ao envolvimento em actividades de carácter extracurricular e aos conhecimentos fundamentais dos estudantes (Araújo, et al., 2003).

As vivências académicas influenciam o bem-estar psicológico, o rendimento escolar dos alunos e, inclusivamente, a qualidade da sua formação que, por sua vez, vai impactar na empregabilidade dos mesmos no final do curso (Lamas, et al., 2016; Rebelo & Lopes, 2001,). No entanto, esses processos adaptativos só serão possíveis se houver uma integração adequada os estudantes universitários (Granado et al., 2005), incluindo a estimulação dos estudantes



a desenvolverem, por si próprios, as competências que os possam tornar progressivamente mais autónomos e adultos.

Diversos estudos têm sido conduzidos para avaliar as vivências académicas dos estudantes do ensino superior. Grande parte deles foca-se essencialmente nos períodos de transição. Isto é, descrevendo as dificuldades que os estudantes apresentam, centram-se ora nos casos bem-sucedidos (Hurtado, et., 1996), ora no impacto do ajustamento académico na retenção. No fundo, o que se procura é destacar o papel preponderante desempenhado pela dimensão emocional e social nas aprendizagens (Gerdes, & Mallinckrodt, 1994). A par disso, outros estudos destacam as estratégias de coping, sobretudo nos caloiros, como preditores da adaptação dos mesmos ao ensino superior (Cabral & Matos, 2010).

Os estudos mais recentes têm recaído sobre a motivação para as tarefas da universidade, a eficácia relativa ao esforço despendido e a satisfação pelo meio académico (Baker & Siryk, 1984), a auto-avaliação do stress em meios universitários, familiares, sociais e pessoais (Zitzow, 1984) e sobre a dimensão pessoal, interpessoal, vocacional, estudo-aprendizagem e institucional, ou seja, mais centradas no aluno, curso e contexto (Almeida et al, 2002).

Em Angola, os estudos sobre as vivências académicas dos estudantes do ensino superior em Angola, são escassos ou mesmo inexistentes, havendo a necessidade de construir instrumentos ajustados às particularidades do contexto angolano. Assim, inspirados em outros instrumentos de avaliação, mas considerando a especificidade cultural, linguística e social dos nossos estudantes, o presente estudo teve como objetivo construir e validar um instrumento que avalie a perceção das vivências académicas de estudantes do ensino superior. O que se pretende é a dotação à área social das nossas instituições de ensino superior, de um instrumento de investigação facilitador de ações de intervenção junto dessa camada de estudantes.



# Metodologia

## Participantes

A amostra do presente estudo é composta por 300 estudantes do Ensino Superior, cursando o segundo, terceiro e quarto anos da licenciatura de uma Universidade Pública (UAN). Na tabela 1 são apresentadas as variáveis: sexo, faixa etária, faculdades e cursos dos participantes. As idades variaram entre 19 e 53 anos (Média= 24,50 anos) sendo 72% (n=214) do sexo masculino e 28% (n=86) do sexo feminino.

Houve um predomínio dos estudantes na faixa etária de 19 a 24 anos, 62%; (n = 187). seguido da faixa etária até 30 anos encontramos um percentual de (31,7% (n = 95) e com idade superior a 2 % (n = 6). Destacamos que 62,8% (n = 189) dos estudantes pertencem a Faculdade de Ciências Sociais (FCS) e 36,9 % (n = 111) ao Instituto Superior de Ciências da Saúde (ISCISA). Da FCS, 21,6% (n=65) são do curso de Psicologia Criminal; 21,6% (Psicologia do Trabalho 20%, (n = 61) e 4,7% (n =14) do curso de Psicologia Clínica. Quanto ao ISCISA 36.9% (n =111) são do curso de Cardiopneumologia.

**Tabela 1: Descrição da amostra observada**

Faculdades	Cursos	Sexo		Idade	
		Fem	Masc	Média	DP
<b>Ciências Sociais</b>	Psicologia Criminal	30	35	25,32	3,08
	Psicologia do Trabalho	19	42	25,84	4,06
<b>Ciências da Saúde</b>	Psicologia Social	7	7	29,50	7,05
	Psicologia Clínica	10	25	25,89	7,46
	Psicologia Escolar	3	11	26,64	5,03
	Cardiopneumologia	17	94	22,11	4,41
<b>Total</b>		86	214	25,53	3,74





## Instrumentos

Utilizou-se o Questionário de Vivências Académicas (QVA-a) elaborado especificamente para o contexto angolano. Trata-se de um questionário de auto-relato composto de 41 itens, de resposta tendo por base uma escala de tipo likert com cinco alternativas (discordo completamente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo completamente) distribuídos por oito subescalas agrupadas de modo a formar quatro dimensões: Pessoal (20 itens), Interpessoal (10 itens), Carreira (4 itens) e Institucional (6 itens).

As dimensões do questionário sobre as vivências académicas são as seguintes:

***Tabela 2: Dimensões do Questionário de vivências académica***

<b>Dimensões (Tipo de vivências)</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Pessoal</b>	Contém questões sobre a autonomia pessoal, a família, o bem-estar físico, o bem-estar psicológico e a percepção de competências.
<b>InterPessoal</b>	Contém questões sobre a relação com os pares, o estabelecimento de amizade, a intimidade com os colegas e o envolvimento em actividades curriculares.
<b>Carreira</b>	Contém questões como a satisfação com o curso frequentado e o projecto vocacional.
<b>Institucional</b>	Contém questões como o interesse dos estudantes pela instituição que frequentam, conhecimento e avaliação dos serviços e das infraestruturas da instituição.



## Resultados

### **Validade de Construto: Análise Fatorial Exploratória e Confirmatória**

A análise estatística dos dados efectuou-se através do software PASW Statistics 18. Para analisar a estrutura factor do QVA-a realizou-se a Análise Factorial Exploratória ) recorrendo à Análise Fatorial de Componentes Principais (AFCP) (Marôco, 2010; Tabachnick & Fidell, 2007). Procurou-se, na fase inicial, saber se os dados se adequavam ao procedimento estatístico, tendo em consideração dois aspectos: o tamanho da amostra e a força da relação entre os itens. Registe-se que quanto ao primeiro aspecto recomenda-se um rácio de 10 observações por cada item da escala (Nunnally, 1978). Tendo em conta o tamanho da amostra utilizada (N = 300), podemos confirmar o cumprimento desse pressuposto.


O valor da medida de adequabilidade amostral de Kaiser-Meyer-Olkin foi: [KMO=.699; df=66;  $p < 0,001$ , sendo o valor do teste de esfericidade de Bartlett de 2800,273 ( $p < .001$ ). Logo, eles permitem a realização da AFCP e AFE pois são indicadores da adequabilidade de utilização deste procedimento de análise ao instrumento em estudo (Tabachnick & Fidell, 2007).

Recorrendo ao critério de eigenvalue igual ou superior a 1 - para a retenção de factores, a análise da solução permitiu extrair quinze (15) factores, que explicam 65.13% da variância total. Apesar da percentagem de variância explicada ser boa, os 15 factores não reflectem uma estrutura fatorial teoricamente coerente (Almeida et al.2002; Igue et. 2008). Procedeu-se, num segundo momento, à Análise Fatorial Exploratória forçada de quatro factores com rotação varimax (Fabrigar et al., 1999; Tabachnick & Fidell, 2007). A AFE forçada a 4 factores teve por base estudos sobre as vivências académicas (Almeida & Ferreira, 1999; Bean & Eaton, 2002; Merdirger et al., 2005).

Na Tabela 2 são apresentados os factores com os itens que os compõem com os respectivos pesos factoriais.

**Tabela 2: Estrutura fatorial do QVA-a forçada a 4 fatores após rotação varimax (N=300)**

	<b>Componentes</b>			
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>VP1</b>	-,042	,773	-,021	-,103
<b>VP2</b>	-,062	,744	-,020	-,031
<b>VP3</b>	,027	,442	,120	,027
<b>VP4</b>	,056	,672	,025	,016
<b>VP5</b>	,396	,142	-,074	-,022
<b>VP6</b>	,071	-,054	-,165	,480
<b>VP7</b>	-,016	,169	-,130	-,112
<b>VP8</b>	,049	-,165	,053	,189
<b>VP9</b>	-,256	,089	-,006	-,154
<b>VP10</b>	-,362	,051	,318	,066
<b>VP11</b>	,191	,372	,155	,120
<b>VP12</b>	,366	,419	,156	,060
<b>VP13</b>	-,099	,466	-,094	,049
<b>VP14</b>	-,137	,026	,254	,3672
<b>VP15</b>	,075	,231	,175	,160
<b>VP16</b>	,102	-,003	-,363	,376
<b>VP17</b>	,272	-,008	,196	,268
<b>VP18</b>	,310	-,026	,155	,358
<b>VP19</b>	,274	,034	-,067	,318
<b>VP20</b>	,131	-,075	-,029	,482
<b>VP21</b>	-,078	,025	,0352	,323



	<b>Componentes</b>			
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>VP22</b>	,102	-,094	,689	,198
<b>VP23</b>	,053	-,035	,749	,144
<b>VP24</b>	,062	-,015	,258	,481
<b>VP25</b>	,103	-,034	,399	,032
<b>VP26</b>	,157	,064	,597	-,025
<b>VP27</b>	,068	,009	-,034	,390
<b>VP28</b>	,154	,179	,212	,387
<b>VP29</b>	,333	-,049	,037	-,007
<b>VP30</b>	-,004	,233	,282	-,049
<b>VP31</b>	-,190	,228	-,053	,471
<b>VP32</b>	,663	,196	,286	-,011
<b>VP33</b>	-,230	,120	,184	,383
<b>VP34</b>	,010	,246	,459	,020
<b>VP35</b>	,037	-,147	,137	,547
<b>VP36</b>	-,041	,273	,226	,369
<b>VP37</b>	,164	,247	-,026	,292
<b>VP38</b>	,401	,282	,196	-,076
<b>VP39</b>	,783	,104	,144	,080
<b>VP40</b>	,683	,009	,102	,157
<b>VP41</b>	,722	,106	,128	,144

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.



Na tabela 4, apresenta-se mais detalhadamente o conteúdo dos itens e a sua organização por factores. Foi a partir desta estrutura factorial que se determinou a nova versão do questionário.

**Tabela 4: Análise de Componentes Principais (Rotação varimax, solução forçada a 4 factores (N= 300 )**

<b>FACTOR 1- Pessoal (<math>\alpha = .68</math>)</b>	<b>F</b>	<b>Comunalidades</b>
32. Estou satisfeito com as actividades que temos realizado no curso onde estou matriculado.	.663	.560
38. Estou convicto de que nada me fará desistir deste curso.	.401	.285
39. Aprendo facilmente as matérias ensinadas pelos professores.	.783	.625
40. Espero ter um bom emprego depois da formação.	.683	.502
41. Sinto-me satisfeito com o curso escolhido.	.722	.569


<b>FACTOR 2- Institucional (<math>\alpha = .786</math>)</b>	<b>F</b>	<b>Comunalidades</b>
1. Considero meus pais pessoas muito próximas de mim, quando estou diante de dificuldades académicas.	.773	.610
2. Sinto que posso contar com os meus pais em questões relativas à universidade.	.744	.559
3. Julgo não conseguir passar muitos dias sem dar um salto à casa de meus pais.	.442	.212
4. Tenho falado com meus pais sobre a escolha da área de estudo, quer no ensino médio quer no ensino universitário.	.672	.455
12. Sei planificar as minhas acções futuras.	.419	.338
13. As relações afectivas que estabeleço com os professores e os colegas ajudam-se enfrentar as dificuldades do ensino superior.	.446	.238

<b>FACTOR 3- Carreira (<math>\alpha = .632</math>)</b>	<b>F</b>	<b>Comunalidades</b>
22. Tenho facilidades para fazer amigos.	.689	.533
23. Crio amizades na universidade que duram muito tempo	.749	.585
26. Sou adepto de um clube desportivo	.597	.385
34. Aprendo facilmente as matérias ensinadas pelos professores.	.459	.272

<b>FACTOR 4- Interpessoal (<math>\alpha = .427</math>)</b>	<b>F</b>	<b>Comunalidades</b>
6. Compartilho frequentemente as minhas ideias e pontos de vista com os meus colegas.	.480	.266
20. Considero que os meus colegas lidam bem comigo	.481	.256
24. Muitos colegas se fazem meus amigos quando se apercebem das minhas capacidades intelectuais	.481	.302
31. Considero boas as relações que os professores estabelecem com os estudantes.	.471	.313
35. Espero ter uma boa formação e um bom emprego após a formação	.547	.341

No que diz respeito à dimensionalidade, a proposta desta segunda versão parte do pressuposto de que os 20 itens convergem para uma única dimensão entendida como vivências académicas dos estudantes universitários angolanos. Daí que se tenha procedido, novamente, a análise factorial confirmatória.

Para avaliar a qualidade global de ajustamento tivemos em consideração os seguintes índices empíricos de ajustamento: (a) Teste qui-quadrado de normalidade, ( $\chi^2/g.l.$ , tal como se pode ler em Wheaton, Muthen, Alwin, e Summers, (1977), (b) O índice de ajuste comparativo, sintetizado na sigla CFI (Bentler, 1990), (c) O índice Tucker-Lewis Index, sintetizado na sigla TLI (Tucker & Lewis, 1973) e (d) a raiz do erro quadrático médio de aproximação com um intervalo de confiança de 90%. A sigla é RMSEA, conforme descrita por Steiger (1990).



Para cada um dos índices de ajustamento acima referidos considerou-se o seguinte: relativamente ao qui-quadrado ( $\chi^2/g.l.$ ), apoiando-nos em Marôco (2010), consideramos os valores entre 2 e 5 como um ajustamento aceitável e inferiores a 2 como um bom ajustamento. Em relação ao CFI e TLI, com base em Hu e Bentler (1999). De acordo com estes estudiosos os valores entre .90 e .95 consideram-se como um ajustamento aceitável e iguais ou superiores a .95 como um bom ajustamento. No que diz respeito ao RMSEA<sup>2</sup>, Hu e Bentler (1999) postulam que um valor igual ou inferior a .06 é indicador de um bom ajustamento.

Conforme se pode ver na tabela 5, os resultados mostram que o modelo apresenta um ajustamento considerado aceitável: ( $\chi^2 (.98) = 2333$ ,  $p < .001$ , CFI=.91, TLI=.90, RMSEA=.0.678 [0.566, – 0.790] SRMR=.0,645. A nossa afirmação é baseada no facto de que na versão original do questionário o ajustamento não foi tão aceitável como na última versão final. Os resultados da versão original foram os seguintes: ( $\chi^2 (734) = 1776$ ,  $p < .001$ , CFI=.47, TLI=.44, RMSEA=.0.68 [0.6 – 0.729] SRMR=.0,912. O valor elevado de RMSEA da versão original justifica-se pelo facto deste índice ser beneficiado pelo número maior de variáveis e graus de liberdade (Kenny, et., 2025). Note-se que, na segunda versão, que foi considerada para o estudo final, as variáveis foram reduzidas o que, por consequência, também tornou diminutas as variáveis e os graus de liberdade.

---

<sup>2</sup> Trata-se do índice de raiz quadrada média do erro de aproximação (RMSEA). É um índice de ajuste absoluto que mede a discrepância média entre o modelo especificado e os dados observados.

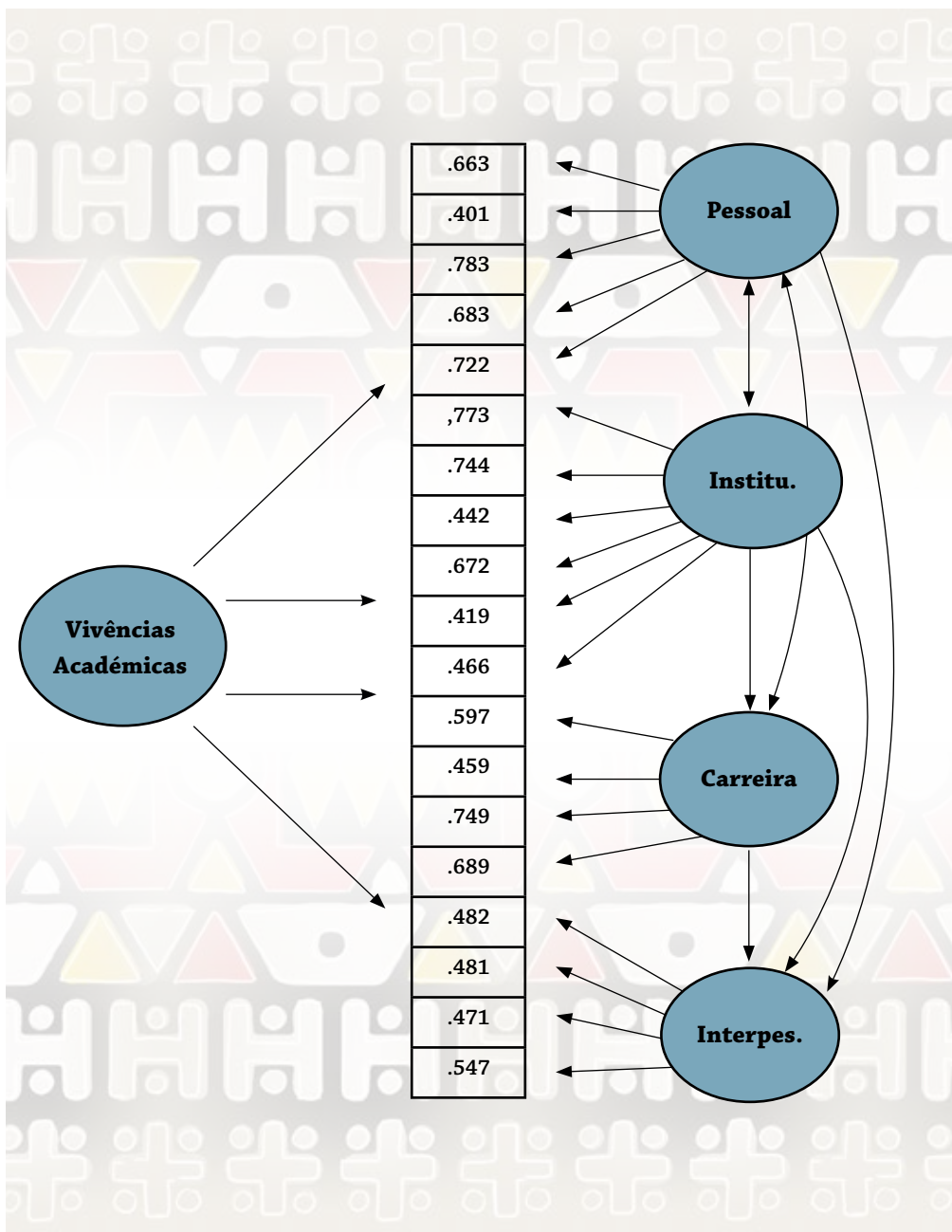
**Tabela 5: Índices de ajustamento global**

<b>Modelo</b>	<b><math>\chi^2 / g.l</math></b>	<b>TLI</b>	<b>CFI</b>	<b>RMSEA</b>	<b>SRMR</b>
<b>Modelo inicial</b>	1,776	0,44	0,47	0,68	0,912
<b>Modelos com índice de modificação</b>	2,333	0,90	0,91	0,678	0,645

Nota:  $\chi^2/g.l$ = Razão da estatística do  $\chi^2$  e graus de liberdade; TLI= Tucker Lewis Index, CFI=Comparative Fit Index ;RMSEA=Root Mean Square Error of Approximation; SRMR=Standardized root mean square residual.

Apresentam-se na figura 1 os resultados finais sobre a AFC do questionário de vivências académicas dos estudantes universitários angolanos, registando valores de saturação dos itens, variando entre .401 e .783.que podem ser considerados moderados.





### **Alfa de Cronbach e fiabilidade compósita**

Deve esclarecer-se que o alfa de Cronbach deve ser interpretado no intervalo entre 0 e 1, onde os valores negativos do alfa devem ser considerados como escalas sem confiança (Streiner, 2003).

A fiabilidade QVA-a especificamente ao nível da consistência interna foi analisada através do alfa de Cronbach e da fiabilidade compósita (FC). Para o alfa, definimos o valor de .70 como indicador de um nível de consistência interna aceitável, conforme postula Nunnally, (1978). Para a fiabilidade compósita definimos um igual ou superior a .70 como indicador de uma boa fiabilidade do constructo (Fornell & Larcker, 1981).

Na tabela que abaixo se apresenta, podem observar-se os coeficientes de alfa obtidos, nomeadamente o alfa de Cronbach e da fiabilidade compósita.

***Tabela 6: Análise da fiabilidade de consistência interna das dimensões***

<b>Dimensões</b>	<b>Coef. Alfa de Cronbach</b>	<b>Coef. Fiabilidade Compósita</b>
<b>1 - Pessoal</b>	.685	.945
<b>2 - Institucional</b>	.786	.962
<b>3 - Carreira</b>	.632	.918
<b>4 - Interpessoal</b>	.427	.886



Os resultados obtidos no teste na dimensão “pessoal”, alfa de Cronbach = 0,632. Segundo Pestana e Gageiro (2014) esta índice revela uma consistência interna fraca. Eles apontam que o alfa compreendido entre 0,60 e 0,70 é considerado fraco (.68). O mesmo se passa com a dimensão Carreira que é igualmente fraca. Contudo, a dimensão Institucional apresenta uma consistência interna razoável .78. Refira-se, no entanto, que, com a excepção da dimensão interpessoal, os coeficientes alfa de Cronbach obtidos são aceitáveis. De acordo com Davis, (1964) o coeficiente de alfa é inaceitável quando estiver abaixo de 0,50, que é o caso da dimensão interpessoal que apela por análises posteriores.

A fiabilidade compósita (FC) é boa. Ela foi avaliada com o alfa de Cronbach estandardizado para cada um dos factores. Considera-se adequada quando for superior a 0,7. Recorde-se que a fiabilidade compósita estima a consistência interna dos itens relativos ao factores e não aos itens em si como acontece com o alfa de Cronbach. Logo, podemos considerar todas as dimensões com uma adequada consistência interna.

### **Validade convergente e divergente**

Para além da análise factorial usada para determinar a validade de constructo, também se recorreu a validade convergente e a discriminante. No que concerne à validade convergente, optamos pela variância extraída da média. Note-se que para ela ser considerada adequada tem de ter valores iguais ou superiores a 0,50 (Fornell e Larcker,1981). Para a validade discriminante considerou-se o facto de os valores de Variância Média Extraída dos factores, conforme Marôco (2010), serem iguais ou superiores ao quadrado da correlação entre os mesmos. Assim, procuramos verificar as condições de validade nos aspectos convergentes e divergentes entre o questionário por nós construído, o QVR-a, e dois instrumentos relacionados com aspectos da personalidade, nomeadamente, o Inventário de Depressão Aaron Beck (1998), com 4 factores, e a escala de Auto-Estima de Morris Rosenberg (1989) com 3 factores.

A validade convergente, obtida através da Variância Extraída Média



(VEM), pode ser considerada boa para as duas escalas e fraca numa: VEMQVra=.34; VEMBeck =.63 e VEMRosen= .64, o que sugere os factores latentes serem razoavelmente explicados pelas variáveis observadas.

Em relação à validade discriminante obtivemos os seguintes resultados: VEMQVra=.62; VEMBeck =.79; VEMRosen= .80, sendo, conforme se vê, superiores ao  $r^2 = .58$ . Demonstra-se, com isso, que os instrumentos ora apresentados avaliam componentes diferentes.

### **Correlações entre as dimensões**

Ainda no sentido do estudo da validade interna procedemos ao cálculo das correlações entre as dimensões derivadas da factorização. Na tabela 7 apresentamos os dados desta análise, mais concretamente as correlações e a significância estatística.



**Tabela 7: Correlação entre as dimensões factorizadas**

Qva-a	Qva-a			
	Pessoal	Institucional	Carreira	Interpessoal
Institucional	.217 **	1,00		
Carreira	.523 **	.83	1,00	
Interpessoal	.144 **	.010		

\*\* Correlação significativa para  $p < .01$ .

Observa-se que as correlações, embora tendencialmente baixas, à excepção de uma, se mostram estatisticamente significativas. É o caso da subescala institucional  $r = .083$ .

Jugamos, apesar disso, que o questionário, no seu todo, funciona, em parte, baseando-se em subescalas.



## Discussão

O presente trabalho pretendeu confirmar, junto de uma amostra de estudantes angolanos de uma universidade pública, a validade de constructo e a fiabilidade do instrumento por nós construído. Com efeito, efectuou-se uma análise factorial exploratória e, posteriormente, a confirmatória no âmbito dos modelos de equações estruturais, dos quarenta e um itens da escala original. Vinte e um foram retirados, dado o número elevado de factores, optando por uma estrutura factorial forçada de quatro factores. A estrutura de factores original, não apresentou um bom índice de ajustamento que sustentam a boa qualidade do modelo foi posta de lado. Adoptamos, por isso, a estrutura com quatro factores que apresenta uma qualidade razoável. Justificamos esta opção por factores ligados ao próprio contexto angolano, sem querermos ir em contra mão com outros estudos onde os itens se repartem por 5 factores (Almeida, et al., 2002; Cunha & Carrilho, 2005; Rodriguez, et al., 2009).

De modo geral, os estudantes universitários angolanos, sujeitos deste estudo, manifestam diferentes formas de adaptação à universidade, conforme se pretendeu medir com a versão inicial do questionário. Nesta versão, foram eliminados os itens 7, 9,10,11,14,15,16,17,18,21,25,27,28,29,30,33,36,3 por apresentarem uma correlação item total (.007 a .233) e o peso factorial (.007 a .233) baixos e praticamente nulos.

Sendo certo que, ao eliminarmos esses itens isso não afectaria o alfa de Cronbach aumentando, inclusivamente o valor de alfa, procurarmos centrar-nos mais nos cargas factoriais. Nunnally e Bernstein (1944) e Tinsley e Tinsle (1987) postulam que aqueles itens que depois de eliminados não afectam o alfa de Cronbach devem ser mantidos. Agimos em sentido contrário, pelo facto de que apesar dessa situação se ter verificado, as cargas factoriais nos aconselharam a descartá-los.

Comparando a versão inicial com a versão final, temos a referir que o questionário sofreu uma remodelação total. Com efeito, os itens relativos



à dimensão pessoal passaram a ser os itens 32,38,39,40 e 41. Registe-se que a dimensão pessoal nos remete para comportamentos importantes nos processos de avaliação como, por exemplo, a autonomia, autoconfiança e a percepção pessoal de competências cognitivas.

A dimensão instituição que se reparte por dois factores reflecte, de um lado, o interesse dos estudantes pela instituição que frequentam. Do outro, o conhecimento e a avaliação que os estudantes fazem dos serviços e das infraestruturas da instituição (Almeida, Soares, & Ferreira, 2002). Na versão final, os itens dessa dimensão passaram a ser 1,2,3,4,12,13.

A dimensão carreira, reporta-se ao nível do envolvimento no curso e no desenvolvimento das vocações. Para Almeida, Soares e Ferreira, 2002 esta dimensão é composta por dois factores, a satisfação com o curso e o projecto vocacional dos estudantes (carreira e profissão). Na versão final, os itens que fazem parte desta dimensão são: 22,23,26 e 34.

Por fim, temos a dimensão interpessoal que se relaciona com estabelecimento de amizades, intimidade e o estabelecimento de amizade e o envolvimento em actividades (Almeida, Soares, & Ferreira, 2002). Os itens na versão final são: 6,20,24,31,35.



## Conclusões

Confrontado a versão inicial com a final podemos constatar a inadequação do modelo ocidental sobre as vivências académicas, pois, no contexto africano, a visão dos estudantes pareceu-nos ser um tanto ou quanto diferente da dos modelos europeus. Consequentemente, fica em aberto, a questão da redefinição desse constructo em função do contexto africano.

Importa, no entanto, referir que as análises estatísticas conduzidas quer ao nível da análise factorial, quer ao nível da consistência interna de cada item, aferida através do alfa de Cronbach, quer ainda da análise Factorial confirmatória fizeram-nos chegar a valores aceitáveis. Julgamos nós que o questionário, na sua versão final, pode ser utilizado, sobretudo para descrever os índices de ajustamento à universidade dos estudantes, quer das universidades públicas quer privadas de Angola, sobretudo nos primeiros anos da universidade. O foco, como é óbvio deverá direccionar-se para as 4 áreas por nós priorizadas: pessoal, institucional, carreira e interpessoal que, ao nosso ver são as mais fracturantes no sistema do ensino superior angolano.





## Referências bibliográficas:

Akyeampong, K., Djangmah, J., Oduro, A., Seidu, A., & Hunt, F. (2007). *Access to basic education in Ghana: The evidence and the issues*. University of Education at Winneba.

Almeida, L.S. & Ferreira, J.A. (1999). Adaptação e rendimento académico no ensino superior. Fundamentação e validação de uma escala de avaliação de vivências académicas. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*,1(4),157-170.

Almeida, L.S., Soares ,A.P. & Ferreira, J.A. (2002) Questionário de Vivências Académicas (QVA-r): Avaliação do ajustamento dos estudantes universitários. *Avaliação Psicológica* 1,(2), 81–93.

Ambiel R. A. M., & Martins, G. H. (2019). Estudo psicométrico da Escala de Interesses por Áreas da Psicologia (EIAPsi). *Psico*, 50(4)

Araújo, B., Almeida, L.S.,& Paul, C. (2003). Transição e adaptação académica dos estudantes à escola de enfermagem. *Revista Portuguesa de Psiossomatica*,1(5),56-64.

Baker, R. W., & Siryk B. (1984). Measuring adjustment to college. *Journal of Counseling Psychology*, 31(2), 179-189

Bean, J., & Eaton, S. B. (2001-2002). The psychology underlying successful retention practices. *Journal of College Student Retention: Research, Theory & Practice*, 3(1), 73-89.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G.& Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, (6) 893–897.

Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indices in structural models, *Psychological Bulletin* 107: 238–246.

Businge. C. (2019). University: student drop-out rates alarming. <http://www.co.ug> – New Vision Official/150258.

Cabral, J., & Matos, P. M. (2010). Preditores da adaptação à universidade: O papel da vinculação, desenvolvimento psicossocial e coping. *Psicologica*, 1(52), 55-77.

Cunha, S. M., & Carrilho, D. M. (2005). O processo de adaptação ao ensino superior e o rendimento académico. *Psicologia Escolar e Educacional*, 9, 215-224.

Davis, F. B. (1964). *Educational measurements and their interpretation*. Wadsworth Publishing Co.

Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C. & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4(3), 272-299

Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error: Algebra and Statistics. *Journal of Marketing Research*, 18, 382-388.



Fraser, W. & Killen, R. (2005). The Perceptions of Students and Lecturers of Some Factors Influencing Academic Performance at Two South African Universities. *Perspectives in Education*, 23(1), 25-40.

Fraser, W., & Killen, R. (2005). The perceptions of students and lecturers of some factors influencing academic performance of two South African Universities. *Perspectives in Education*, 23(1), 25-40.

Gerdes, H., & Mallinckrodt, B. (1994). Emotional, social, and academic adjustment of college students: A longitudinal study of retention. *Journal of Counseling & Development*, 72(3), 281-288.

Glewwe, P., & Kremer, M. (2006). Schools, Teachers and Education Outcomes in Developing Countries. In E. A. Hanushek & F. Welch (Eds.), *Handbook of the Economics of Education*, Vol. 2: Elsevier, Amsterdam, pp, 945-1017.

Granado, J. I. F., Acácia, A. S., Leandro S. A., Ana, P. S. & Guisande, M.A. (2005) Integração académica de estudantes universitários: Contributos para a adaptação e validação do QVA-r no Brasil. *Psicologia e Educação* 4, (2), 31-41.

Grant, M. J. & Kelly K. Hallman, K.K. (2008) Pregnancy-related school dropout and prior school performance in KwaZulu-Natal, South Africa. *Studies in family planning* 39,(4), 369-382.

Hair, J. F. et al. (2005). *Análise multivariada de dados*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman.

Hu, L., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.

Hurtado, S., Carter, D. F., & Spuler, A. (1996). Latino student transition to college: Assessing difficulties and factors in successful college adjustment. *Research in higher education*, 37(2), 135-157.

Igue, E.A., Bariani, I.C.D. & Milanesi, P.V. B. (2008). *Vivência académica e expectativas de universitários ingressantes e concluintes*. PsicoUSF [online]. 2008, vol.13, n.2, pp. 155-164.

Jaffer, S., Ng'ambi, D. & Czerniewicz, L. (2007). The role of ICTs in higher education in South Africa: one strategy for addressing teaching and learning challenges. *International Journal of Education and Development using ICT*, 3(4), 131-142.

Kenny, D. A., Kaniskan, B., & McCoach, D. B. (2015). The performance of RMSEA in models with small degrees of freedom. *Sociological Methods & Research*, 44(3), 486-507

Letseka, M. & Maile, S. (2008). Human Sciences Research Council. *High University Drop-out Rates: A Threat to South Africa's Future*. Pretoria: Human Sciences Research Council.

Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações*. PSE.

Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Edições Sílabo.



Merdirger, J., Hines, A., Lemon, K. & Wyatt, P. (2005). Pathways to college for former foster youth: understanding factors that contribute to educational success. *Child Welfare*, 84(6), 867-896.

Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory* (2nd ed.). McGraw-Hill.

Okioga, C. K. (2013). The Impact of Students' Socio-economic Background on Academic Performance in Universities, a Case of Students in Kisii University College. *American International Journal of Social Science*, 2, (2), 38-46.

Onsongo, J. (2009). Affirmative action, gender equity and university admissions—Kenya, Uganda and Tanzania. *London review of education*, 7(1), 71–81.

Pallant J. (2010). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows* (4<sup>a</sup> ed). Open University Press.

Pestana, M. H., Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais - a complementaridade do SPSS*. 6a ed. Edições Sílabo.

Rebelo, H. & Lopes, H. (2001). *Vivências académicas e bem-estar psicológico dos alunos no primeiro ano: resultados de um projecto de investigação*. Universidade do Porto.

Rebelo, H., & Lopes, H. (2001). *Vivências académicas e bem-estar psicológico dos alunos no primeiro ano: Resultados de um projeto de investigação*. Universidade do Porto.

Rodriguez, D., Urazàn, S., & Arango, M. (2009). Cuestionário de vivências Académicas en su version reducida (QVA-r): un análisis psicométrico. *Revista Colombiana de Psicología*, 18, 33-52.

Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Revised edition. Wesleyan University Press.

Santos, L. (2001). *Adaptação académica e rendimento escolar. Estudo com alunos universitários do 1º ano*. Universidade do Minho.

Shabaya, J., & Konadu-Agyemang, K. (2004). Unequal access, unequal participation: some spatial and socio-economic dimensions of the gender gap in education in Africa with special reference to Ghana, Zimbabwe and Kenya. *Compare: A Journal of Comparative and International Education*, 34(4), 395–424.

Soares, A. C., & Almeida, L. (2002). *Expectativas académicas e adaptação à universidade: um estudo com alunos do 1º ano da Universidade do Minho*. Obtido em 4 de Outubro de 2009, de <http://www.fchs.ualg.pt>.

Sommer, M., & K. Dumont. (2011). Psychosocial factors predicting academic performance of students at a historically disadvantaged university. *South African Journal of Psychology* 41(3), 386-395.

Steiger, J.H. (1990) Structural Model Evaluation and Modification: An Interval Estimation Approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 173-180.



Streiner, D. L. (2003). Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. *Journal of Personality Assessment*. v. 80, p. 217-222.

Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th. ed.). Allyn and Bacon.

Teferra, D. & Altbach, P.G. (2004). African higher education: Challenges for the 21st century. *Higher education*, 47, (1), 21–50.

Tinsley, H. E., & Tinsley, D. J. (1987). Uses of factor analysis in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 34(4), 414-424.

Tucker, L. R., & Lewis, C. (1973). A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika*, 38(1), 1–10.

Wheaton, B., Muthen, B., Alwin, D. F., & Summers, G. (1977). Assessing Reliability and Stability in Panel Models. *Sociological Methodology*, 8, 84-136.

Zitzow, D. (1984). The college adjustment rating scale. *Journal of College Student Personnel*.25, (2),160-164.





# O Sono da Criança e do Adolescente: Promoção de Comportamentos Saudáveis

*António Paulo Nunes Simões,  
Instituto Superior Politécnico Tundavala  
ORCID, [paulodeduimpaulo@gmail.com](mailto:paulodeduimpaulo@gmail.com)*

*Dulce Maria Pereira Garcia Galvão,  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Unidade de  
Investigação UICISA:E  
ORCID 0000-0002-2496-2162, [dgalvao@esenfc.pt](mailto:dgalvao@esenfc.pt)*

## Resumo

O sono é importante em qualquer fase da vida, sem sono não há saúde. O sono consiste numa necessidade fisiológica básica de valor incalculável para a qualidade de vida, saúde e bem-estar dos indivíduos. A má qualidade do sono surge associada a vários efeitos adversos não só no que se refere à saúde física, mas também a nível psíquico e social.

Com os objetivos de refletir sobre o sono e a importância do sono no desenvolvimento da criança e do adolescente, compreender as implicações das perturbações do

sono na sua qualidade de vida e dar a conhecer intervenções de enfermagem promotoras de um sono quantitativa e qualitativamente saudável nas crianças e nos adolescentes, realizou-se pesquisa bibliográfica da literatura do tipo narrativo, de julho a dezembro de 2021. Fez-se pesquisa de artigos científicos na B-ON, EBSCO, Scielo e PubMed, consulta e recolha de informação em livros e outras fontes bibliográficas, no Google Académico e em documentos oficiais, disponíveis nas páginas eletrónicas de organismos nacionais e internacionais, importantes

para o tema em estudo. O papel restaurador que o sono desempenha tem grande importância no bem-estar geral do ser humano, e na adolescência a sua presença de forma adequada é ainda mais relevante, por ser um momento de intensas modificações morfológicas, fisiológicas, emocionais e hormonais que preparam o indivíduo para a fase adulta e consequente

maturação sexual. Adolescentes são naturalmente mais vulneráveis a distúrbios do sono, principalmente pela insónia. Ensinar os adolescentes sobre a importância do sono, é uma tarefa importante para os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, que desenvolvem acções de educação para a saúde.

**Palavras-Chave:**

**Criança; Adolescentes; Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Higiene do Sono; Sono Inadequado; Qualidade do Sono; Sono; Promoção da saúde.**





## **Abstract**

**S**leep is important at any stage of life, without sleep there is no health. Sleep is a basic physiological necessity of incalculable value for the quality of life, health and well-being of individuals. Poor sleep quality emerges in association with a number of adverse effects, not only regarding physical health, but also on mental and social health. With the aims of reflecting on sleep and the importance of sleep in the development of children and adolescents, understanding the implications of sleep disorders on their quality of life and providing information on nursing interventions that promote, quantitatively and qualitatively, a healthy sleep in children and adolescents, a narrative literature search was carried out from July to December of 2021. Scientific articles were searched on B-ON, EBSCO,

SciELO and PubMed, and information was consulted and collected from books and other bibliographic sources, Google Scholar and official documents available on the websites of national and international organizations that are important to the topic under study. The restorative role that sleep plays is of great importance to the general well-being of the human being, and in adolescence its adequate presence is even more important, as it is a time of intense morphological, physiological, emotional and hormonal changes that prepare the individual for adulthood and consequent sexual maturation. Adolescents are naturally more vulnerable to sleep disorders, especially insomnia. Teaching adolescents about the importance of sleep is an important task for health professionals, particularly nurses, who carry out health for education actions.

### **Keywords:**

**Child; Adolescents; Childs Health; Adolescent Health; Sleep Hygiene; Inadequate Sleep; Sleep Quality; Sleep; Promotion of Health.**



## Introdução

Sorensen & Luckmann (1998) afirmam que o sono é um processo natural e universal de serenidade que serve para restabelecer as funções cerebrais, em que há redução na percepção e reação ao meio ambiente e em que o indivíduo desperta através de sensações táteis, auditivas e visuais. É durante o sono que o organismo recupera e que se prepara para novas atividades. Kwon, Park, & Dickerson (2019) afirmam que nos estádios de desenvolvimento infantil e juvenil, devido às características biológicas e psicológicas, requer-se uma adequada quantidade e qualidade de sono como um pré-requisito para o bem-estar mental e físico, bem como para a qualidade de vida e um correto desenvolvimento e aquisição de competências. O papel reparador que o sono desempenha tem grande interesse para o bem-estar geral do ser humano, e na adolescência a sua presença de forma adequada é ainda mais relevante, por ser um momento de intensas modificações morfológicas, fisiológicas, emocionais e hormonais que preparam o indivíduo para a fase adulta e consequente maturação sexual. A satisfação da necessidade do sono tem consequências no bem-estar e na saúde geral do adolescente. Porém, o sono integra uma das NHB do indivíduo que nem sempre é alvo da devida atenção, sobretudo durante a adolescência. Segundo a National Sleep Foundation (2000) muitos dos adolescentes têm um ritmo irregular de sono durante a semana, havendo uma diferença marcante entre os dias úteis e os fins-de-semana. É comum que a hora de deitar e de acordar durante o fim-de-semana se estenda e que o número total de horas de sono seja maior ao fim-de-semana. Quando não há um bom padrão de sono o organismo ressent-se de maneira geral (National Sleep Foundation, 2000). No dizer da OMS (2014) o sono perturbado é considerado tanto um sinal preditivo como um sintoma de muitas doenças, e está associado a reduções substanciais na qualidade de vida.

Poucos estudos são feitos para avaliar os hábitos de sono dos adolescentes em Angola no sentido de uma apreciação profunda para se poder analisar qual o



caminho a seguir na promoção da sua saúde. Todavia, o Editorial Jornal Médico (2018) refere que relativamente à saúde do sono em adolescentes o assunto é preocupante.

Desta forma, para esta revisão narrativa da literatura, tiveram-se como objetivos refletir sobre o sono e a importância do sono no desenvolvimento da criança e do adolescente, compreender as implicações das perturbações do sono na sua qualidade de vida e dar a conhecer intervenções de enfermagem promotoras de um sono quantitativa e qualitativamente saudável nas crianças e nos adolescentes.





## **Metodologia**

Realizou-se pesquisa bibliográfica da literatura do tipo narrativo, de julho a dezembro de 2021. Fez-se pesquisa de artigos científicos na B-ON, EBSCO, Scielo e PubMed, consulta e recolha de informação em livros e outras fontes bibliográficas, no Google Académico e em documentos oficiais, disponíveis nas páginas eletrónicas de organismos nacionais e internacionais, importantes para o tema em estudo.

## **O Sono / Fases /Fases do Sono/ Importância do Sono**

Hockenberry & Wilson (2014) definem sono como a função de proteção comum a todos os organismos que possibilita o reparo e a recuperação dos tecidos após a atividade.

Para Lopes et al. (2016), o sono é um processo fisiológico, ativo e dinâmico, determinante para o positivo desenvolvimento e crescimento da criança. Segundo a National Sleep Foundation (2000), o sono é o alimento do cérebro, já que é durante esta fase que acontecem importantes funções corporais e atividade cerebral. Como em todas as Necessidades Humanas Básicas (NHB), cada indivíduo tem a sua necessidade.

O sono, estado fisiológico que, normalmente, ocorre de maneira cíclica, encontra-se dividido em duas fases: a fase REM (com movimentos oculares rápidos) e a NREM (sem movimentos oculares rápidos) (Fernandes, 2006). No início deste processo deparamo-nos com o estado NREM. No sono NREM, ocorre relaxamento muscular comparativamente ao estado de vigília, subdividindo-se em 4 fases, de grau crescente de profundidade sendo a fase IV, a mais profunda do sono NREM (Fernandes, 2006). As fases I e II correspondem ao adormecer, e as fases III e IV ao sono profundo, quantificado pela dificuldade em se acordar o indivíduo. Relativamente ao sono REM, este caracteriza-se por






ser um estágio profundo de difícil despertar (Fernandes, 2006). O estágio REM também corresponde a um período de sono profundo. Durante este estágio a pessoa só acorda mediante fortes estímulos afetivos (Busse & Baldini, 1994). É nesta fase que ocorrem os sonhos. Estas fases alternam ciclicamente entre si durante o período normativo de sono e esta sucessão constitui a “arquitetura do sono” (Fernandes, 2006). Fernandes (2006, p.164) refere que *“O recém-nascido prematuro, até a idade pós-concepcional de 32 semanas, apresenta apenas o sono REM. Ao nascer, este ainda predomina sobre o NREM, que aumenta progressivamente em proporções no decorrer dos primeiros meses de vida, até atingir as proporções do adulto, por volta do segundo ano.”* Busse e Baldini (1994) referem que é a partir dos seis meses que o estágio NREM se começa a dividir em 4 fases.


Busse e Baldini (1994) afirmam que o sono normal se divide em vários ciclos no decorrer da noite e que cada ciclo dura em média 90 minutos no adulto e 50 minutos no lactente. Após cada ciclo de sono é possível o indivíduo passar por um leve despertar, nem sempre consciente (Busse & Baldini, 1994). Para os autores, no lactente cada estágio perfaz cerca de 50% do ciclo. Em condições normais, em geral, realizam-se cerca de 5 a 6 ciclos de sono NREM-REM, durante uma noite de 8 horas de sono (Fernandes, 2006).

À medida que as crianças crescem há uma mudança no tempo total em que estão a dormir e na quantidade de tempo que passam em sono profundo. O sono REM, durante o qual ocorre a maior parte dos sonhos, ocupa cerca de 20-25% do sono total, diminuindo a sua quantidade com a idade.

Busse & Baldini (1994) sugerem que o estágio NREM está relacionado com a recuperação músculo-esquelética e o sono REM com a recuperação psicológica. Acrescentam que a privação do sono REM causa alterações mentais significativas, chegando a surto psicótico em sete dias de privação. Também Brunschwing (2008) como referido por Oliveira (2012) mencionam ser importante que a criança tenha um sono reparador, pois é durante o período de descanso que o organismo, no primeiro ciclo do sono, recupera a



fadiga corporal, promove o restabelecimento dos anticorpos e hormonas, a cicatrização dos órgãos e tecidos, a renovação das células e o crescimento do corpo humano. Por outro lado, como afirma Deito (2004) referido por Oliveira (2012), durante o segundo ciclo de sono ocorre a restauração da fadiga psíquica o que permite o desenvolvimento cognitivo da criança. O sono também permite manter o “equilíbrio térmico, reorganiza e armazena a informação obtida durante a vigília” (p.6). Para Soares (2010) como referido por Loureiro (2012) é ainda durante o sono que são segregadas hormonas, nomeadamente a hormona do crescimento, a prolactina e o cortisol. Assim, o sono apresenta diversas funções protetoras e reparadoras que se tornam promotoras de uma melhor qualidade de vida pelo que se reflete a importância e responsabilidade na qualidade de vida de qualquer indivíduo. Porém, Galvão et al (2018) citando Mendonça (2014), referem que fatores fisiológicos, genéticos e psicossociais influenciam o processo dinâmico do desenvolvimento e maturação do sono na criança em que o sono vai progredindo e expondo padrões mais consolidados e semelhantes ao do adulto. As autoras, citando Bauer & Blunden (2008) como referido por Januário (2012), afirmam que a criança, durante o seu desenvolvimento, passa de “um sono fragmentado” para um “sono consolidado”, e deixa de ter “um sono polifásico” passando a ter um “sono monofásico”. É essencial ter-se conhecimento das funções e características do sono, para que melhor se entendam os diversos distúrbios de comportamento da criança decorrentes dos maus hábitos na hora de dormir e o significado dos diversos despertares noturnos (Busse & Baldini, 1994).





## **Horas de Sono da Criança e do Adolescente**

O número de horas diárias de sono varia de pessoa para pessoa e relaciona-se com a idade. Assim, o padrão de sono normal varia de acordo com o estágio de desenvolvimento em que a criança se insere. Neste contexto, Antunes (2019) menciona que os fetos crescem na escuridão e que não têm forma para entender se é noite ou dia. No seu dizer, acordam e dormem com a mesma frequência de um recém-nascido (RN) porque a melatonina da mãe cruza a placenta. Para Garcês (2014) já ao nascer, todas as crianças estão fisiologicamente preparadas para dormir. Lebovici (1987) corrobora com Garcês (2014) mas acrescenta que não possui os ritmos circadianos regulados. Para Brazelton & Sparrow (2004) os RN dormem a maior parte do tempo e à medida que o lactente vai crescendo o tempo total gasto a dormir diminui gradualmente. Permanecem acordados por períodos mais longos e dormem mais à noite. Os autores referem que a duração de um período de um ciclo de sono aumenta de aproximadamente 50 a 60 minutos no RN para 90 minutos no adolescente. Brazelton & Sparrow (2004) acrescentam que durante o final do 1º ano de vida a maioria das crianças dorme a noite inteira e faz um ou dois períodos de sono durante o dia. Quando têm 12 a 18 meses já só fazem um período de sesta por dia e por volta dos 3 anos abandonam a sesta. Para os autores dos 4 aos 10 anos o tempo de sono diminui levemente e depois aumenta um pouco na puberdade. O tempo passado no sono profundo e reparador aumenta de 50% na infância para 80% na criança mais velha.

Para Hockenberry e Wilson (2014) os lactentes, embora apresentem padrão de sono variável entre crianças e os mais ativos durmam geralmente menos que os mais tranquilos, habitualmente dormem por noite 9 a 11 horas, fazem dois períodos de sono durante o dia, e têm 15 horas de sono total por dia. As autoras referem que, lactentes alimentados à mama, quando comparados a lactentes alimentados for fórmula, especialmente durante a

noite, habitualmente, dormem por períodos menos prolongados (Hockenberry & Wilson, 2014).

A duração do sono total diminui ligeiramente durante o 2º ano. Crianças de 1-3 anos habitualmente, em média, dormem 12 horas por dia e têm um período de sono durante o dia. A partir dos 3 anos começam a recusar dormir a sesta. Aos 3 anos atingem o padrão de sono do adulto (Hockenberry & Wilson, 2014).

Embora habitualmente a criança em idade escolar durma 9,5 horas à noite, a quantidade de sono depende da idade, nível de atividade e estado de saúde (Hockenberry & Wilson, 2014). Entre os 5 e os 10 anos, as crianças têm progressivamente maiores períodos de sono NREM e na transição para o sono REM aumentam os despertares parciais (Antunes, 2019).

No adolescente, a necessidade de sono e repouso é variável. O cansaço do adolescente depende do rápido crescimento físico, tendência para excessivo esforço físico e aumento de atividade. O adolescente tem tendência para, quando possível, se deitar tarde e conseqüentemente levantar tarde (Hockenberry & Wilson, 2014). A partir dos 10 anos de idade, as transformações pubertárias afetam a secreção de melatonina, na fase clara do dia, e uma menor propensão para adormecer cedo, influenciando um início de sono mais tardio (Carskadon, 2004, citado por Promo et al. n.d.).





## **Distúrbios / Perturbações do sono na Criança e Adolescente**

As alterações do sono são muito frequentes em crianças (Antunes, 2019). Estima-se que cerca de 25% das crianças tenham, nalguma fase da sua infância, uma perturbação do sono (Rangel et al., 2015).

Mendes e Garcia (2004) referem que as perturbações primárias do sono são as dissónias e as parassónias. As dissónias, caracterizam-se por anormalidades na quantidade, qualidade ou tempo de sono. As dissónias dividem-se em insónias, hiperinsónias e distúrbios do ritmo circadiano do sono. As insónias dizem respeito ao sono deficiente em qualidade ou quantidade e as hiperinsónias à presença de excessiva sonolência diurna apesar de uma duração de sono aparentemente não diminuída. As parassónias, caracterizam-se por acontecimentos comportamentais ou fisiológicos anormais que ocorrem durante o sono, fases específicas do sono ou na transição do sono/vigília. Existem vários tipos de parassónias, como terrores noturnos, pesadelos, sonolóquios, sonambulismo, bruxismo e enurese noturna.

Hockenberry e Wilson (2014) mencionam que no lactente distúrbios do sono de origem fisiológica são raros, à exceção da cólica do 1.º trimestre e que os problemas mais frequentes estão relacionados com padrões aprendidos ou resultam de características individuais. Para as autoras se estes padrões alterados perturbam a família, há necessidade de se oferecer ajuda. Referem que uma conduta eficaz e mais atraumática para o choro noturno consiste na extinção gradual, deixando-se a criança chorar por intervalos cada vez maiores, entre breves intervenções dos pais, as quais se devem traduzir apenas em tranquilização da criança e não consolo. As autoras acrescentam que para prevenir os problemas de sono há necessidade de encorajar os pais a estabelecerem rituais para dormir, que não fomentem padrões problemáticos. De acordo com as autoras um dos padrões mais construtivos, consiste em colocar a criança no berço, ainda acordada. No seu dizer, lactentes habituados



a dormir noutro lugar, que não os seus berços, e posteriormente transferidos, acordam em ambientes estranhos e são incapazes de dormir até que a rotina seja repetida. Aconselham também a que a cama seja usada somente para dormir e não para outras atividades, como brincar.

Entre o ano e os 3 anos Hockenberry e Wilson (2014) referem que os problemas de sono são comuns e que os medos podem ser provocados por acontecimentos diários geradores de stress. Aconselham ao estabelecimento de horários regulares, rotinas de adormecer e facultar à criança objetos de transição.

No que diz respeito às perturbações do sono da criança de idade pré-escolar as autoras expõem que as crianças desta idade começam a ter mais problemas de sono nomeadamente a recusa de ir para a cama, os medos, acordar durante a noite, pesadelos e os terrores noturnos. Para Hockenberry e Wilson (2014) ajuda no lidar com estas perturbações o estabelecimento de ritual consistente na hora de dormir, manter uma luz de presença, oferecer objetos de transição, ajudar a criança a manter-se calma antes de ir para a cama, contar uma história, evitar ver televisão e reservar o ambiente de dormir apenas para esse efeito.

Na idade escolar, as autoras, apontam que ainda podem surgir problemas para ir para a cama e Antunes (2019) menciona que entre os 5 e os 10 anos, são particularmente comuns, os terrores noturnos, o sonambulismo e o sonilóquio.

Moore e Meltzer (2008) afirmam que os adolescentes são mais vulneráveis a distúrbios do sono, principalmente à insónia. Para os autores durante a puberdade o momento de libertação da melatonina muda alterando o ritmo circadiano dos adolescentes, daí a preferência por horários mais tardios para dormir e acordar. Antunes (2019) menciona que a melatonina, hormona produzida pela glândula pineal, localizada no cérebro, aumenta quando chega o crepúsculo e diminui com a luz, e que é ela que provoca a indução do sono. Durante a adolescência a insónia apresenta características relacionadas com a mudança de hábitos sociais e com problemas de higiene do sono. Os autores



consideram hábitos de higiene do sono impróprios: dormir após as 23 horas e acordar após as 8 horas; esquema irregular de sono entre dias de semana e fim de semana; uso de substâncias excitantes ou drogas (lícitas e ilícitas); excesso de cafeína no fim da tarde ou à noite e/ou uso de aparelhos eletrônicos no quarto antes de dormir (TV, computador, celular). Também tem influência na qualidade do sono a pressão social e familiar; mudanças hormonais e a necessidade do sentido de pertença a um grupo (Fossum, et al., 2014). A insônia por higiene imprópria leva ao aumento da latência do sono e redução do tempo total de sono. Como consequência resulta em sonolência excessiva diurna e/ou hiperatividade, problemas escolares e de relacionamento, inversão do ciclo sono-vigília (Shochat, et al., 2013). Antunes (2019) refere que para estimular a produção da melatonina, a partir do fim da tarde os pais devem tornar a casa o mais tranquila possível, os adolescentes devem adormecer e acordar sempre à mesma hora, não devem dormir cestas prolongadas para compensar o que não dormiram à noite, evitar terminar as atividades desportivas próximo da hora de deitar e controlar o consumo de substâncias excitantes e que interferem com o sono. Adverte ainda que “Os telemóveis, tablet e computadores, além de excitarem, projetam luzes que impedem a produção da melatonina e atrasam o adormecer.” (Antunes, 2019, p. 479). Também Galvão et al (2018) citando Bathory e Tomopoulos (2017) referem que *“Estudos comprovam os efeitos nefastos da utilização de dispositivos eletrónicos no sono da criança, nomeadamente devido à luminosidade que pode modificar os níveis de melatonina - alterando o ciclo de sono e despertar -, assim como o próprio conteúdo a que a criança assiste. Com o avanço das tecnologias, tem-se assistido a um mais fácil acesso e maior consumo de aparelhos eletrónicos pelos mais jovens, recorrendo muitas vezes aos mesmos antes de deitar, prejudicando assim, a qualidade de sono.”* (pp. 338-339). Também Richter et al. (2020) afirmam que o uso de aparelhos eletrônicos antes de dormir afeta negativamente o sono, pois estimula processos fisiológicos e altera processos psicológicos o que suprime a libertação da melatonina. Uma rotina de sono,

com horários regulares para dormir e acordar, com rotinas pré-sono relaxantes, é importante para todas as idades. Para essa rotina deve-se ter um ambiente silencioso, escuro, ventilado e com temperatura agradável, evitando o uso de equipamentos eletrônicos que produzam luminosidade, como, televisões, computadores, tablets e telemóveis, pelo menos uma hora antes de dormir (Richter et al., 2020). Uma consequência frequente da insónia no adolescente, que pode ocorrer em outras idades, é o atraso de fase, distúrbio do ritmo circadiano, que ocorre também devido às alterações hormonais e com desvio do horário de sono noturno que se caracteriza por um retardo do horário de dormir e conseqüente despertar tardio. Antunes (2019) menciona que *“Um atraso de fase corresponde a ter sono pelo menos duas horas mais tarde do que se devia.”* (p. 482).







## **Promoção de um Sono Saudável na Criança e Adolescente**

A Academia Americana de Medicina do Sono (2016) e a Academia Americana de Pediatria (AAP) referem que um sono saudável compreende uma duração adequada, a horas apropriadas, de boa qualidade (sem interrupções), regular e a ausência de distúrbios do sono. Recomendam, com vista à promoção de uma saúde ótima, as seguintes horas de duração de sono:

“Lactentes dos 4 aos 12 meses: 12 a 16 horas nas 24 horas (incluindo sesta);

Crianças de 1 a 2 anos: 11 a 14 horas nas 24 horas (incluindo sesta);

Crianças de 3 a 5 anos: 10 a 13 horas nas 24 horas (incluindo sesta);

Crianças de 6 a 12 anos: 9 a 12 horas nas 24 horas;

Adolescentes de 13 a 18 anos: 8 a 10 horas nas 24 horas. Para além destas recomendações, a AAP recomenda que:

Todos os ecrãs sejam desligados 30 minutos antes de deitar. Televisão, computadores e outros ecrãs não devem ser permitidos nos quartos das crianças e adolescentes. Para lactentes e crianças pequenas, o estabelecimento de uma rotina de deitar é importante para assegurar que durmam o suficiente em cada noite. Dormir o número de horas recomendadas numa base regular está associado a melhores resultados na saúde nomeadamente a nível da atenção, comportamento, aprendizagem, memória, regulação emocional, qualidade de vida e saúde mental e física. Dormir um número de horas de sono inferior às recomendadas está associado a distúrbios de atenção, do comportamento e da aprendizagem, bem como a risco aumentado de acidentes, traumatismos, hipertensão arterial, obesidade, diabetes e depressão e, nos adolescentes, a risco aumentado de lesões auto-inflingidas, ideação suicida e tentativas de suicídio. Dormir mais horas do que as recomendadas pode estar associado a consequências adversas na saúde como hipertensão, obesidade e distúrbios mentais.” (p. 785).



Há cada vez mais provas de que o sono na adolescência é importante para a saúde mental e tem impacto no futuro dos jovens. Uma boa qualidade de sono pode mesmo impedir episódios de ansiedade e de depressão na vida adulta.

O sono afeta a saúde física e mental e é responsável pelo aumento da obesidade, fraco desempenho escolar, ansiedade e depressão.

Os profissionais de saúde geralmente esperam que sejam os adolescentes ou os pais a abordá-los acerca dos problemas de saúde. No entanto, estudos demonstram que os adolescentes tendem a não revelar os seus comportamentos de risco se não forem abordados pelos profissionais de saúde. Além disso, a existência de serviços de saúde apropriados aos adolescentes pode proteger e dar prosseguimento aos investimentos feitos anteriormente em saúde infantil e pediatria. Apesar dos benefícios para a saúde da população, as necessidades de saúde dos adolescentes têm sido amplamente desvalorizadas devido ao fato da população adolescente ser vista como saudável pelos profissionais de saúde e igual pelos governos dos países, ao formular as políticas de saúde. As preocupações pessoais do adolescente, tais como sentimentos de medo, vulnerabilidade e vergonha, assim como a falta de conhecimento sobre a existência de serviços também podem inibir a capacidade dos adolescentes para aceder aos serviços (Bernard et. al., 2004). O adolescente, mostra um grande interesse pelo seu crescimento e desenvolvimento, devido às alterações corporais causadas pela puberdade, mas apresenta-se teimoso em procurar os serviços de saúde (Hockenberry & Wilson, 2014). A maior parte dos serviços de saúde representa uma ameaça para os adolescentes devido à perda de controlo que sentem, principalmente por ainda estarem em busca da sua identidade. Ensinar os adolescentes sobre a importância do sono para a saúde é uma tarefa importante para os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, que fazem ações de educação para a saúde. Uma das mais significativas modificações comportamentais que os adolescentes podem fazer a nível do padrão de sono, é estabelecer e manter

um horário regular de deitar e levantar (National Sleep Foundation, 2000).

Um dos desafios para os profissionais de saúde que trabalham com adolescentes é envolvê-los em comportamentos saudáveis. A sua intervenção, na promoção de estilos de vida saudáveis na adolescência é imprescindível.

Nos adolescentes, alterações no humor, quantidade e qualidade inadequadas de sono, padrão de sono irregular, estão associados com sonolência ao longo do dia, humor negativo, aumento do uso de fármacos, maiores níveis de comportamentos de risco o que consequentemente piora o desempenho escolar (Richter et al., 2020).





## Conclusões

A privação do sono é um dos problemas das sociedades modernas, não só na adolescência como noutras faixas etárias (National Sleep Foundation, 2000).

Segundo revisão realizada pelo National Sleep Foundation's sobre as horas de sono recomendadas para diversas faixas etárias, nas idades de 6 a 13 anos recomenda-se de nove a onze horas de sono, e para adolescentes com idade de 14 a 17 anos de oito a dez horas, porém estudos em diversos países mostram que o sono dos adolescentes do século XXI é diferente do recomendado. A partir das horas de sono recomendadas, sugere-se então como inadequados tanto o sono curto quanto o mais longo do que o recomendado (Hirshkowitz et al., 2015).

O papel restaurador que o sono desempenha tem grande importância para o bem-estar geral do ser humano, e na adolescência a sua presença de forma adequada é ainda mais relevante, por ser um momento de intensas modificações morfológicas, fisiológicas, emocionais e hormonais que preparam o indivíduo para a fase adulta. Adolescentes são naturalmente mais vulneráveis a distúrbios do sono (Hirshkowitz et al., 2015).

Ensinar os adolescentes sobre a importância do sono, é uma tarefa importante para os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, que desenvolvem ações de educação para a saúde.

Uma das mais significativas modificações comportamentais que os adolescentes podem fazer a nível do padrão de sono, é estabelecer e manter um horário regular de deitar e levantar. As ações de educação para saúde por parte do enfermeiro têm grande importância na promoção da saúde e prevenção da doença (National Sleep Foundation, 2000).

É urgente apoiar os adolescentes na promoção de sono saudável e reparador, para a qualidade vida.



## Referências bibliográficas:

Antunes, N. L. (2019). *Sentidos: O grande livro das perturbações do desenvolvimento e comportamento* (3ª ed.). Córdova, Portugal: Lua de Papel.

Bernard, D., Quine, S. Kang, M., Alperstein, G., Usherwood, T., Bennett, D. & Booth, M. (2004). Access to primary health care for Australian adolescents: how congruent are the perspectives of health service providers and young people, and does it matter? *Journal of Public Health*, 28(5), 487-492.

Brazelton, T. B., Sparrow, J. D. (2004). *A criança e o sono*. Lisboa: Editorial presença.

Busse, S. de R. & Baldini, S. M. (1994). Distúrbios do Sono em Crianças. *Pediatria*. 16(4), 161-166.

Editorial Jornal Médico. (2018). ETIQUITAS Angola gravidez precoce disponível – <https://www.jornalmedico.pt/atualidade/36059-angola-registou-16-mil-casos-de-gravidez-precoce-em2017.html>

Fernandes, RMF. O sono normal. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2006; 39 (2): 157-168.

Fossum, I., Nordnes, L. T., Storemark, S. S., Bjorvatn, B., & Pallesen, S. (2014). The association between use of electronic media in bed before going to sleep and insomnia symptoms, daytime sleepiness, morningness, and chronotype. *Behavioral Sleep Medicine*, 12, 1-15. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24156294/>

Galvão et al (2018). Promoção do papel parental nos comportamentos de sono de crianças até aos cinco anos de idade. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología*, (1), pp:337-346. ISSN: 0214-9877.

Garcês, M. D. (2014). *Perturbações do sono em idade pediátrica*. Porto.

Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S.M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., Adams Hillard, P.J. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health*, 1(1), 40 – 43. Doi: 10.1016/j.sleh.2014.12.010

Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

Kwon, M., Park, E., & Dickerson, S. S. (2019). Adolescent substance use and its association to sleep disturbances : A systematic review. *Sleep Health: Journal of the National Sleep Foundation*, 5(4), 382–394. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2019.06.001>

Lebovici, S. (1987). *O bebé, a mãe e o psicanalista*. (F. Vidal, Trad.) Porto Alegre, Brasil.

Lopes, S., Almeida, F., Jacob, S., Figueiredo, M., Vieira, C., & Carvalho, F. (2016). Diz-me como dormes : hábitos e problemas de sono em crianças portuguesas em idade pré-escolar e escolar, XXV, 211–216.



- Loureiro, S. L. (2012). Relatório de estágio (Tese de Mestrado). Recuperado de <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10225/1/tese%20mestrado%20%20final.pdf>
- Mendes, L. R., Fernandes A., & Garcia, F. T. (2004). Hábitos e perturbações do sono em crianças em idade escolar. *Acta Pediatr Port*, 35, 341-7.
- Moore, M., Meltzer, L. (2008). The sleepy adolescent: causes and consequences of sleepiness in teens. *Pediatric Respiratory Reviews*, 114-121. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18513671/>
- National Sleep Foundation. (2000). *Adolescent sleep needs and patterns*. Recuperado de <https://da7648.approbly.com/m/61ceda4d90401df7.pdf>
- Oliveira, O. (2012). *Influência da qualidade do sono na saúde, no comportamento e na aprendizagem escolar de alunos de 2º e 3º ciclo do ensino básico* (Dissertação de mestrado). Recuperado de [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/12626/1/Artigo\\_PsicEducacion2011\\_Olinda\\_Zelia.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/12626/1/Artigo_PsicEducacion2011_Olinda_Zelia.pdf)
- OMS. (2004). The Who cross-national study of health behaviour in school-aged children from 35 countries: findings from 2001-2002. *Journal of School Health*. 74, 204-206. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15468523/>
- OMS. (2014). Health Promotion. Genebra, Suíça: Autor. Recuperado de [http://www.who.int/topics/health\\_promotion/en/](http://www.who.int/topics/health_promotion/en/)
- Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, Hall WA, Kotagal S, Lloyd RM, Malow BA, Maski K, Nichols C, Quan SF, Rosen CL, Troester MM, Wise MS. (2016). Recommended amount of sleep for pediatric populations: a consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med*,12(6):785–786.
- Promo, N. A., Saud, D. E. C., & Adolescentes, V. E. M. (n.d.). – *tecnologia & inovação na promoção de comportamentos saudáveis em adolescentes*.
- Rangel et al. (2015). Qualidade do sono e prevalência das perturbações do sono em crianças saudáveis em Gaia: um estudo transversal. *Rev Port Med Geral Fam*.31:256-64
- Richter, S. A., Schilling, L. B., Camargo, N. F., Taurisano, M. R., Fernandes, N. F., Wearick-Silva, L. E., & Nunes, M. L. (2020). *Como a quarentena da COVID-19 pode afetar o sono das crianças e adolescentes?* *Brasis: Residência Pediátrica*. Retrieved from <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatria.com.br/pdf/rp130521a01.pdf>
- Shochat, T., CohenZion, M., Tzischinsky, O. (2013). Functional consequences of inadequate sleep in adolescents: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 1-13. Recuperado de <https://sci-hub.se/10.1016/j.smrv.2013.03.005>
- Sorensen, & Luckmann. (1998). *Enfermagem Fundamental – Abordagem Psicofisiologica*. Loures: Lusodidacta.



