



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

**Distanciamento social obrigatório, saúde mental e
comportamentos suicidários em Adolescentes**

Geneci Pessoa Angelo Paim

Orientador(es) | Sofia Alexandra Tavares

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

Distanciamento social obrigatório, saúde mental e comportamentos suicidários em Adolescentes

Geneci Pessoa Angelo Paim

Orientador(es) | Sofia Alexandra Tavares

Évora 2022



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | Nuno Rebelo dos Santos (Universidade de Évora)

Vogais | Carla Semedo (Universidade de Évora) (Arguente)
Sofia Alexandra Tavares (Universidade de Évora) (Orientador)

“Se pude ver mais longe é porque estive sobre ombros de gigantes”

(Isaac Newton).

À memória do meu pai

Agradecimentos

Este trabalho tornou-se possível pelas longas horas de dedicação e pelo apoio de várias pessoas as quais quero endereçar a minha gratidão.

À Professora Doutora Sofia Tavares, pelo voto de confiança e oportunidade de fazermos esta caminhada juntas, pela orientação e paciência, pelo conhecimento partilhado, e pela inspiração que transmite.

A todos os adolescentes que participaram neste estudo e a todos que, de uma ou de outra forma, contribuíram para o seu desenvolvimento.

Aos meus pais a quem devo muito do que sou hoje, obrigada mãe, pela ajuda com o “Gui” para que eu pudesse estudar. Deixo um grande pedido de desculpa pelos dias ausentes.

Às manas Neiva e Elenita por todo o apoio, pelas palavras de incentivo, por tudo o que são!

Ao meu marido, Hermes, por todo suporte e incentivo, pela compreensão, pelo companheirismo, pela amizade e amor inigualáveis. Amo-te!

Aos meus tesouros, Jhonathan e Belinha por me ensinarem tanto, por me esperarem tantas vezes e por me fazerem sentir a mãe mais amada e orgulhosa deste mundo.

A todos os meus amigos, que ouviram e acolheram os meus desabafos, pela boa disposição e pelas vezes que me motivaram a seguir em frente com um simples sorriso, em especial à Ana, à Carina, à Mila e à Nanda.

À Margarida por todo o apoio e disponibilidade.

Acima de tudo, agradeço a Deus pelo cuidado e pelo privilégio de ser tão abençoada.

Distanciamento social obrigatório e comportamentos suicidários em adolescentes

Resumo

Este estudo procura compreender a relação entre o distanciamento social obrigatório na sequência do surto pandémico por COVID-19 e a saúde mental dos adolescentes, nomeadamente os comportamentos suicidários. A amostra é composta por 179 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos, que responderam ao Questionário de Comportamentos Suicidários Revisto (QCS-R), a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e ao Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Os resultados indicam a existência de uma correlação negativa entre a satisfação com o suporte social e a presença de sintomatologia psicopatológica, assim como entre a satisfação com o suporte social e os comportamentos suicidários. A correlação entre os sintomas psicopatológicos e os comportamentos suicidários revelou-se positiva. Os resultados sugerem que a perceção de menor suporte social, intensificada pelo distanciamento social obrigatório, está associada à presença de sintomas psicopatológicos e comportamentos suicidários nos adolescentes.

Palavras-chave: COVID-19, distanciamento social obrigatório, adolescentes, saúde mental, comportamentos suicidários

Mandatory social distancing and suicidal behavior in adolescents

Abstract

This study seeks to understand the relationship between mandatory social distancing following the pandemic outbreak caused by COVID-19 and the mental health of adolescents, namely in terms of suicidal behavior. The sample is composed of one hundred and seventy-nine adolescents, aged between 12 and 19 years, who answered the Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R), the Social Support Satisfaction Scale (SSSS) and the Brief Symptom Inventory (BSI). The results indicate the existence of a negative correlation between satisfaction with social support and the presence of psychopathological symptoms, as well as between satisfaction with social support and suicidal behavior. The correlation between psychopathological symptoms and suicidal behavior was positive. The results suggest that the perception of less social support, intensified by mandatory social distancing, is associated with the presence of psychopathological symptoms and suicidal behavior in adolescents.

Keywords: COVID-19, mandatory social distancing, adolescents, mental health, suicidal behavior

Índice

Introdução.....	6
Enquadramento Teórico	8
O Homem como Ser Social e o Adolescente em Desenvolvimento	8
Distanciamento Social Obrigatório e Saúde Mental	11
Adolescência, Distanciamento Social Obrigatório, Saúde Mental e Comportamentos Suicidários	16
Objetivos do Estudo	21
Método	22
Participantes.....	22
Instrumentos.....	24
Procedimentos de recolha de dados.....	28
Procedimentos de tratamento e análise de dados	29
Resultados	30
Discussão.....	51
Limitações e Estudos Futuros	57
Conclusão	59
Referências	60
Anexos.....	73
Anexo A – Questionário sociodemográfico.....	74
Anexo B – Fidelidade da ESSS na amostra em estudo	75
Anexo C – Representação gráfica da estrutura fatorial - ESSS.....	76
Anexo D – Estrutura fatorial e variância de cada fator da ESSS.....	77
Anexo E – Correlações entre os itens e as subescalas da ESSS	78

Introdução

Nos últimos tempos, marcados por uma pandemia, muito se tem falado de saúde mental e bem-estar. Tratando-se a saúde mental como um completo estado de bem-estar físico, mental e social (Direção Geral da Saúde [DGS], 2002), na qual o indivíduo realiza as suas capacidades próprias, consegue lidar com as dificuldades normais da vida, pensar e sentir-se livremente, relacionar-se com os outros, trabalhar de forma produtiva e frutuosa, e ser capaz de prestar uma contribuição para a sua comunidade. A sua importância é ainda mais elevada em tempos de pandemia.

O atual surto de COVID-19 é uma catástrofe atípica, ao impor que nos afastemos uns dos outros como forma de proteção, e o seu avanço exponencial torna-a num ambiente favorável para mudanças comportamentais com consequências negativas na saúde mental (Brooks et al., 2020; Hossain, et al., 2020; Killgore et al., 2020; Manzar et al., 2021; Reger et al., 2020). As medidas de saúde pública propostas neste cenário, como o isolamento e o distanciamento social obrigatório, têm revelado ter um impacto importante no bem-estar da população em geral (Jiloha, 2020; Leigh-Hunt et al., 2017; Smith & Lim, 2020), mas sobretudo dos adolescentes (Magson et al., 2021; J. Wang et al., 2021). Levando ao confinamento no contexto doméstico e trazendo novos e grandes desafios, tais como: trabalho à distância dos pais; reorganização do ambiente familiar; ausência das rotinas (i.e., escola, creche, desporto, lazer); ausência dos amigos; ensino à distância; sobrecarga de trabalho doméstico; separação de familiares, entre outros (Linhares & Enumo, 2020). Se por um lado a medida de saúde pública protege a saúde física do indivíduo, por outro, parece colocar em causa os seus níveis de bem-estar mental e social.

Tendo em conta que a adolescência é uma fase do desenvolvimento marcada pelo aumento da socialização com os pares, e que as principais tarefas desenvolvimentais acontecem na relação com os outros, o distanciamento social obrigatório e a privação do contacto social podem intensificar alguns fatores de risco para a saúde mental e os comportamentos suicidários (Quartilho, 2014; Saraiva, 2010).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization [WHO], 2021a, 2021b, 2021c) o suicídio representa a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 a 19 anos no mundo, atrás dos acidentes de viação, da tuberculose e da violência interpessoal. Mais de 60.000 adolescentes de 10 a 19 anos de idade tiraram a vida no ano de 2016 em todo o mundo (Wasserman et al., 2021). Existem alguns fatores

que contribuem para esta taxa de suicídio nos adolescentes, como por exemplo a depressão e a ansiedade (WHO, 2021b). Recentemente, Glenn et al. (2020) calculou a taxa de suicídio de 3.77 por 100.000 para adolescentes de 10 a 19 anos. As taxas de suicídio aumentam durante a adolescência, atingindo uma taxa de 6.04 por 100 mil em adolescentes de 15 a 19 anos e 0.93 por 100 mil em adolescentes de 10 a 14 anos no mundo. Anualmente, registam-se mais de 700.000 mortes por suicídio em todo o mundo (WHO, 2021a), Portugal, em 2019, registou 975 suicídios, com uma taxa bruta de mortalidade de 9.5 por 100 mil habitantes (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2021a, 2021b). Se antes da pandemia o suicídio já era uma das principais causas de morte entre os adolescentes, num momento de crise pandémica é esperado um aumento do risco de suicídio (Thomas, 2020) considerando que o isolamento e o distanciamento social são alguns indicadores de ideação suicida, tentativas de suicídio e comportamentos suicidários ao longo da vida (Van Orden et al., 2010).

Neste estudo, procuramos compreender a relação entre distanciamento social obrigatório, sintomas psicopatológicos e comportamentos suicidários em adolescentes. O relatório do estudo encontra-se organizado em duas partes. Na primeira parte apresenta-se o enquadramento teórico do mesmo, que compreende a revisão da literatura sobre a natureza social do ser humano, as características desenvolvimentais da adolescência, nomeadamente a importância das relações com os pares (i.e., da socialização), a relação entre distanciamento social obrigatório e saúde mental, e o impacto da pandemia por COVID-19 na psicopatologia, nomeadamente nos comportamentos suicidários na adolescência.

A segunda parte desta dissertação corresponde ao estudo empírico. Começamos por apresentar a metodologia de recolha, tratamento e análise de dados utilizada. Segue-se a apresentação dos resultados e a respetiva discussão. Por fim, são apresentadas as limitações, as sugestões para estudos futuros e as principais conclusões do estudo.

Enquadramento Teórico

O Homem como Ser Social e o Adolescente em Desenvolvimento

Os seres humanos são seres relacionais que se vão construindo a partir do contexto social e das relações interpessoais que estabelecem (Bonin, 2013; Lane, 2006; Quartilho, 2014). As pessoas ao nascerem encontram-se inseridas num sistema social criado por gerações humanas pré-existentes, o que as torna membros de um grupo (Bonin, 2013; Lane, 2006). São por isso seres sociais cuja identidade se desenvolve através das relações com os outros (Pietrabissa & Simpson, 2020). A proximidade e a qualidade das relações pessoais são fatores importantes na promoção e proteção da saúde geral e do bem-estar do indivíduo (Loureiro et al., 2015; Quartilho, 2014). A existência de um contexto relacional, como ter amigos, incluindo a família, atividades sociais e outras pessoas a quem recorrer significa ter um suporte social. O suporte social torna o indivíduo “mais forte”, melhora a sua qualidade de vida e oferece-lhe recursos para enfrentar os problemas da vida, tanto na ausência como na presença de fontes de *stress* (Pais-Ribeiro, 1999).

O suporte social está associado ao bem-estar, e de acordo com o modelo do amortecimento do *stress* (Cohen & Wills, 1985) esta associação pode ocorrer quando o indivíduo está sob *stress*. Assim, o suporte social funciona como um amortecedor para proteger o indivíduo de eventos negativos. Ou, segundo o modelo de efeito principal ou direto (Cohen & Wills, 1985), o suporte social proporciona um nível de integração social do indivíduo além do efeito benéfico de valorização, de pertença, de socialização e segurança, independente do indivíduo estar sob *stress*.

Embora o suporte social seja um elemento essencial nos relacionamentos, a perceção que o indivíduo tem do suporte social recebido parece ser assim, mais importante do que a qualidade do suporte social disponível (Cohen & Wills, 1985; Demaray & Malecki, 2002). A perceção de suporte social está associada ao bem-estar psicológico (Bulut et al., 2021), pelo que ter confiança nas pessoas, sentir-se seguro na comunidade, possuir uma rede de amigos, família e estar socialmente envolvido, está associado a maior perceção de suporte social e a menor risco de problemas de saúde mental (Silva et al., 2016).

O contexto social é um fator externo que pode influenciar as relações sociais, a saúde mental e o bem-estar (Loureiro et al., 2015). A integração social, isto é, o envolvimento ou a participação na comunidade (e.g., atividades recreativas, religiosas,

políticas), vai permitir ao indivíduo um sentimento de pertença, de que a vida faz sentido e de conexão social dentro do seu contexto (Loureiro et al., 2015; Quartilho, 2014) de forma a fortalecer os seus laços sociais e promover a sua participação efetiva em várias relações sociais. Isto quer dizer, que a integração social proporciona níveis mais elevados de bem-estar, e que quando o indivíduo está isolado do seu contexto social perde estes reforços fundamentais para o bom desenvolvimento e manutenção da saúde mental. Por exemplo, as dimensões de integração e regulação social são importantes para se compreender o fenómeno do suicídio. Numa perspetiva do clássico estudo sociológico do suicídio de Durkheim (Saraiva, 2010), o suicídio é visto como um sinal de mal-estar social. Durkheim considera que a integração social corresponde às relações sociais que ligam o indivíduo ao grupo, e a regulação social é o requisito normativo ou moral exigido para a pertença ao grupo (Saraiva, 2010). Assim, o sentimento de não pertença e desintegração social levaria o indivíduo a um sentimento de mal-estar social, de desconexão com as várias relações sociais do seu contexto. Isto é, a ausência de integração social, de relação e de suporte social influenciaria negativamente a saúde mental do indivíduo (Cao et al., 2020; Loureiro et al., 2015; Smith & Lim, 2020).

O ser humano à nascença está apto para criar laços e estabelecer relações, por isso necessita de contacto frequente. Nos momentos de crise (e.g., catástrofes naturais, crises humanitárias, rituais fúnebres) a necessidade de afiliação e intimidade é ainda mais importante (Baumeister & Leary, 1995), permitindo aumentar a capacidade de sobrevivência em circunstâncias adversas. O apoio social é fundamental para ultrapassar momentos difíceis, ajudar a salvar vidas, reduzir o sofrimento das pessoas e proteger a saúde mental.

Compreende-se então, que as relações sociais, a perceção de suporte social e o sentimento de pertença são fatores imprescindíveis ao longo da vida do ser humano. Desta forma, a adolescência surge como um aspeto importante a considerar, pois é sobretudo na adolescência que a importância da socialização com os pares aumenta.

A adolescência é uma fase de transição para a idade adulta marcada por mudanças significativas a nível físico, cognitivo e psicossocial (Larsen & Luna, 2018; Papalia et al., 2006; Santos & Neves, 2014). Trata-se de uma fase do desenvolvimento que se inicia com a puberdade e termina com o início da adultez, incluindo, tipicamente, pessoas entre os 10 e os 19 anos de idade (WHO, 2022).

As mudanças físicas ocorrem com o início da puberdade, sinalizando - com o rápido crescimento em altura e peso, e com alterações ao nível do sistema reprodutor e consequente maturação reprodutiva e cerebral - o fim da infância (Papalia et al., 2006).

No plano cognitivo, as transformações envolvem a capacidade de pensar de forma abstrata e de raciocinar formalmente. Isto possibilita ao adolescente gerar hipóteses, elaborar os seus próprios pensamentos, estabelecer relações entre conceitos e abordar qualquer questão sob diversos pontos de vista. Existe um maior desejo de autonomia e independência (Oliveira, 2006; Papalia et al., 2006). A autonomia corresponde a uma das tarefas desenvolvimentais mais importante da adolescência, alcançada quando os adolescentes são capazes de encontrar estratégias para atingir os seus objetivos.

Do ponto de vista psicossocial, o tempo passado com os amigos, a intensidade e a importância das amizades são maiores nesta fase da vida do que em qualquer outra. Há uma reorganização das relações e as interações familiares sofrem alterações, o adolescente passa mais tempo com os pares, sendo agora o grupo de amigos o mais importante contexto de socialização (Braconnier & Marcelli, 2000; Papalia et al., 2006; Santos & Neves, 2014). É neste processo de socialização com os pares que a sua única visão do mundo (i.e., visão da infância) será confrontada com outras visões, levando-o a questionar-se através do seu pensamento, das experiências sociais e de outros laços afetivos (Lane, 2006). O grupo é fonte de afetos, de compreensão e de orientação moral, um lugar de experimentação, um ambiente para alcançar a autonomia, a independência e um maior sentimento de pertença. É um lugar onde acontecem os primeiros ensaios para a vida adulta. Aqui surge a transmissão e partilha de ideias, de valores, de normas, problemas, experiências e representações (Oliveira, 2006). Estar inserido num grupo permite ao adolescente sentir-se integrado na sociedade (Braconnier & Marcelli, 2000; Guessoum et al., 2020; Papalia et al., 2006; Santos & Neves, 2014).

As transformações psíquicas são influenciadas pelo contexto social e cultural do adolescente (Braconnier & Marcelli, 2000; Ferreira & Nelas, 2006). As diferenças entre rapazes e raparigas no que diz respeito ao conteúdo e aos relacionamentos sociais que estabelecem com os seus pares são evidentes desde muito cedo. Segundo Rose e Rudolph (2006) os rapazes são mais propensos a envolverem-se em atividades ou jogos competitivos, são objetivos, hostis, usam o humor em resposta ao *stress*, evitam comunicar fraqueza e expressam uma certa dominância. São incentivados para as habilidades instrumentais, como as práticas desportivas e a competitividade, o que lhes confere uma maior perceção de socialização e integração no grupo de pares. Comunicam

afeto quando incluem os seus amigos nas suas atividades ou quando trocam favores (e.g., uma forma de socializar é estar junto a assistir ou a praticar um jogo de futebol). Ao contrário, as raparigas são mais pró-sociais, mais cooperativas, passam mais tempo em interações sociais, revelam-se mais nos aspetos pessoais e nas suas vulnerabilidades. São mais suscetíveis de procurar apoio emocional e demonstram ter níveis mais elevados de intimidade, afeto, validação e segurança nas suas amizades (Rose & Rudolph, 2006). Parecem ser mais propensas ao contacto físico e ao estabelecimento de amizades, como encontrar-se com o seu grupo para conversar ou procurar apoio emocional quando experienciam emoções negativas (tristeza, ansiedade; Meyers-Levy & Loken, 2015).

Neste sentido, pode afirmar-se que a adolescência acontece na interação com os pares. O ambiente social nesta faixa etária - marcada por importantes mudanças - é fundamental para o desenvolvimento e construção da autonomia, da identidade e da saúde mental do adolescente (Ahmed et al., 2015; Orben et al., 2020; Papalia et al., 2006).

Distanciamento Social Obrigatório e Saúde Mental

A saúde mental abrange fatores biológicos e psicossociais, que vão para além da ausência de doença mental. Estes incluem o bem-estar subjetivo, o discernimento, a autorrealização do potencial intelectual, a autonomia, a competência, a integração, a boa gestão emocional, a vitalidade e o desenvolvimento (DGS, 2002). A saúde mental é, então, um completo bem-estar físico, mental e social, sendo uma componente fundamental do bem-estar dos indivíduos e interdependente da saúde física (DGS, 2002).

Entre os fatores que podem influenciar o desenvolvimento de doenças mentais, estão (1) os fatores biológicos, relacionados com a genética (e.g., sexo, idade, lesões cerebrais, doenças crónicas; Beirão et al., 2020; Freitas-Silva & Ortega, 2016), os (2) fatores psicossociais, que remetem para fatores psicológicos (e.g., abuso sexual, emocional ou físico, uma perda significativa, o trauma psicológico sofrido na infância, a falta de capacidade para estabelecer relações; Alegría et al., 2018; Beirão et al., 2020; Pinto et al., 2014), e os (3) fatores sociais/ambientais (e.g., nível socioeconómico, escolaridade, baixo suporte social, morte ou divórcio, vida familiar disfuncional, sentimentos de inadequação, baixa autoestima, isolamento social ou solidão, *bullying*, discriminação ou exclusão; Alegría et al., 2018; Pinto et al., 2014).

A forma como a herança genética interage com o ambiente (i.e., epigenética; Freitas-Silva & Ortega, 2016) é única e, por isso, o indivíduo pode ser mais suscetível a

uma doença mental, mas não desenvolver necessariamente a doença. A manifestação da doença mental dá-se a partir da interação entre múltiplos fatores (Beirão et al., 2020). A título de exemplo, os fatores psicológicos (e.g., abuso emocional, sexual) e os fatores sociais (e.g., baixo nível socioeconómico) podem estar associados a uma maior prevalência de perturbações, inclusive o abuso e consumo de substâncias (DGS, 2002).

O novo coronavírus, SARS-CoV-2 (Síndrome Respiratória Aguda Grave 2) foi identificado pela primeira vez em dezembro de 2019, na cidade chinesa de Wuhan. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020a) atribuiu o nome COVID-19 à doença provocada pelo SARS-CoV-2, doença esta que pode causar infeção respiratória grave como a pneumonia.

Em janeiro de 2020, foram identificados novos casos da COVID-19 fora da China, revelando níveis alarmantes da propagação do vírus noutros países. O que levou a Organização Mundial da Saúde a declarar estado de emergência internacional em saúde pública: pandemia por COVID-19 (WHO, 2020b).

O surto de COVID-19 é uma catástrofe atípica. Em situações de catástrofe natural as pessoas tendem a aproximar-se, como estratégia de força e maximização dos recursos de enfrentamento. Nesta pandemia, o contacto com as outras pessoas foi desaconselhado e até proibido. Estar com outras pessoas tem agora conotações diferentes, e está associado a sentimentos como insegurança, perigo, ameaça e medo (Ramírez-Ortiz et al., 2020) afetando, conseqüentemente, o bem-estar psicológico de muitos indivíduos.

Como forma de controlo da disseminação e prevenção da doença, foram adotadas várias medidas de saúde pública (e.g., distanciamento/isolamento social; confinamento; utilização de equipamento de proteção individual; higiene pessoal; higiene ambiental; entre outras). Destas, a mais difundida pelas autoridades foi o distanciamento físico, também designado de distanciamento social (Razai et al., 2020) e a prática de isolamento social (Jiloha, 2020; Linhares & Enumo, 2020; Reger et al., 2020). Para implementar estas medidas utilizaram-se estratégias de controlo da mobilidade da população, como o fecho de universidades, escolas, comércio não essenciais, áreas públicas de lazer, implementação de teletrabalho, entre outros, com o objetivo de prevenir e mitigar o contágio da doença (Razai et al., 2020).

Em Portugal, os primeiros casos de infeção por COVID-19 aconteceram em março de 2020 e neste mesmo mês foi decretado estado de emergência (Decreto-Lei nº 14/2020, 2020). O estado de emergência contemplou o confinamento obrigatório e restrições à circulação na via pública (Decreto-Lei nº 17/2020, 2020; Decreto-Lei nº 20/2020, 2020).

O segundo confinamento aconteceu em janeiro de 2021 (Decreto-Lei nº 3/2021, 2021). Apenas os serviços essenciais (e.g., hospitais, farmácias, supermercados, serviços bancários, serviços de segurança e outros) permaneceram abertos.

Durante os dois períodos de confinamento (i.e., entre março de 2020 e maio de 2021), os estudantes tinham de ficar em casa (Decreto-Lei nº 3/2021, 2021) e as aulas foram ministradas num regime de ensino à distância (Decreto-Lei nº 10/2021, 2021). No primeiro confinamento, alguns estudantes permaneceram com as aulas à distância até o final do ano letivo 2019/2020, ou seja, não regressaram para o contexto presencial e regular de socialização uns com os outros. O total de dias de confinamento para os estudantes do ensino básico foi de 166 dias, e para os estudantes do ensino secundário 149 dias. O total de dias foram contabilizados a contar com os feriados e os fins de semana, uma vez que os estudantes ficaram em isolamento profilático e não mantiveram qualquer contacto físico com o seu grupo neste período. O número de dias da escola encerrados equivale a mais da metade do total de dias de ensino durante o ano normal (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], 2021). O fecho das escolas implicou uma mudança no formato das interações sociais dos jovens e entre escolas e famílias, e o uso da tecnologia tornou-se essencial para manter o contacto. O ensino à distância trouxe uma série de desafios, desde permanecer focado durante as aulas *online*, encontrar motivação para trabalhar sem supervisão do professor, e ter de lidar com a ausência dos amigos.

As medidas de distanciamento e isolamento social que surgiram como medidas de prevenção dos efeitos fisiológicos da infeção por SARS-CoV-2, têm efeito negativo na saúde mental e no bem-estar da população (Bulut et al., 2021; Linhares & Enumo, 2020, Killgore et al., 2020; Manzar et al., 2021). Sabemos, a partir da investigação (e.g., Leigh-Hunt et al., 2017; Smith & Lim, 2020) que o distanciamento social pode levar a um maior isolamento social e a uma menor integração social (Quartilho, 2014), o que consequentemente, levará a uma maior ausência de conexões sociais e um aumento do sofrimento psicológico e sentimento de vazio, solidão e não pertença (Calati et al., 2019; Orben et al., 2020). É notório a forma como o isolamento e o distanciamento social colocam em causa a conexão do indivíduo com as suas redes de suporte social. A título de exemplo, os rituais e cerimónias outrora realizados (i.e., casamentos, batizados, aniversários, funerais) durante os períodos críticos da pandemia, não eram possíveis. A realização de velório foi desaconselhada, e, caso acontecessem, deveriam ser com poucas pessoas e horário reduzido. Estar distante e isolado contribui para o aparecimento de

sintomas psicopatológicos como ansiedade e angústia, abuso de álcool, comportamentos de evitamento e vigilantes (Killgore et al., 2020; Manzar et al., 2021; Reger et al., 2020). Estes sinais e sintomas podem ser interpretados como respostas à exigência de ter que se estar afastado dos outros (algo que vai contra a natureza humana), e se continuados no tempo podem culminar em suicídio (Almeida et al., 2020; Brooks et al., 2020; Pietrabissa & Simpson, 2020; Ramírez-Ortiz et al., 2020; Reger et al., 2020; C. Wang et al., 2020).

Nos indivíduos mais vulneráveis ou nos que já sofriam de problemas de saúde mental, os sintomas mais evidentes são: ansiedade e pânico, sintomas obsessivo-compulsivos, insónia, problemas digestivos, stress pós-traumático e sintomas depressivos. Estes sintomas tendem a agravar-se pelo medo, pelo autoisolamento e pelo distanciamento social (Gaebel et al., 2020; Ramírez-Ortiz et al., 2020). Assim, o isolamento social intensifica os níveis de *stress* e ansiedade em indivíduos saudáveis e aumenta os sintomas daqueles com perturbações mentais pré-existentes.

Medidas de saúde pública de contenção impostas em contextos pandémicos anteriores (eg., epidemias de SARS, H1N1, Ébola) tiveram impacto negativo no bem-estar e na saúde mental das pessoas, causando sofrimento psicológico com efeitos imediatos e também a longo prazo (Brooks et al., 2020; Douglas et al., 2009; Gu et al., 2012; Kim et al., 2014; Razai et al., 2020; Van Bortel et al., 2016).

Estudos realizados após a crise pandémica de 2002 da SARS (síndrome respiratória aguda) revelaram que os indivíduos que ficaram em isolamento social relataram perturbação de stress pós-traumático, apresentaram sintomas de depressão e quase metade dos profissionais de saúde que participaram do estudo apresentaram níveis elevados de *stress* (Douglas et al., 2009; Hawryluck et al., 2004). Também os estudos realizados com jovens estudantes durante o surto da gripe H1N1 em 2009, mostraram que os participantes se sentiram muito deprimidos, em pânico ou emocionalmente perturbados (Gu et al., 2012). O estudo de Van Bortel et al. (2016) realizado durante o surto de Ébola, que atingiu sobretudo países da África Ocidental entre 2013 e 2016, revelou o carácter traumático da doença. Os resultados mostraram que a exposição a notícias sobre a gravidade da doença e as elevadas taxas de mortalidade tiveram um impacto negativo com carácter duradouro na saúde mental dos sobreviventes e da comunidade.

No atual cenário pandémico, um estudo Chinês com jovens universitários com idades entre os 21 e os 30 anos, revelou que 53.4% dos participantes refere ter sentido um impacto psicológico da atual pandemia moderado ou grave. Destes, 16.5% apresentam

sintomas depressivos; 28.8% sintomas de ansiedade e 8.1% apresentam *stress* moderado a grave (C. Wang et al., 2020). A investigação de Thorisdottir et al. (2021) também demonstra um aumento de sintomas depressivos e de mal-estar psicológico nos adolescentes durante a pandemia. Com resultados significativamente mais elevados nas raparigas mais velhas (i.e., dos 16 e os 18 anos de idade) em comparação com os rapazes.

Estudos realizados em Portugal mostram que são as mulheres a sentirem maiores alterações no bem-estar psicológico na pandemia (Paulino et al., 2021). O estudo de Almeida et al. (2020) com indivíduos da população geral e profissionais de saúde com atividade em território português com idade igual ou superior a 18 anos avaliou o impacto da COVID-19 na saúde mental e no bem-estar. Teve em consideração as dimensões da saúde mental como ansiedade, depressão, stress pós-traumático, *burnout*, bem-estar psicológico, e resiliência. Os resultados revelam que tanto os indivíduos da população geral (33.7%) como os profissionais de saúde (44.8%) apresentam sinais de sofrimento psicológico. Os indivíduos da população geral reportam sintomas moderados a graves de ansiedade, de depressão e de perturbação de stress pós-traumático. São sobretudo as mulheres, os jovens adultos com idades entre os 18 e os 29 anos, os desempregados e os indivíduos com mais baixo rendimento que apresentam sintomas de sofrimento psicológico moderado a grave, em várias das dimensões de saúde mental analisadas. Já os profissionais de saúde apresentam níveis de sofrimento psicológico mais elevados do que a população geral. São sobretudo aqueles que estavam a tratar doentes com COVID-19 que apresentam ansiedade moderada a grave, é ainda neste grupo de indivíduos que os níveis de *burnout* (i.e., exaustão física e emocional) são mais elevados.

O estudo mostrou ainda que, dos indivíduos que indicaram estar ou ter estado em isolamento ou já recuperados da COVID-19, 72% reportam sofrimento psicológico e mais de metade refere sintomas de depressão moderada a grave. Dos indivíduos infetados que estiveram em internamento hospitalar ou em cuidados intensivos, a maioria (92%) refere sintomas de ansiedade moderada a grave (Almeida et al., 2020). Globalmente, cerca de 25% dos participantes do estudo apresentam sintomas moderados a graves de ansiedade, depressão e stress pós-traumático. A manutenção dos *hobbies*, de atividade física e de rotinas diárias mostraram-se protetores do bem-estar psicológico e estão associados a um risco diminuído de sintomas de depressão, de ansiedade e de stress pós-traumático (Almeida et al., 2020).

Estes resultados estão alinhados com os de outros estudos a nível mundial e reforçam o profundo impacto que as alterações provocadas pela pandemia COVID-19

tiveram na saúde mental e no bem-estar em geral das pessoas (e.g., Brooks et al., 2020; Razai et al., 2020; Smith & Lim, 2020; Thorisdottir et al., 2021; C. Wang et al., 2020).

Adolescência, Distanciamento Social Obrigatório, Saúde Mental e Comportamentos Suicidários

A adolescência, por ser marcada por um período de transições e grandes transformações pode coincidir (ou não) com uma maior vulnerabilidade para problemas de saúde mental e comportamentos de risco (Ahmed et al., 2015; Brito, 2011; Wasserman et al., 2021). As perturbações mentais constituem-se como um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo, para todos os grupos etários, surgindo frequentemente no período da adolescência e no início da idade adulta. Uma em cada sete pessoas com doença mental tem entre 10 e 19 anos de idade, sendo a depressão uma das principais causas de doença e incapacidade entre os adolescentes (WHO, 2021b). Assim como a prevalência de problemas de depressão, os comportamentos suicidários também aumentam marcadamente na adolescência (Fonseca-Pedrero et al., 2022; Guerreiro, 2009).

As perturbações da ansiedade e depressivas são frequentes na adolescência (Brito, 2011) e podem manifestar-se através de sentimentos de frustração, raiva excessiva, irritabilidade, alterações do sono, baixa concentração ou baixa autoestima (Beirão et al., 2020; WHO, 2021b). Alguns sintomas podem sobrepor-se em mais que uma perturbação, com rápidas e inesperadas mudanças de humor, explosões emocionais, comportamento de oposição (cf. American Psychiatric Association, 2014), desistência de atividades desportivas ou culturais até então apreciadas, fadiga e afastamento dos amigos. Podem, também, ser acompanhados de alterações cognitivas e somáticas, como dores de cabeça, dores abdominais, dores musculares, tonturas ou náuseas (Brito, 2011; WHO, 2021b).

Na adolescência, a ansiedade é uma experiência frequente enquanto sinal de alarme face a uma situação percebida como ameaçadora, e que se pode expressar no comportamento (evitante, por exemplo), mas também nos resultados escolares ou na qualidade/quantidade das interações. As alterações próprias da adolescência são muitas vezes percebidas por estes como ameaçadoras, sejam as do corpo, que parece não controlar; as da relação com os pais, que alterna entre a dependência e a autonomia; ou os receios sentidos em relação às suas competências sociais e na relação com os pares (Brito, 2011). Há evidência de que a ansiedade é precursora da depressão (Pine et al.,

1998), e de que ansiedade ou perturbação depressiva na adolescência prevê um risco aumentado de aproximadamente 2 a 3 vezes de ansiedade ou perturbação depressiva na idade adulta (Johnson et al., 2018; Pine et al., 1998).

As perturbações alimentares também podem surgir na adolescência. Indivíduos com perturbação de compulsão alimentar podem experimentar sentimentos de angústia, culpa ou autoaversão quando comem compulsivamente. As perturbações alimentares frequentemente coexistem com a depressão, a ansiedade e/ou abuso de substâncias (Ferrari et al., 2014). Vários determinantes sociais podem interagir entre si e contribuir para o aparecimento de doença mental (Alegría et al., 2018), isto inclui os fatores predisponentes (mais distais) como eventos na infância, abuso físico e sexual, e os fatores precipitantes (mais proximais), ou seja, os acontecimentos na vida próximos do aparecimento da perturbação (Rihmer et al., 2015).

As psicoses, que podem surgir mais comumente no final da adolescência ou início da vida adulta, apresentam como sintomas alucinações (identificar algo que não existe como sendo parte da realidade – visão, audição) ou delírios (interpretação errada da realidade a partir da distorção dos estímulos – perseguição; WHO, 2021b). Estas experiências prejudicam gravemente o adolescente, afetando significativamente a sua capacidade de funcionamento em todas as dimensões da sua vida.

As perturbações emocionais podem limitar a funcionalidade do adolescente e afetar o seu rendimento e/ou inserção escolar, comprometer a sua relação com os pares, realçar conflitos familiares, conduzir a um maior isolamento social e exacerbar a solidão. Na adolescência os problemas de saúde mental estão associados a outros riscos de saúde e comportamentos, como o aumento do risco de consumo de substâncias ilícitas, que podem levar a dependências (e.g., álcool, drogas); violência; problemas de inserção social; problemas com a lei; comportamentos sexuais não seguros, que podem levar ao risco de infeções sexualmente transmissíveis ou gravidez precoce; e comportamentos suicidários (Alegría et al., 2018; Brito, 2011; Fonseca-Pedrero et al., 2022; Guerreiro, 2009).

Os problemas de saúde mental estão associados ao suicídio em todos os grupos etários (Brown & Schuman, 2020). A literatura indica que a categoria mais comum de perturbação mental em indivíduos que morrem por suicídio é a das perturbações do humor (Cavanagh et al., 2003; Ferrari et al., 2014; Weissman et al., 1999) sendo a depressão e a ansiedade as que estão frequentemente associadas a ideação suicida e a tentativas de suicídio (Wiebenga et al., 2021). Na adolescência, as raparigas apresentam quatro vezes

mais ideação suicida e três vezes mais tentativa de suicídio (Borges & Werlang, 2006), mas são os rapazes a cometer mais suicídio (escolha de métodos mais letais, como armas de fogo quando tentam cometer o suicídio; Wasserman et al., 2021). Contudo, a ideação suicida permanece um importante fator de risco para futuras tentativas e morte por suicídio (Carballo et al., 2020; Guerreiro, 2009; Santos & Neves, 2014).

Mais de 90% dos suicídios ocorrem em contexto de doença mental e a depressão aparece como a mais significativa (Guerreiro, 2009; Van Orden et al., 2010). A literatura apresenta como clara a relação positiva entre os sintomas depressivos e comportamentos suicidários, e a associação negativa entre os comportamentos sociais (sociabilidade) e comportamentos suicidários (Cao et al., 2020; Fonseca-Pedrero et al., 2022; Killgore et al., 2020; Loureiro et al., 2015; Magson et al., 2021; Manzar et al., 2021; Reger et al., 2020). Adultos com perturbação depressiva com início na adolescência, apresentam um risco elevado de suicídio (Cavanagh et al., 2003; Ferrari et al., 2014; Weissman et al., 2021). Os estudos convergem para a conclusão de que a perturbação depressiva está associada ao comprometimento social e ao risco de suicídio (Cavanagh et al., 2003; Fonseca-Pedrero et al., 2022; Moitra et al., 2021; Rihmer et al., 2015; Weissman et al., 1999). Os indivíduos com sintomas depressivos frequentemente expressam o desejo de morrer, tentando muitas vezes tirar a própria vida, e entendem que o suicídio pode ser a única solução possível quando estão presentes expectativas negativas face ao futuro.

Há circunstâncias, condições, doenças, traços de personalidade e acontecimentos de vida que aumentam o risco do indivíduo tentar ou morrer por suicídio (Santos & Neves, 2014; Veiga & Andrade, 2014). Nos adolescentes, são vários os fatores promotores de sofrimento e que funcionando muitas vezes em acumulação, podem precipitar o comportamento suicidário no adolescente (Guerreiro, 2009; Santos & Neves, 2014).

Os fatores individuais de risco de suicídio referidos na literatura são: a idade, com maior incidência na fase final da adolescência e no jovem adulto; o género, sendo os rapazes a cometer mais suicídio e as raparigas a apresentarem mais ideação suicida e tentativas de suicídio (Borges & Werlang, 2006); a orientação sexual (homossexuais, bissexuais); as doenças físicas (diabetes, epilepsia e doenças associadas a lesões com prejuízo funcional); as características psicológicas (impulsividade, agressividade, baixa autoestima, desesperança, confusão identitária, tristeza e apatia); os fatores genéticos e biológicos; os comportamentos suicidários prévios e a psicopatologia (Carballo et al., 2020; Guerreiro, 2009; Santos & Neves, 2014).

Há também fatores familiares como o estar inserido numa estrutura familiar disfuncional com conflitos frequentes, divórcio dos pais ou psicopatologia parental como abuso de substâncias e depressão; abuso físico, sexual ou emocional; morte de uma pessoa significativa e histórico de suicídio na família (Carballo et al., 2020; Guerreiro, 2009; Santos & Neves, 2014).

Como fatores de risco sociocultural para o comportamento suicidário nos adolescentes contam-se: o insucesso ou o abandono escolar; problemas de comportamento; o isolamento e o *bullying* (Carballo et al., 2020; Guerreiro, 2009; Santos & Neves, 2014).

Os fatores situacionais são a perda de um amigo, de uma pessoa significativa, um conflito familiar, uma doença física ou o desemprego dos pais, são acontecimentos que podem aumentar o risco de comportamentos suicidários. Para além disto, há ainda que ter em consideração o risco aumentado de suicídio por contágio e por acessibilidade a meios letais (armas de fogo ou outros meios; Carballo et al., 2020; Guerreiro, 2009; Santos & Neves, 2014). O comportamento suicida é o resultado final da interação entre muitos fatores de risco não podendo ser explicado por um único fator, mas, pode ser conceituado como um sistema dinâmico e complexo de características cognitivas, emocionais e comportamentais (Fonseca-Pedrero et al., 2022).

A prevenção do suicídio está associada a fatores de proteção, como o cuidado parental, o suporte emocional, a abertura à experiência, o sentido de valor pessoal, um projeto de vida, a não utilização de substâncias nocivas, o suporte dos pares e a participação em atividades culturais ou desportivas (Santos & Neves, 2014). Muitos comportamentos e hábitos de saúde são estabelecidos na adolescência, mantendo-se na idade adulta. Por isso, o desenvolvimento e manutenção de hábitos sociais e emocionais são fundamentais para o bem-estar psicológico, incluindo hábitos de sono saudáveis, gestão das emoções, prática de atividade física regular, estratégias de resiliência, resolução de problemas, habilidades interpessoais, suporte familiar, escolar e na comunidade em geral (WHO, 2021b).

Na adolescência, o sentimento de pertença e de integração social - i.e., possuir uma rede de apoio social/emocional com os pares, a família, outras pessoas ou quaisquer outras interações que resultem do seu envolvimento social - é um fator protetor fundamental do risco suicidário e da saúde mental (Baumeister & Leary, 1995; Fonseca-Pedrero et al., 2022; Quartilho, 2014; Santos & Neves, 2014).

Recentemente, o surto de COVID-19 veio colocar em causa a satisfação da necessidade do adolescente estar inserido no seu grupo de pares, através da medida de saúde pública de distanciamento social (Jiloha, 2020; Linhares & Enumo, 2020). O distanciamento social obrigatório está associado a alguns fatores que tornam os adolescentes mais vulneráveis a problemas de saúde mental (Gunnel et al., 2020; Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2020; Reger et al., 2020) e pode, assim, ter consequências no desenvolvimento do adolescente, comprometendo a realização das tarefas desenvolvimentais desta etapa (Idoiaga et al., 2020; Jiao et al., 2020; Manzar et al., 2021; Shah et al. 2020).

Após um mês da implementação da medida de saúde pública – distanciamento social obrigatório, Manzar et al. (2021) estudaram trinta e sete casos de suicídio em onze países, sendo vinte e três destes casos de adolescentes com idade média de 16 anos. A maioria das causas do suicídio foram relacionadas com o sofrimento psicológico, como a depressão, a solidão e testar positivo para a COVID-19.

O estudo de Magson et al. (2021) demonstrou que a maior preocupação dos adolescentes (13 e os 16 anos de idade) durante a pandemia e as medidas de restrições impostas era lidar com a ausência dos amigos. Para os adolescentes, estar socialmente desconectado durante a pandemia foi associado a níveis mais altos de ansiedade e sintomas depressivos e níveis mais baixos de satisfação com a vida. As raparigas apresentaram níveis significativamente mais elevados de impacto da pandemia no bem-estar psicológico. Estas restrições podem ser particularmente difíceis para os adolescentes, que dependem muito de suas conexões com os pares para obter apoio emocional.

Mayne et al. (2021) desenvolveram uma investigação com adolescentes (12 e os 21 anos de idade) que avaliou os sintomas depressivos e o risco suicidário entre junho e dezembro de 2019 (pré-pandemia) e junho e dezembro de 2020 (pandemia). Os resultados mostraram um aumento de 24% de sintomas depressivos; 16% de risco suicidário; 34% de ideação suicida recente e 3.5% de tentativa de suicídio durante a pandemia. Atestando o impacto da pandemia no bem-estar psicológico dos adolescentes e demonstrando que são as raparigas as que mais relatam sintomas depressivos e maior risco suicidário. Outro estudo semelhante (Hill et al., 2021) avaliou se as taxas de comportamentos suicidários nos adolescentes (11 e os 21 anos de idade) aumentaram durante a pandemia no ano de 2020 em comparação com o ano anterior. Os resultados revelaram que a ideação suicida recente e a tentativa de suicídio aumentaram significativamente em março e julho de 2020

em comparação com as taxas de ideação e tentativa de suicídio em março e julho de 2019. Estes dados indicam que os efeitos da pandemia podem estar associados ao aumento das taxas de comportamentos suicidários entre os adolescentes, sugerindo que os adolescentes experimentaram maior *stress* e maior sofrimento durante o período da pandemia.

Os estudos convergem no sentido de que as experiências relacionadas com a pandemia e a medida de saúde pública de distanciamento social obrigatório, têm um impacto negativo na saúde mental e estão associadas aos comportamentos suicidários nos adolescentes (e.g., Ammerman et al., 2020; Brooks et al., 2020; Courtet et al., 2020; Hill et al., 2021; Magson et al., 2021; Mayne et al., 2021; OPAS, 2020).

Objetivos do Estudo

O distanciamento social a que neste momento estamos sujeitos traz consigo novos desafios e exigências. Diversos estudos sugerem que a pandemia por COVID-19 tem tido um impacto na saúde mental (e.g., ansiedade, perturbação do humor, stress pós-traumático; Brooks et al., 2020; Hossain et al., 2020; Killgore et al., 2020; Linhares & Enumo, 2020; Orben et al., 2020; Ramírez-Ortiz et al., 2020) afetando de forma particular os adolescentes (e.g., Jiloha, 2020; Manzar et al., 2021; Mayne et al., 2021; Thorisdottir et al., 2021). O distanciamento social imposto parece conduzir a um aumento dos níveis de desintegração social, contribuindo para um aumento da probabilidade de problemas de saúde mental e consequentemente de risco suicidário (Courtet et al., 2020; Hill et al., 2021; King & Merchant, 2008; Magson et al., 2021; Manzar et al., 2021).

Neste estudo, procuramos contribuir para a compreensão da relação entre o distanciamento social obrigatório na sequência do surto pandémico por COVID-19 e a saúde mental dos adolescentes, nomeadamente em termos de risco suicidário. Mais especificamente, pretende-se compreender em que medida:

(1) a qualidade de vida social dos adolescentes (i.e., em termos de perceção de sociabilidade e satisfação com o suporte social) está associada à presença de sintomatologia psicopatológica e a comportamentos suicidários. Com base em estudos anteriores (e.g., Cao et al., 2020; Fonseca-Pedrero et al., 2022; Killgore et al., 2020; Loureiro et al., 2015; Magson et al., 2021; Manzar et al., 2021; Reger et al., 2020), espera-se obter uma relação negativa entre perceção de satisfação com o suporte social e sintomatologia psicopatológica, bem como entre perceção de satisfação com o suporte social e comportamentos suicidários, e uma relação positiva entre sintomatologia

psicopatológica e comportamentos suicidários. Espera-se que adolescentes com níveis baixos de percepção de sociabilidade apresentem pontuações mais baixas na percepção de satisfação com o suporte social (e.g., Demaray & Malecki, 2002; Magson et al., 2021) e pontuações mais elevadas de percepção de alterações no bem-estar psicológico durante a pandemia (e.g., Cao et al., 2020; Killgore et al., 2020; Loureiro et al., 2015; Magson et al., 2021; Manzar et al., 2021; Reger et al., 2020) bem como pontuações mais elevadas de sintomatologia psicopatológica e comportamentos suicidários (e.g., Özdin & Özdin, 2020; Paulino et al., 2021; Rose & Rudolph, 2006; C. Wang et al., 2020).

(2) a idade e o sexo estão associados a diferenças na qualidade de vida social dos adolescentes e do seu bem-estar (nomeadamente, em termos de bem-estar psicológico, sintomatologia psicopatológica e comportamentos suicidários). Espera-se que as raparigas com idades compreendidas entre os 16 e os 19 anos apresentem maiores alterações na qualidade de vida social (i.e., percepção de sociabilidade e percepção de satisfação com o suporte social) e maiores alterações no seu bem-estar psicológico durante a pandemia (e.g., Bulut et al., 2021; Halldorsdottir et al., 2021; Magson et al., 2021; Özdin & Özdin, 2020; J. Wang et al., 2021), bem como níveis mais elevados de presença de sintomatologia psicopatológica (Paulino et al., 2021; Thorisdottir et al., 2021; C. Wang et al., 2020) e comportamentos suicidários (e.g., Borges & Werlang, 2006; Glenn et al., 2020; Halldorsdottir et al., 2021; Hill et al., 2021; Mayne et al., 2021; Rose & Rudolph, 2006).

Método

Participantes

A amostra, obtida com recurso a técnicas de amostragem não-probabilística, foi constituída por 179 participantes. Na Tabela 1 encontram-se as características sociodemográficas e clínicas dos participantes.

Como pode observar-se na tabela, os participantes, com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos ($M = 15.45$, $DP = 2.26$, $Mdn = 16$), são maioritariamente rapazes (54.2%, $n = 97$), estudantes (82.7%), vivem numa família nuclear (75.4%) e residem no Sul do país (91.1%). Os seus níveis de escolaridade variam entre os 5 e 13 anos de escolaridade ($M = 8.97$, $DP = 2.20$, $Mdn = 9$) e a maioria (19.6%) frequenta o 8º ano de escolaridade. 9.5% dos participantes reportou uma perturbação mental, 10.6% doenças

físicas, 13.4% afirmou tomar medicação e 16.8% dos participantes indicou ter acompanhamento psicológico.

Tabela 1

Características Sociodemográficas e Clínicas dos Participantes

Característica	<i>n</i>	%	<i>M (DP)</i>
Sexo			
Feminino	82	45.8	
Masculino	97	54.2	
Idade			15.45 (2.26)
12-15 anos	88	49.2	
16-19 anos	91	50.8	
Ocupação			
Estudante	148	82.7	
Estudante universitário	26	14.5	
Empregado	5	2.8	
Nível de escolaridade completa			8.97 (2.20)
Residência			
Sul	163	91.1	
Centro	10	5.6	
Norte	6	3.4	
Com quem vive			
Família nuclear	135	75.4	
Família monoparental	27	15.1	
Família reconstruída	16	8.9	
Amigos	1	0.6	
Perturbação mental	17	9.5	
Doenças físicas	19	10.6	
Medicação	24	13.4	
Acompanhamento psicológico	30	16.8	

Característica	<i>n</i>	%	<i>M (DP)</i>
Suicídio			
Família	4	2.2	
Amigo	12	6.7	

Nota. *N* = 179.

Família nuclear = pai, mãe, irmãos, avós; Família monoparental = vive só com a mãe ou só com o pai; Família reconstruída = formada por pessoas que já tiveram relacionamentos anteriores (i.e., padrasto e/ou madrasta).

Instrumentos

O protocolo de recolha de dados, aplicado através da internet, é constituído por: consentimento informado, um questionário sociodemográfico e clínico, a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e o Questionário de Comportamentos Suicidários Revisto (QCS-R).

Questionário sociodemográfico e clínico. Foi construído um questionário para a recolha de informações demográficas (e.g., idade, sexo, situação profissional/ocupação, habilitações literárias, local de residência e com quem vive) e clínicas (e.g., presença de perturbação mental, doenças físicas, uso de medicação, eventuais alterações do bem-estar psicológico durante a pandemia, perceção do grau de sociabilidade e história de suicídio na família) dos participantes (Anexo A).

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS; Pais-Ribeiro, 1999). A ESSS foi utilizada para avaliar a satisfação percebida pelos adolescentes em relação ao suporte social. Trata-se de um questionário de autopreenchimento, que avalia as necessidades de suporte social, o grau de satisfação com o suporte social recebido e o grau de satisfação com alguns elementos que integram as suas redes de suporte (i.e., satisfação com a família [SF], com os amigos [SA], a intimidade [IN] e atividades sociais [AS]). É constituído por um conjunto de 15 afirmações com uma escala de resposta tipo *Likert* de cinco níveis, que varia entre 1 (*Concordo totalmente*) e 5 (*Discordo totalmente*). Todos os itens são cotados de 1 a 5 exceto os itens 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11 e 12 que são cotados de forma inversa (Pais-Ribeiro, 2011).

A primeira subescala (SA) avalia a satisfação com os amigos que o indivíduo possui (e.g., item 5 - Estou satisfeito com o tipo/grupo de amigos que tenho) e inclui cinco itens (1, 2, 3, 4, 5) com uma pontuação máxima de 25 pontos e uma consistência interna de .83. A segunda subescala (IN) avalia a percepção da existência de suporte social íntimo (e.g., item 7 – Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer) é constituída por quatro itens (6, 7, 8, 9) com uma pontuação máxima de 20 pontos e uma consistência interna de .74, sendo aceitável por apresentar poucos itens. A terceira subescala (SF) mede a satisfação com o suporte social familiar existente (e.g., item 10 – Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família), engloba três itens (10, 11, 12) e a sua pontuação máxima é de 15 pontos. A consistência interna é de .74, tal como o fator anterior. Por último, a quarta subescala (AS), avalia a satisfação com as atividades sociais que o indivíduo realiza (e.g., item 14 - Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam) integrando três itens (13, 14, 15) com pontuação máxima de 15 pontos. A consistência interna é de .64. Considerando-se aceitável para valores acima de .60 quando o número de itens do fator é baixo (Pais-Ribeiro, 1999, 2011).

A ESSS fornece uma pontuação por cada subescala, assim, as pontuações totais de cada uma das subescalas variam de acordo com o número de item de cada subescala (número de itens difere entre si), e são obtidas através da soma dos valores dos respetivos itens, indicando pontuações mais elevadas uma maior percepção de satisfação ao tipo de suporte social considerado. Permite ainda, obter uma pontuação global de satisfação com o suporte social, para tal, a pontuação total é obtida através da soma de todos os itens, que variam entre 15 e 75, indicando valores mais elevados uma maior percepção de satisfação com o suporte social (Pais-Ribeiro, 1999, 2011).

Na escala utilizada neste estudo os itens não têm a mesma organização da escala original (Pais-Ribeiro, 2011), contudo esta foi a versão disponibilizada pelo autor e, neste sentido, quando são referidos números de itens estes podem não corresponder ao mesmo número de item da escala original. Os valores de consistência interna (alfa de *Cronbach*) das quatro dimensões variaram entre .64 e .83, no estudo original. No presente estudo, tais valores variaram entre .68 e .80, sendo todos superiores aos da escala original, excetuando a subescala de SA. Tendo em consideração que na escala original a dimensão SA é composta por cinco itens e neste estudo é composta por quatro, já seria expectável uma diminuição do valor do alfa, uma vez que este depende do número de itens. Encontra-se em anexo uma tabela com o alfa de *Cronbach* de todas as dimensões do instrumento

na amostra em estudo (Anexo B). A escala total possui uma consistência interna de .85. No presente estudo, o valor da consistência interna da escala total foi de .81.

A estrutura fatorial da ESSS foi aferida através da Análise Fatorial Exploratória (AFE) sobre a matriz das correlações, com extração dos fatores pelo método das componentes principais com rotação Varimax (Ferreira et al, 2004; Pais-Ribeiro, 1999; Santos et al., 2003). Os fatores retidos foram aqueles que apresentavam um *eigenvalue* superior a 1, em consonância com o *Scree plot* (Anexo C) e a percentagem de variância extraída. Para averiguar se estavam reunidas as condições necessárias à realização da AFE foi tido em conta o valor do *KMO* (Marôco, 2021). Observando-se um $KMO = 0.785$, procedeu-se à AFE, considerado a fatorabilidade da matriz de correlações boa. Procedeu-se à Análise de Componentes Principais (ACP) selecionando os itens com uma carga fatorial superior a 0.40, uma vez que este é o ponto de corte utilizado na escala original. Obteve-se uma estrutural fatorial de 4 fatores (Anexo D) à semelhança da escala original que explicou 63,1% da variabilidade total.

Os itens distribuíram-se pelas subescalas definidas por Pais-Ribeiro (2011), à exceção do item 1. Este item “os meus amigos não me procuram tantas vezes quanto eu gostaria” associou-se aos itens da subescala “Intimidade” em vez da “Satisfação com os amigos” a que pertencia. Optou-se por utilizar esta solução fatorial uma vez que, a amostra em estudo é constituída por adolescentes e os mesmos podem considerar que a intimidade está fortemente associada às relações de amizade. Deste modo a subescala da IN é constituída por 5 fatores em vez de 4 como a versão original, e conseqüentemente a subescala SA tem 4 fatores em vez de 5. A validade discriminante foi aferida através da análise das diferenças entre as correlações de cada item com a subescala a que pertence e do mesmo item com as restantes subescalas, devendo as primeiras ser superiores às restantes. Os resultados obtidos são apresentados em anexo, onde podemos ver que os itens apresentam uma correlação elevada com as subescalas a que pertencem e baixa com as subescalas restantes, pelo que os valores permitem confirmar uma boa estabilidade dos itens com as suas subescalas (Anexo E).

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Foi aplicada a versão portuguesa do Brief Symptom Inventory (BSI), uma versão reduzida do SCL-90-Symptom Checklist, (Derogatis, 1982) adaptado por Canavarro (2007). Este inventário é um instrumento de autorrelato constituído por 53 itens que avaliam a presença de sintomas psicopatológicos através de nove dimensões: somatização, obsessões-compulsões,

sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. Os itens são respondidos numa escala tipo *Likert* de 5 pontos que varia entre 0 (*Nunca*) e 4 (*Muitíssimas vezes*). Para obter as pontuações para as nove dimensões psicopatológicas, somam-se os valores 0 – 4, obtidos em cada item, pertencentes a cada dimensão. A soma obtida, é dividida pelo número de itens pertencentes à respetiva dimensão. A amplitude do inventário varia entre um valor mínimo de 0 e um valor máximo de 196 pontos. Quanto maior for a pontuação obtida, maior a sintomatologia psicopatológica (Canavarro, 2007). O instrumento apresenta ainda, três índices globais: Índice Geral de Sintomas (IGS), que integra a pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados. Para o cálculo, deverá somar-se as pontuações de todos os itens e seguidamente, dividir-se pelo número total de respostas. O Total de Sintomas Positivos (TSP), que representa o número de queixas somáticas apresentadas, obtém-se contando o número de itens assinalados com uma resposta positiva, isto é, maior que zero. O Índice de Sintomas Positivos (ISP), apresenta a média da intensidade de todos os sintomas que foram analisados. Canavarro (2007) considera este índice como o melhor discriminador entre indivíduos da população geral e aqueles que apresentam perturbações emocionais. Para o seu cálculo, divide-se a soma de todos os itens pelo TSP.

Os níveis de consistência interna para as nove dimensões do estudo original apresentam valores de alfa de *Cronbach* que variam entre .70 e .80, à exceção dos valores encontrados para as dimensões de Ansiedade Fóbica (0.62) e Psicoticismo (0.62), que apresentam valores ligeiramente abaixo do referido. O ponto de corte é de 1.7, para a consideração de existência de perturbação emocional, pelo que uma nota no Índice de Sintomas Positivos maior ou igual a este valor, diferencia e distingue as pessoas perturbadas emocionalmente das da população em geral. Neste estudo, o instrumento apresentou um valor de alfa de *Cronbach* para a escala global de .97 e valores nas subescalas que variaram entre .68 e .88. Relativamente ao valor total (IGS), os resultados apresentaram valores entre .00 e 2.91 ($M = 1.02$ e $DP = .70$).

Questionário de Comportamentos Suicidários Revisto (QCS-R). Foi administrada a versão portuguesa do Suicidal Behavior Questionnaire – Revised (SBQ-R; Osman et al., 2001) adaptado por Campos e Holden (2019). O SBQ-R foi desenvolvido a partir da versão original de 34 itens, com o objetivo de avaliar a gravidade e a frequência de comportamentos suicidários e também a história de tentativas de suicídio anteriormente

realizadas (Campos & Holden, 2019). É um instrumento de autorrelato composto por 4 itens, com uma escala de resposta tipo *Likert* variável entre 1 e 4 para o item 1 – “Já alguma vez pensou em matar-se ou tentou matar-se?”; entre 1 e 5 para o item 2 – “Com que frequência pensou matar-se no último ano?”; entre 1 e 3 para o item 3 – “Já alguma vez disse a alguém que iria suicidar-se ou que poderia vir a suicidar-se?” e 0 e 6 para o item 4 – “Qual a probabilidade de poder vir a tentar suicidar-se um dia?”. Cada item possibilita avaliar, respetivamente, a ideação suicida e tentativas de suicídio, a ideação suicida no último ano, a comunicação da intenção suicida e, por fim, a probabilidade futura de vir a cometer suicídio (Osman et al., 2001). O valor total do questionário obtém-se através da soma dos itens e pode variar entre 3 e 18. O ponto de corte para fins de triagem numa população não clínica é de 7, o que significa que os indivíduos que possuem uma pontuação igual ou superior a 7 são mais propensos à realização de uma tentativa de suicídio do que aqueles que pontuam abaixo de 7 (Campos & Holden, 2019).

Foram realizados dois estudos para a validação do QCS-R para a população portuguesa. O primeiro estudo com uma amostra da comunidade e o segundo com uma amostra de estudantes universitários, ambos os estudos apresentaram boas propriedades psicométricas, com valores de consistência interna de .77 e de .69 (Campos & Holden, 2019). No presente estudo, o QCS-R revelou uma boa consistência interna, obtendo-se um valor de alfa de *Cronbach* de .84.

Procedimentos de recolha de dados

Os dados deste estudo foram recolhidos com recurso a técnicas de amostragem não-probabilística (Coutinho, 2015; Marôco, 2021). Contactaram-se os participantes em contexto informal, através da divulgação de uma plataforma *online* (*Google Forms*), nas redes sociais (i.e., Facebook, Instagram e WhatsApp) habitualmente utilizadas por adolescentes, entre dezembro de 2020 e março de 2021. Sendo definidos como critérios de inclusão: (1) ser de nacionalidade portuguesa e (2) ter entre 12 e 19 anos de idade, inclusive.

De forma a incluir o maior número de participantes, foi solicitada a colaboração de outras pessoas para partilhar o *link* de resposta ao protocolo de investigação nas suas redes sociais. Este projeto de investigação foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora, respeitando os procedimentos éticos e deontológicos exigidos.

A apresentação do questionário fez-se acompanhar de uma nota introdutória que se traduz num termo de consentimento informado, onde se expõe o objetivo do estudo, as condições de participação, os intervenientes na investigação e garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, assim como a não obrigatoriedade de preenchimento e/ou possibilidade de desistência em qualquer momento. De seguida foi solicitado o preenchimento do protocolo.

Procedimentos de tratamento e análise de dados

O presente estudo é do tipo quantitativo descritivo correlacional e operacionalizado de forma transversal. Na medida em que os instrumentos foram aplicados apenas num único momento, através de questionários estruturados e com recurso a técnicas estatísticas na análise dos dados (Coutinho, 2015).

O tratamento dos dados e a análise estatística dos mesmos foram efetuados com recurso ao programa estatístico *IBM SPSS Statistics for Windows* (versão 24). Num primeiro momento procedeu-se a criação do ficheiro da base de dados, a recodificação dos itens conotados negativamente, adaptação dos nomes das variáveis e acréscimo das variáveis calculadas a partir das respostas aos questionários (i.e., variáveis correspondentes às pontuações dos instrumentos).

De forma a verificar os pressupostos estatísticos, procedeu-se à análise da fiabilidade dos instrumentos utilizados, através do cálculo do alfa de *Cronbach* para cada um dos instrumentos e para as dimensões que os compõem. Verificou-se a homogeneidade das variâncias através do teste de *Levene* e à análise da distribuição normal das variáveis dependentes, através do teste Kolmogorov-Smirnov. Mediante as análises não foi possível garantir o pressuposto da normalidade da distribuição ($p < .05$). Dado que a homogeneidade das variâncias foi assegurada ($p > .05$), que a amostra é de grande dimensão ($N = 179$) e que os métodos paramétricos são robustos a violação da normalidade (Marôco, 2021), como se verificou no presente estudo, a análise comparativa dos dados foi realizada com recurso a testes paramétricos.

Através do coeficiente de correlações de *Spearman* foi analisada a relação entre as três variáveis em estudo bem como as respetivas dimensões. Recorreu-se ao teste do Qui-quadrado para verificar se existia associação entre as variáveis clínicas (e.g., perceção do grau de sociabilidade, perceção de alterações do bem-estar psicológico na pandemia, perturbação mental, acompanhamento psicológico, doenças físicas,

medicação) e as variáveis sociodemográficas (idade e sexo). Especificamente, para analisar as diferenças estatisticamente significativas nas variáveis em estudo, tendo em consideração as variáveis sociodemográficas e clínicas realizaram-se comparações de médias entre grupos, para tal, utilizou-se o teste *t*-Student para as variáveis dicotômicas e a Análise de Variância (ANOVA) *One-Way* para variáveis com três ou mais grupos. Recorreu-se ao teste *Post-hoc* de Tukey HSD para verificar onde ocorreram as diferenças de médias estatisticamente significativas ($p < .05$), tal como indicado por Marôco (2021).

Resultados

Caracterização das variáveis

Na tabela 2 são apresentadas as médias, desvios-padrões e respetivos valores máximos e mínimos das pontuações obtidas nas três escalas, bem como nas suas dimensões.

Tabela 2

Estatísticas descritivas das variáveis em estudo

	Min.	Max.	<i>M</i>	<i>DP</i>
ESSS				
Escala Global	27.00	69.00	51.89	9.37
Satisfação com os amigos	6.00	20.00	15.34	3.32
Intimidade	6.00	25.00	18.30	4.47
Satisfação com a família	3.00	15.00	11.91	2.89
Atividades sociais	3.00	15.00	6.34	2.83
BSI				
Índice Geral de Sintomas	.00	2.91	1.02	.70
Total de Sintomas Positivos	.00	53.00	29.00	14.27
Índice de Sintomas Positivos	1.00	3.04	1.70	.50
Somatização	.00	3.00	.73	.70
Obsessões-Compulsões	.00	3.67	1.31	.84
Sensibilidade Interpessoal	.00	4.00	1.13	.97

	Min.	Max.	<i>M</i>	<i>DP</i>
Depressão	.00	3.50	1.15	.92
Ansiedade	.00	3.50	.99	.85
Hostilidade	.00	3.40	1.08	.78
Ansiedade Fóbica	.00	3.00	.58	.68
Ideação Paranóide	.00	3.60	1.18	.80
Psicoticismo	.00	2.80	.79	.70
QCS-R				
QCS-R Total	3.00	15.00	4.67	2.71
Item 1	1	4	1.45	.76
Item 2	1	5	1.40	.88
Item 3	1	3	1.16	.49
Item 4	0	4	.66	1.05

Nota. *N* = 179.

ESSS = Escala de Satisfação com o Suporte Social; BSI = Inventário de Sintomas Psicopatológicos; QCS-R = Questionário de Comportamentos Suicidários Revisto; Item 1 = Ideação – Tentativa de suicídio; Item 2 = Ideação suicida no último ano; Item 3 = Comunicação da intenção de se suicidar; Item 4 = Probabilidade futura de cometer suicídio.

Os resultados da ESSS global indicam que aproximadamente 56 % (*f* = 100) dos participantes reporta níveis elevados de percepção de satisfação com o suporte social durante a pandemia. Esta análise foi feita tendo por referência a média das pontuações da escala total (*[Mín* = 27, *Máx* = 69] *M* = 51.89; *DP* = 9.37). Mais especificamente, constatou-se que as pontuações na subescala da satisfação com os amigos, aproximadamente 54 % (*f* = 96) dos participantes reporta uma percepção elevada de satisfação (*[Mín* = 6, *Máx* = 20] *M* = 15.34 *DP* = 3.32), em relação à média desta subescala; na subescala da intimidade cerca de 53 % (*f* = 95) dos participantes reporta valores mais elevados de percepção de satisfação (*[Mín* = 6, *Máx* = 25] *M* = 18.30; *DP* = 4.47), em relação à média desta subescala. Na subescala da satisfação com a família, cerca de 51 % (*f* = 92) dos participantes refere um nível de percepção de satisfação acima da média desta subescala (*[Mín* = 3, *Máx* = 15] *M* = 11.91 *DP* = 2.89). Já a subescala com o valor mais baixo de satisfação foi a das atividades sociais, com aproximadamente 39 % (*f* = 69) dos participantes a reportarem um nível de satisfação acima da média desta

subescala ([*Mín* = 3, *Máx* = 15] $M = 6.34$; $DP = 2.83$). Importa referir que o número de itens das subescalas da ESSS difere entre si.

No que diz respeito ao BSI, optou-se pela utilização do ISP como indicador da sintomatologia psicopatológica por apresentar a média da intensidade de todos os sintomas analisados. O ponto de corte do ISP, tal como apresentado por Canavarro (2007) no estudo de aferição do instrumento, é de 1.7, sendo que valores iguais ou superiores a 1.7 remetem para sujeitos emocionalmente perturbados e abaixo desse valor para indivíduos da população geral. No nosso estudo, obteve-se um valor no ISP de 1.7 ($DP = 0.50$), indicando a presença na amostra de indivíduos com sintomatologia psicopatológica.

No QCS-R, os resultados da amostra variaram entre 3 e 15 com um valor médio total obtido de 4.67 ($DP = 2.71$), indicador de um baixo risco suicidário. Nesta amostra, 17.3% ($n = 31$) dos indivíduos obtiveram uma pontuação total igual ou acima do ponto de corte, apresentando um elevado risco suicidário; e 1.7% ($n = 3$) dos participantes referiram a realização de tentativas de suicídio.

Correlações entre as variáveis

As correlações bivariadas entre as variáveis em estudo, são na sua maioria, estatisticamente significativas para um nível de significância de $p < .01$ à exceção das correlações entre as dimensões *Atividades Sociais* e *Satisfação com a Família* ($r = .98$), *Atividades Sociais* e *Somatização* ($r = -.029$), *Atividades Sociais* e *Obsessões Compulsões* ($r = -.115$), *Atividades Sociais* e *Ansiedade* ($r = -.130$), *Atividades Sociais* e *Ansiedade Fóbica* ($r = -.072$), *Atividades Sociais* e *Psicoticismo* ($r = -.132$). Também entre as dimensões *Atividades Sociais* e todos os itens das variáveis *Comportamentos Suicidários* ($r = .090$). Verificou-se que a variável referente à *Satisfação com o Suporte Social* apresentou uma correlação negativa com todas as outras variáveis em estudo. A correlação entre a ESSS e o BSI (i.e., IGS) é ($r = -.619$) e entre a ESSS e o QCS-R é ($r = -.438$), sendo estas correlações de natureza moderada e/ou forte ($r [-.309, -.763]$), à exceção da correlação entre a *Satisfação com o suporte social* e *Comunicação da intenção de se suicidar* (item 3), que apresenta uma correlação de natureza fraca ($r = -.280$) (Cohen, 1988). A relação entre estas variáveis é negativa, indicando que, à medida que a satisfação com o suporte social aumenta, a sintomatologia psicopatológica e os comportamentos suicidários diminuem. A correlação entre as variáveis de sintomatologia psicopatológica

e as variáveis dos comportamentos suicidários é forte e positiva ($r = .664$). De igual forma, todas as outras correlações das variáveis são positivas, sugerindo um aumento simultâneo entre as variáveis em estudo (Tabela 3).

Tabela 3*Correlações bivariadas entre as variáveis em estudo*

	ESSS	SA	IN	SF	AS	BSI	Som	ObCo	SenIn	Dep	Ans	Host	AnsFó	IdeaPa	Psico	QCS-R	RiscSui	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4		
ESSS	—																						
SA	.748**	—																					
IN	.763**	.393**	—																				
SF	.596**	.361**	.286**	—																			
AS	.524**	.302**	.162**	.098	—																		
BSI	-.619**	-.411**	-.602**	-.395**	-.156*	—																	
Som	-.378**	-.247**	-.401**	-.278**	-.029	.832**	—																
ObCo	-.490**	-.358**	-.429**	-.369**	-.115	.862**	.728**	—															
SenIn	-.615**	-.424**	-.590**	-.369**	-.184*	.895**	.663**	.741**	—														
Dep	-.669**	-.421**	-.637**	-.439**	-.188*	.900**	.676**	.753**	.837**	—													
Ans	-.485**	-.324**	-.480**	-.296**	-.130	.887**	.759**	.739**	.776**	.731**	—												
Host	-.476**	-.317**	-.429**	-.304**	-.161*	.804**	.654**	.642**	.649**	.673**	.676**	—											
AnsFó	-.427**	-.279**	-.399**	-.324**	-.072	.757**	.618**	.605**	.684**	.642*	.715**	.505**	—										
IdeaPa	-.639**	-.397**	-.624**	-.349**	-.233**	.792**	.529**	.610**	.749**	.716**	.618**	.667**	.557**	—									
Psico	-.606**	-.410**	-.620**	-.346**	-.132	.904**	.724**	.719**	.856**	.851**	.784**	.674**	.681**	.715**	—								

	ESSS	SA	IN	SF	AS	BSI	Som	ObCo	SenIn	Dep	Ans	Host	AnsFó	IdeaPa	Psico	QCS-R	RiscSui	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	
QCS-R	-.438**	-.233**	-.495**	-.310**	-.090	.664*	.572**	.540**	.627**	.590**	.588**	.527**	.511**	.468**	.638**	—						
RiscSui	-.355**	-.154*	-.441**	-.276**	-.019	.535**	.442**	.424**	.491**	.517**	.451**	.387**	.451**	.413**	.572**	.718**	—					
Item 1	-.309**	-.114	-.424**	-.220**	-.002	.571**	.522**	.430**	.501**	.506**	.521**	.440**	.461**	.391**	.570**	.863**	.736**	—				
Item 2	-.386**	-.232**	-.465**	-.215**	-.065	.574**	.486**	.446**	.537**	.564**	.468**	.416**	.486**	.481**	.606**	.746**	.817**	.769**	—			
Item 3	-.280**	-.193**	-.254**	-.251**	-.126	.287**	.181*	.234**	.245**	.254**	.258**	.249**	.147*	.250**	.327**	.491**	.507**	.434**	.431**	—		
Item 4	-.429**	-.218**	-.454**	-.339**	-.092	.589**	.502**	.495**	.587**	.537**	.490**	.459**	.488**	.414**	.556**	.874**	.684**	.628**	.591**	.335**	—	

Nota. ESSS = Escala global; SA = Satisfação com os amigos; IN = Intimidade; SF = Satisfação com a família; AS = Atividades sociais; BSI = Índice geral de sintomas; Som = Somatização; ObCo = Obsessões-Compulsões; SenIn = Sensibilidade Interpessoal; Dep = Depressão; Ans = Ansiedade; Host = Hostilidade; AnsFó = Ansiedade Fóbica; IdeaPa = Ideação Paranóide; Psico = Psicoticismo; QCS-R = Escala global; RiscSui = Risco suicidário; Item 1 = Ideação – Tentativa de suicídio; Item 2 = Ideação suicida no último ano; Item 3 = Comunicação da intenção de se suicidar; Item 4 = Probabilidade futura de cometer suicídio.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Caracterização da amostra face à percepção do grau de sociabilidade e das alterações do bem-estar psicológico durante a pandemia

Tabela 4

Percepção do grau de sociabilidade e das alterações do bem-estar psicológico dos participantes na pandemia

	<i>n</i>	%
Percepção do Grau de sociabilidade		
Pouco sociável	70	39.1
Muito sociável	109	60.9
Percepção de Alterações do bem-estar psicológico		
Sim	81	45.3
Não	98	54.7

Nota. *N* = 179.

Os resultados indicam que a maior parte dos adolescentes entre os 12 e 19 anos de idade se avalia como muito sociável (60.9%) e 45.3% percebem alterações no bem-estar psicológico decorrentes da pandemia e dos confinamentos (Tabela 4).

Relação entre as variáveis clínicas sociabilidade e percepção de alterações do bem-estar psicológico na pandemia

Tabela 5

Frequências e resultados do teste do Qui-quadrado para a variável sociabilidade e percepção de alterações do bem-estar psicológico na pandemia

	Pouco sociável <i>n</i> = 70		Muito sociável <i>n</i> = 109		χ^2 (1)
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Percepção de Alterações do bem-estar psicológico					10.093*
Sim	42	60.0	39	35.8	
Não	28	40.0	70	64.2	

Nota. *N* = 179.

**p* < .05.

Os resultados apresentados na tabela 5, indicam que na amostra em estudo a percepção do grau de sociabilidade está relacionada com a percepção de alterações do bem-estar psicológico na pandemia ($\chi^2 (1) = 10.093, p = .001, N = 179$). Neste caso, mais adolescentes que se percebem como pouco sociáveis (60%) reportam maiores alterações do bem-estar psicológico durante a pandemia do que os adolescentes que se percebem como muito sociáveis (35.8%). Isto é, os adolescentes menos sociáveis apresentam maior percepção de alterações no bem-estar psicológico na pandemia do que os adolescentes mais sociáveis.

Comparações de médias

Tabela 6

Comparação das variáveis em estudo em função da percepção do grau de sociabilidade

	Pouco sociável	Muito sociável	<i>t</i>	<i>p</i>	IC a 95%
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>			
ESSS	47.43 (9.61)	54.78 (8.03)	-5.52	.00	[-9.97, -4.71]
SA	14.14 (3.58)	16.11 (2.91)	-3.85	.00	[-2.98, -.96]
IN	16.10 (4.75)	19.72 (3.66)	-5.42	.00	[-4.94, -2.29]
SF	11.04 (2.94)	12.48 (2.74)	-3.32	.00	[-2.29, -.58]
AS	6.14 (2.15)	6.47 (3.20)	-.811	.42	[-1.12, .47]
BSI	1.35 (.66)	.58 (.68)	5.67	.00	[.36, .75]
Som	1.00 (.77)	.55 (.58)	4.19	.00	[.24, .67]
ObCo	1.68 (.82)	1.07 (.77)	5.10	.00	[.38, .85]
SenInt	1.65 (.95)	.80 (.84)	6.27	.00	[.58, 1.11]
Dep	1.65 (.88)	.83 (.79)	6.47	.00	[.57, 1.07]
Ans	1.29 (.81)	.80 (.82)	3.84	.00	[.23, .73]
Host	1.28 (.71)	.95 (.79)	2.81	.00	[.09, .56]
AnsFó	.82 (.71)	.43 (.62)	3.91	.00	[1.94, .59]
IdeaPa	1.45 (.76)	1.00 (.79)	3.76	.00	[.21, .68]
Psico	1.30 (.84)	.58 (.68)	6.03	.00	[.49, .96]
QCS-R	5.40 (3.21)	4.20 (2.22)	2.73	.01	[.32, 2.07]

	Pouco sociável	Muito sociável	<i>t</i>	<i>p</i>	IC a 95%
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>			
Item 1	1.61 (.87)	1.35 (.66)	2.18	.03	[.02, .51]
Item 2	1.57 (1.07)	1.28 (.72)	1.97	.05	[-.00, .57]
Item 3	1.17 (.54)	1.16 (.46)	.207	.84	[-.13, 1.63]
Item 4	1.04 (1.25)	.41 (.82)	3.75	.00	[.29, .96]

Nota. *N* = 179.

ESSS = Escala global; SA = Satisfação com os amigos; IN = Intimidade; SF = Satisfação com a família; AS = Atividades sociais; BSI = Índice geral de sintomas; Som = Somatização; ObCo = Obsessões-Compulsões; SenIn = Sensibilidade Interpessoal; Dep = Depressão; Ans = Ansiedade; Host = Hostilidade; AnsFó = Ansiedade Fóbica; IdeaPa = Ideação Paranóide; Psico = Psicoticismo; QCS-R = Escala global; Item 1 = Ideação – Tentativa de suicídio; Item 2 = Ideação suicida no último ano; Item 3 = Comunicação da intenção de se suicidar; Item 4 = Probabilidade futura de cometer suicídio; Diferenças estatisticamente significativas encontram-se a negrito. *p* para um nível de significância de < .05.

Os resultados indicam diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas de satisfação com o suporte social ($t_{(179)} = -5.52, p = .00, IC \text{ a } 95\% [-9.97, -4.71]$), exceto na subescala Atividades Sociais ($t_{(179)} = -.811, p = .42, IC \text{ a } 95\% [-1.12, .47]$) em função do grau de sociabilidade percebido. Assim, os adolescentes que se percebem como muito sociáveis apresentam maior pontuação nestas variáveis, ou seja, maior satisfação com o suporte social.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na presença de sintomatologia psicopatológica ($t_{(179)} = 5.67, p = .00, IC \text{ a } 95\% [.36, .75]$) em função da percepção do grau de sociabilidade. Os adolescentes que se percebem como menos sociáveis apresentam maiores pontuações em todas as dimensões de sintomatologia psicopatológica. Neste caso, quanto menor o grau de sociabilidade, maior foi a presença de sintomatologia psicopatológica.

Relativamente aos comportamentos suicidários em função da percepção do grau de sociabilidade, verifica-se diferenças estatisticamente significativas ($t_{(179)} = 2.73, p = .01, IC \text{ a } 95\% [.32, 2.07]$), exceto no item 3 – comunicação da intenção de suicidar-se ($t_{(179)} = .207, p = .84, IC \text{ a } 95\% [-.132, 1.63]$). Estes resultados indicam que quanto menor o grau de sociabilidade do adolescente maior o risco suicidário.

Tabela 7

Comparação das variáveis em estudo em função da percepção de alterações do bem-estar psicológico na pandemia

	Sem alteração	Com alteração	<i>t</i>	<i>p</i>	IC a 95%
	M (DP)	M (DP)			
ESSS	55.04 (7.92)	48.09 (9.62)	5.29	.00	[4.35, 9.53]
SA	16.25 (2.91)	14.25 (3.47)	4.12	.00	[1.04, 2.96]
IN	19.65 (3.79)	16.67 (4.72)	4.60	.00	[1.70, 4.27]
SF	12.41 (2.75)	11.32 (2.98)	2.54	.01	[.24, 1.93]
AS	6.73 (3.13)	5.86 (2.38)	2.11	.04	[.058, 1.68]
BSI	.70 (.49)	1.38 (.73)	-7.07	.00	[-.86, -.48]
Som	.45 (.47)	1.07 (.77)	-6.35	.00	[-.82, -.43]
ObCo	.96 (.66)	1.72 (.86)	-6.55	.00	[-.99, -.53]
SenInt	.74 (.77)	1.61 (.99)	-6.50	.00	[-1.14, -.61]
Dep	.75 (.60)	1.62 (1.00)	-6.86	.00	[-1.12, -.62]
Ans	.65 (.61)	1.41 (.91)	-6.47	.00	[-.99, -.53]
Host	.89 (.69)	1.32 (.81)	-3.83	.00	[-.65, -.21]
AnsFó	.33 (.45)	.89 (.79)	-5.61	.00	[-.75, -.36]
IdeaPa	.98 (.75)	1.42 (.81)	-3.78	.00	[-.67, -.21]
Psico	.56 (.62)	1.23 (.90)	-5.71	.00	[-.91, -.44]
QCS-R	3.96 (1.99)	5.53 (3.18)	-3.86	.00	[-2.38, -.76]
Item 1	1.28 (.64)	1.67 (1.11)	-3.46	.00	[-.61, -.17]
Item 2	1.18 (.56)	1.65 (1.11)	-3.47	.00	[-.74, -.20]
Item 3	1.12 (.39)	1.21 (.59)	-1.15	.25	[-.24, .06]
Item 4	.38 (.78)	1.00 (1.23)	-3.96	.00	[-.93, -.31]

Nota. *N* = 179.

ESSS = Escala global; SA = Satisfação com os amigos; IN = Intimidade; SF = Satisfação com a família; AS = Atividades sociais; BSI = Índice geral de sintomas; Som = Somatização; ObCo = Obsessões-Compulsões; SenIn = Sensibilidade Interpessoal; Dep = Depressão; Ans = Ansiedade; Host = Hostilidade; AnsFó = Ansiedade Fóbica; IdeaPa = Ideação Paranóide; Psico = Psicoticismo; QCS-R = Escala global; Item 1 = Ideação – Tentativa de suicídio; Item 2 = Ideação suicida no último ano; Item 3 = Comunicação da intenção de se suicidar; Item 4 = Probabilidade futura de cometer suicídio; Diferenças estatisticamente significativas encontram-se a negrito. *p* para um nível de significância de < .05.

Verificaram-se diferenças de médias estatisticamente significativas nas variáveis satisfação com o suporte social ($t_{(179)} = 5.29, p = .00, IC \text{ a } 95\% [4.35, 9.53]$) em função da percepção de alterações do bem-estar psicológico na pandemia. Assim, os adolescentes que não identificaram alterações no seu bem-estar psicológico com a pandemia têm pontuações mais elevadas nos indicadores de satisfação com o suporte social.

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões de sintomatologia psicopatológica ($t_{(179)} = -7.07, p = .00, IC \text{ a } 95\% [-.86, -.48]$). Neste caso, os adolescentes que perceberam alterações no seu bem-estar psicológico durante a pandemia apresentaram pontuações mais elevadas em todas as dimensões de sintomatologia psicopatológica.

Relativamente aos comportamentos suicidários, verificaram-se diferenças de médias estatisticamente significativas em todos os itens ($t_{(179)} = -3.86, p = .00, IC \text{ a } 95\% [-2.38, -.76]$), excetuando no item 3 - comunicação da intenção de se suicidar ($t_{(179)} = -1.15, p = .25, IC \text{ a } 95\% [-.24, .06]$). Assim, quanto maior a percepção de alterações do bem-estar psicológico maior o risco suicidário.

Relação entre as variáveis clínicas e sexo

Tabela 8

Frequências e resultados do teste do Qui-quadrado para a variável sexo e variáveis clínicas

	Masculino ($n = 97$)		Feminino ($n = 82$)		$\chi^2 (1)$
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Percepção do grau de sociabilidade					13.457*
Pouco sociável	26	26.8	44	53.7	
Muito sociável	71	73.2	38	46.3	
Percepção de alterações do bem-estar psicológico					25.925*
Sim	27	27.8	54	65.9	
Não	70	72.2	28	34.1	
Perturbação Mental					10.104*
Sim	3	3.1	14	17.1	
Doenças físicas					.398

	Masculino (n = 97)		Feminino (n = 82)		$\chi^2 (1)$
	n	%	n	%	
Sim	9	9.3	10	12.2	
Medicação					.780
Sim	11	11.3	13	15.9	
Acompanhamento Psicológico					.822
Sim	14	14.4	16	19.5	
Não	83	85.6	66	80.5	
Risco Suicidário					18.328*
Baixo risco	91	93.8	57	69.5	
Elevado risco	6	6.2	25	30.5	

Nota. * $p < .05$.

Comparações de médias

Tabela 9

Comparação das variáveis em estudo em função do sexo

	Masculino (n = 97)		Feminino (n = 82)		t	p	IC a 95%
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)			
ESSS	53.86 (8.40)	49.59 (9.97)	-3.11	.00	[-6.98, -1.56]		
SA	15.75 (3.16)	14.85 (3.45)	-1.81	.07	[-1.88, .08]		
IN	19.53 (3.95)	16.84 (4.64)	-4.20	.00	[-3.96, -1.43]		
SF	12.23 (2.69)	11.55 (3.10)	-1.57	.12	[-1.53, .18]		
AS	6.34 (2.93)	6.34 (2.74)	.00	.10	[-.84, .84]		
BSI	.69 (.47)	1.39 (.73)	7.45	.00	[.51, .88]		
Som	.44 (.46)	1.08 (.77)	6.61	.00	[.45, .83]		
ObCo	.98 (.65)	1.70 (.87)	6.19	.00	[.49, .96]		
SenInt	.69(.68)	1.66 (1.0)	7.33	.00	[.70, 1.22]		
Dep	.76 (.64)	1.60 (.99)	6.60	.00	[.59, 1.09]		
Ans	.60 (.59)	1.45 (.88)	7.50	.00	[.64, 1.08]		

	Masculino (<i>n</i> = 97)	Feminino (<i>n</i> = 82)	<i>t</i>	<i>p</i>	IC a 95%
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)			
Host	.89 (.70)	1.30 (.81)	3.64	.00	[.19, .63]
AnsFó	.27 (.40)	.96 (.76)	7.40	.00	[.50, .87]
IdeaPa	.96 (.73)	1.43 (.83)	3.99	.00	[.23, .69]
Psico	.53 (.59)	1.25 (.90)	6.24	.00	[.49, .95]
QCS-R	3.76 (1.86)	5.74 (3.14)	5.02	.00	[1.20, 2.76]
Item 1	1.22 (.54)	1.73 (.88)	4.63	.00	[.30, .74]
Item 2	1.16 (.59)	1.67 (1.08)	3.80	.00	[.24, .77]
Item 3	1.11 (.35)	1.22 (.61)	1.40	.17	[-.04, .26]
Item 4	.27 (.70)	1.12 (1.20)	5.68	.00	[.56, 1.15]

Nota. ESSS = Escala global; SA = Satisfação com os amigos; IN = Intimidade; SF = Satisfação com a família; AS = Atividades sociais; BSI = Índice geral de sintomas; Som = Somatização; ObCo = Obsessões-Compulsões; SenIn = Sensibilidade Interpessoal; Dep = Depressão; Ans = Ansiedade; Host = Hostilidade; AnsFó = Ansiedade Fóbica; IdeaPa = Ideação Paranóide; Psico = Psicoticismo; QCS-R = Escala global; Item 1 = Ideação – Tentativa de suicídio; Item 2 = Ideação suicida no último ano; Item 3 = Comunicação da intenção de se suicidar; Item 4 = Probabilidade futura de cometer suicídio; Diferenças estatisticamente significativas encontram-se a negrito. *p* para um nível de significância de < .05.

Os resultados apresentados nas tabelas 8 e 9, indicam que na amostra em estudo a percepção do grau de sociabilidade está relacionada com o sexo [$\chi^2(1) = 13.457, p = .000, N = 179$]. Os rapazes apresentaram percepções mais elevadas de sociabilidade (73.2%) do que as raparigas (46.3%), ou seja, os rapazes percecionam-se como mais sociáveis do que as raparigas. Os resultados indicam ainda diferenças de médias estatisticamente significativas na variável satisfação com o suporte social global ($t_{(179)} = -3.11, p = .00, IC \text{ a } 95\% [-6.98, -1.56]$) em função do sexo. Neste caso, os rapazes apresentam maior percepção de satisfação com o suporte social. Nas subescalas da variável satisfação com o suporte social, não se verificam diferenças estatisticamente significativas, à exceção da subescala Intimidade ($t_{(179)} = -4.20, p = .00, IC \text{ a } 95\% [-3.96, -1.43]$), onde os rapazes apresentam maior percepção de satisfação do que as raparigas.

A percepção de alterações do bem-estar psicológico durante a pandemia também difere em função do sexo [$\chi^2(1) = 25.925, p = .000, N = 179$]. Neste caso, mais raparigas (65.9%) reportam alterações na percepção de bem-estar psicológico durante a pandemia

do que rapazes (27.8%). Isto é, as raparigas percecionam mais alterações no bem-estar psicológico do que os rapazes.

Verificou-se que a incidência de perturbação mental está associada ao sexo [$\chi^2(1) = 10.104, p = .001, N = 179$]. Neste caso, são as raparigas que apresentam maior incidência de perturbação mental (17.1%) face a 3.1% dos rapazes. Ou seja, as raparigas reportaram mais perturbação mental do que os rapazes.

Os resultados indicam diferenças de médias estatisticamente significativas na variável sintomatologia psicopatológica ($t_{(179)} = 7.45, p = .00, IC \text{ a } 95\% [.51, .88]$) sendo as raparigas a apresentarem mais sintomatologia psicopatológica do que os rapazes.

Quanto à incidência de doenças físicas [$\chi^2(1) = .398, p = .528, N = 179$], uso de medicação [$\chi^2(1) = .780, p = .377, N = 179$] e acompanhamento psicológico [$\chi^2(1) = .822, p = .365, N = 179$], verificou-se que estas variáveis não estavam relacionadas com o sexo dos participantes deste estudo.

Relativamente ao risco suicidário, a sua incidência surge relacionada com o sexo dos participantes [$\chi^2(1) = 18.328, p = .000, N = 179$]. As raparigas apresentam um risco suicidário superior (30.5%) ao dos rapazes (6.2%). Os resultados indicam diferenças de médias estatisticamente significativas ($t_{(179)} = 5.02, p = .00, IC \text{ a } 95\% [1.20, 2.76]$), apresentando as raparigas maior comportamento suicidário do que os rapazes em todos os itens do QCS-R, exceto no item 3 - Comunicação da intenção de se suicidar ($t_{(179)} = 1.40, p = .17, IC \text{ a } 95\% [-.04, .26]$) onde, e apesar das raparigas apresentarem também pontuações mais elevadas, as diferenças de médias não se revelam estatisticamente significativas.

Relação entre variáveis clínicas e grupo de idades

Tabela 10

Frequências e resultados do teste do Qui-quadrado para grupo de idades e variáveis clínicas

	12-15 anos ($n = 88$)		16-19 anos ($n = 91$)		$\chi^2(1)$
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Perceção do grau de sociabilidade					8.318*
Pouco sociável	25	28.4	45	49.5	
Muito sociável	63	71.6	46	50.5	

	12-15 anos (<i>n</i> = 88)		16-19 anos (<i>n</i> = 91)		χ^2 (1)
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Perceção de alterações do bem-estar psicológico					7.021*
Sim	31	35.2	50	54.9	
Não	57	64.8	41	45.1	
Perturbação Mental					10.511*
Sim	2	2.3	15	16.5	
Doenças físicas					.027
Sim	9	10.2	10	11.0	
Medicação					2.778
Sim	8	9.0	16	17.6	
Acompanhamento Psicológico					.010
Sim	15	17.1	15	16.5	
Não	73	82.9	76	83.5	
Risco Suicidário					6.079*
Baixo risco	79	89.8	69	75.8	
Elevado risco	9	10.2	22	24.2	

Nota. **p* < .05.

Comparações de médias

Tabela 11

Comparação das variáveis em estudo em função do grupo de idades

	12-15 anos (<i>n</i> = 88)	16-19 anos (<i>n</i> = 91)	<i>t</i>	<i>p</i>	IC a 95%
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)			
ESSS	54.53 (8.57)	49.35 (9.50)	3.84	.00	[2.52, 7.85]
SA	16.06 (3.10)	14.65 (3.40)	2.90	.00	[-.45, 2.37]
IN	19.34 (4.30)	17.30 (4.43)	3.16	.00	[-.75, 3.33]
SF	12.60 (2.509)	11.30 (3.11)	3.15	.00	[-.50, 2.16]
AS	6.55 (3.24)	6.14 (2.40)	.95	.35	[-.44, 1.25]

	12-15 anos (<i>n</i> = 88)	16-19 anos (<i>n</i> = 91)	<i>t</i>	<i>p</i>	IC a 95%
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)			
BSI	.76 (.64)	1.25 (.66)	-4.94	.00	[-.68, -.29]
Som	.56 (.59)	.90 (.75)	-3.40	.00	[-.54, -.14]
ObCo	1.02 (.80)	1.59 (.79)	-4.79	.00	[-.80, -.33]
SenInt	.84 (.95)	1.42 (.91)	-4.19	.00	[-.85, -.31]
Dep	.85 (.85)	1.43 (.88)	-4.47	.00	[-.84, -.32]
Ans	.70 (.75)	1.28 (.75)	-4.91	.00	[-.82, -.35]
Host	.92 (.77)	1.23 (.75)	-2.72	.00	[-.54, -.09]
AnsFó	.40 (.57)	.76 (.74)	-3.70	.00	[-.56, -.17]
IdeaPa	.90 (.76)	1.44 (.76)	-4.80	.00	[-.77, -.32]
Psico	.63 (.74)	1.09 (.85)	-3.90	.00	[-.70, -.23]
QCS-R	4.06 (2.00)	5.26 (3.14)	-3.07	.00	[-1.98, -.43]
Item 1	1.27 (.56)	1.63 (.88)	-3.22	.00	[-.57, -.14]
Item 2	1.26 (.72)	1.53 (1.00)	-2.04	.04	[-.52, -.10]
Item 3	1.08 (.27)	1.24 (.62)	-2.28	.02	[-.30, -.02]
Item 4	.44 (.88)	.87 (1.16)	-2.77	.00	[-.73, -.12]

Nota: ESSS = Escala global; SA = Satisfação com os amigos; IN = Intimidade; SF = Satisfação com a família; AS = Atividades sociais; BSI = Índice geral de sintomas; Som = Somatização; ObCo = Obsessões-Compulsões; SenIn = Sensibilidade Interpessoal; Dep = Depressão; Ans = Ansiedade; Host = Hostilidade; AnsFó = Ansiedade Fóbica; IdeaPa = Ideação Paranóide; Psico = Psicoticismo; QCS-R = Escala global; Item 1 = Ideação – Tentativa de suicídio; Item 2 = Ideação suicida no último ano; Item 3 = Comunicação da intenção de se suicidar; Item 4 = Probabilidade futura de cometer suicídio; Diferenças estatisticamente significativas encontram-se a negrito. *p* para um nível de significância de < .05.

Os resultados apresentados nas tabelas 10 e 11, mostram que a percepção do grau de sociabilidade não é independente da idade dos participantes [$\chi^2(1) = 8.318, p = .004, N = 179$], ou seja, a percepção do grau de sociabilidade difere em função do grupo etário. No grupo de idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos, observa-se um maior número de adolescentes com percepções elevadas de sociabilidade (71.6%), comparativamente ao grupo com idades entre os 16 e os 19 anos (50.5%). Os adolescentes entre os 12 e os 15 anos percecionam-se como mais sociáveis do que os adolescentes mais velhos (i.e., com idades entre os 16 e os 19 anos). Os resultados revelam diferenças estatisticamente

significativas em todas as subescalas da variável satisfação com o suporte social global ($t_{(179)} = 3.84, p = .00, IC \text{ a } 95\% [2.52, 7.85]$) em função da idade. Neste caso, o grupo de idades dos 12 aos 15 anos apresentam uma maior satisfação com o suporte social comparativamente ao grupo de idades dos 16 e os 19 anos, exceto na subescala Atividades Sociais ($t_{(179)} = .95, p = .35, IC \text{ a } 95\% [-.44, 1.25]$) onde não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

A percepção de alterações do bem-estar psicológico na pandemia também difere em função da idade [$\chi^2 (1) = 7.021, p = .008, N = 179$]. No grupo de idades entre os 16 e os 19 anos, um maior número de adolescentes reporta maiores alterações do bem-estar psicológico durante a pandemia (54.9%), por comparação com o grupo de adolescentes entre os 12 e os 15 anos (35.2%). Ou seja, os adolescentes com idades compreendidas entre os 16 e os 19 anos percebem maiores alterações no bem-estar psicológico na pandemia do que os adolescentes mais novos (i.e., com idades entre os 12 e os 15 anos).

Verificou-se uma associação entre a incidência de perturbação mental e a idade dos participantes [$\chi^2 (1) = 10.511, p = .001, N = 179$]. Neste caso, são os adolescentes com idades entre os 16 e os 19 anos que têm maior incidência de perturbação mental (16.5%), por comparação com os adolescentes com idades entre os 12 e os 15 anos (2.3%). Verifica-se diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da variável sintomatologia psicopatológica ($t_{(179)} = -4.94, p = .00, IC \text{ a } 95\% [-68, -.29]$) em função da idade. Neste caso, o grupo de idades entre os 16 e os 19 anos apresentou maior presença de sintomatologia psicopatológica face ao grupo de idades entre os 12 e os 15 anos.

Quanto à incidência de doenças físicas [$\chi^2 (1) = .027, p = .869, N = 179$], uso de medicação [$\chi^2 (1) = 2.778, p = .096, N = 179$] e acompanhamento psicológico [$\chi^2 (1) = .010, p = .920, N = 179$], não se verificaram associações entre estas variáveis e a idade dos participantes da amostra.

O risco suicidário encontra-se relacionado com a idade dos participantes [$\chi^2 (1) = 6.079, p = .014, N = 179$]. No grupo de idades compreendidas entre os 16 e os 19 anos o risco suicidário é mais elevado (24.2%), do que no grupo com idades entre os 12 e os 15 anos (10.2%). Ou seja, os adolescentes entre os 16 e os 19 anos apresentam maior risco suicidário do que os adolescentes mais novos (i.e., com idades entre os 12 e os 15 anos). Os resultados indicam ainda diferenças estatisticamente significativas para a gravidade e a frequência de comportamentos suicidários, e as tentativas de suicídio anteriormente realizadas em função da idade ($t_{(179)} = -3.07, p = .00, IC \text{ a } 95\% [-1.98, -.43]$).

Apresentando o grupo de idades dos 16 aos 19 anos um maior comportamento suicidário do que o grupo de idade dos 12 aos 15 anos.

Relação entre as variáveis clínicas e grupo de idades e sexo

Tabela 12

Frequências e resultados do teste do Qui-quadrado para as variáveis clínicas e variável grupo de idades e sexo

	Masculino 12-15 anos (N = 60)	Feminino 12-15 anos (N = 28)	Masculino 16-19 anos (N = 36)	Feminino 16-19 anos (N = 55)	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	χ^2 (3)
Perceção do grau de sociabilidade					19.863*
Pouco sociável	10 (16.7)	15 (53.6)	16 (44.4)	29 (52.7)	
Muito sociável	50 (83.3)	13 (46.4)	20 (55.6)	26 (47.3)	
Perceção de alterações do bem-estar psicológico					26.317*
Sim	14 (23.3)	17 (60.7)	13 (36.1)	37 (67.3)	
Não	46 (76.7)	11 (39.3)	23 (63.9)	18 (32.7)	
Perturbação Mental					18.867*
Sim	1 (.1.7)	1 (3.6)	2 (5.6)	13 (23.6)	
Doenças físicas					2.293
Sim	7 (11.7)	2 (7.1)	2 (5.6)	8 (14.5)	
Medicação					6.005
Sim	7 (11.7)	1 (3.6)	4 (11.1)	12 (21.8)	
Acompanhamento Psicológico					.863
Sim	9 (15.0)	6 (21.4)	5 (13.9)	10 (18.2)	
Não	51 (85.0)	22 (78.6)	31 (86.1)	45 (81.8)	
Risco Suicidário					19.438*
Baixo risco	58 (96.7)	21 (75.0)	32 (88.9)	37 (67.3)	
Elevado risco	2 (3.3)	7 (25.0)	4 (11.1)	18 (32.7)	

Nota. * $p < .05$.

Comparações de médias

Tabela 13

Comparação das variáveis em estudo em função do grupo de idades e sexo

	Masculino 12-15 anos (n = 60)	Feminino 12-15 anos (n = 28)	Masculino 16-19 anos (n = 36)	Feminino 16-19 anos (n = 55)	F	p
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)		
ESSS	55.47 (8.03)	52.54 (9.47)	51.14 (8.52)	48.18 (9.92)	6.45	.00
SA	16.15 (3.01)	15.86 (3.33)	15.14 (3.36)	14.33 (3.42)	3.28	.02
IN	20.15 (3.80)	17.60 (4.84)	18.44 (4.05)	16.55 (4.55)	7.14	.00
SF	12.65 (2.57)	12.46 (2.38)	11.53 (2.81)	11.09 (3.31)	3.46	.02
AS	6.51 (3.31)	6.60 (3.13)	6.03 (2.22)	6.22 (2.51)	.34	.80
BSI	.57 (.45)	1.18 (.78)	.88 (.46)	1.48 (.67)	24.30	.00
Som	.38 (.43)	.93 (.71)	.54 (.49)	1.14 (.80)	16.22	.00
ObCo	.83 (.67)	1.42 (.92)	1.22 (.57)	1.83 (.82)	17.50	.00
SenInt	.54 (.64)	1.47 (1.16)	.94 (.67)	1.74 (.92)	21.70	.00
Dep	.61 (.63)	1.37 (1.03)	1.02 (.58)	1.70 (.96)	18.62	.00
Ans	.47 (.50)	1.18 (.94)	.81 (.67)	1.59 (.81)	24.69	.00
Host	.80 (.68)	1.19 (.89)	1.03 (.71)	1.36 (.77)	5.80	.00
AnsFó	.23 (.33)	.77 (.76)	.31 (.45)	1.06 (.74)	23.53	.00
IdeaPa	.78 (.66)	1.15 (.89)	1.27 (.73)	1.56 (.78)	10.51	.00
Psico	.41 (.51)	1.10 (.92)	.74 (.65)	1.32 (.89)	15.73	.00
QCS-R	3.61 (1.54)	5.00 (2.54)	4.00 (2.33)	6.09 (3.35)	10.35	.00
Item 1	1.17 (.42)	1.50 (.75)	1.31 (.72)	1.84 (.92)	9.13	.00
Item 2	1.17 (.62)	1.46 (.88)	1.17 (.56)	1.76 (1.15)	5.83	.00
Item 3	1.10 (.30)	1.04 (.19)	1.14 (.42)	1.31 (.72)	2.72	.05
Item 4	.18 (.54)	1.00 (1.18)	.39 (.90)	1.18 (1.20)	12.44	.00

Nota: ESSS = Escala global; SA = Satisfação com os amigos; IN = Intimidade; SF = Satisfação com a família; AS = Atividades sociais; BSI = Índice geral de sintomas; Som = Somatização; ObCo = Obsessões-Compulsões; SenIn = Sensibilidade Interpessoal; Dep = Depressão; Ans = Ansiedade; Host = Hostilidade; AnsFó = Ansiedade Fóbica; IdeaPa = Ideação Paranóide; Psico = Psicoticismo; QCS-R = Escala global; Item 1 = Ideação – Tentativa de suicídio; Item 2 = Ideação suicida no último ano; Item 3 = Comunicação

da intenção de se suicidar; Item 4 = Probabilidade futura de cometer suicídio; Diferenças estatisticamente significativas encontram-se a negrito. *p* para um nível de significância de < .05.

Os resultados apresentados nas tabelas 12 e 13, mostram que a percepção do grau de sociabilidade está relacionada com o grupo de idades e sexo dos participantes ($\chi^2 (3) = 19.863, p = .000, N = 179$). O grupo dos rapazes com idades entre os 12 e os 15 anos (83.3%) apresentaram percepções mais elevadas de sociabilidade do que o grupo das raparigas (47.3%) e dos rapazes (55.6 %) com idades entre os 16 e os 19 anos, e raparigas com idades entre os 12 e os 15 anos (46.4%). Ou seja, os rapazes com idades entre os 12 e os 15 anos percebem-se como mais sociáveis do que os outros grupos (i.e., raparigas dos 12 aos 15 anos, e rapazes e raparigas dos 16 e os 19 anos de idade). Mais raparigas com idades entre os 16 e os 19 anos apresentaram percepções mais baixas de sociabilidade (52.7%) do que o grupo dos rapazes com idades entre os 12 e os 15 anos (16.7%). Neste caso, as raparigas com idades entre os 16 e os 19 anos percebem-se como menos sociáveis do que os rapazes com idades entre os 12 e os 15 anos. Verificou-se diferenças de médias estatisticamente significativas em todas as subescalas de satisfação com o suporte social ($F_{(179)} = 6.45, p = .00$) em função do grupo de idades e sexo, exceto na subescala Atividades Sociais ($F_{(179)} = .335, p = .80$). Conforme o teste *Post-hoc* de Tukey HSD, as diferenças estatisticamente significativas para a percepção de satisfação com o suporte social e a variável grupo de idades e sexo ocorreram entre o grupo dos rapazes com idades entre os 12 e os 15 anos e o grupo das raparigas com idades entre os 16 e os 19 anos. Ou seja, o grupo dos rapazes com idades entre os 12 e os 15 anos apresentaram maior percepção de satisfação com o suporte social do que o grupo das raparigas com idades entre os 16 e os 19 anos.

A percepção de alterações do bem-estar psicológico durante a pandemia também difere em função do grupo de idades e sexo dos participantes ($\chi^2 (3) = 26.317, p = .000, N = 179$). Mais raparigas com idades entre os 16 e os 19 anos (67.3%) reportam alterações de bem-estar psicológico durante a pandemia do que o grupo das raparigas (60.7%) e dos rapazes (23.3%) com idades entre os 12 e os 15 anos, e rapazes com idades entre os 16 e os 19 anos (36.1%). Ou seja, as raparigas com idades entre os 16 e os 19 anos percebem mais alterações no bem-estar psicológico na pandemia do que os outros grupos (i.e., rapazes e raparigas dos 12 aos 15 anos e rapazes dos 16 e os 19 anos de idade).

Verificou-se que a incidência de perturbação mental está associada ao sexo ($\chi^2 (3) = 18.867, p = .000, N = 179$). Neste caso, são as raparigas com idades entre os 16 e os 19

anos que têm maior incidência de perturbação mental (23.6%) face a 5.6 % dos rapazes com idades entre os 16 e os 19 anos. Ou seja, as raparigas com idades dos 16 e os 19 anos reportaram mais perturbação mental do que os rapazes com idades dos 16 e os 19 anos.

Os resultados indicam diferenças de médias estatisticamente significativas em todas as dimensões da variável sintomatologia psicopatológica ($F_{(179)} = 24.30, p = .00$) em função do grupo de idades e sexo. De acordo com o teste *Post-hoc* de Tukey HSD, as diferenças de médias estatisticamente significativas para a variável de sintomatologia psicopatológica e grupo de idades e sexo ocorreram entre o grupo dos rapazes e das raparigas com idades entre os 12 e os 15 anos e o grupo das raparigas com idades entre os 16 e os 19 anos. Neste caso, são as raparigas com idades entre os 16 e os 19 anos a apresentarem mais sintomatologia psicopatológica do que o grupo dos rapazes e raparigas com idades entre os 12 e os 15 anos.

No que respeita à incidência de doenças físicas ($\chi^2 (3) = 2.293, p = .514, N = 179$), uso de medicação ($\chi^2 (3) = 6.005, p = .111, N = 179$) e acompanhamento psicológico ($\chi^2 (3) = .863, p = .834, N = 179$), verificou-se que estas variáveis não estavam relacionadas com o grupo de idades e sexo dos participantes deste estudo.

Quanto ao risco suicidário, a sua incidência surge relacionada com o grupo de idades e sexo dos participantes ($\chi^2 (3) = 19.438, p = .000, N = 179$). As raparigas com idades entre os 16 e os 19 anos apresentam um risco suicidário superior (32.7%) ao dos rapazes (3.3%) e raparigas (25%) com idades entre os 12 e os 15 anos. Os resultados indicam diferenças de médias estatisticamente significativas para os comportamentos suicidários ($F_{(179)} = 10.35, p = .00$) em função do grupo de idades e sexo. De acordo com o teste *Post-hoc* de Tukey HSD as diferenças estatisticamente significativas para a variável comportamentos suicidários e grupo de idades e sexo ocorreram entre o grupo das raparigas e dos rapazes com idades entre os 16 e os 19 anos; entre o grupo dos rapazes com idades dos 12 e os 15 anos e o grupo das raparigas com idades dos 16 e os 19 anos. Ou seja, as raparigas com idades entre os 16 e os 19 anos apresentam maior comportamento suicidário do que o grupo dos rapazes (i.e., com idades entre os 12 e os 15 anos e entre os 16 e os 19 anos).

Discussão

O presente estudo, teve como principal objetivo compreender a relação entre distanciamento social obrigatório decorrente da crise pandémica por COVID-19, comportamentos suicidários, percepção de satisfação com o suporte social e presença de sintomatologia psicopatológica em adolescentes portugueses.

Especificamente, o nosso primeiro objetivo consistiu em compreender em que medida a qualidade de vida social dos adolescentes (i.e., em termos de percepção de sociabilidade e percepção de satisfação com o suporte social) estava associada à presença de sintomatologia psicopatológica e a comportamentos suicidários. Esperava-se obter uma relação negativa entre percepção de satisfação com o suporte social e sintomatologia psicopatológica, bem como entre percepção de satisfação com o suporte social e comportamentos suicidários, e uma relação positiva entre sintomatologia psicopatológica e comportamentos suicidários. Todos estes resultados foram confirmados neste estudo.

Os resultados deste estudo, obtidos através das correlações de *Spearman* confirmam que a percepção de satisfação com o suporte social apresenta uma correlação negativa tanto com a presença de sintomatologia psicopatológica como com os comportamentos suicidários. Estes resultados vão de encontro aos de outros estudos que demonstram a existência de uma relação negativa entre suporte social e ansiedade (Cao et al., 2020), e outros estudos em que a ausência de relação social e de suporte social influencia a saúde mental e o bem-estar do indivíduo (Killgore et al., 2020; Loureiro et al., 2015; Manzar et al., 2021; Reger et al., 2020) aumentando os níveis de ansiedade, de angústia e depressão (Magson et al., 2021). A falta de suporte social aumenta assim, a probabilidade de problemas de saúde mental (Silva et al., 2016). Portanto, compreende-se que à medida que a percepção de satisfação com o suporte social diminui, a sintomatologia psicopatológica e os comportamentos suicidários tendam a aumentar. Pelo contrário, quanto maior for a percepção de satisfação com o suporte social, menor será a probabilidade de existir sintomatologia psicopatológica e comportamentos suicidários. O suporte social contribui para que o adolescente aprenda a lidar com as suas emoções, a gerir situações stressantes e desafiadoras, a estabelecer relações e a envolver-se em atividades do seu interesse (e.g., arte, música, desporto). Parece-nos razoável afirmar que o sentimento de satisfação com o suporte social, como o apoio da família, dos amigos e outras pessoas, funciona como um potencializador de valorização, validação, integração social, autoestima, proteção, regulação, cuidado, compreensão, afiliação e

reconhecimento para o adolescente, sendo vital para o ajudar a aliviar as cargas psicológicas oriundas da pandemia. Assim, o suporte social atua na prevenção do risco de comportamentos suicidários e ainda surge como estratégia de proteção para a saúde mental em geral (Baumeister & Leary, 1995; Pais-Ribeiro, 1999; Quartilho, 2014).

No que respeita à sintomatologia psicopatológica e aos comportamentos suicidários, os resultados confirmam a esperada correlação positiva. Verifica-se, que, quanto maior é a presença de sintomatologia psicopatológica maior é o risco suicidário, o que corrobora os resultados da vasta investigação sobre o tema (e.g., Brooks et al., 2020; Fonseca-Pedrero et al., 2022; Hossain et al., 2020; Killgore et al., 2020; Manzar et al., 2021; Reger et al., 2020). Esta relação poderá dever-se à presença de psicopatologia (e.g., depressão, ansiedade, ansiedade fóbica) enquanto potencializadora de comportamentos suicidários. A literatura científica apresenta como clara a relação entre doença mental (e.g., perturbação da ansiedade, perturbação depressiva, perturbação de uso de substâncias) e comportamentos suicidários (Guerreiro, 2009; Moitra et al., 2021; Rihmer et al., 2015; Van Orden et al., 2010; Wiebenga et al., 2021). De entre as perturbações mentais, a depressão surge como sendo a que tem um impacto mais significativo nos comportamentos suicidários (Guerreiro, 2009). Indivíduos com sintomas depressivos, tendem-se a isolar-se mais, perdendo com isto reforços importantes resultantes do apoio social, estando por isso, expostos a menos relações, a níveis mais baixos de integração social, mais só e a mais sentimentos de não pertença (Bulut et al., 2021). Tudo isto se consubstancia com uma maior vulnerabilidade para os comportamentos suicidários.

Os resultados deste estudo, revelam diferenças de médias estatisticamente significativas na qualidade de vida social dos adolescentes, na perceção de alterações no bem-estar psicológico decorrentes da pandemia, na sintomatologia psicopatológica e nos comportamentos suicidários. Como era expectável, os resultados obtidos são semelhantes aos encontrados noutros estudos (e.g., Cao et al., 2020; Demaray & Malecki, 2002; Fonseca-Pedrero et al., 2022; Killgore et al., 2020; Loureiro et al., 2015; Magson et al., 2021; Manzar et al., 2021; Reger et al., 2020; Smith & Lim, 2020) em que os adolescentes que se percecionam como pouco sociáveis apresentam pontuações mais baixas na perceção de satisfação com o suporte social e pontuações mais elevadas de perceção de alterações no bem-estar psicológico durante a pandemia, e pontuações elevadas de sintomatologia psicopatológica e comportamentos suicidários. A perceção de suporte

social parece assim estar associada ao bem-estar psicológico (Bulut et al., 2021). Estes resultados estão alinhados com os de outros estudos que sugerem que quando o indivíduo está isolado do seu grupo e insatisfeito com esse mesmo suporte, perde reforços importantes para a saúde mental aumentando o risco de aparecimento de sintomatologia psicopatológica (e.g., perturbação de stress pós-traumático, depressão e ansiedade; Guessoum et al., 2020; Loades et al., 2020; Magson et al., 2021). Em consonância com estes resultados o estudo de Calati et al. (2019) revela que os adolescentes que se sentem isolados socialmente têm duas vezes maior probabilidade de referir comportamentos suicidários do que aqueles que se sentem aceites e integrados. O isolamento social e a falta de suporte social são dois dos principais fatores de risco associados aos comportamentos suicidários (Calati et al., 2019). Os resultados encontrados no presente estudo, sugerem que o distanciamento social obrigatório, trouxe uma sensação de menor conexão e integração social para os adolescentes, refletidos em perceções de alteração no bem-estar psicológico durante a pandemia. Parece-nos, assim, razoável afirmar, que o distanciamento social obrigatório decorrente da pandemia poderá ter desencadeado sofrimento psicossocial nos adolescentes, expresso sob a forma de sintomatologia psicopatológica e défices na perceção de satisfação com o suporte social, traduzidos numa menor capacidade de socialização com os pares e de bem-estar psicológico. Por outro lado, os adolescentes que se avaliam como muito sociáveis apresentam maior satisfação com o suporte social, menor presença de sintomatologia psicopatológica e menos comportamentos suicidários. Ou seja, os resultados confirmam que, tanto os adolescentes que se percecionam como mais sociáveis, como os que percecionam maior satisfação com o suporte social apresentam menos problemas psicológicos. Corroborando os estudos de Magson et al. (2021) que refere que os adolescentes com maior perceção de qualidade de vida social na pandemia, relatam menos sintomas psicopatológicos do que aqueles que referem menor perceção de qualidade de vida social na pandemia.

Este conjunto de resultados parece indicar que na pandemia a perceção de maior qualidade de vida social está associada a menores problemas de saúde mental; e que a integração social e o suporte social serão variáveis importantes na proteção da saúde mental. O apoio social na forma de interações com os amigos e outras redes de suporte (e.g., atividades sociais) têm um impacto positivo na construção de relacionamentos fortes e na perceção de satisfação com o suporte social, e agem como fatores de proteção e manutenção da saúde mental do adolescente (Conselho Nacional da Saúde [CNS], 2019). Esta relação (i.e., perceção de sociabilidade elevada durante a pandemia, maior

perceção de satisfação com o suporte social, menor presença de sintomas psicopatológicos e menos comportamentos suicidários) poderá ser explicada através do modelo de amortecimento do *stress* (Cohen & Wills, 1985) segundo o qual o apoio social age como um amortecedor para aliviar a influência negativa do *stress* no bem-estar, e pode reduzir os efeitos psicológicos de eventos negativos na saúde mental dos indivíduos. Assim, parece-nos razoável afirmar que níveis elevados de sociabilidade e de perceção de satisfação com o suporte social recebido durante a pandemia poderão ter funcionado como amortecedores dos efeitos negativos da pandemia na saúde mental e comportamentos suicidários dos adolescentes. Note-se ainda que, a perceção de sociabilidade elevada está associada a uma maior perceção de satisfação com o suporte social, considerada um aspeto importante na prevenção do risco de comportamentos suicidários. Estes resultados estão alinhados com o do clássico estudo sociológico de Durkheim (Saraiva, 2010), segundo o qual o suicídio é interpretado como um sinal de mal-estar social. Ou seja, quanto mais integrada socialmente e conectada uma pessoa está, com um sentimento de pertença e de que a vida faz sentido dentro do contexto social, menos provável é que cometa suicídio (Baumeister & Leary, 1995).

No nosso segundo objetivo procurou-se compreender em que medida a idade e o sexo estavam associados a diferenças na qualidade de vida social dos adolescentes e no seu bem-estar (nomeadamente, bem-estar psicológico, sintomatologia psicopatológica e comportamentos suicidários). Para respondermos a este objetivo, fizemos comparações de médias entre as variáveis sociodemográficas (i.e., grupo de idades e sexo dos 12 aos 15 anos, e dos 16 aos 19 anos) e as variáveis dependentes (i.e., ESSI, BSI, QCS-R) e correlacionamos as variáveis sociodemográficas e as variáveis clínicas (i.e., perceção de sociabilidade e perceção de alterações do bem-estar psicológico). De acordo com a revisão da literatura, esperava-se que as raparigas com idades compreendidas entre os 16 e os 19 anos apresentassem maiores alterações na qualidade de vida social e no bem-estar psicológico durante a pandemia, bem como níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica e comportamentos suicidários.

No que respeita à qualidade de vida social dos adolescentes, em função do sexo e a idade, os resultados do estudo revelam que são os rapazes com idades entre os 12 e os 15 anos os que se percecionam como mais sociáveis e com maior perceção de satisfação com o suporte social. Como era expectável, estes resultados são consistentes com os de outros estudos (e.g., Bulut et al., 2021; Halldorsdottir et al., 2021; Magson et al., 2021; J.

Wang et al., 2021) que sugerem que são as raparigas as que sofrem maior impacto negativo no dia a dia (i.e., menor socialização, maior isolamento social) devido às medidas restritivas associadas à pandemia. Conforme Rose e Rudolph (2006), as diferenças entre rapazes e raparigas no que diz respeito aos relacionamentos sociais que estabelecem com os seus pares são evidentes desde muito cedo. Exemplo disto é a forma como adolescentes, rapazes e raparigas usam os recursos digitais, as raparigas demonstram mais interesse pelas redes sociais e os rapazes demonstram mais interesse pelos videojogos (Halldorsdottir et al., 2021; Leonhardt & Overa, 2021). A tecnologia (e.g., plataformas de redes sociais, videojogos) terá desempenhado um papel muito importante durante o período de distanciamento social obrigatório (Guessoum et al., 2020), possibilitando a manutenção de conexões sociais, a comunicação, a interação social e oportunidades de aprendizagem. Para os adolescentes durante o confinamento, em que o seu principal contexto de desenvolvimento social está constrangido, estarem ativos na utilização de plataformas sociais ter-se-á tornado fundamental para a socialização com os pares (Leonhardt & Overa, 2021). Parece que a utilização de plataformas digitais como forma de conexão social dos adolescentes está associada a um maior bem-estar, mas, por outro lado, esta utilização está também associada a outros desafios e consequências negativas (Ellis et al., 2020; Halldorsdottir et al., 2021). As raparigas utilizam mais as redes sociais digitais, ou seja, num formato mais passivo de utilização destes recursos o que as tornará mais vulneráveis a comparação social e a sentimentos de menor socialização, enquanto os rapazes mantêm contacto com o grupo através de videojogos *online*, ou seja num formato mais ativo de interação (Halldorsdottir et al., 2021; J. Wang et al., 2021). A manutenção de contactos sociais com o grupo de pares através da tecnologia é visto de formas diferentes por rapazes e por raparigas, e estas visões distintas são evidentes através da perceção de satisfação com o suporte social e perceção de sociabilidade. O contacto social não deixou de existir durante o distanciamento social obrigatório. Contudo, os rapazes já interagiam virtualmente através dos jogos *online* (Guessoum et al., 2020; Leonhardt & Overa, 2021) pelo que a sua forma de socialização não sofreu grandes alterações, pelo contrário, estes afirmam ter-se sentido mais sociáveis.

Como era expectável, os resultados do presente estudo, indicam que são as raparigas com idades compreendidas entre os 16 e os 19 anos as que sentiram mais alterações no bem-estar psicológico na pandemia e as que apresentam níveis mais

elevados de sintomatologia psicopatológica. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos (e.g., Halldorsdottir et al., 2021; Magson et al., 2021; Thorisdottir et al., 2021; J. Wang et al., 2021) que sugerem que o grupo mais afetado psicologicamente pela pandemia são as raparigas mais velhas (i.e., dos 16 e os 19 anos) as mais vulneráveis ao *stress* causado pela pandemia, as mais propensas a ter emoções negativas e níveis elevados de sofrimento psicológico. Estudos de pandemias anteriores (e.g., Kim et al., 2014) e os estudos atuais (e.g., Almeida et al., 2020; Paulino et al., 2021) as mulheres também foram as que mais sentiram alterações no bem-estar psicológico. Por outro lado, as perturbações mentais na adolescência têm forte predominância nas raparigas (Özdin & Özdin, 2020; WHO, 2021b). Contudo, importa ter em consideração que algumas das mudanças de humor e sintomas depressivos ocorrem devido à alterações hormonais normais deste período (Albert, 2015). Assim, as raparigas, a título de exemplo, experimentam formas específicas de doenças relacionadas com a depressão (e.g., perturbação disfórica pré-menstrual, depressão pós-parto) que estão associadas à alterações hormonais prevalentes nas mulheres. Uma outra contribuição para os níveis elevados de sintomatologia psicopatológica, é o facto destas preferirem o uso passivo de redes sociais digitais (i.e., Facebook, Instagram, TikTok; Halldorsdottir et al., 2021; Leonhardt & Overa, 2021). Os estudos (e.g., Ellis et al., 2020; Halldorsdottir et al., 2021;) indicam que o aumento do tempo de uso de redes sociais digitais durante a pandemia está associado a um aumento de sintomas de depressão e ansiedade nas raparigas. Por outro lado, os rapazes, mais envolvidos em atividades físicas e *hobbies* durante a pandemia, podem ter beneficiado de uma maior proteção, efeito positivo destes na sua saúde mental, oferecendo oportunidades de autoexpressão, de autoconfiança, de interação e integração social e de autoestima (Halldorsdottir et al., 2021; J. Wang et al., 2021). Outra possível explicação, poderá ser a diferença na vivência das restrições sociais (Thorisdottir et al., 2021). Todos sofreram altos níveis de restrições nas suas atividades sociais com o fecho dos locais de diversão (e.g., discotecas, bares noturnos, cafés) e das escolas. Uma vez que, as raparigas têm uma maior propensão para se envolverem em comportamentos sociais presenciais e maior necessidade destes (Meyers-Levy & Loken, 2015; Rose & Rudolph, 2006), parece razoável pensar que a privação de contacto físico durante o confinamento pode tê-las deixado mais vulneráveis a estados afetivos negativos.

No que respeita às diferenças nos comportamentos suicidários, como era expectável, os nossos resultados estão alinhados com os de outros estudos (e.g., Borges

& Werlang, 2006; Glenn et al., 2020; Halldorsdottir et al., 2021; Hill et al., 2021; Mayne et al., 2021; Rose & Rudolph, 2006) que defendem que são as raparigas mais velhas a adotarem maior comportamento suicidário. Corroborando outros estudos (e.g., Soole et al., 2015) que referem que a adoção de comportamentos suicidários raramente acontece em adolescentes menores de 15 anos de idade, mas têm uma expressão considerável à medida que a idade aumenta. Os resultados deste estudo indicam ainda que são as raparigas (dos 16 aos 19 anos de idade) as que apresentam maior risco suicidário, maior ideação e/ou tentativa de suicídio, maior frequência de ideação suicida no último ano e maior probabilidade de vir a tentar suicidar-se. Estes resultados estão em consonância com os de outros estudos (e.g., Borges & Werlang, 2006; Glenn et al., 2020; Mayne et al., 2021) que demonstram que as raparigas apresentam mais ideação suicida e mais tentativa de suicídio - mas são os rapazes os mais propensos a cometer suicídio. Outros estudos (e.g., Ammerman et al., 2020; Brooks et al., 2020; Courtet et al., 2020; Van Orden et al., 2010) referem que as medidas de saúde pública de distanciamento social obrigatório e isolamento social, são fatores promotores de ideação suicida, tentativa de suicídio e comportamentos suicidários. Era por isso expectável e compreende-se que sejam as raparigas a apresentarem maior risco suicidário, uma vez que são estas as que sentem maiores alterações na qualidade de vida social e de bem-estar psicológico. Assim, é possível sugerir que o risco de comportamentos suicidários para as raparigas com idades entre 16 e os 19 anos no período de confinamento esteja associado a exposição a alguns fatores de risco, como por exemplo, o distanciamento social obrigatório, o isolamento social e a psicopatologia.

Os resultados encontrados neste estudo vêm reforçar a literatura que suporta a relação do impacto negativo da pandemia e das medidas de restrições de saúde pública na saúde mental dos adolescentes, sendo este um impacto mais pronunciado nas raparigas adolescentes mais velhas (dos 16 aos 19 anos de idade). Para além disso, reforçam a importância das relações sociais e do suporte social nesta fase do desenvolvimento enquanto promotores do bem-estar geral, de fatores de proteção associados aos comportamentos suicidários e à saúde mental.

Limitações e Estudos Futuros

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser tidas em consideração. Primeiro, o estudo foi operacionalizado transversalmente, num único

momento, o que dificulta a compreensão de relações causais entre as variáveis em estudo. Assim, sugere-se para estudos futuros a realização de um estudo longitudinal. Segundo, a utilização de um método de amostragem não probabilística que, embora o tamanho da amostra adequado, por definição não permite gerar amostras representativas ou resultados extrapoláveis para a população (Marôco, 2021). Sugere-se a utilização de métodos de amostragem probabilística, ou na impossibilidade para tal, recorrer a um N mais elevado que contemple uma maior diversidade de características da população (e.g., historial de suicídio na família, com ou sem perturbações mentais). Terceiro, a forma como os dados foram recolhidos, a utilização exclusiva de medidas de autorresposta. Estas medidas podem ser sujeitas a diversas formas de enviesamento, como a desejabilidade social (Dowling et al., 2016). Embora tenha sido garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, os participantes podem ter-se sentido constrangidos, abdicando de respostas sinceras. Sugere-se em estudos futuros a utilização de diferentes instrumentos de medidas como por exemplo, as entrevistas, que possibilitam um menor viés de resposta associados ao autorrelato. Quarto, o número reduzido de participantes com perturbação mental pré-existente não permitiu verificar o impacto causado pelo distanciamento social obrigatório nestes indivíduos. Sugere-se a realização de estudos futuros com uma amostra clínica para compreender os diferentes impactos do distanciamento social nesta população. Quinto, prende-se com a operacionalização das variáveis, não tivemos em consideração os hábitos de vida dos adolescentes durante a pandemia, para além do impacto na saúde mental, o distanciamento social obrigatório está associado a outros eventos stressantes que são referidos na literatura (e.g., Hossain et al., 2020; J. Wang et al., 2021) como o aumento do consumo de substâncias, impacto nos hábitos alimentares, nas atividades físicas e lazer. Assim, sugere-se que estudos futuros estudem a relação do distanciamento social obrigatório e os estilos de vida dos adolescentes durante a pandemia.

Conclusão

O presente estudo vem contribuir para uma melhor compreensão da saúde mental dos adolescentes na pandemia e dos seus suportes sociais essenciais na prevenção do suicídio. Através deste estudo, pudemos compreender que a percepção de menor suporte social, reforçada pelo distanciamento social obrigatório, se associa à presença de sintomas psicopatológicos e de comportamentos suicidários nos adolescentes. Os resultados obtidos neste estudo, permite identificar o impacto negativo decorrente da pandemia e dos confinamentos na saúde mental dos adolescentes, o que revelou ser mais acentuado nas raparigas com idades entre os 16 e os 19 anos. São estas raparigas que apresentam níveis baixos de percepção de sociabilidade durante a pandemia e de percepção de satisfação com o suporte social, o que se associa a níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica e maior risco suicidário. Contudo, nem todos os adolescentes expostos ao distanciamento social obrigatório durante os períodos de confinamentos exibem um impacto negativo na saúde mental, nomeadamente a nível dos comportamentos suicidários. Os nossos resultados são consistentes e destacam que a redução na socialização está relacionada com uma menor percepção de integração social e satisfação com o suporte social, o que enfatiza a importância do grupo de pares e da socialização durante o período da adolescência como um fator de proteção da saúde mental. Assim, tais resultados implicam descobertas nas dinâmicas sociais durante a pandemia potenciando a prevenção, e a intervenção clínica e educacional na saúde mental dos adolescentes. Torna-se fundamental a sensibilização e formação de profissionais de saúde e de educação para a intervenção ao nível das variáveis de risco (e.g., ansiedade, depressão, isolamento social) de modo a prevenir os comportamentos suicidários. Por outro lado, importa apoiar a socialização e a integração dos adolescentes no seu grupo de pares, promovendo, por exemplo, o contacto social através da tecnologia de forma a permanecer socialmente conectado. Promovendo programas de literacia em saúde mental, de modo a clarificar onde e quando pedir ajuda, bem como para a adoção de comportamentos saudáveis nos adolescentes. Por fim, importa fazer uma avaliação dos sintomas psicopatológicos, particularmente dos sintomas depressivos, bem como dos níveis de satisfação com o suporte social naqueles que tenham sentido maior desintegração social, de modo a despistar o risco suicidário.

Referências

- Ahmed, S. P., Bittencourt-Hewitt, A., & Sebastian, C. L. (2015). Neurocognitive bases of emotion regulation development in adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience, 15*, 11–25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dcn.2015.07.006>
- Albert, P. R. (2015). Why is depression more prevalent in women? [Editorial]. *Journal of Psychiatry & Neuroscience, 40*(4), 219–221. <https://doi.org/10.1503/jpn.150205>
- Alegría, M., NeMoyer, A., Falgàs, I., Wang, Y., & Alvarez, K. (2018). Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. *Current Psychiatry Reports, 20*(11), 1–20. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0969-9>
- Almeida, T. C., Heitor, M. J., Santos, O., Costa, A., Virgolino, A., Rasga, C., Martiniano, H., & Vicente, A. (2020). *Relatório final: SM-COVID19 – Saúde mental em tempos de pandemia*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/7246>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5th ed.). Climepsi Editores.
- Ammerman, B. A., Burke, T. A., Jacobucci, R., & McClure, K. (2020). Preliminary Investigation of the Association Between COVID-19 and Suicidal Thoughts and Behaviors in the U.S. *Journal of Psychiatric Research, 134*, 32–38. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.037>
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation. *Psychological Bulletin, 117* (3), 497–529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Beirão, D., Monte, H., Amaral, M., Longras, A., Matos, C., & Villas-Boas, F. (2020). Depression in adolescence: a review. *Middle East Current Psychiatry, 27*(50), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s43045-020-00050-z>
- Bonin, L. F. R. (2013). Indivíduo, Cultura e Sociedade. In M. C. J. Jacques, M. N. Strey, N. M. G. Bernardes, P. A. Guareschi, S. A. Carlos, & T. M. G. Fonseca (digital ed.), *Psicologia Social Contemporânea* (pp.53-64). Editora Vozes. <http://pablo.deassis.net.br/wp-content/uploads/Psicologia-social-contemporanea-Maria-da-Graca-Correa-Jacques.pdf>

- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 345–351. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000300012>
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. (1th ed.). Climepsi Editores.
- Brito, I. (2011). Ansiedade e depressão na adolescência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 27(2), 208–214. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v27i2.10842>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, J. G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Brown, S., & Schuman, D. L. (2020). Commentary: Suicide in the Time of COVID-19: A Perfect Storm. *The Journal of Rural Health*, 37(1), 211–214. <https://doi.org/10.1111/jrh.12458>
- Bulut, N. S., Yorguner, N., & Akvardar, Y. (2021). Impact of COVID-19 on the Life of Higher-Education Students in İstanbul: Relationship Between Social Support, Health-Risk Behaviors, and Mental/Academic Well-Being. *Alpha Psychiatry*, 22(6), 291–300. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2021.21319>
- Calati, R., Ferrari, C., Brittner, M., Oasi, O., Olié, E., Carvalho, A. F., & Courtet, P. (2019). Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 245, 653–667. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.022>
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2019). Portuguese version of the Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised: Validation data and the establishment of a cut-score for screening purposes. *European Journal of Psychological Assessment*, 35(2), 190–195. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000385>
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Quarteto Editora.
- Cao, W., Fanga, Z., Houc, G., Han, M., Xu, X., Donga, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>

- Carballo, J.J., Llorente, C., Kehrmann, L., Flamarique, I., Zuddas, A., Puper-Ouakil, D., Hoekstra, P. J., Coghill, D., Schulze, U. M. E., Dittmann, W. R., Buitelaar, K. J., Castro-Fornieles, J., Lievesley, K., Santosh, P., & Arango, C. (2020). Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(6), 759–776. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-01270-9>
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395–405. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006943>
- Cohen, J. (1988) *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2th ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). Promover a saúde mental. In Conselho Nacional de Saúde (digital ed.), *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. (pp. 47-68). Lisboa: CNS 2019. <https://www.adeb.pt/files/upload/artigos/saude-mental-em-portugal-um-desafio-para-a-proxima-decada.pdf>
- Courtet, P., Olié, E., Debien, C., & Vaiva, G. (2020). Commentary: Keep Socially (but Not Physically) Connected and Carry On: Preventing Suicide in the Age of COVID-19. *The Journal of clinical psychiatry*, 81(3), 1–3. <https://doi.org/10.4088/JCP.20com13370>
- Coutinho, C. P. (2015). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. (2th ed.). Edições Almedina S.A.
- Decreto-Lei nº 10/2021 da Presidência do Conselho de Ministros. (2021). Diário da República: I Série B, nº. 24. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/10-B/2021/02/04/p/dre>
- Decreto-lei nº 14/2020 do Presidente da República. (2020). Diário da República: I Série A, nº. 55. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-presidente-republica/14-a-2020-130399862>
- Decreto-Lei nº 17/2020 do Presidente da República. (2020). Diário da República: I Série A, nº. 66. <https://dre.pt/dre/analise-juridica/decreto-presidente-republica/17-a-2020-131068115>

- Decreto-Lei nº 20/2020 do Presidente da República. (2020). Diário da República: I Série A, nº. 76. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-presidente-republica/20-A-2020-131908497>
- Decreto-Lei nº 3/2021 da Presidência do Conselho de Ministros. (2021). Diário da República: I Série C, nº. 15. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/10-b-2021-156546167>
- Demaray, M. K., & Malecki, C. K. (2002). Critical Levels of Perceived Social Support Associated with Student Adjustment. *School Psychology Quarterly*, 17(3), 213–241. <https://doi.org/10.1521/scpq.17.3.213.20883>
- Derogatis, L. R. (1982). *BSI: Brief Symptom Inventory*. Minneapolis: National Computers Systems.
- Direção Geral da Saúde. (2002). *Relatório Mundial de Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. (1nd ed.). Climepsi Editores. https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf
- Douglas, P. K., Douglas, D. B., Harrigan, D. C., & Douglas, K. M. (2009). Preparing for Pandemic Influenza and its Aftermath: Mental Health Issues Considered. *International Journal of Emergency Mental Health*. 11(3), 137–144. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20437844/>
- Dowling, N. M., Bolt, D. M., Deng, S., & Li, C. (2016). Measurement and control of bias in patient reported outcomes using multidimensional item response theory. *BMC Medical Research Methodology*, 16, 1–18. <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0161-z>
- Ellis, W. E., Dumas, T. M., & Forbes, L. M. (2020). Physically isolated but socially connected: Psychological adjustment and stress among adolescents during the initial COVID-19 crisis. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 52(3), 177–187. <http://dx.doi.org/10.1037/cbs0000215>
- Ferrari, A. J., Norman, R. E., Freedman, G., Baxter, A. J., Pirkis, J. E., Harris, M. G., Page, A., Carnahan, E., Degenhardt, L., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2014). The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: Findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS ONE*, 9(4), 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091936>
- Ferreira, M., & Nelas, P. (2006). Adolescências...Adolescentes... *Educação, ciência e tecnologia*, 32, 141–162. <http://hdl.handle.net/10400.19/409>

- Ferreira, T. J. R., Pais-Ribeiro, J.L., & Guerreiro, M. D, M, S. (2004). Estudo de Adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social em Doentes Submetidos a Revascularização do Miocárdio. *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação 11*, 5–16. <https://hdl.handle.net/10216/57248>
- Fonseca-Pedrero, E., Al-Halabi, S., Pérez-Albéniz, A., & Debbané, M. (2022). Risk and Protective Factors in Adolescent Suicidal Behaviour: A Network Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, *19*(3), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031784>
- Freitas-Silva, L. R., & Ortega, F. (2016). A determinação biológica dos transtornos mentais: uma discussão a partir de teses neurocientíficas recentes. *Cad. Saúde Pública*, *32*(8), 1–10. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00168115>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2021a). *Óbitos de residentes em Portugal por algumas causas de morte* [Data jan]. Pordata. Retrieved January 20, 2022, from <https://www.pordata.pt/Portugal/Óbitos+de+residentes+em+Portugal+por+algumas+causas+de+morte-156-235702>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2021b). *Óbitos por algumas causas de morte por 100 mil habitantes* [Data jan]. Pordata. Retrieved January 20, 2022, from <https://www.pordata.pt/Portugal/Óbitos+por+algumas+causas+de+morte+por+100+mil+habitantes-1987-235724>
- Gaebel, W., Lukies, R., & Stricker, J. (2020). COVID-19: consequences for mental health and the use of e-Mental health options. *Consortium Psychiatricum*, *1*(1), 1–7. <https://doi.org/10.17650/2712-7672-2020-1-1-3-7>
- Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Kellerman, J., Pollak, O., Cha, C. B., Esposito, E. C., Porter, A. C., Wyman, P. A., & Boatman, A. E. (2020). Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *61*(3), 294–308. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13106>
- Gu, J., Zhong, Y., Hao, Y., Zhou, D., Tsui, H., Hao, C., Gao, Q., Ling, W., & Lau, J. T. (2012). Preventive Behaviors and Mental Distress in Response to H1N1 Among University Students in Guangzhou, China. *Asia Pacific Journal of Public Health*. *27*(2), 1867–1879. <https://doi.org/10.1177/1010539512443699>
- Guerreiro, D. (2009). Depressão e Suicídio. In H. C. Filho & C. Ferreira-Borges (Eds.), *Stress, Depressão e Suicídio. Gestão de Problemas de Saúde em Meio Escolar* (1th ed., pp. 115-140). Coisas de Ler Edições.

- Guessoum, S. B., Lachal, J., Radjack, R., Carretier, E., Minassian, S., Benoit, L., & Moroa, M. R. (2020). Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Research*, 291, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113264>
- Gunnel, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R. C., & Pirkis, J. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 468–471. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
- Halldorsdottir, T., Thorisdottir, I. E., Meyers, C. C. A., Asgeirsdottir, B. B., Kristjansson, A. L., Valdimarsdottir, H. B., Allegrante, J. P., & Sigfusdottir, I. D. (2021). Adolescent well-being amid the COVID-19 pandemic: Are girls struggling more than boys? *JCPP Advances*, 1(2), 1–11. <https://doi.org/10.1002/jcv2.12027>
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206–1212. <https://doi.10.3201/eid1007.030703>
- Hill, R. M., Rufino, K., Kurian, S., Saxena, J., Saxena, K., & Williams, L. (2021). Suicide Ideation and Attempts in a Pediatric Emergency Department Before and During COVID-19. *Pediatrics*, 147(3), 1–6. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-029280>
- Hossain, M. M., Sultana, A., & Purohit, N. (2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: A systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiology and Health*, 42, 1–27. <https://doi.org/10.31234/OSF.IO/DZ5V2>
- Idoiaga, N., Berasategi, N., Eiguren, A., & Picaza, M. (2020). Exploring Children's Social and Emotional Representations of the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology*, 11, 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01952>
- Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Fang, S. F., Jiao, F. Y., Pettoello-Mantovani, M., & Somekh, E. (2020). Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 epidemic. *European Paediatric Association*, 221, 264–266. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>
- Jiloha, R. C. (2020). COVID-19 and mental health. *Epidemiology International*, 5(1), 7–9. <https://doi.org/10.24321/2455.7048.202002>

- Johnson, D., Dupuis, G., Piche, J., Clayborne, Z., & Colman, I. (2018). Adult mental health outcomes of adolescent depression: A systematic review. *Depression and Anxiety*, 35(8), 700–716. <https://doi.org/10.1002/da.22777>
- Killgore, W. D., Cloonan, S. A., Taylor, E. C., Fernandez, F., Grandner, M. A., & Dailey, N. S. (2020). Suicidal ideation during the COVID-19 pandemic: The role of insomnia. *Psychiatry Research*, 290, 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113134>
- Kim, S. J., Han, J. A., Lee, T., Hwang, T., Kwon, K., Park, K. S., Lee, K. J., Kim, M. S., & Lee, S. Y. (2014). Community-Based Risk Communication Survey: Risk Prevention Behaviors in Communities during the H1N1 crisis, 2010. *Osong Public Health Research Perspectives*, 5(1), 9–19. <http://dx.doi.org/10.1016/j.phrp.2013.12.001>
- King, C. A., & Merchant, C. R. (2008). Social and Interpersonal Factors Relating to Adolescent Suicidality: A Review of the Literature. *Archives of Suicide Research*, 12(3), 181–196. <https://doi.org/10.1080/13811110802101203>
- Lane, S. T. M. (2006). *O que é Psicologia Social*. (6nd ed.). Editora e livraria brasiliense. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5615627/mod_resource/content/1/O-que-é-Psicologia-Social.pdf
- Larsen, B., & Luna, B. (2018). Adolescence as a neurobiological critical period for the development of higher-order cognition. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 94, 179–195. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.005>
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157–171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- Leonhardt, M., & Overa, S. (2021). Are There Differences in Video Gaming and Use of Social Media among Boys and Girls? - A Mixed Methods Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116085>
- Linhares, M. M., & Enumo, S. F. (2020). Reflexões baseadas na Psicologia sobre efeitos da pandemia COVID-19 no desenvolvimento infantil. *Estudos de Psicologia*, 37, 1–14. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200089>
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., Mcmanus, M. N., Borwick, C., & Crawley, E. (2020). Rapid

- Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218–1239. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>
- Loureiro, A., Lima, J., Partidário, M. R. & Santana, P. (2015). Condicionantes da saúde mental e os instrumentos de avaliação de impactos. In P. Santana (digital ed.), *Território e Saúde Mental em Tempos de Crise* (pp. 11-27). *Imprensa da Universidade de Coimbra*. http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1_1
- Magson, N. R., Freeman, J. Y, A., Rapee, R. M., Richardson, C. E., Oar, E. L., & Fardouly, J. (2021). Risk and Protective Factors for Prospective Changes in Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Youth and Adolescence*, 50, 44–57. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01332-9>
- Manzar, Md. D., Albougami, A., Usman, N., & Mamun, M. A. (2021). Suicide among adolescents and youths during the COVID-19 pandemic lockdowns: A press media reports-based exploratory study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 34(2), 139–146. <https://doi.org/10.1111/jcap.12313>
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (8th ed.). ReportNumber.
- Mayne, S. L., Hannan, C., Davis, M., Young, J. F., Kelly, M. K., Powell, M., Dalembert, G., McPeak, K. E., Jenssen, B. P., & Fiks, A. G. (2021). COVID-19 and Adolescent Depression and Suicide Risk Screening Outcomes. *Pediatrics*, 148(3), 1–11. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-051507>
- Meyers-Levy, J., & Loken, B. (2015). Revisiting gender differences: What we know and what lies ahead. *Journal of Consumer Psychology*, 25(1), 129–149. <https://doi.org/10.1016/j.jcps.2014.06.003>
- Moitra, M., Santomauro, D., Degenhardt, L., Collins, P. Y., Whiteford, H., Vos. T., & Ferrari, A. (2021). Estimating the risk of suicide associated with mental disorders: A systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 242–249. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.053>
- Oliveira, A. (2006). Desafiar a própria morte para sentir a vida. O contexto (psico)social do suicídio adolescente. In B. Peixoto, C. B. Saraiva, & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos Suicidários em Portugal* (pp.207-230). Sociedade Portuguesa de Suicidologia em Portugal.

- Orben, A., Tomova, L., & Blakemore, S. J. (2020). The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *Lancet Child Adolescent Health*, 4(8), 634–640. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30186-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30186-3)
- Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. (2020, September 10). *Pandemia de COVID-19 aumenta fatores de risco para suicídio*. <https://www.paho.org/pt/noticias/10-9-2020-pandemia-covid-19-aumenta-fatores-risco-para-suicidio>
- Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2021). *The State of School Education: One Year into the COVID Pandemic*. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/201dde84-en>
- Osman, A., Bagge, C. L., Guitierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8(4), 443–454. <https://doi.org/10.1177/107319110100800409>
- Özdin, S., & Özdin, S. B., (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 504–511. <https://doi.org/10.1177/0020764020927051>
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 17(3), 547–558. https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/5940/1/1999_3_547.pdf
- Pais-Ribeiro, J. L. (2011). *Escala de satisfação com o suporte social*. (1nd ed.). Placebo Editora LDA
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano*. (8th ed., pp. 435-510). Artmed Editora S.A.
- Paulino, M., Dumas-Diniz, R., Brissos, S., Brites, R., Alho, L., Simões, M. R., & Silva, C. F. (2021). COVID-19 in Portugal: exploring the immediate psychological impact on the general population. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 44–55. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1808236>
- Pietrabissa, G., & Simpson, S. G. (2020). Psychological Consequences of Social Isolation During COVID-19 Outbreak. *Frontiers in Psychology*, 11, 1–4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02201>
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The Risk for Early-Adulthood Anxiety and Depressive Disorders in Adolescents with Anxiety and

- Depressive Disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 55(1), 56–64.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.1.56>
- Pinto, A. C. S., Luna, I. T., Silva, A. A., Pinheiro, P. N. C., Braga, V. A. B., & Souza, A. M. A. (2014). Risk factors associated with mental health issues in adolescents: a integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 48(3), 555–64.
<https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300022>
- Quartilho, M. (2014). Contextos Sociais e Interpessoais. In C. B. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e comportamentos autolesivos – Dos conceitos à prática clínica* (pp. 15-31). LIDEL.
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4), 1–7. <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Razai, M. S., Oakeshott, P., Kankam, H., Galea, S., & Stokes-Lampard, H. (2020). Mitigating the psychological effects of social isolation during the covid-19 pandemic. *The BMJ*, 369, 1–5. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1904>
- Reger, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2020). Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019 - A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry*, 77(11), 1093–1094.
<https://doi.10.1001/jamapsychiatry.2020.1060>
- Rihmer, Z., Rihmer, A., & Dome, P. (2015). Suicidal behaviour in patients with mood disorders. *Evidence-based Psychiatric Care*, 1, 19–26.
http://repo.lib.semmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/7922/04_Rihmer.pdf?sequence=4
- Rose, A. J., & Rudolph, K. D. (2006). A Review of Sex Differences in Peer Relationship Processes: Potential Trade-offs for the Emotional and Behavioral Development of Girls and Boys. *Psychological Bulletin*, 132(1), 98–131.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.98>
- Santos, C. S. V. B., Pais-Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). As pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(2), 185–204.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36240202>
- Santos, N. & Neves, E. L. (2014). Adolescência e comportamentos suicidários. In C. B. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e comportamentos autolesivos – Dos conceitos à prática clínica* (pp. 225-240). LIDEL.

- Saraiva, C. B. (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31(3), 185–205. <https://www.spsuicidologia.com/generalidades/biblioteca/artigos-cientificos/82-suicidio-de-durkheim-a-shneidman-do-determinismo-social-a-dor-psicologica-individual>
- Shah, K., Mann, S., Singh, R., Bangar, R., & Kulkarni, R. (2020). Impact of COVID-19 on the Mental Health of Children and Adolescents. *Cureus*, 12(8),1–6. <https://doi.10.7759/cureus.10051>
- Silva, M., Loureiro, A., & Cardoso, G. (2016). Social determinants of mental health: a review of the evidence. *The European Journal of Psychiatry*, 30(4), 259–292. <https://scielo.isciii.es/pdf/ejpen/v30n4/original03.pdf>
- Smith, B. J., & Lim. M. H., (2020). How the COVID-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation. *Public Health Research & Practice*, 30(2), 1–4. <https://doi.org/10.17061/phrp3022008>
- Soole, R., Kólves, K., & De Leo, D. (2015). Suicide in Children: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 19(3), 285–304. <https://doi.org/10.1080/13811118.2014.996694>
- Thomas, S. P. (2020). Focus on Depression and Suicide in the Era of COVID-19. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(7), 559–559. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1769435>
- Thorisdottir, I. E., Asgeirsdottir, B. B., Kristjansson, A. L., Valdimarsdottir, H. B., Tolgyes, E. M. J., Sigfusson, J., Allegrante, J. P., Sigfusdottir, I. D., & Halldorsdottir, T. (2021). Depressive symptoms, mental wellbeing, and substance use among adolescents before and during the COVID-19 pandemic in Iceland: a longitudinal, population-based study. *The Lancet Psychiatry*, 8(8), 663–672. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00156-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00156-5)
- Van Bortel, T., Basnayake, A., Wurie, F., Jambai, M., Koroma, A. S., Muana, A. T., Hann, K., Eaton, J., Martin, S., & Nellums, L. B. (2016). Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community and international levels. *Bulletin World Health Organization*, 94(3), 210–214. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.158543>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., Selby, E. A., & Joiner T. E, Jr. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>

- Veiga, F. A., & Andrade, J. (2014). Epidemiologia e Fatores de Risco. In C. B. Saraiva (Eds.), *Depressão e Suicídio* (pp. 15-41). LIDEL.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(5), 1–25. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wang, J., Aaron, A., Baidya, A., Chan, C., Wetzler, E., Savage, K., Joseph, M., & Kang, Y. (2021). Gender differences in psychosocial status of adolescents during COVID-19: a six-country cross-sectional survey in Asia Pacific. *BMC Public Health*, *21*(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12098-5>
- Wasserman, D., Carli, V., Losue, M., Javed, A., & Herman, H. (2021). Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia Pacific Psychiatry*, *13*(3), 1–17. <https://doi.org/10.1111/appy.12452>
- Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., Klier, C. M., Ryan, N. D., Dahl, R. E., & Wickramaratne, P. (1999). Depressed Adolescents Grown Up. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, *281*(18), 1707–1713. <https://doi.org/10.1001/jama.281.18.1707>
- Wiebenga, J. X. M., Dickhoff, J., Mérelle, S. Y. M., Eikelenboom, M., Heering, H. D., Gilissen, R., Oppen, P. V., & Penninx, B. W. J. H. (2021). Prevalence, course, and determinants of suicide ideation and attempts in patients with a depressive and/or anxiety disorder: A review of NESDA findings. *Journal of Affective Disorders*, *283*, 267–277. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.053>
- World Health Organization. (2020a). *Coronavirus*. https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- World Health Organization. (2020b, March 11). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19*. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- World Health Organization. (2021a, June 17). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- World Health Organization. (2021b, November 17). *Adolescent mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

World Health Organization. (2021c). *Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates* [Brochure]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

World Health Organization. (2022, January 6). *Adolescent health*. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Anexos

Anexo A – Questionário sociodemográfico

Questionário sociodemográfico

1. Idade _____
2. Sexo _____
3. Situação profissional/ocupação _____
4. Último ano completo de escolaridade _____
5. No caso de seres estudante, indica o ano de escolaridade que frequentas atualmente ____
6. Localidade de residência _____
7. Com quem vives? (sozinho, pais, irmãos, pai, mãe, outros familiares, colegas/amigos, etc.). _____
8. Tens alguma doença? Sim Não
9. Tens alguma perturbação mental? Sim Não
10. Fazes algum tipo de medicação? Sim Não
11. Tens acompanhamento psicológico? Sim Não
12. Sentes que o teu bem-estar psicológico se alterou com a pandemia? Sim Não
13. Conheces/conheceste alguém que se tenha suicidado? Sim Não
- 13.1. Se sim, qual o grau de proximidade? (amigo, pai, mãe, tio, avó, avô)

14. Como te defines do ponto de vista social:
 Pouco sociável
 Muito sociável

Anexo B – Fidelidade da ESSS na amostra em estudo

Tabela 14

Fidelidade da escala ESSS na amostra em estudo

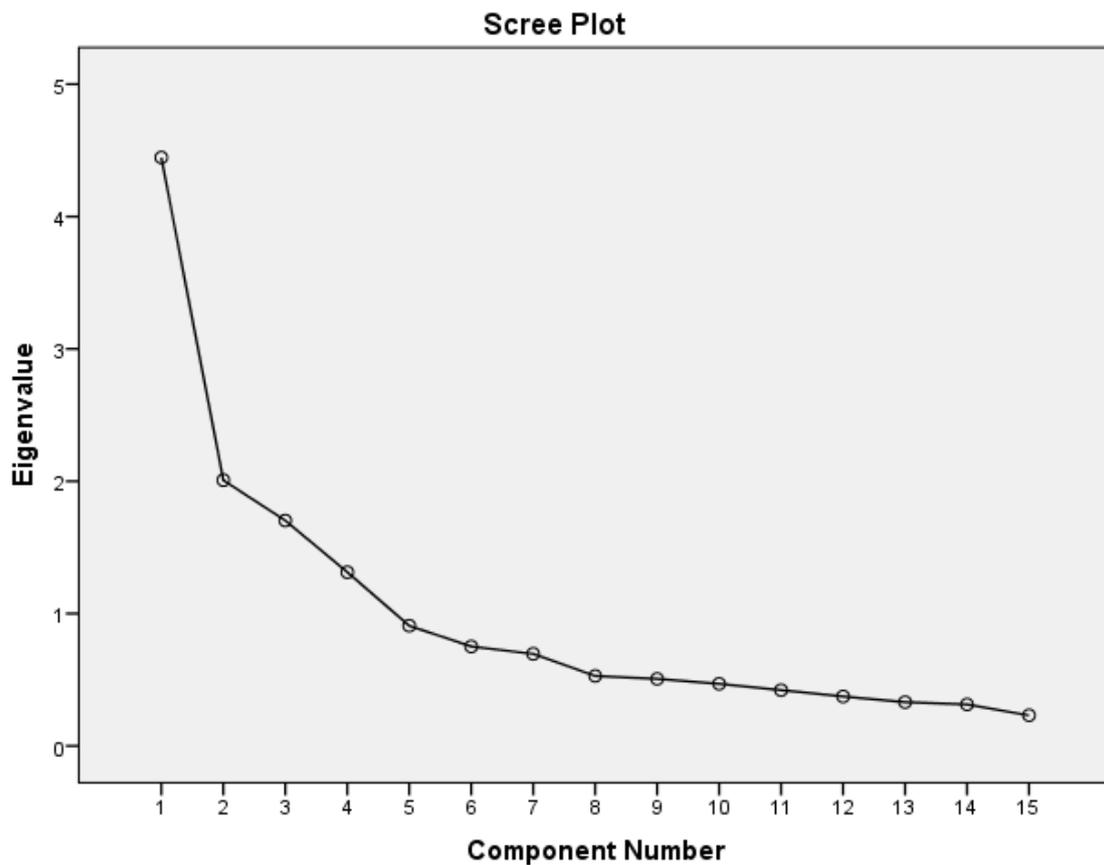
Subescalas e Escala Global	Nº de Itens	Alfa de Cronbach <i>N</i> = 179
SA	4	.72
IN	5	.75
SF	3	.80
AS	3	.68
Escala Total	15	.81

Nota. SA = Satisfação com os amigos; IN = Intimidade; SF = Satisfação com a família;
AS = Atividades sociais

Anexo C – Representação gráfica da estrutura fatorial - ESSS

Figura 1

Representação Gráfica da Estrutura fatorial ESSS



O *Scree Plot* apresenta o ponto de inflexão da curva no 5º fator: Conjugando a informação dos *eigenvalues* (superiores a 1), da variância extraída (superior a 50-60%) com o ponto de inflexão do *Scree plot*, consideramos sensato decidir a favor da solução de 4 fatores.

Anexo D – Estrutura fatorial e variância de cada fator da ESSS

Tabela 15

Estrutura fatorial com 4 fatores, variância de cada fator e consistência interna dos itens de cada fator

	Fator			
	SA	IN	SF	AS
Item 6		-.729		
Item 9		-.657		
Item 1		-.627		
Item 8		.618		
Item 7		.607		
Item 4	.771			
Item 5	.747			
Item 2	.697			
Item 3	.540			
Item 12			.880	
Item 11			.868	
Item 10			.694	
Item 14				.812
Item 13				.781
Item 15				.665
Variância (total=63.1%)	17.1%	16.1%	15.1%	14.6%
Consistência interna (Alfa de Cronbach) (total = 0.81)	0.75	0.72	0.80	0.68

Nota. N = 179. Rotação pelo método Varimax; Itens com carga superior a 0,40. Legenda: SA = Satisfação com os amigos; IN = Intimidade; SF = Satisfação com a família; AS = Atividades sociais

Anexo E – Correlações entre os itens e as subescalas da ESSS

Tabela 16

Validade Discriminante – Correlações entre os itens e as subescalas da ESSS

	Fator				
	SA	IN	SF	AS	Total
1. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	.428	.727	.274	.269	.666
2. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	.674	.447	.172	.045	.519
3. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	.771	.268	.313	.385	.615
4. Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	.814	.245	.247	.235	.553
5. Estou satisfeito com o grupo de amigos que tenho	.732	.515	.299	.087	.624
6. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	.360	.797	.382	.225	.695
7. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	.417	.714	.233	.055	.578
8. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	.308	.661	.171	.003	.479
9. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	.122	.643	.123	.055	.405
10. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	.262	.413	.792	.053	.551
11. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	.270	.179	.852	.082	.469
12. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	.344	.272	.896	.094	.557

	Fator				Total
	SA	IN	SF	AS	
13. Não saio com amigos tantas vezes como gostaria	.354	.212	.129	.751	.495
14. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	.196	.149	.051	.812	.403
15. Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.).	.137	.351	.038	.787	.332

Nota. SA = Satisfação com os amigos; IN = Intimidade; SF = Satisfação com família; AS = Atividades sociais; Total = Escala total