



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDADA EM 1963

**MESTRADO EM SAÚDE MENTAL E
PSICOINTERVENÇÕES**

Título da Dissertação:

**INFLUÊNCIA DO SUPORTE SOCIAL NA OCORRÊNCIA DE
TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM ADOLESCENTES
ACOLHIDOS NO CENTRO ARCO-ÍRIS, ZIMPETO.**

Nome do estudante: Moisés Naftal Thumbo

Faculdade de Medicina – Universidade Eduardo Mondlane

Maputo, 27 de Novembro de 2025



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDADA EM 1963

MESTRADO EM SAÚDE MENTAL E PSICOINTERVENÇÕES

**Influência do suporte social na ocorrência de Transtornos Mentais
Comuns em adolescentes acolhidos no Centro Arco-íris, Zimpeto.**

Supervisora: Prof^a. Doutora Palmira Fortunato dos Santos, PhD

Co-Supervisora: Prof^a. Doutora Sofia Marques da Silva, PhD

Faculdade de Medicina – Universidade Eduardo Mondlane

Maputo, 27 de Novembro de 2025

Declaração de originalidade do projecto

“Declaro que esta Dissertação nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau ou num outro âmbito e que ela constitui o resultado do meu labor individual e apoio das supervisoras do estudo. Esta Dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre no curso de Mestrado em Saúde Mental e Psicointervensões da Universidade Eduardo Mondlane”.

Agradecimentos

A Deus, pela saúde, proteção e pela oportunidade de frequentar este curso.

Às minhas supervisoras, Prof.^a Doutora Palmira Fortunato dos Santos e Prof.^a Doutora Sofia Marques da Silva, pela orientação na elaboração deste trabalho, pela disponibilidade e pela paciência demonstrada ao longo de todo o processo.

À minha mãe, Anastácia Mboana, e à minha avó, Catarina Djedje (em memória), por todo o apoio e dedicação em vida.

Ao meus tios, Moisés e Rosália Boane, pelo apoio incondicional, tanto financeiro como moral, em todos os momentos do meu percurso académico.

À minha namorada, Creusa Luana, pelo incentivo e confiança durante a realização do curso. Aos meus primos, Mauro Boane, Luísa Boane, Cátia Boane, Bento Mondlane, e Elton Arone Boane, pela presença e apoio constante em diferentes etapas da minha vida.

Às assistentes de pesquisa, Juliana Andissone e Rosália Cossa, pela dedicação e empenho no processo de recolha de dados.

Aos colegas de turma do curso de Mestrado em Saúde Mental e Psicointervenções, em especial Eufrásia Massango, Elisa Barros, Helder Munguambe e Ummy Nzé, pela partilha de experiências e apoio em todo curso.

A todos os profissionais do Centro Arco-Íris, em particular à Dra. Ana Zaida, pela abertura do centro para a realização deste estudo e pelo apoio prestado durante a recolha de dados. E, finalmente, a todos aqueles que, de forma directa ou indirecta, contribuíram para o êxito do meu percurso académico, deixo o meu profundo agradecimento.

Índice

Declaração de originalidade do projecto.....	3
Resumo	9
Abstract.....	10
Lista de abreviaturas	11
1. Problema	12
2. Revisão bibliográfica.....	14
2.1. Conceitos	14
2.2. Prevalência de transtornos mentais comuns	16
2.2.1. Prevalência de transtornos mentais comuns a nível global	16
2.2.2. Prevalência de transtornos mentais comuns a nível regional	18
2.2.3. Prevalência de transtornos mentais comuns Moçambique.....	19
2.3 Factores de vulnerabilidade em adolescentes para ocorrência de transtornos mentais comuns	20
2.4. Tipos e fontes de suporte social	23
2.5. Efeitos do suporte social na saúde mental.....	24
2.6. Relação entre suporte social e saúde mental	25
2.7. Abordagens sobre desenvolvimento da adolescência	26
2.8. Teoria do vínculo emocional ou apego.....	29
2.9. Teoria de buffering social.....	30
2.10. Perspectiva Socioecológica da Resiliência do Adolescente.....	31

2.11. Políticas de Proteção à Infância e Adolescência.....	31
3. Questões de Pesquisa	33
4. Objectivos	33
4.1. Objectivo Geral.....	33
4.2. Objectivos Específicos.....	33
5. Metodologia.....	34
5.1. Tipo/desenho de estudo.....	34
5.2. Local do estudo.....	34
5.3. Período do estudo.....	34
5.4. População do estudo	34
5.5. Amostra.....	34
5.6. Amostragem ou modo de selecção dos participantes.....	35
5.6.1 Critérios de Inclusão	35
5.6.2. Critérios de Exclusão	35
5.7. Procedimentos, técnicas e instrumentos de colecta/recolha de dados.....	36
5.8. Plano de gestão e análise de dados	37
5.9. Variáveis do estudo.....	38
6. Considerações éticas	39
6.1. Normas éticas seguidas e comité que aprovou o estudo	39
6.2. Recrutamento e Consentimento informado.....	39
6.3. Avaliação de benefícios e riscos e como estes serão minimizados.....	40

6.4. Confidencialidade/privacidade/anonimato	40
7. Equipa do Estudo	41
8. Limitações do estudo	42
9.Resultados	43
9.1. Perfil Sociodemográfico dos participantes	43
9.2 Nível de satisfação com suporte social dos adolescentes acolhidos no Centro Arco-íris, Zimpeto	44
9.3. Frequência de transtornos mentais comuns apresentados pelos adolescentes acolhidos no Centro Arco-íris, Zimpeto	44
9.4. Relação entre o nível suporte social e transtornos mentais comuns apresentados pelos adolescentes.....	46
9.4.1 Associação entre Satisfação Social e Depressão	46
9.4.2. Associação entre Satisfação Social e Ansiedade	47
9.4.4 Associação entre Satisfação Social e Stress	48
10. Discussão	50
11. Conclusões	54
12. Recomendações.....	55
Referências Bibliográficas.....	56
Apêndices.....	63
Escala de satisfação com o suporte social.....	64
Patient Health Questionnaire (PHQ-9).....	66
General Anxiety Disorder (GAD-7).....	68

Escala do stress percebido	69
Anexos.....	71
Termo de Consentimento Livre e Informado	72
Declaração do consentimento informado	76
Carta de cobertura pelo local de estudo	77
Carta de aprovação ética do estudo	78
Certificado de participação em jornadas científicas I	79
Certificado de participação em jornadas científicas II	80
Comprovativo de submissão de manuscrito na revista BMC Psychology.....	81
Comprovativo de pré-impressão do manuscrito.....	82
Declaração do Supervisor Autorizando a Submissão de Dissertação	83

Resumo

Os transtornos mentais comuns (TMCs), constituem um dos principais problemas de saúde pública global, caracterizados sobretudo por sintomas de ansiedade, depressão e stress, com elevada prevalência em adolescentes. Ocorrem especialmente em contextos de vulnerabilidade social e com suporte social rompido. Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar a influência do suporte social provido institucionalmente na ocorrência de transtornos mentais comuns em adolescentes acolhidos no Centro Arco-Íris de Zimpeto, em Maputo.

Métodos: Optou-se por realizar um estudo com uma abordagem quantitativa, de desenho transversal, realizado entre junho e julho de 2025, com um grupo de 45 adolescentes de idades entre 14 e 17 anos. Para a recolha de dados foi aplicada a Escala de Satisfação com o Suporte Social, PHQ-9, GAD-7 e PSS-10. A análise foi conduzida com o SPSS 22, recorrendo-se a estatística descritiva, testes de associação (Qui-quadrado e Fisher), correlação de *Pearson* e estimativas de risco relativo.

Resultados: Os resultados mostraram que mais de metade dos adolescentes 53,3%, apresentaram satisfação social moderada e 46,7% elevada. Em relação aos transtornos mentais comuns, observou-se predominância de sintomas leves de depressão 73,3, ansiedade leve 71,1% e baixo nível de stress 75,6%. As análises inferenciais no intervalo de confiança de 95%, revelaram associações significativas entre maiores níveis de satisfação social e menores níveis de depressão ($\chi^2=14,318$; $p<0,001$), ansiedade ($\chi^2=15,996$; $p<0,001$) e stress ($\chi^2=8,259$; $p=0,004$), sugerindo a influência de suporte social na ocorrência de transtornos mentais comuns.

Conclusão: O suporte social exerce efeito protector na saúde mental dos adolescentes acolhidos, parecendo associar-se a menores níveis de depressão, ansiedade e stress, esses resultados sugerem a necessidade de se continuar o investimento na qualidade deste tipo de instituições.

Palavras-chave: *suporte social; adolescentes; transtornos mentais comuns;*

Abstract

Common Mental Disorders (CMDs), represent one of the main global public health problems, primarily characterized by symptoms of anxiety, depression, and stress, with high prevalence among adolescents. They occur especially in contexts of social vulnerability and disrupted social support. In this context, the present study aimed to analyze the influence of institutionally provided social support on the occurrence of common mental disorders among adolescents sheltered at the *Centro Arco-Íris* in Zimpeto, Maputo.

Methods: A cross-sectional quantitative study was conducted between June and July 2025, involving 45 adolescents aged 14 to 17 years. Data collection employed the Social Support Satisfaction Scale, PHQ-9, GAD-7, and PSS-10. Data analysis was performed using SPSS 22, applying descriptive statistics, association tests (Chi-square and Fisher's exact test), Pearson's correlation, and relative risk estimates.

Results: Findings revealed that more than half of the adolescents 53.3% reported moderate social support satisfaction, while 46.7% reported high satisfaction. Regarding common mental disorders, mild depressive symptoms were predominant 73.3%, followed by mild anxiety 71.1% and low stress levels 75.6%. Inferential analyses at the 95% confidence interval showed significant associations between higher levels of social support satisfaction and lower levels of depression ($\chi^2=14.318$; $p<0.001$), anxiety ($\chi^2=15.996$; $p<0.001$), and stress ($\chi^2=8.259$; $p=0.004$), suggests the influence of social support on the occurrence of common mental disorders.

Conclusion: Social support exerts a protective effect on the mental health of sheltered adolescents, being associated with lower levels of depression, anxiety, and stress. These results suggest the need for continued investment in the quality of such institutions.

Keywords: *social support; adolescents; common mental disorders*

Lista de abreviaturas

GAD-7	<i>Generalized Anxiety Disorder-7</i>
GHQ	<i>Global Health Questionnaire</i>
MISAU	Ministério da Saúde
MINI	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire-9</i>
PSS-10	Escala de Percepção de Stress -10
TMCs	Transtornos Mentais Comuns
UEM	Universidade Eduardo Mondlane

1. Problema

De acordo com Murcho, Pacheco e Jesus (2016), os transtornos mentais comuns (TMCs) são considerados como um dos maiores problemas de saúde pública. Essa categoria de transtornos pode condicionar e diminuir a qualidade de vida das pessoas afectadas, acarretando também encargos económicos na sociedade, principalmente devido aos custos indirectos relacionados com o absentismo por doença, reformas prematuras e morte precoce. Para além disso, os distúrbios depressivos podem influenciar significativamente os resultados da comorbilidade de doenças médicas como problemas cardíacos, diabetes e cancro e de serem suscetíveis de originar disfunções ao nível familiar e de ter riscos de doença física ou mental nos seus membros (Murcho, Pacheco e Jesus 2016).

As perturbações mentais comuns compreendem uma série de condições angustiantes caracterizadas por ansiedade e depressão que são frequentemente observadas nos cuidados primários e em contextos comunitários. Estas perturbações têm uma elevada prevalência na população mundial, de cerca de 4,4% de depressivos e 3,6% de ansiosos. Os adolescentes são especificamente mais susceptíveis de sofrer com essas perturbações. Em países em desenvolvimento, estima-se que 10-20% de adolescentes são afectados pelos TMCs (Asrullah *et al.*, 2022).

A literatura demonstra de forma consistente que qualidade do suporte social dos adolescentes pode influenciar na ocorrência de transtornos mentais comuns, isto é, o apoio social tem efeitos mediadores na protecção e promoção de saúde mental. O suporte social é um factor de redução do impacto de acontecimentos que causam stress, bem como de transtornos psicológicos como é o caso da depressão, esquizofrenia e ansiedade e apresenta como benefícios a modificação da avaliação de ameaça dos eventos de vida, o incremento da auto-estima, a redução de ansiedade e depressão e potencia a adopção de estratégias de *coping* adaptativas (Rodrigues 2009; Ferreira 2017 e Ornelas 2008).

No contexto do presente estudo, o Centro Arco-Íris de Zimpeto, relatou que acolhe adolescentes que vivenciaram o rompimento ou a ausência de vínculos de suporte social, provenientes, em sua maioria, de contextos de negligência, abandono ou situações de vulnerabilidade familiar. Considerando a literatura anteriormente citada, essa realidade coloca-os em risco acrescido para o desenvolvimento de transtornos mentais comuns.

Apesar dos avanços na investigação internacional sobre a relação entre suporte social e transtornos mentais comuns, observa-se uma escassez significativa de estudos que abordem essa temática no contexto moçambicano, especialmente entre adolescentes em situação de acolhimento institucional. No entanto estudos recentes de transtornos mentais de forma global indicam que os transtornos mentais comuns apresentam maior prevalência quando comparados a outras categorias de transtornos mentais (Lovero et al., 2022; Muanido et al., 2023).

Diante desse cenário, tornou-se pertinente investigar a seguinte questão orientadora:

- Qual é a influência de suporte social na ocorrência de transtornos mentais comuns em adolescentes acolhidos no Centro Arco-Íris, Zimpeto?

2. Revisão bibliográfica

2.1. Conceitos

Transtornos mentais comuns

Transtornos Mentais Comuns (TMCs) é um conceito criado para designar um conjunto de sintomas não psicóticos que habitualmente estão relacionados com quadros sub-clínicos de ansiedade, depressão e stress (Murcho, Pacheco e Jesus, 2016 & Asrullah *et al.*, 2022).

Ansiedade

Ansiedade é o medo excessivo manifestado em distúrbios comportamentais relacionados, sintomas que são graves o suficiente para resultar em sofrimento significativo ou prejuízo significativo na vida pessoal, familiar, educacional, ocupacional ou em outras áreas sociais importantes de funcionamento (OMS, 2018).

Para American Psychiatric Association (2013), a ansiedade é caracterizada pela antecipação de uma ameaça futura, com implicações que afectam significativamente a capacidade funcional do indivíduo.

Depressão

Depressão, ou distúrbios depressivos, é a manifestação de humor depressivo (por exemplo, triste, irritável, vazia) ou perda de prazer acompanhado por outros sintomas cognitivos, comportamentais, ou neurovegetativos que afectam significativamente a capacidade do indivíduo para funcionar (OMS, 2018).

Por outro lado, a depressão é vista como a presença de um humor triste, vazio ou irritável, acompanhado por alterações somáticas e cognitivas que afectam significativamente a capacidade funcional do indivíduo (American Psychiatric Association, 2013).

Stress

Stress é a resposta resultante da exposição de um evento traumático, ou uma série de experiências adversas (OMS, 2018).

Para Selye (2017), o stress possui um significado distinto consoante o contexto em que é analisado. No âmbito das ciências comportamentais, o stress é entendido como a percepção de ameaça, acompanhada de ansiedade, desconforto, tensão emocional e dificuldade de ajustamento. No contexto grupal, a ausência de estrutura ou a perda de um ponto de referência (“âncora”) torna difícil ou mesmo impossível que o grupo consiga lidar com as

exigências da situação.

Suporte social

Suporte social é definido como sendo a informação que faz com que uma pessoa acredite que alguém se importa com ela, que é estimada, amada e valorizada, fazendo parte de uma rede de apoio mútuo (Seidl, Miyazaki, Ramos-Cerqueira e Domingos, 2018).

Por outro lado, Ribeiro (2011), afirma que suporte social é a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós.

Ornelas (2008), define o suporte social como factores que existem no meio que contribuem para um percurso favorável para a minimização das problemáticas ligadas à doença mental.

No estudo conduzido por Islam e Iqbal (2008), o suporte social é compreendido como um processo por meio do qual ajuda é fornecida aos indivíduos, envolvendo características do ambiente social, dos participantes, das interações estabelecidas e das percepções sobre essas transações. Os autores destacam que o suporte social está relacionado à percepção de conforto, cuidado, valorização e ajuda recebida de outras pessoas ou grupos sociais.

Resiliência

Resiliência é um termo compreendido como sendo um conjunto de processos intrapsíquicos e sociais que favorecem um desenvolvimento sadio, mesmo que o indivíduo esteja inserido num ambiente desadaptativo (Haack *et al.*, 2012).

Por outro lado a resiliência é vista como a capacidade do ser humano responder de forma positiva às demandas da vida quotidiana, apesar das adversidades que enfrenta ao longo de seu desenvolvimento (Silva, Elsen, & Lacharité, 2003).

Adolescência

A adolescência é uma das fases do desenvolvimento humano, entre a infância e a idade adulta, caracterizada por inúmeras transformações biológicas, fisiológicas, cognitivas e psicossociais (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

Por outro lado, a adolescência, é definida como sendo o período da vida compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade, caracterizado por mudanças físicas, psicológicas e sociais significativas que marcam a transição da infância para a idade adulta (World Health Organization, 2014).

Ainda sobre a adolescência, para Haack *et al.* (2012), é uma das fases do ciclo vital de maiores mudanças e transformações que provém do latim *adolescere* que significa um período de crescimento e desenvolvimento para atingir a fase adulta, caracterizada por maiores mudanças e transformações no ser humano.

Vulnerabilidade

O termo vulnerabilidade surgiu na década de 1990, derivado do latim *vulnus*, que significa “ferida”. Refere-se à susceptibilidade de indivíduos a experiências negativas ao longo do desenvolvimento (Haack *et al.*, 2012).

Para estes autores, vulnerabilidade é uma situação em que um indivíduo está em risco de situações adversas.

2.2. Prevalência de transtornos mentais comuns

2.2.1. Prevalência de transtornos mentais comuns a nível global

Os distúrbios emocionais são frequentes durante a adolescência, configurando-se como um grande problema de saúde mental nessa fase do desenvolvimento. Entre esses distúrbios, os transtornos de ansiedade, que envolvem episódios de pânico ou preocupação excessiva apresentam a maior prevalência, sendo mais comuns entre adolescentes mais velhos em comparação aos mais jovens. Estima-se que cerca de 4,1% de adolescentes com idades entre 10 e 14 anos e 5,3% dos adolescentes entre 15 e 19 anos apresentem algum transtorno de ansiedade (WHO, 2025).

A Organização Mundial de Saúde (2025), afirma que a depressão também se manifesta de forma significativa nessa faixa etária, afectando aproximadamente 1,3% dos adolescentes entre 10 e 14 anos e 3,4% daqueles com idades entre 15 e 19 anos. Os transtornos depressivos e ansiosos compartilham diversos sintomas, incluindo alterações rápidas e inesperadas de humor, o que pode dificultar o diagnóstico diferencial.

Tanto os transtornos de ansiedade quanto os depressivos podem impactar negativamente a frequência escolar e o desempenho acadêmico dos adolescentes. Além disso, o isolamento social tende a intensificar sentimentos de solidão, agravando o quadro clínico. Em casos mais graves, a depressão pode evoluir para comportamentos suicidas, configurando-se como um grave problema de saúde pública (WHO, 2025).

Moyo *et al.* (2025), alega que há evidências epidemiológicas indicam elevada prevalência de depressão e a ansiedade na faixa etária de 15 a 19 anos, apresentando maior incidência a partir do meio para o final da adolescência e no início da idade adulta. Apesar de sua manifestação precoce, esses quadros são frequentemente diagnosticados apenas na idade adulta, o que pode retardar o acesso ao tratamento adequado.

As consequências associadas aos transtornos mentais comuns são amplas e duradouras, incluindo recorrência dos sintomas, maior vulnerabilidade ao uso de substâncias psicoativas, risco aumentado de comportamento suicida e prejuízos significativos no funcionamento social e físico. O risco de desenvolvimento desses transtornos ao longo da vida é elevado nos adolescentes, variando de acordo com factores individuais e contextuais, o que reforça a necessidade de estratégias de prevenção, identificação precoce e intervenção em saúde mental direcionadas à população adolescente (Moyo *et al.*, 2025).

Uma meta-análise conduzida por Silva *et al.* (2020), avaliou a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) em adolescentes a nível global, onde um total de 43 estudos foram incluídos. Entre os estudos que adoptaram o ponto de corte 3 do Questionário Global de Saúde (*Global Health Questionnaire – GHQ*), a prevalência de TMCs em adolescentes foi de 31,0% (IC 95% 28,0–34,0; $I^2 = 97,5\%$) e foi mais prevalente entre meninas.

Nos estudos que utilizaram o ponto de corte 4 do GHQ, a prevalência de TMCs foi de 25,0% (IC 95% 19,0–32,0; $I^2 = 99,8\%$). Esses achados destacam a importância de incluir a saúde mental como componente essencial da saúde na adolescência e a necessidade de implementar o rastreio de TMC como primeiro passo na prevenção e no controle de transtornos mentais (Silva *et al.*, 2020).

Em países de baixa renda estima-se que 10-20% de adolescentes sofrem de um ou mais transtornos mentais. Cerca de 75% das perturbações mentais têm o seu início antes ou durante a adolescência, e as doenças mentais nos jovens estão associadas a maus resultados em termos de saúde, educação, sociais e económicos ao longo da vida. Apesar do elevado peso estimado das perturbações mentais nos adolescentes dos países de baixa e média renda, há uma enorme escassez de profissionais de saúde mental nestas regiões e quase não existem serviços especializados de saúde mental para crianças e adolescentes (Lovero *et al.*, 2022).

2.2.2. Prevalência de transtornos mentais comuns a nível regional

O UNICEF (2021), afirma que em África cerca de 37 milhões de adolescentes com idades entre os 10 e os 19 anos vivem com pelo menos uma perturbação mental. As estimativas sobre transtornos mentais comuns entre adolescentes africanos indicam que a ansiedade e a depressão constituem os quadros mais prevalentes nesta fase de desenvolvimento.

Em 2019, os transtornos de ansiedade representaram aproximadamente 49,7% dos transtornos mentais entre adolescentes de 10 a 19 anos, enquanto os transtornos depressivos corresponderam a cerca de 23,3%, evidenciando uma expressiva carga desses transtornos em adolescentes. Entre as adolescentes do sexo feminino, a predominância é ainda mais acentuada uma vez que os transtornos de ansiedade e depressivos, em conjunto, respondem por mais de 60% dos casos, demonstrando maior vulnerabilidade das meninas a esses quadros psicopatológicos durante a adolescência (UNICEF, 2021).

Os Transtornos Mentais Comuns na África Subsaariana, abrangem mais a depressão e a ansiedade. A prevalência de depressão e transtorno depressivo maior na região varia entre 40% e 55%. Entre crianças e adolescentes, os problemas de saúde mental são frequentes, onde 14% apresentam problemas de saúde mental e quase 10% têm transtornos psiquiátricos diagnosticáveis (Amu *et al*, 2020).

Moyo *et al.* (2025), num estudo conduzido na África do Sul, estima que a prevalência de sintomas depressivos entre adolescentes e jovens adultos é de 30,3%, enquanto sintomas de ansiedade afectam 74,2% deste grupo. No entanto, essas estimativas basearam-se em estudos com subpopulações específicas, e não em amostras comunitárias amplas. O estudo avaliou sintomas depressivos em mulheres jovens de 15 a 24 anos, um grupo que pode relatar maior prevalência de transtornos mentais comuns devido a fatores relacionados ao gênero.

2.2.3. Prevalência de transtornos mentais comuns Moçambique

Em Moçambique, a prevalência e frequência de Transtornos Mentais não é devidamente conhecida (Pires *et al*, 2019). No entanto Muanido *et al.* (2023), afirmam que em 2019, entre todas as consultas de saúde mental (incluindo internamento), 55,6% foram por epilepsia, 12,9% por esquizofrenia e 12,1% por perturbações do humor e perturbações neuróticas, mostrando uma tendência contínua para o tratamento focado principalmente em doenças mentais graves em vez de TMCs, embora a percentagem de consultas para TMCs esteja a aumentar.

No contexto Moçambicano, em termos de prevalência de Transtornos Mentais Comuns, Khan *et al.* (2022), reportam que existe uma elevada prevalência de TMC e risco de suicídio em mulheres em situação vulnerabilidade social (mulheres de baixa renda).

O Relatório Anual de Saúde Mental do Ministério da Saúde (MISAU) de 2019, apresentou 250.000 consultas de saúde mental nesse ano em Moçambique, onde 6% foram perturbações do humor (que incluem a maioria das perturbações depressivas) e 5% perturbações neuróticas, relacionadas com o stress e somatoformes (Muanido *et al*, 2023).

Um estudo feito na Cidade de Maputo por Lovero *et al.* (2021), aponta que 52% dos participantes apresentaram pelo menos um ou mais transtornos mentais com base no diagnóstico do MINI, onde 29% foram diagnosticados com Transtornos Mentais Graves, 36% com Transtorno Mentais Comuns, 14% com dependência de substâncias e 9% com risco de suicídio.

Por outro lado, um estudo realizado em ambiente de cuidados primários na província de Sofala mostrou que aproximadamente 23,9% dos pacientes adultos apresentaram ao menos um transtorno mental comum, com depressão maior (MDD) em 8,6% e ansiedade generalizada (GAD) em 13,3% (Muanido *et al.*, 2023).

Num outro estudo feito com estudantes de ciências da saúde em Nampula, durante a pandemia de COVID-19, os níveis de sofrimento psíquico foram elevados, com prevalência de 42,3% para ansiedade, 34,3% para depressão e 25,9% de comorbidade entre ambos (Pires *et al.*, 2021). No entanto a tendência verificada no estudo difere daquela dos contextos humanitários extremos, como entre deslocados internos em Cabo Delgado devido ao conflito armado, onde as prevalências estimadas são alarmantes com 63,8% dos indivíduos apresentando sintomas de depressão, 40% sintomas de ansiedade, e 74,3% sintomas de stress pós-traumático (Manafe *et al.*, 2024).

2.3 Factores de vulnerabilidade em adolescentes para ocorrência de transtornos mentais comuns

A adolescência é um período de transição, caracterizado por intensas mudanças físicas, psicológicas e sociais, fundamentais para a formação da identidade adulta. Nesse contexto, é essencial analisar possíveis situações de risco ou vulnerabilidade que possam afectar a saúde mental do adolescente. Entre os transtornos mais comuns nesse grupo destacam-se a depressão e ansiedade (Silva *et al.*, 2021).

Haack *et al.* (2012), acrescenta que os adolescentes exploram novas experiências e estabelecem relações mais próximas para além da família. Essa dinâmica pode favorecer o desenvolvimento pessoal e social, mas também aumenta a exposição a situações de risco, tornando essencial o equilíbrio entre autonomia e orientação.

Diante das relações interpessoais apontadas por Haack *et al.* (2012), a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2025), explica que a exposição a adversidades, a pressão para se conformar com os pares e a exploração da identidade. A influência da mídia e as normas de género podem exacerbar a disparidade entre a realidade vivida por um adolescente e as suas percepções ou aspirações para o futuro é um risco para desenvolvimento do stress.

Outros determinantes importantes incluem a qualidade da sua vida familiar e as relações com os pares. A violência (especialmente a violência sexual e o *bullying*), a educação severa dos pais e os problemas socioeconómicos graves são riscos reconhecidos para a saúde mental (WHO, 2025).

Haack *et al.* (2012), concordam com a WHO (2025), apontando que ao longo do desenvolvimento, os adolescentes sofrem influências positivas e negativas do meio em que estão inseridos. Crescer num contexto de pobreza, consumo de substâncias psicoativas, violência, ruptura na família de origem, perdas de pessoas importantes, rede de apoio social e afetiva fragilizada (considerados estressores) podem prejudicar o desenvolvimento biopsicossocial do adolescente.

Por outro lado, Silva *et al.* (2021), alega que os factores que podem contribuir para o surgimento de transtornos mentais em adolescentes são múltiplos. Entre eles, destacam-se:

- *Fatores biológicos*: relacionados a anormalidades no sistema nervoso central;
- *Fatores psicossociais*: associados a alterações na vida familiar e experiências de stress;
- *Fatores genéticos*: ligados à herança familiar de transtornos mentais;
- *Fatores ambientais*: que incluem condições de baixa renda, violência e outros problemas comunitários.

Factores, como questões familiares, baixa renda, histórico familiar, solidão e uso de substâncias, podem influenciar comportamentos suicidas na adolescência. O período de descoberta, interação social e experimentação com drogas ilícitas torna os adolescentes em situação de risco particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos mentais, como ansiedade, depressão, transtorno bipolar e esquizofrenia (Silva *et al.*, 2021).

Estudos anteriores, realizados tanto em países de alta quanto de baixa e média renda, identificaram factores demográficos e socioeconômicos associados a transtornos mentais comuns entre adolescentes. Esses factores incluem idade, sexo, estrutura familiar, ter filhos, frequência escolar e ocupação. Adolescentes de famílias monoparentais, por exemplo, têm maior probabilidade de experienciar sintomas depressivos e de ansiedade. Além disso, os desafios da parentalidade precoce e o equilíbrio entre educação e emprego contribuem para esses transtornos (Moyo *et al.*, 2025).

Adicionalmente, indivíduos que apresentam ausência de possibilidades e expectativas positivas para superar desafios e obstáculos podem sinalizar um agravante para a vulnerabilidade, dificultando, assim, o desenvolvimento e fortalecimento dos processos de resiliência. Esse contexto, repleto de desafios e estressores, pode comprometer o desenvolvimento biopsicossocial saudável, aumentando a probabilidade de desfechos negativos, como envolvimento com substâncias, gravidez precoce, evasão escolar e desenvolvimento de transtornos mentais (Haack *et al.*, 2012).

Organização Mundial de Saúde (WHO, 2025) e Organização Pan-Americana de saúde (2025), partilham o mesmo posicionamento com Haack *et al.* (2012), demonstrando que adolescentes apresentam maior risco de desenvolver problemas de saúde mental devido às suas condições de vida, estigma, discriminação ou exclusão, ou falta de acesso a apoio e serviços de qualidade. Estes incluem adolescentes que vivem em contextos humanitários e frágeis; adolescentes com doenças crônicas, perturbações do espectro do autismo, deficiência intelectual ou outras condições neurológicas; adolescentes grávidas, pais adolescentes ou aqueles em casamentos precoces ou forçados; órfãos; e adolescentes de minorias étnicas ou sexuais ou outros grupos discriminados.

Diante do risco e vulnerabilidade do adolescente Silva *et al.* (2021), dizem que a família pode actuar como fator protector, promovendo ambientes saudáveis que reduzem a vulnerabilidade a transtornos mentais. Por outro lado, quando o ambiente familiar expõe o adolescente a situações de risco, como violência ou uso de drogas, ele se torna mais susceptível a problemas de saúde mental.

Durante a adolescência, fase caracterizada por oscilações emocionais e busca por experimentação, adolescentes em famílias de risco podem recorrer ao uso de substâncias psicoativas como forma de lidar com conflitos internos, o que pode gerar alterações na estrutura cerebral e repercussões negativas na vida social. Promover o bem-estar psicológico e protegê-los de experiências adversas e fatores de risco que possam afectar seu potencial de prosperar não são apenas fundamentais para seu bem-estar, mas também para sua saúde física e mental na vida adulta. entre educação e emprego contribuem para esses transtornos (Moyo *et al.*, 2025).

2.4. Tipos e fontes de suporte social

Hombrados-Mendieta *et al.* (2012), analisaram o suporte social na adolescência a partir de uma perspectiva multidimensional, considerando tipos de suporte, fontes de provisão e níveis de frequência e satisfação percebidos pelos adolescentes.

Os autores distinguem três tipos principais de suporte social: o *suporte emocional*, definido como o apoio relacionado a expressões de afecto, empatia, compreensão e disponibilidade para ouvir. Esse tipo de suporte permite ao adolescente partilhar sentimentos e sentir-se emocionalmente apoiado. O *suporte instrumental* refere-se à ajuda prática e tangível, como apoio em tarefas escolares ou auxílio directo em actividades específicas. Por fim o *suporte informacional* que é a provisão de conselhos, orientações e informações úteis para lidar com problemas, decisões e tarefas do quotidiano.

O suporte instrumental apresenta níveis mais baixos de frequência quando comparado ao suporte informacional e emocional. Ainda assim, os adolescentes demonstram maior satisfação quando esse tipo de suporte é fornecido pelos pais, reforçando o papel central da família na provisão de ajuda prática durante a adolescência (Hombrados-Mendieta *et al.*, 2012).

Uma visão mais abrangente é trazida por Islam e Iqbal (2008), que referem que o suporte social pode ser categorizado em cinco tipos principais:

- *Suporte emocional*: refere-se ao apoio afetivo, empatia, cuidado e conforto emocional oferecidos ao indivíduo.
- *Suporte de estima*: relacionado ao reconhecimento, valorização pessoal e reforço da autoestima.
- *Suporte tangível ou instrumental*: envolve ajuda prática e material para lidar com necessidades concretas.
- *Suporte informacional*: diz respeito ao fornecimento de conselhos, orientações e informações úteis para enfrentar situações problemáticas.
- *Suporte de rede* – refere-se ao sentimento de pertença a uma rede social, como família, amigos ou comunidade.

No diz respeito a fontes o suporte social pode ser proveniente de diversas, incluindo família, cônjuge ou parceiro, amigos, colegas de trabalho, profissionais de saúde e organizações comunitárias. Indivíduos que percebem a existência de suporte social tendem a sentir-se amados, valorizados e integrados em uma rede social capaz de fornecer recursos, serviços e proteção em situações de necessidade (Islam & Iqbal, 2008).

Para Ribeiro (2011), o suporte social pode ser de duas fontes: informal e formal. A primeira inclui, simultaneamente, os indivíduos (familiares, amigos, vizinhos, padre, entre outros.) e os grupos sociais (Clubes, Igreja, entre outros.), que são passíveis de fornecer apoio nas actividades do quotidiano em resposta a acontecimentos de vida normativos e não-normativos. As redes de suporte social formal abrangem tanto as organizações sociais formais (hospitais, programas governamentais, serviços de saúde) como os profissionais (médicos, assistentes sociais ou psicólogos) que estão organizados para fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas (Ribeiro, 2011).

Por outro lado, Hombrados-Mendieta et al. (2012), demonstram que as fontes de suporte social variam de acordo com o tipo de apoio oferecido. Enquanto os pais, especialmente a mãe, são as principais fontes de suporte emocional e instrumental, os professores e colegas desempenham um papel central no suporte informacional. Além disso, os resultados indicam que o suporte proveniente dos colegas aumenta com a idade, aproximando-se ou superando o suporte paterno em algumas dimensões.

2.5. Efeitos do suporte social na saúde mental

Os estudos que se têm debruçado sobre a relação entre suporte social e saúde podem ser agrupados em quatro grandes categorias (Ribeiro, 2011):

- 1- O suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo stress – agrupa uma versão forte e uma versão fraca. A primeira afirma que esta variável impede que o stress afecte negativamente o indivíduo, enquanto a fraca afirma que o stress afecta toda a gente, mas que na existência de suporte social esse efeito é reduzido. O suporte social é visto como mediador ou moderador do stress;
- 2- A não existência de suporte social é fonte de stress – considera que a falta de suporte social é ela própria geradora de stress;
- 3- A perda de suporte social é um factor estressante – considera que se tem suporte social e se o perde o stress surge;

4- O suporte social é benéfico – é uma perspectiva que considera que o suporte social torna as pessoas mais fortes e em melhor condição para enfrentar as vicissitudes da vida, ou seja, que o suporte social é um recurso, quer perante, quer na ausência, de fontes de stress.

2.6. Relação entre suporte social e saúde mental

De acordo com Rodrigues (2009) & Salvador (2015), verifica-se uma grande correlação entre apoio social e saúde mental, sendo que apoio social tem efeitos mediadores na protecção e promoção de saúde mental. O suporte social é um factor que contribui para a redução do impacto de acontecimentos que causam stress, bem como de transtornos psicológicos como é caso da depressão, esquizofrenia e ansiedade.

Por outro lado, Ferreira (2017) & Pinto *et al.* (2014), defendem que o suporte social ou emocional apresenta como benefícios a modificação da avaliação de ameaça dos eventos de vida, o incremento da auto-estima, a redução de ansiedade e depressão e potencia a adopção de estratégias de *coping* adaptativas. O suporte instrumental, por sua vez, contribui para a resolução de problemas práticos e de rotina, permitindo maior disponibilidade de tempo para a adopção de estratégias de *coping* adequadas às exigências. O suporte informal permite um aumento da quantidade de informações disponíveis para o indivíduo que lhe poderão ser úteis e a obtenção de serviços necessários e o suporte avaliativo potencia a aceitação de sentimentos e fornece comparações favoráveis.

Ornelas (2008), afirma que há pessoas com doença mental que conseguem ultrapassar situações de crise sem recorrer a internamentos através do suporte proporcionado por um amigo, familiar ou por um técnico de acompanhamento, existindo também pessoas que entram em crise quando as suas ligações sociais se alteram ou desaparecem.

Por outro lado, Islam & Iqbal (2008), indicam no seu estudo que indivíduos mentalmente saudáveis apresentam maior número de fontes de suporte social, atribuem maior importância ao suporte e relatam maior satisfação com o apoio recebido quando comparados a pacientes com transtornos mentais. Os autores concluem que níveis mais elevados de suporte social estão associados a melhor saúde mental.

Além disso, o estudo evidencia uma correlação positiva entre saúde mental e as três dimensões do suporte social (número, importância e satisfação), indicando que quanto maior o suporte social percebido, melhores tendem a ser os indicadores de saúde mental (Islam & Iqbal, 2008).

Tendo em conta esta perspectiva pode-se apontar o suporte social como uma forma de intervenção ou prevenção de problemas de saúde, em que todos actores envolvidos têm um papel activo.

A revisão de literatura sobre o suporte social e saúde revela a existência de um conjunto de variáveis, tais como: intimidade nas relações de afecto, disponibilidade de ajuda familiar em situações de crise, representação maioritária a nível de grupo étnico numa determinada comunidade, atmosfera favorável em casa ou local de trabalho, existência e presença de um(a) confidente e relações positivas com os diferentes membros de família. As referidas variáveis são aplicáveis à população em geral e, em particular, às situações de doenças de coração, gravidez, depressão, isolamento ou problemas relacionados com a ansiedade (Ornelas, 2008; Assunção, 2014; Brussamarelo *et al.*, 2011).

2.7. Abordagens sobre desenvolvimento da adolescência

Abordagens Clássicas do Desenvolvimento

1. Teoria Biológica – G. Stanley Hall

A teoria biológica considera a adolescência como uma etapa de torturas, conflitos e crises, as quais seriam decorrentes especialmente dos impulsos sexuais (Franzi e Araújo, 2018). A adolescência é vista como um período de transição universal e inevitável, comparanda a um “segundo nascimento” (Senna & Dessen, 2012). Esta teoria é fundamentada na biologia e na evolução das espécies em que Hall associa o desenvolvimento do adolescente à filogênese e à ontogênese. Ele reconhece a influência da cultura e valoriza as diferenças individuais e a plasticidade do adolescente, antecipando ideias que seriam retomadas por teorias contextualistas contemporâneas (Senna & Dessen, 2012).

2. Teoria Psicanalítica – Sigmund Freud

Viola e Vorcaro (2018), compreendem que na psicanálise a adolescência é encarada como uma “tarefa” psíquica que precisa incluir, em uma mesma equação, a escolha do objecto sexual e a separação da família, com o consequente encaminhamento do jovem em direção à sociedade mais ampla.

Por outro lado, a psicanálise não identifica a adolescência como fase distinta, mas reconhece sua importância no desenvolvimento humano, descreve o adolescente como alguém que reactiva impulsos sexuais e agressivos de fases anteriores (oral, anal e edípica) na forma madura e genital. O mecanismo de defesa predominante é a intelectualização, permitindo ao adolescente deslocar interesses de questões concretas do corpo para questões abstratas. Conflitos da puberdade são normais e adaptativos, favorecendo a construção da personalidade e do papel social (Senna & Dessen, 2012).

3. Teoria Psicossocial – Erik Erikson

Franzi e Araújo (2018) e Schoen-Ferreira, Aznar-Farias e Silveiras (2003), indicam que Erik Erikson contribuiu para o delineamento da concepção de adolescência ao postular uma teoria psicossocial do desenvolvimento. O autor referiu-se à adolescência como fase marcada pela “crise de identidade”, caracterizada pela dinâmica do conflito. Erikson destacou o conceito de moratória social, compreendendo a adolescência como uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, um momento preparatório no qual, diante dos conflitos enfrentados para a constituição da identidade, o adolescente protela o comprometimento com as tarefas do mundo adulto e, neste processo, vai provando diferentes papéis sociais como forma de descobrir o que e como deseja ser, ou seja, vai formando sua identidade.

O desenvolvimento da adolescência integra a interação entre dimensões biológicas, intelectuais, socioculturais e históricas. Na adolescência, a crise central é o desenvolvimento da identidade, influenciado por experiências sociais e encorajamento. Adolescentes que recebem suporte adequado emergem com maior senso de autonomia e identidade (Senna & Dessen, 2012).

4. Teorias Socioculturais – Margaret Mead

Estudos antropológicos questionam a universalidade da ideia de turbulência no adolescente e defendem que a experiência da adolescência não é universal nem biologicamente determinada, mas profundamente moldada pela cultura e pelos modos de organização social. A rebeldia à autoridade parental e ao idealismo juvenil e conflitos variam conforme a cultura e o estilo de vida (Senna & Dessen, 2012; Viola e Vorcaro, 2018).

5. Teoria Cognitiva – Jean Piaget

Piaget enfatiza o desenvolvimento do pensamento formal. Mudanças cognitivas explicam comportamentos adolescentes que preocupam adultos. O adolescente desenvolve formas próprias de compreender a realidade e constrói sistemas éticos, filosóficos e políticos, buscando adaptar e transformar o mundo ao seu redor (Senna & Dessen, 2012).

Adolescência é o ponto mais alto do processo de evolução. Assim, o adolescente é capaz de operar a partir do pensamento lógico-formal e aproximar-se cada vez mais do modelo científico e lógico (Franzi e Araújo, 2018).

Visão Contextualista do Desenvolvimento

A partir da década de 1970, estudos empíricos desvincularam-se de modelos clássicos e surgiram abordagens contextualistas, que enfatizam a interação dinâmica entre indivíduo e ambiente, considerando o tempo, o espaço e o contexto socio-histórico. O desenvolvimento humano passou a ser visto como (Senna & Dessen, 2012):

- Contínuo e plástico: sujeito a mudanças sistemáticas em qualquer fase da vida;
- Recíproco: resultado da interação entre forças internas e externas (co-ação);
- Probabilístico e epigenético: fatores biológicos e contextuais interagem constantemente, moldando o desenvolvimento;

Dentre as orientações teóricas que representam essa perspectiva do desenvolvimento, destaca-se a teoria do curso de vida e a abordagem bioecológica de Bronfenbrenner.

1. Teoria do Curso de Vida

Esta abordagem identifica estágios de vida (infância, adolescência, idade adulta e velhice) e enfatiza aspectos temporais, contextuais e processuais do desenvolvimento (Senna & Dessen, 2012). Mudanças históricas, geográficas e ambientais influenciam o desenvolvimento em múltiplos níveis: macro (sociedade), intermediário (comunidade) e proximal (família e escola). Os indivíduos, como agentes ativos, interpretam experiências e

influenciam seu próprio desenvolvimento (Senna & Dessen, 2012).

2. Abordagem Bioecológica

O adolescente é visto como sujeito activo do seu desenvolvimento, em interação com um conjunto hierárquico de sistemas (Senna & Dessen, 2012):

- Microsistema: relações directas, como família e amigos;
- Mesossistema: interações entre microsistemas;
- Exossistema: contextos indirectos que influenciam o adolescente;
- Macrossistema: cultura, normas e valores sociais.

A família continua sendo o principal microsistema, promovendo o desenvolvimento de competências sociais, compreensão de valores e engajamento em papéis sociais complexos, através de processos proximais de diálogo, negociação e troca de opiniões (Senna & Dessen, 2012).

2.8. Teoria do vínculo emocional ou apego

A Teoria do Apego de Bowlby, conforme Dalbem e Dell’Aglío (2005), fornece um referencial teórico fundamental para compreender o desenvolvimento emocional e social de crianças e adolescentes. Segundo os autores, o apego é definido como um vínculo emocional duradouro estabelecido entre o indivíduo e figuras de cuidado, que serve como base para segurança e exploração do ambiente.

A teoria destaca que a qualidade desses vínculos influencia diretamente na formação dos modelos internos de funcionamento representações cognitivas e afetivas que orientam expectativas, comportamentos e relações interpessoais futuras e são fundamentais para o desenvolvimento emocional saudável e para a resiliência (Dalbem & Dell’Aglío, 2005).

No contexto da adolescência, períodos de transição e instabilidade, como o acolhimento institucional, tornam o apego seguro especialmente relevante. Vínculos seguros com familiares, cuidadores ou mentores contribuem para a regulação emocional, promovem resiliência e favorecem o desenvolvimento de habilidades sociais e de enfrentamento de stress (Dalbem & Dell’Aglío, 2005). Por outro lado, vínculos inseguros ou inconsistentes podem aumentar vulnerabilidades emocionais e comportamentais, impactando negativamente a saúde mental do adolescente.

2.9. Teoria de *buffering* social

A teoria de *buffering* social proposta por Cohen e Wills (1985), examina a relação entre stress, suporte social e saúde mental, buscando compreender como o suporte social pode influenciar o impacto do stress sobre o bem-estar psicológico. Segundo os autores, o stress é definido como uma resposta psicológica e fisiológica a eventos percebidos como ameaçadores ou desafiadores, e está fortemente associado a desfechos negativos na saúde, incluindo transtornos emocionais e físicos.

Os autores constataram que pessoas com cônjuges, amigos e familiares que fornecem recursos psicológicos e materiais têm melhor saúde do que aquelas com menos contatos sociais de apoio (Cohen & Wills, 1985).

O suporte social é conceituado como recursos fornecidos por outros, podendo ser de natureza emocional (empatia, cuidado, compreensão), instrumental (ajuda prática ou financeira), informacional (conselhos, orientação) ou de avaliação (feedback positivo e encorajamento). A presença de suporte social pode desempenhar dois papéis principais (Cohen & Wills, 1985):

1. *Modelo directo (Main Effect Model)*: O suporte social contribui de forma directa e contínua para a saúde e bem-estar, independentemente da presença de stress. Ou seja, indivíduos com redes de apoio fortes tendem a apresentar melhores resultados psicológicos e físicos em geral.
2. *Modelo de amortecimento (Buffering Hypothesis)*: O suporte social actua como um “amortecedor” frente ao stress, reduzindo o impacto negativo de eventos estressores na saúde mental. Nesse modelo, o suporte social é particularmente benéfico em situações de alto stress, funcionando como um recurso que protege o indivíduo da sobrecarga emocional. Por exemplo, pessoas que enfrentam perdas, doenças ou conflitos significativos podem apresentar menor ansiedade ou depressão quando possuem apoio social adequado.

A hipótese do amortecimento é fundamentada na ideia de que o suporte social ajuda o indivíduo a interpretar eventos estressantes de maneira menos ameaçadora, fornece estratégias de enfrentamento adaptativas e promove senso de pertencimento e segurança (Cohen & Wills, 1985).

2.10. Perspectiva Socioecológica da Resiliência do Adolescente

Ungar (2008), propõe uma reconcepção teórica da resiliência como um fenómeno socioecológico, que vai além das explicações tradicionais centradas apenas em características individuais. A resiliência depende tanto da capacidade dos indivíduos de navegar e negociar recursos psicológicos, sociais, culturais e materiais que sustentam o bem-estar, quanto da capacidade das famílias, comunidades e culturas em fornecer esses recursos de maneira significativa culturalmente. Essa perspectiva amplia o conceito tradicional, incorporando a dimensão cultural como essencial para compreender como jovens enfrentam adversidades.

O autor apresenta quatro proposições centrais: (1) existem aspectos universais e específicos de cultura que influenciam a resiliência; (2) a influência desses fatores varia conforme o contexto cultural; (3) os factores que contribuem para a resiliência interagem em padrões que refletem contextos culturais particulares; e (4) as tensões entre o indivíduo e o ambiente são resolvidas de formas específicas às circunstâncias socioculturais. Esses pontos mostram que a resiliência não é um atributo fixo do indivíduo, mas sim um processo dinâmico e contextualizado pelo ambiente social e cultural (Ungar, 2008).

2.11. Políticas de Proteção à Infância e Adolescência

O UNICEF (2011) destaca que políticas de proteção à infância e adolescência são fundamentais para garantir o desenvolvimento saudável e a segurança de crianças e adolescentes, especialmente em contextos de vulnerabilidade social. Tais políticas incluem medidas para prevenir abuso, negligência e exploração, bem como programas de promoção do bem-estar psicológico e suporte social.

Essas políticas têm como objectivo criar ambientes seguros e estáveis, onde crianças e adolescentes possam desenvolver vínculos afetivos saudáveis, habilidades socioemocionais e resiliência. O fortalecimento da rede de proteção social família, escola e comunidade é essencial para fornecer recursos e apoio contínuo, funcionando como factor protector frente a adversidade (UNICEF, 2011).

Em Moçambique, os centros de acolhimento são regulamentados pelo Diploma Ministerial n.º 278/2010, de 31 de dezembro, que estabelece as normas de funcionamento, os princípios orientadores e a proteção integral destinada às crianças em situação difícil (BR N° 52, 2010).

De acordo com este Diploma Ministerial, os centros de acolhimento têm como principais

objetivos:

- a) Garantir a proteção e assistência à criança desprovida do ambiente familiar e que, devido a essa situação, se encontra em risco de marginalização;
- b) Acolher e prestar atendimento à criança propensa à marginalização, assegurando condições básicas de segurança e bem-estar;
- c) Proporcionar educação, escolarização e formação socioprofissional, de modo a favorecer o desenvolvimento de competências e autonomia;
- d) Oferecer conhecimentos e condições adequadas para o crescimento integral e harmonioso da criança, promovendo o desenvolvimento das capacidades necessárias para a sua plena integração na vida em sociedade.

3. Questões de Pesquisa

1. Qual é o nível de satisfação com suporte social dos adolescentes acolhidos no Centro Arco-íris, Zimpeto?
2. Quais são transtornos mentais comuns apresentados pelos adolescentes acolhidos no Centro Arco-íris, Zimpeto?
3. Qual é a relação entre nível suporte social e transtornos mentais comuns apresentados pelos adolescentes?

4. Objectivos

4.1. *Objectivo Geral*

- Analisar a influência de suporte social na ocorrência de transtornos mentais comuns em adolescentes acolhidos no Centro Arco-Íris, Zimpeto.

4.2. *Objectivos Específicos*

- Identificar o nível de satisfação com suporte social dos adolescentes acolhidos no Centro Arco-íris, Zimpeto.
- Avaliar a frequência de transtornos mentais comuns apresentados pelos adolescentes acolhidos no Centro Arco-íris, Zimpeto;
- Verificar a relação entre o nível suporte social e transtornos mentais comuns apresentados pelos adolescentes.

5. Metodologia

5.1. Tipo/desenho de estudo

O estudo desenvolveu-se de acordo com uma abordagem quantitativa e de desenho transversal, que foi utilizada para coletar e analisar dados numéricos, permitindo avaliar a relação entre o suporte social e a ocorrência de transtornos mentais comuns em adolescentes acolhidos no Centro Arco-íris, Zimpeto, de forma objetiva e sistemática.

O desenho transversal implica que os dados foram coletados em um único momento no tempo, capturando informações sobre o suporte social e os transtornos mentais comuns simultaneamente.

5.2. Local do estudo

O estudo foi realizado no centro de acolhimento Arco-Íris, que é uma organização missionária cristã interdenominacional que fornece ajuda humanitária na África, Américas, Ásia, Europa e Oriente Médio, é situado na capital de Moçambique, Maputo, Estrada Nacional N1, Bairro Zimpeto e alberga actualmente cerca de 105 adolescentes e crianças, 15 missionários e 150 funcionários a tempo inteiro e parcial(Iris Global, 2025).

5.3. Período do estudo

O estudo foi realizado no período de Junho e Julho de 2025, após aprovação do projecto pelo Comité de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane.

5.4. População do estudo

A população do estudo foi constituída por quarenta e cinco (45) adolescentes acolhidos no centro Arco-Íris de Zimpeto.

5.5. Amostra

O presente estudo recorreu a realização de um censo, incluindo a totalidade da população-alvo acessível no período de colecta, que foi composta pelos 45 adolescentes acolhidos no Centro Arco-Íris. Essa escolha justifica-se pelo tamanho reduzido e delimitado da população de natureza específica, vulnerável e de difícil acesso.

Em Moçambique, o número de adolescentes acolhidos em instituições formais é relativamente reduzido, uma vez que o sistema de acolhimento não cobre toda a população infanto-juvenil em situação de risco ou vulnerabilidade social.

Muitas crianças e adolescentes ainda permanecem em contextos familiares frágeis, informais ou não institucionalizados. Além disso, as instituições existentes enfrentam limitações estruturais, operacionais e financeiras que restringem sua capacidade de atendimento.

O Centro Arco-Íris, local do estudo que é uma referência nacional no acolhimento de adolescentes e crianças, relatou durante o período da pesquisa, dificuldades na admissão de novas crianças e adolescentes, em razão da escassez de recursos e da lotação do espaço disponível. Por essa razão, a amostra do presente estudo foi limitada à totalidade dos adolescentes efetivamente acolhidos na instituição no momento da coleta, totalizando 45 participantes.

5.6. Amostragem ou modo de selecção dos participantes

Os participantes do estudo foram selecionados por meio de censo, ou seja, todos os adolescentes acolhidos no Centro Arco-Íris durante o período de colecta de dados foram incluídos na pesquisa.

5.6.1 Critérios de Inclusão

- Faixa etária: Adolescentes entre 14 a 17 anos;
- Residência no Centro Arco-Íris: Adolescentes que estão acolhidos no centro por pelo menos 3 meses;
- Termo de Consentimento Livre e Informado assinado pelo responsável legal.

5.6.2. Critérios de Exclusão

- Condições psicológicas incapacitantes: presença de déficits cognitivos graves que possam comprometer a resposta aos instrumentos.
- Condições clínicas severas: Adolescentes com diagnóstico prévio de transtornos mentais graves, como esquizofrenia, transtorno bipolar, ou outros que possam confundir os resultados relacionados aos Transtornos Mentais Comuns (TMC);
- Limitações cognitivas ou linguísticas: Adolescentes com deficiência cognitiva ou

dificuldade de compreensão do idioma usado nos instrumentos de coleta de dados;

- Recusa em participar: Adolescentes ou seus responsáveis que não concordarem em participar do estudo.

5.7. Procedimentos, técnicas e instrumentos de colecta/recolha de dados

A recolha de dados foi realizada após a devida aprovação ética e científica do projecto pelo Comité de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane e Hospital Central de Maputo. O processo teve início após assinatura da folha da declaração do consentimento livre e informado pelos responsáveis internos por cada adolescente e próprios participantes. A seleção dos adolescentes foi realizada com base nos critérios previamente estabelecidos para o estudo, assegurando que todos possuam a mesma probabilidade de participação.

A implementação do processo de recolha de dados foi feita pelo assistente de pesquisa depois de devidamente treinado para aplicação dos instrumentos pelo investigador principal do estudo. Para avaliação do nível de satisfação social, foi administrada a Escala de Satisfação com o Suporte Social que é um instrumento que avalia a percepção do indivíduo sobre o suporte social recebido. As respostas são dadas em uma escala Likert de 5 pontos, variando de 1 a 5, a pontuação final é a média das respostas. O instrumento contém 10 perguntas e sua aplicação dura 10 minutos.

Para avaliação de depressão foi aplicado PHQ-9, que é um teste utilizado para avaliar os sintomas de depressão nos últimos 14 dias, com base nos critérios do DSM-5. As perguntas são respondidas em uma escala de 0 a 3, sendo que a pontuação final classifica a gravidade da depressão (leve, moderada, grave). O instrumento apresenta 9 perguntas e sua aplicação dura 5 minutos.

A avaliação da ansiedade foi com base no GAD-7, que avalia a gravidade da ansiedade generalizada, observando sintomas como preocupação excessiva e dificuldade para relaxar. As respostas são dadas em uma escala de 0 a 3, e a pontuação final determina o grau de ansiedade (leve, moderada, grave), contém 7 perguntas e sua aplicação dura 5 minutos.

Para avaliação de stress foi aplicada a Escala de Percepção de Stress (PSS-10), que mede como o indivíduo percebe o stress em sua vida durante o último mês. As respostas variam de 0 a 4 e a pontuação final reflete o nível de stress percebido, com valores mais altos indicando maior percepção de stress, o instrumento apresenta 10 perguntas e sua aplicação tem a duração de 5 minutos.

Os instrumentos foram aplicados em formato físico e cada participante recebeu uma cópia do questionário de cada vez, onde primeiro foi administrada a Escala de Satisfação com o Suporte Social, PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*), GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder-7*) e Escala de Percepção de Stress (PSS-10). A aplicação ocorreu em um ambiente tranquilo e sem distrações, dentro do espaço do centro, garantindo conforto e privacidade para os participantes, os questionários foram aplicados em grupos de 5 adolescentes de cada vez.

O assistente de pesquisa desempenhou o papel de orientar os participantes sobre como preencher os instrumentos, destacando que as respostas devem ser honestas e sinceras. Em caso de dúvidas, o assistente de pesquisa estava disponível para esclarecimentos e supervisionava o processo de preenchimento para garantir que os participantes compreendam as questões e não sejam influenciados nas respostas.

O tempo estimado para a aplicação de cada instrumento é de 5 a 10 minutos conforme acima descrito, desta forma o tempo de aplicação de todos os instrumentos foi de 25 minutos.

5.8. Plano de gestão e análise de dados

Após a colecta, os dados obtidos por meio dos instrumentos psicológicos foram inicialmente codificados e interpretados de acordo com as respectivas chaves de correção. Em seguida, os dados foram inseridos e analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22. As análises estatísticas contemplaram procedimentos tanto descritivos quanto inferenciais.

No âmbito da estatística descritiva, foram calculadas frequências absolutas e relativas, com o objetivo de caracterizar o perfil dos participantes e das variáveis investigadas. Para a análise inferencial, foram aplicados testes de associação, como o teste *Qui-quadrado de Pearson*. Considerando a limitação do tamanho amostral, utilizou-se também o teste

exacto de Fisher, especialmente nos casos em que as frequências esperadas foram inferiores a cinco, garantindo maior robustez às análises.

Adicionalmente, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson* para identificar possíveis relações lineares entre variáveis contínuas. Também foi estimado o Risco Relativo (RR), com o intuito de avaliar a magnitude da associação entre variáveis categóricas relacionadas a TMCs e suporte social.

5.9. Variáveis do estudo

Tabela 1: Variáveis do estudo

Objectivos Específicos	Variáveis
Identificar o nível de satisfação com suporte social dos acolhidos no Centro Arco-íris, Zimpeto	Nível de satisfação com amigos, intimidade, satisfação com a família, satisfação com instituição de acolhimento e satisfação com actividades sociais, que será obtido pela Escala de Satisfação com Suporte Social.
Avaliar os transtornos mentais comuns apresentados pelos adolescentes acolhidos no Centro Arco-íris, Zimpeto	Sintomas de Depressão e ansiedade e stress, será obtido respetivamente por PHQ-9, GAD-7 e Escala de Percepção de Stress.
Verificar a relação entre o nível suporte social e transtornos mentais comuns apresentados pelos adolescentes	Comparação de nível de satisfação com suporte social com a frequência de transtornos mentais comuns por meio de análise descritiva e correlações.
Variáveis Sociodemográficas	Idade, gênero, nível de escolaridade e tempo de acolhimento

6. Considerações éticas

6.1. Normas éticas seguidas e comité que aprovou o estudo

Antes da execução do estudo, o projecto foi submetido ao Comité de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane e Hospital Central de Maputo observando desta forma as normas éticas da mesma instituição.

O estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos delineados na Declaração de Helsínquia, que orienta a condução de pesquisas envolvendo seres humanos, enfatizando o respeito à dignidade, aos direitos e ao bem-estar dos participantes. Especificamente, foram seguidos os princípios de consentimento livre e esclarecido, proteção da confidencialidade dos dados, e garantia de que os benefícios do estudo superem os riscos potenciais para os participantes. Além disso, a pesquisa cumpriu rigorosamente o regime jurídico moçambicano de Investigação em Saúde Humana, que regula as práticas de pesquisa em saúde (Lei nº6/2023, de 8 de junho).

6.2. Recrutamento e Consentimento informado

O recrutamento dos participantes ocorreu após a aprovação ética e científica do projecto, cuja carta de aprovação foi submetida ao centro responsável, que actua como guardião legal dos adolescentes. Posteriormente, o estudo foi apresentado pelo investigador principal aos responsáveis internos pelos adolescentes e, com o auxílio desses responsáveis, os adolescentes foram informados sobre o estudo.

Após compreenderem claramente a natureza, os riscos, os benefícios e os objetivos da pesquisa, foi solicitado que participassem voluntariamente. Foi devidamente esclarecido que a participação é voluntária, que os participantes que concordarem em integrar o estudo deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de iniciar sua participação, e que o consentimento pode ser retirado a qualquer momento, mesmo após a assinatura, sem nenhum risco de represália.

6.3. Avaliação de benefícios e riscos e como estes serão minimizados

Em termos de benefícios os participantes foram informados sobre os seguintes:

- Identificação precoce de transtornos mentais comuns (TMC): A aplicação de ferramentas como o PHQ-9 e o GAD-7 pode ajudar a detectar sinais de depressão ou ansiedade;
- Melhoria no suporte social: O estudo pode sensibilizar os gestores e cuidadores do centro para a importância do suporte social e sua relação com a saúde mental;
- Encaminhamento para assistência especializada: Participantes que apresentarem sintomas graves tinham a possibilidade de ser sugeridos para avaliação ou intervenção especializada, no entanto não houve participantes com sintomas graves de TMCs;
- Contribuição científica: Os resultados do estudo podem fornecer dados relevantes sobre a relação entre suporte social e saúde mental em adolescentes acolhidos, o que pode ajudar no planeamento de políticas públicas ou intervenções específicas;
- Fortalecimento do acolhimento: O estudo pode incentivar práticas mais eficazes para promover suporte social dentro de instituições similares.

O presente estudo não apresentava nenhum risco físico e cultural, mas tinha riscos emocionais associados a desconforto ao responder a perguntas sobre saúde mental e suporte social. Portanto durante a execução do estudo não foram identificados adolescentes que experimentarem o desconforto emocional, que podiam imediatamente gozar o direito de interromper sua participação de forma imediata sem represálias.

Para gestão de riscos na realização de estudo os adolescentes foram explicados claramente os objetivos do estudo, os procedimentos, os direitos dos participantes, e os benefícios e riscos associados.

6.4. Confidencialidade/privacidade/anonimato

Foram garantidos no presente estudo a preservação da privacidade, dos dados, da confidencialidade e do anonimato dos participantes. Para tal, os dados foram coletados e armazenados de forma segura, utilizando códigos em vez de informações pessoais

identificáveis, e acessíveis apenas à equipa de pesquisa.

7. Equipa do Estudo

Para execução do estudo, em termos de equipa foi constituída por uma supervisora, uma co-supervisora, investigador principal e um assistente de pesquisa.

As supervisoras do estudo tinham a função de orientar o investigador principal na elaboração do protocolo, avaliação de dados colhidos e elaboração de relatório e artigo científico da pesquisa.

O investigador principal tinha a função de coordenar a equipa, orientar actividades no local de estudo, requerer a realização do estudo, solicitar o consentimento informado do centro e dos adolescentes, treinar a equipa de estudo, criar base de dados, analisar e interpretar dados colhidos com base nos objectivos do estudo, elaborar o relatório de pesquisa, submeter a dissertação e defender a mesma.

O assistente de pesquisa tinha a função de submeter a carta de aprovação do projecto para recolha de dados, depois de devidamente treinado, realizar actividades de recolha de dados com base nos instrumentos do estudo e os inserir na base de dados com orientação e monitoria do investigador principal.

8. Limitações do estudo

O presente estudo apesar de contribuir para a compreensão da relação entre suporte social e transtornos mentais em adolescentes acolhidos, apresenta as seguintes limitações:

- A amostra do estudo, apesar de satisfazer o teorema de limite central, é relativamente pequena, o que pode restringir a generalização dos resultados para toda a população de adolescentes.
- O desenho transversal adotado permite apenas a identificação de associações entre as variáveis estudadas, não possibilitando inferir relações causais entre o suporte social e os sintomas de depressão, ansiedade ou stress.
- O uso de instrumentos de auto-relato, como o PHQ-9, GAD-7 e PSS-10, podem estar sujeitos a vieses de memória.
- Não foi possível controlar variáveis como histórico familiar, eventos traumáticos anteriores, condições socioeconómicas e escolaridade, assim como fatores temporais que podem afectar a percepção de suporte social ou a manifestação de transtornos mentais.

9.Resultados

9.1. Perfil Sociodemográfico dos participantes

O estudo contou com a participação de 45 adolescentes acolhidos no Centro Arco-íris de Zimpeto, com idades entre 14 a 17 anos, sendo a maioria de 14 anos (57,8%), seguidos pelo grupo de 17 anos (24,4%). Quanto a frequência escolar, 24 adolescentes (53,3%) frequentam o ensino primário, 20 (44,4%) o ensino secundário e apenas 1 (2,2%), frequenta o ensino superior. Em relação ao sexo, observa-se uma distribuição relativamente equilibrada, com 23 participantes do sexo masculino (51,1%) e 22 do sexo feminino (48,9%). No que diz respeito ao tempo de acolhimento, a maioria dos adolescentes (82,2%), encontra-se na instituição há mais de dois anos. O grupo com menos tempo de estadia reside na instituição 6 a 12 meses (13,3%). Esses dados revelam uma população predominantemente de idade abaixo de 15 anos de idade e com tempo de acolhimento acima de dois anos, conforme ilustra a tabela seguinte:

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica dos participante

Variável	Categoria	Frequência	%
Idade	14 anos	26	57,8%
	15 anos	7	15,6%
	16 anos	1	2,2%
	17 anos	11	24,4%
	Total	45	100,0%
Frequência escolar	Ensino primário	24	53,3%
	Ensino secundário	20	44,4%
	Ensino superior	1	2,2%
	Total	45	100,0%
Sexo	Masculino	23	51,1%
	Feminino	22	48,9%
	Total	45	100,0%
Tempo de Acolhimento	6 a 12 meses	6	13,3%
	1 a 2 anos	2	4,4%
	Mais de dois anos	37	82,2%
	Total	45	100,0%

9.2 Nível de satisfação com suporte social dos adolescentes acolhidos no Centro Arco-íris, Zimpeto

A distribuição dos participantes de acordo com a categoria de satisfação social percebida, o presente estudo observou que a maioria dos participantes relatou uma satisfação social moderada (53,3%), enquanto os restantes (46,7%), relataram satisfação elevada, desta forma, nenhum participante teve pontuação para baixa satisfação de suporte social, o que indica uma percepção positiva em relação ao suporte social recebido, conforme a tabela 3 abaixo.

Tabela 3: Nível de satisfação com suporte social

Variável	Categoria	Frequência	%
Satisfação Social	Satisfação moderada	24	53,3%
	Satisfação elevada	21	46,7%
	Total	45	100,0%

9.3. Frequência de transtornos mentais comuns apresentados pelos adolescentes acolhidos no Centro Arco-íris, Zimpeto

O estudo observou que 71,1% dos participantes apresentaram ansiedade leve os restantes 28,9% apresentavam ansiedade moderada. Para depressão, 73,3% dos participantes apresentaram sintomas depressivos leves, enquanto que os restantes 26,7% apresentaram sintomas de depressão em nível moderado. Para o stress o presente estudo, detectou que 75,6% dos adolescentes relataram baixo stress percebido e o demais 24,4% stress moderado como indica a tabela 4 abaixo.

Tabela 4: Distribuição das Categorias de Depressão, Ansiedade e Stress em Adolescentes

Variável	Categoria	Frequência	Percentual (%)
Depressão	Depressão leve	33	73,3
	Depressão moderada	12	26,7
	Total	45	100,0
Ansiedade	Ansiedade leve	32	71,1
	Ansiedade moderada	13	28,9
	Total	45	100,0
Stress	Baixo stress percebido	34	75,6
	Stress percebido moderado	11	24,4
	Total	45	100,0

Adolescentes com 14 anos, apresentaram depressão leve (76,9%), ansiedade leve (73,1%) e stress baixo (73,1%), com formas moderadas variando entre 23% e 27%. Para participantes com 15 anos, houve um aumento significativo na ansiedade moderada (57,1%) e no stress moderado (42,9%), enquanto a depressão moderada se manteve relativamente baixa (28,6%). O único adolescente de 16 anos, apresentou níveis leves de depressão e ansiedade e stress baixo. Os de 17 anos, registaram depressão moderada (36,4%), embora a ansiedade leve (81,8%) e o stress baixo (90,9%) tenham sido predominantes. Quando desagregados por sexo, os dados mostram que adolescentes do masculino tiveram predominância de depressão leve (73,9%), ansiedade leve (73,9%) e stress baixo (69,6%), com formas moderadas entre 26% a 30%. No feminino, prevaleceu sintomas da depressão leve (72,7%), a ansiedade leve (68,2%) e o stress baixo (81,8%), sendo as formas moderadas de ansiedade (31,8%) e depressão (27,3%) ligeiramente mais frequentes em comparação com os homens, conforme a tabela 5.

Tabela 5: Distribuição das Categorias de Depressão, Ansiedade e Stress em Adolescentes por idade e sexo.

Variável		Depressão		Ansiedade		Stress	
		<i>Leve (%)</i>	<i>Moderada (%)</i>	<i>Leve (%)</i>	<i>Moderada (%)</i>	<i>Baixo (%)</i>	<i>Moderado (%)</i>
Idade	14	20(76,9)	6(23,1)	19(73,1)	7(26,9)	19(73,1)	7(26,9)
	15	5(71,4)	2(28,6)	3(42,9)	4(57,1)	4(57,1)	3(42,9)
	16	1(100)	-	1(100)	-	1(100)	-
	17	7(63,6)	4(36,4)	9(81,8)	2(18,2)	10(90,9)	1(9,1)
sexo	Masculino	17(73,9)	6(26,1)	17 (73,9)	6(26,1)	16 (69,6)	7(30,4)
	Feminino	16(72,7)	6(27,3)	15(68,2)	7(31,8)	18(81,8)	4 (18,2)

9.4. Relação entre o nível suporte social e transtornos mentais comuns apresentados pelos adolescentes

9.4.1 Associação entre Satisfação Social e Depressão

Observa-se (tabela 6), que entre os participantes com satisfação social moderada, 50% (12 em 24) apresentaram sintomas moderados de depressão. Em contrapartida, nenhum dos participantes com satisfação elevada (0 em 21) manifestou sintomas depressivos, evidenciando uma associação inversa entre estas variáveis. Os testes estatísticos confirmam uma associação significativa entre as variáveis, com resultados expressivos no teste qui-quadrado ($\chi^2 = 14,318$; $p < 0,001$) e no teste exacto de Fisher ($p = 0,000$). A correlação de *Pearson* ($R = -0,564$) evidencia uma relação negativa entre satisfação social e sintomas depressivos, sugerindo que níveis mais altos de satisfação estão associados a menor presença de depressão. Além disso, o risco de não apresentar sintomas depressivos foi de 50% (0,500) entre os participantes com satisfação moderada ($RR = 0,500$; IC 95%: 0,335–0,746).

Tabela 6: Associação entre Satisfação Social e depressão

Categoria de Satisfação Social	Nível de depressão Depressão leve / Moderada
Satisfação Moderada	12 / 12
Satisfação Elevada	21 / 0
Total	33 / 12
Teste Qui-Quadrado	$\chi^2 = 14,318$; $p < 0,001$
Fisher Exato (2 lados)	$p = 0,000$
Correlação de Pearson (r)	-0,564; $p < 0,001$
Risco relativo (sem transtorno)	0,500 (IC: 0,335–0,746)

9.4.2. Associação entre Satisfação Social e Ansiedade

Observa-se (Tabela 7) que, entre os participantes com satisfação social moderada, 54,2% (13 em 24) apresentaram ansiedade moderada. Em contraste, nenhum dos participantes com satisfação social elevada ($n = 21$) apresentou sintomas de ansiedade, evidenciando uma associação entre as duas variáveis. Recorrendo a análise estatística, associação entre satisfação social e ansiedade foi estatisticamente significativa, conforme demonstrado pelo teste qui-quadrado ($\chi^2 = 15,996$; $p < 0,001$) e pelo teste exacto de *Fisher* ($p = 0,000$). A correlação de *Pearson* negativa ($R = -0,596$) indica que níveis mais elevados de satisfação social estão associados a níveis mais baixos de ansiedade. Do ponto de vista clínico-epidemiológico, foi estimado o risco relativo (RR) de não apresentar sintomas de ansiedade em função da satisfação social. Participantes com satisfação elevada apresentaram 54,2% maior probabilidade de não desenvolver sintomas de ansiedade, com um $RR = 0,458$ e intervalo de confiança de 95% entre 0,297 e 0,708, o que reforça a magnitude e a precisão do efeito observado.

Tabela 7: Associação entre satisfação social e ansiedade

Categoria de Satisfação Social	Nível de ansiedade: Ansiedade leve / Moderada
Satisfação Moderada	11 / 13
Satisfação Elevada	21 / 0
Total	32 / 13
Teste Qui-Quadrado	$\chi^2 = 15,996$; $p < 0,001$
Fisher Exato (2 lados)	$p = 0,000$
Correlação de Pearson (r)	-0,596; $p < 0,001$
Risco relativo (sem transtorno)	0,458 (IC: 0,297– 0,708)

9.4.4 Associação entre Satisfação Social e Stress

Entre os participantes com satisfação moderada (Tabela 8), 41,7% (10 em 24) relataram níveis moderados de stress, enquanto apenas 4,8% (1 em 21) dos participantes com satisfação elevada apresentaram esse nível de stress, sugerindo uma tendência clara de menor stress entre aqueles com maior satisfação social. Essa diferença revelou-se estatisticamente significativa ($\chi^2 = 8,259$; $p = 0,004$; Fisher $p = 0,005$). A correlação de Pearson ($R = -0,428$) indica uma associação negativa, sugerindo que níveis mais elevados de satisfação social estão relacionados a níveis mais baixos de stress percebido. Do ponto de vista epidemiológico, os riscos relativos (RR) foram calculados para estimar o efeito da satisfação social sobre a presença de stress:

- RR = 0,613 (IC 95%: 0,431 – 0,870): Participantes com satisfação elevada apresentaram 38,7% (Redução do risco = $1 - RR = 1 - 0,613 = 0,387 = 38,7\%$) menos risco de stress moderado em comparação com aqueles com satisfação moderada.
- RR inverso = 8,750 (IC 95%: 1,220 – 62,771): Isso indica que participantes com satisfação moderada têm 8,75 vezes mais risco de apresentar stress moderado do que os com satisfação elevada. Apesar do intervalo de confiança ser amplo, o limite inferior (1,220) ainda sugere significância clínica.

Tabela 8: Associação entre Satisfação Social e stress

Categoria de Satisfação Social	Nível de stress Baixo Stress / Moderado
Satisfação Moderada	14 / 10
Satisfação Elevada	20 / 1
Total	34 / 11
Teste Qui-Quadrado	$\chi^2 = 8,259$; $p = 0,004$
Fisher Exato (2 lados)	$p = 0,005$
Correlação de Pearson (r)	-0,428; $p = 0,003$
Risco relativo (sem transtorno)	0,613 (IC: 0,431–0,870)
Risco relativo (com transtorno)	8,750 (IC: 1,220– 62,771)

10. Discussão

Neste estudo participaram adolescentes em regime de acolhimento no Centro Arco-Íris há mais de três meses, todos provenientes de contextos sociais marcados por pobreza, abandono, negligência e violência. Este achado é consistente com os estudos de Haack, *et al.* (2012) que apontam que crescer num contexto de pobreza, consumo de substâncias psicoativas, violência, ruptura na família de origem, perdas de pessoas importantes e rede de apoio social é um factor de risco para desenvolvimento psicossocial do adolescente.

A avaliação da satisfação com o suporte social provido a nível institucional revelou que a maioria dos participantes apresentou satisfação social moderada (53,3%), enquanto os restantes (46,7%) relataram satisfação elevada. Importa salientar que nenhum dos adolescentes apresentou pontuação indicativa de baixa satisfação com o suporte social.

Esses resultados sugerem um processo de adaptação positiva ao contexto institucional, o que pode contribuir para a redução do risco de ocorrência de sintomas de depressão, ansiedade e stress, conforme evidenciado por Silva *et al.* (2021) que refere no seu estudo que as fontes de suporte social podem actuar como um importante factor de proteção ao favorecer a construção de ambientes emocionais e sociais mais saudáveis, caracterizados por vínculos de confiança, acolhimento e apoio instrumental e afectivo.

Esses contextos contribuem para a redução da vulnerabilidade individual a transtornos mentais, na medida em que amortecem os efeitos do stress, das adversidades e das experiências potencialmente traumáticas. Nesse sentido, o Centro Arco-Íris parece desempenhar um papel relevante como mecanismo de proteção, ao promover um ambiente relativamente estável e saudável, capaz de atenuar os efeitos adversos das experiências prévias de vulnerabilidade psicossocial.

À luz do Modelo de Amortecimento do Suporte Social (*Buffering Hypothesis*), o suporte social provido a nível institucional actua como um “amortecedor” frente às situações de risco e às vulnerabilidades inerentes à trajetória de vida desses adolescentes, reduzindo o impacto negativo do stress e prevenindo o desenvolvimento de transtornos mentais comuns (Cohen & Wills, 1985).

O papel do centro ainda pode ser enquadrado na perspectiva da teoria do apego de John Bowlby, que destaca que a qualidade desses vínculos influencia directamente na formação dos modelos internos de funcionamento representações cognitivas e afectivas que orientam expectativas, comportamentos e relações interpessoais futuras e são fundamentais para o desenvolvimento emocional saudável e para a resiliência, tendo em conta que a adolescência representa períodos de transição e instabilidade, como o acolhimento institucional, tornam o apego seguro especialmente relevante. Vínculos seguros com familiares, cuidadores ou mentores contribuem para a regulação emocional, promovem resiliência e favorecem o desenvolvimento de habilidades sociais e de enfrentamento de stress (Dalbem & Dell’Aglia, 2005).

Os adolescentes no presente estudo apresentaram prevalências de transtornos mentais comuns com destaque para sintomas moderados de ansiedade (28,9%), depressão (26,7%) e stress (24,4%). Esses achados se aproximam aos dados do relatório global da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2022), que estima que aproximadamente 13% da população mundial vive com algum transtorno mental, sendo a ansiedade (31%) e a depressão (28,9%) os mais prevalentes. Um outro estudo global realizado em 2021, que analisou adolescentes com idades entre 10 e 19 anos em 204 países, revelou que 15,2% apresentavam pelo menos um transtorno mental. Entre esses transtornos, o de ansiedade foi que apresentou maior prevalência, afectando cerca de 4,9% dos adolescentes em nível mundial (Castaldelli-Maia et al., 2025). Embora a amostra do presente estudo seja mais restrita e específica (adolescentes acolhidos em instituição), demonstra maior frequência e prevalência de ansiedade em detrimento de depressão e stress.

Os resultados deste estudo demostram maior prevalência de sintomas de ansiedade, depressão e stress entre adolescentes de 14 anos de idade, onde observou-se a depressão leve em 76,9%, ansiedade leve 73,1% e stress baixo 73,1%, com sintomas moderadas variando entre 23% e 27%. Na análise por sexo, os rapazes apresentaram maior prevalência de sintomas moderados de stress em 30,4%, enquanto as meninas registaram depressão leve em 72,7%, ansiedade leve em 68,2% e stress baixo em 81,8%, com formas moderadas de ansiedade 31,8% e depressão 27,3%. Esses resultados aproximam-se dos dados da literatura local, que apontam prevalências de 15,5% de depressão e 25% de ansiedade entre meninas de 15 a 19 anos, e de 3,7% e

10,3%, respectivamente, entre rapazes (Pengpid, Muanido & Peltzer, 2025; Pengpid, Peltzer & Efraime Jr., 2024), reforçando a tendência de maior prevalência de ansiedade entre meninas.

A maior prevalência de ansiedade em adolescentes do sexo feminino, em comparação com os do sexo masculino, também foi constatada pelo UNICEF (2021), que reporta que os transtornos de ansiedade representaram aproximadamente 49,7% dos transtornos mentais entre adolescentes de 10 a 19 anos, enquanto os transtornos depressivos corresponderam a cerca de 23,3%, evidenciando uma elevada carga desses quadros psicopatológicos nessa faixa etária. Entre as adolescentes do sexo feminino, essa predominância mostra-se ainda mais acentuada, uma vez que os transtornos de ansiedade e depressivos, em conjunto, respondem por mais de 60% dos casos, indicando uma maior vulnerabilidade das meninas ao desenvolvimento desses transtornos durante a adolescência.

O presente estudo verificou a relação entre suporte social percebido e a ocorrência de transtornos mentais comuns, nomeadamente a ansiedade, depressão e stress em adolescentes acolhidos no Centro Arco-Íris do Zimpeto na cidade de Maputo. Os resultados indicam que os níveis elevados de satisfação com o suporte social estão associados à menor presença de sintomas moderados de ansiedade e depressão, com correlações negativas significativas para estes transtornos ($r = -0,596$ e $r = -0,564$, respectivamente). A relação com o stress também apresentou correlação negativa, porém de menor magnitude ($r = -0,428$).

Neste sentido o suporte social desempenha um papel de proteção e ajustamento do adolescente contra a ocorrência de transtornos mentais comuns como indicam os estudos de Antunes e Fontaine (2005) & Mendes e Fernandes (2021).

Os resultados corroboram evidências prévias na literatura que apontam o suporte social percebido como um factor protetor para o bem-estar psicológico de adolescentes e quanto maior é o grau de Suporte Social percebido menores são os sintomas da depressão, ansiedade e stress (Lacerda, Santos, Paiva, Silva & Tavares, 2023). Assim, a ausência ou baixa qualidade do suporte social pode aumentar a vulnerabilidade para transtornos mentais, especialmente em contextos de acolhimento institucional onde o ambiente é

marcado por desafios sociais, emocionais e familiares (Singstad *et al.*, 2021 & Melese *et al.*, 2024).

Em particular, o presente estudo encontrou que adolescentes com elevada satisfação social não apresentaram sintomas moderados de ansiedade ou depressão, enquanto aqueles com níveis moderados de satisfação social apresentaram um risco significativamente maior para esses transtornos. Esse padrão sugere que o grau de percepção de suporte social pode exercer um papel de redução do impacto de acontecimentos que causam stress, bem como de transtornos psicológicos conforme apontado por pesquisa de Acoba, (2024) e Benoni, *et al* (2025), que indicam que o aumento do suporte social percebido está associado à redução progressiva dos sintomas psicopatológicos e efeitos mediadores na protecção e promoção de saúde mental ou bem-estar dos adolescentes.

A associação entre suporte social e stress apresentou uma correlação negativa moderada ou baixa magnitude, o que está em linha com alguns estudos que apontam uma relação menos directa ou menos consistente entre essas variáveis (Lacerda *et al.*, 2023). Esta disparidade pode ser explicada pelo facto de que o stress percebido é um constructo multifatorial e complexo, que pode ser influenciado por diversos factores contextuais e individuais que nem sempre são mitigados pelo suporte social percebido, como verificado no estudo de Acoba (2024). Entretanto, o suporte social pode actuar como moderador da resposta ao stress, especialmente em situações traumáticas, como as enfrentadas por adolescentes em acolhimento institucional, como explicado pelo estudo de Ferreira (2017).

Na perspectiva da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018), o stress corresponde a uma resposta psicológica e fisiológica resultante da exposição a um evento estressor significativo, que pode incluir experiências adversas ou potencialmente traumáticas. Tal compreensão subentende que o stress não constitui uma patologia em si, sendo considerado uma reação adaptativa do organismo. No entanto, quando vivenciado de forma intensa, persistente ou prolongada, pode configurar um indicador de sofrimento psicológico, aumentando o risco de desenvolvimento de transtornos especificamente associados ao stress, conforme a CID-11, tais como: Transtorno de Stress Pós-Traumático (TEPT), Transtorno de Stress Pós-Traumático Complexo e Transtorno de Ajustamento.

11. Conclusões

O presente estudo teve como objetivo analisar a influência do suporte social na ocorrência de transtornos mentais comuns em adolescentes acolhidos no Centro Arco-Íris, Zimpeto. Os resultados revelaram que a maioria dos participantes apresentou satisfação social moderada a elevada, evidenciando uma percepção globalmente positiva do suporte recebido na instituição. Em relação a transtornos mentais comuns, a maior parte dos adolescentes apresentou sintomas leves de depressão, ansiedade e stress, sugerindo uma prevalência de sintomas leves desses transtornos comuns no contexto institucional.

As análises de associação indicaram uma relação inversa significativa entre suporte social e sintomas psicológicos. Adolescentes com satisfação social elevada apresentaram menor ocorrência de sintomas de depressão, ansiedade e stress, enquanto aqueles com satisfação moderada tiveram maior risco de manifestar sintomas. Os achados reforçam o papel protector do suporte social na promoção do bem-estar psicológico de adolescentes em acolhimento e destacam a importância de estratégias institucionais que fortaleçam as redes de apoio emocional e social.

Os resultados demonstram que o suporte social constitui um factor determinante para reduzir a vulnerabilidade a transtornos mentais comuns em adolescentes acolhidos, oferecendo subsídios importantes para intervenções psicológicas, políticas de cuidado institucional e futuras pesquisas voltadas à promoção da saúde mental nesse contexto.

12. Recomendações

1. Direção do Centro Arco-Íris:

- Implementar estratégias para fortalecer o suporte social dos adolescentes, promovendo actividades de integração, grupos de apoio e programas de mentoria que reforcem vínculos positivos.
- Incentivar o envolvimento de familiares e da comunidade, sempre que possível, no acompanhamento dos adolescentes, fortalecendo a rede de suporte social.

2. Pesquisadores e Instituições Acadêmicas

- Realizar estudos longitudinais com amostras maiores e em diferentes instituições, a fim de aprofundar a compreensão da relação entre suporte social e saúde mental, bem como avaliar a eficácia de intervenções institucionais.

3. Gestores de Políticas Públicas

- Estimular a implementação de programas de promoção do bem-estar psicológico em centros de acolhimento, integrando políticas públicas que valorizem o suporte social como factor protector para adolescentes em contextos institucionais.

Referências Bibliográficas

- Acoba, E. (2024). Social support and mental health: The mediating role of perceived stress. *Frontiers in Psychology*, 15, Article 1330720. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1330720>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Amu, H., Seidu, A.-A., Agbemavi, W., Afriyie, B. O., Ahinkorah, B. O., Ameyaw, E. K., & Kissah-Korsah, K. (2020). Psychosocial distress among in-school adolescents in Mozambique: a cross-sectional study using the Global School-Based Health Survey data. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00344-4>
- Antunes, C., & Fontaine, A. M. (2005). Percepção de apoio social na adolescência: Análise fatorial confirmatória da escala Social Support Appraisals. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 15(32), 355–366
- Assunção, A. (2014). *Resiliência e suporte social - Implementação de um programa de intervenção* (Dissertação de mestrado). Universidade do Algarve. <https://hdl.handle.net/10400.1/7919>
- Asrullah, M., L'Hoir, M., Paulo, M., Feskens, E., & Melse-Boonstra, A. (2022). Determinants of common mental disorders (CMD) among adolescent girls aged 15-19 years in Indonesia: Analysis of the 2018 National Basic Health Survey Data. *PLOS Global Public Health*. <https://journals.plos.org/globalpublichealth/article?id=10.1371/journal.pgph.000023>
- Benoni R, Sartorello A, Malesani C, Cardoso H, Chaguruca I, Matope MDS.(2020). *How social-relational context impacts the mental health of adolescent and young adults living with and without HIV in Mozambique: a social network analysis study*. *J Epidemiol Glob Health*. 2025;15:81. doi:10.1007/s44197-025-00417-7

- Brussamarelo, T., Guimarães, A., Labronici, L., Mazza, V., & Maftum, M. (2011). Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(1), 33–40.
- Castaldelli-Maia, J. M., Ventriglio, A., & Torales, J. (2025). *The global prevalence of mental disorders among adolescents: Focus on sex, regional and socio-demographic differences*. *Journal of Mental Health*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/09540261.2025.2573752>
- 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>
- Dalbem, J. X.; Dell’aglio, D. D. *Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento*. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 57, n. 1, p. 12–24, 2005. Retirado de <http://www.psicologia.ufrj.br/abp/>
- Boletim da República nº 52 de 2010. Diploma Ministerial nº 278/2010, de 31 de dezembro: *Regulamento dos centros infantis e de acolhimento em Moçambique*
- Franzi, J., & Araújo, U. F. (2018). *Adolescência e juventude: Implicações do debate conceitual para a reflexão sobre as relações afetivas, amorosas e sexuais entre os jovens*. *Notandum*, 46, 93–108. <https://doi.org/10.4025/notandum.46.6>
- Ferreira, S. (2017). *O papel do suporte social na saúde mental de crianças e jovens em acolhimento residencial* (Dissertação de mestrado). Instituto Universitário de Lisboa. <https://www.istcte-iul.pt>
- Haack, K. R., Vasconcellos, J. S. L., Pinheiro, S. D., & Prati, L. E. (2012). *Resiliência em adolescentes em situação de vulnerabilidade social*. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 5(2), 270–281.
- Hombrados-Mendieta, M. I., Gómez-Jacinto, L., Domínguez-Fuentes, J. M., García-Leiva, P., & Castro-Travé, M. (2012). *Types of social support provided by parents, teachers, and classmates during adolescence*. *Journal of Community Psychology*, 40(6), 645–664. <https://doi.org/10.1002/jcop.20523>
- Iris Global. (n.d.). Iris Global – Missionary NGO to Mozambique, Africa & the World. Recuperado em 11 de dezembro de 2025, de <https://www.irisglobal.org>

- Islam, M. N., & Iqbal, K. F. (2008). *Mental health and social support*. The Chittagong University Journal of Biological Sciences, 3(1–2), 95–107.
- Khan, S., Scorza, P., Lovero, K., Dos Santos, P., Fumo, W., Camara, B., Oquendo, M., Wainberg, M., Fejo, M., & Duarte, C. (2022). *Women's mental health in Mozambique: Is maternity a protective factor?* <https://doi.org/10.1017/gmh.2022.1>
- Lacerda, A. de A., Santos, H. H., Paiva, T. T., Tavares, S. M., & Silva, R. B. da. (2023). A relação entre o suporte social, autoestima, ansiedade, depressão e o stress em universitários. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, 21(1), 120–128. <https://doi.org/10.17695/rcsne.v21i1.812>
- Lovero, K. (2021). *Brief screening tool for stepped-care management of mental and substance use disorders*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8328865/>
- Lovero, K., et al. (2022). *Validation of brief screening instruments for internalizing and externalizing disorders in Mozambican adolescents*. <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles>
- Manafe, N., Mulungo, H. I., Ponda, F., Dos Santos, P. F., Mandlate, F., Cumbe, V. F. J., Mocumbi, A. O., & Oliveira Martins, M. R. (2024). *Prevalence and associated factors of common mental disorders among internally displaced people by armed conflict in Cabo Delgado, Mozambique: A cross-sectional community-based study*. *Frontiers in Public Health*, 12, 1371598. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2024.1371598/full>
- Melese AK, Pedro A, Somhlaba NZ.(2024). *The direct effect of basic need services, and social support on positive mental health among institutionalized children: the mediating role of psychological capital*. *Curr Psychol*. 2024;43:28544-57. doi:10.1007/s12144-024-06493-5
- Mendes M, Relva I, Fernandes O.(2021). *A satisfação com o suporte social e o funcionamento familiar numa amostra de adolescentes com e sem irmãos*. *PsychTech Health J*. 2021;5(1):3-19. doi:10.26580/PTHJ.art33-2021
- Moyo, A., Sigwadhi, L. N., Moyo, R. C., Munyombwe, T., Maposa, I., Carries,

- S., Bhana, A., Sithole, N., Nyasulu, P. S., Davids, E. L., & Govindasam, D. (2025). *The prevalence and correlates of common mental disorders among adolescents and young adults in rural South Africa: Analysis of household survey data informed by lived experience experts*. BMC Public Health, 25, 2900. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23890-y>
- Muanido, A., Cumbe, V., Manaca, N., Hicks, L., Fabian, K., & Wagenaar, B. (2023). Prevalence and associated factors of common mental disorders in primary care settings in Sofala Province, Mozambique. <https://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9885355/>
 - Muanido, A., Cumbe, V., Manaca, N., Hicks, L., Fabian, K. E., & Wagenaar, B. H. (2023). Prevalence and associated factors of common mental disorders in primary care settings in Sofala Province, Mozambique. *BJPsych Open*, 9(1), E13. <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/prevalence-and-associated-factors-of-common-mental-disorders-in-primary-care-settings-in-sofala-province-mozambique/3ABEE04A488AA2AC65D06626871EBDEC>
 - Murcho, N., Pacheco, E., & Jesus, S. (2016). Transtornos mentais comuns nos cuidados de saúde primários: Um estudo de revisão. <https://www.researchgate.net/>
 - Organização Pan-Americana para Saúde. (2025). *Saúde mental dos adolescentes*. Acessado aos 18/12/2025 em <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>
 - Ornelas, J. (2008). *Psicologia comunitária*. Fim de Século.
 - Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento Humano* (8ª ed.). Artmed.
 - Pengpid, S., Muanido, A., & Peltzer, K. (2025). Prevalence and associated factors of undiagnosed depression and generalized anxiety disorder among adults in Mozambique: Evidence from the 2022–2023 Demographic and Health Survey (DHS). *PLOS ONE*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40194633/>

- Pengpid, S., Peltzer, K., & Efraime Jr, B. (2024). *Prevalence and determinants of depression and anxiety among adolescents in Mozambique: Secondary analysis of the 2022–2023 DHS*. *BMC Psychiatry*, 24(1), Article 155. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39511572/>
- Pires, P., Belo, A., Anube, A., Santos, D., Arroz, J., Perreira, J., Mupueleque, M., & Escobar, S. (2019). *Mental health in Mozambique: A systematic review*. https://www.researchgate.net/publication/334317766_Mental_Health_Mozambique_Systematic_Review_IJFCM_Medcrave_201907
- Pires, P. H. N. M., de Miranda, G., Bambamba, J., Iacaturima, R., Bambamba, A., & Mupueleque, M. (2021). *Anxiety and depression prevalence and determinants in health sciences students during COVID-19 pandemic: A quantitative study in Nampula, Mozambique*. *MOJ Public Health*, 9(5), 165–170. <https://medcraveonline.com/MOJPH/anxiety-and-depression-prevalence-and-determinants-in-health-sciences-students-during-covid-19-pandemic-a-quantitative-study-in-nampula-mozambique.html>
- Pinto, A., Luna, I., Silva, P., Pinheiro, A., Braga, V., & Sousa, A. (2014). *Factores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: Revisão integrativa*, 48, 555–564.
- Ribeiro, J. (2011). *Escala de Satisfação Com O Suporte Social*. Placebo.
- Rodrigues, V. (2009). Suporte social e saúde mental: Revisão de literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 390–399.
- Salvador, R. (2015). *A satisfação com o suporte social em doentes mentais crónicos institucionalizados* (Dissertação de mestrado). Universidade da Beira Interior.
- Senna, S. R. C. M., & Dessen, M. A. (2012). *Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(1), 101-108. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722012000100012>
- Schoen-Ferreira, T. H., Aznar-Farias, M., & Silveiras, E. F. M. (2003). *A construção da identidade em adolescentes: Um estudo exploratório*. Estudos de

- Psicologia (Campinas), 8(1), 107–115.
- Selye, H. (2017). *Stress: Concepts, Definition and History*. In Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology (pp. 1–9). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.02208-2>
 - Silva, M. R. S., Elsen, I., & Lacharité, C. (2003). *Resiliência: Concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área*. Paidéia, 13(26), 147–156
 - Silva, M. R., Coelho, I. S. F., Araújo, R. L. B., Morais, V. E. S., Silva, C. V., Santos, T. C. O., Nascimento, V. S. M., Leão, G. C., Salazar, D. S., Santos, G. C., Rocha, F. J. S., Silva, L. F. S., & Santos, F. D. (2021). *Situações de risco e vulnerabilidade em relação a possíveis transtornos mentais em crianças, adolescentes e mulheres*. Research, Society and Development, 10(14), e427101421987. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21987>
 - Silva SA, Silva S, Ronca DB, Gonçalves VSS, Dutra ES, Carvalho KMB (2020). *Common mental disorders prevalence in adolescents: A systematic review and meta-analyses*. PLoS ONE 15(4): e0232007. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232007>
 - Seidl, E., Miyazaki, M., Ramos-Cerqueira, A., & Domingos, N. (2018). *Psicologia da Saúde*. Juruá Editora.
 - Singstad MT, Wallander JL, Greger HK, Lydersen S, Kaye. (2021). *Perceived social support and quality of life among adolescents in residential youth care: a cross-sectional study*. Health Qual Life Outcomes. 2021;19:29. doi:10.1186/s12955-021-01676-1]
 - United Nations Children’s Fund. (2021). *The state of the world’s children 2021: On my mind – Promoting, protecting and caring for children’s mental health*. UNICEF.
 - UNICEF. The State of the World’s Children (2011). *Adolescence – An Age of Opportunity*. New York: UNICEF, 2011. Disponível em: <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2011>. Acesso em: 11 dez. 2025.

- Ungar, M. *Resilience across cultures*. The British Journal of Social Work, v. 38, n. 2, p. 218–235, 2008. Disponível em: <https://academic.oup.com/bjsw/article/38/2/218/1684596>. Acesso em: 11 dez. 2025.
- Viola, D., & Vorcaro, Â.. (2018). *A adolescência em perspectiva: Um exame da variabilidade da passagem à idade adulta entre diferentes sociedades*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 34, e34. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3448>
- World Health Organization. *Mental disorders [Fact sheet]*. 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. Accessed 15 Jan 2025
- World Health Organization. (2014). *Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade*. Geneva: WHO. Disponível em: <https://www.who.int>
- World Health Organization (2025). *Mental health of adolescents*. Acessado aos 18/12/2025 em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th revision)*. World Health Organization. <https://icd.who.int>

APÊNDICES

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

Instruções

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco números. Marque um círculo à volta do número que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar o número **1**, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra **5**.

Código: _____ Data de aplicação: _____

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	1	2	3	4	5
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	1	2	3	4	5
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	1	2	3	2	5
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	1	2	3	4	5
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	1	2	3	4	5
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	1	2	3	4	5

7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	1	2	3	4	5
8-Gostava de participar mais em actividades de	1	2	3	4	5

organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)					
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	1	2	3	4	5
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	1	2	3	4	5
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	1	2	3	4	5
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	1	2	3	4	5
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	1	2	3	4	5
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	1	2	3	4	5
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	1	2	3	4	5

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE

Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Durante os últimos 14 dias, em quantos dias você se sentiu incomodado/a por algum dos seguintes problemas?
(Utilize "✓" para indicar a sua resposta)

	Nunca	Em vários dias	Em mais de metade quase número de dias	Em do todos os dias
1. Tive pouco interesse ou prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Senti desânimo, tristeza ou falta de esperança	0	1	2	3
3. Tive dificuldade para adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais	0	1	2	3
4. Senti cansaço ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Tive pouco apetite ou comi em excesso	0	1	2	3
6. Senti que não gosto de mim mesmo/a — ou que falhei ou decepcionei a mim ou à minha família	0	1	2	3
7. Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ler jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual	0	1	2	3
9. Pensei que seria melhor estar morto/a, ou pensei em me machucar de alguma forma	0	1	2	3

0 + _____ + _____ + _____
= Pontuação Total:

Caso você tenha detectado quaisquer problemas, qual dificuldade estes problemas lhe trouxeram para fazer o seu trabalho, cuidar das coisas em casa ou se relacionar com outras pessoas?

Não Dificultaram um Dificultaram Dificultaram dificultaram pouco muito
extremamente ☐ ☐ ☐ ☐

PONTUAÇÃO

Mínimo – de 0 a 4

Leve – de 5 a 9

Moderado – de 10 a 14

Grave – 15 a 19

Muito Grave – 20 a 27

ESCALA DE ANSIEDADE GENERALIZADA

General Anxiety Disorder (GAD-7)

	De modo nenhum	Muitos dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
Nas últimas duas semanas, com que frequência você foi incomodado pelos seguintes problemas?				
1. Sentir-se nervoso, ansioso ou no limite	0	1	2	3
2. Não ser capaz de parar ou controlar a preocupação	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com coisas diferentes	0	1	2	3
4. Problemas para relaxar	0	1	2	3
5. Ser tão inquieto que é difícil ficar parado	0	1	2	3
6. Tornar-se facilmente irritado ou irritável	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo terrível pudesse acontecer	0	1	2	3
Pontuação total *	Adicionar colunas	_____+	_____+ +	_____+
Se você verificou algum problema, quão difícil esses problemas fizeram para você fazer o seu trabalho, cuidar de coisas em casa ou conviver com outras pessoas?				
Marque com um círculo	Não é difícil em tudo	Um pouco difícil	Muito difícil	Extremamente difícil

* Pontuação: 5 a 9 = ansiedade leve; 10 a 14 = ansiedade moderada; 15 a 21 = ansiedade grave. ¶
 Este é um formulário que pode ser impresso e preenchido à mão, em vez de uma calculadora que pode ser preenchida on- line.

Desenvolvido pelos drs. Robert L Spitzer, Janet BW Williams, Kurt Kroenke e colegas, com uma bolsaeducacional da Pfizer, Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir. Publicadoem: Spitzer RL, Kroenke K. Williams, JB, Lowe B. Uma breve medida para avaliar o transtorno de ansiedadegeneralizada: o GAD-7. Arch Intern Med 2006; 166: 1092.Gráfico 77755 Versão 22.0

ESCALA DO STRESS PERCEPCIONADO

Nome _____ Data _____

Instrução: Para cada questão, pedimos que indique com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira, **durante o último mês**. Apesar de algumas perguntas serem parecidas, existem diferenças entre elas e deve responder a cada uma como perguntas separadas. Responda de forma rápida e espontânea. Para cada questão indique, com uma cruz (X), a alternativa que melhor se ajusta à sua situação.

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequente
	0	1	2	3	4
1. No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?					
2. No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?					
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em stresse?					
4. No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?					
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?					
6. No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?					
7. No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?					
8. No último mês, com que frequência sentiu ter tudo sob controlo?					
9. No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controlo?					

10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?					
	0	1	2	3	4

ANEXOS



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDADA EM 1963

MESTRADO EM SAÚDE MENTAL E PSICOINTERVENÇÕES

Influência do suporte social na ocorrência de Transtornos Mentais Comuns em adolescentes acolhidos no Centro Arco-íris, Zimpeto.

Termo de Consentimento Livre e Informado

Investigador Principal: Moisés Naftal Thumbo

Filiação: Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane

Introdução

Prezado(a) participante meu nome é **Moisés Naftal Thumbo** estou a trabalhar como investigador desta pesquisa, Convidamo-lo o (a) senhor (a) a participar desta pesquisa com o tema, “**Influência do suporte social na ocorrência de Transtornos Mentais Comuns em adolescentes acolhidos no Centro Arco-íris, Zimpeto**” que objectiva analisar a influência de suporte social na ocorrência de transtornos mentais comuns em adolescentes acolhidos no Centro Arco-Íris, Zimpeto.

Justificativa e objectivo

Gostaríamos de obter as suas opiniões sobre o assunto, visto que este estudo visa investigar a relação entre o suporte social e a ocorrência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em adolescentes acolhidos no Centro Arco-íris, em Zimpeto. O suporte social tem sido amplamente reconhecido como um factor importante na promoção da saúde mental, especialmente em contextos de vulnerabilidade. Adolescentes em situação de acolhimento enfrentam desafios emocionais, psicológicos e sociais, que podem impactar sua saúde mental e bem-estar.

Este estudo pretende analisar como a rede de apoio social pode influenciar na ocorrência de Transtornos Mentais Comuns (como ansiedade, depressão, stress e outros) nesses adolescentes. A pesquisa pode fornecer dados que possam orientar políticas públicas e práticas institucionais, melhorando a qualidade de vida e a saúde mental dos adolescentes acolhidos, oferecendo também recursos mais adequados para sua integração social.

A participação dos adolescentes neste estudo contribuirá para o avanço do conhecimento sobre os fatores que protegem ou vulnerabilizam a saúde mental dessa população,

ajudando na formulação de estratégias de intervenção baseadas no fortalecimento das redes de apoio social e no cuidado integral de sua saúde mental.

Tipo de pesquisa

O estudo será realizado com uma abordagem quantitativa e de desenho transversal, a abordagem quantitativa será utilizada para coletar e analisar dados numéricos, permitindo avaliar a relação entre o suporte social e a ocorrência de transtornos mentais comuns em adolescentes.

Seleção de participantes

O (a) senhor (a) foi convidado a fazer parte do estudo, e poderá participar caso queira tendo como critérios para a participação de estudo os seguintes:

- Residência no Centro Arco-íris: Adolescentes que estão acolhidos no centro por pelo menos 3 meses;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo responsável legal.
- Concordância do adolescente em participar do estudo;
- Ausência de condições incapacitantes: ausência déficits cognitivos graves que possam comprometer a resposta aos instrumentos.

Participação voluntária

A participação neste estudo não é obrigatória e deve ser voluntária. E se caso não aceite participar não terá nenhum tipo de sanção, ou seja, não influenciara na prestação do qualquer serviço habitual do qual tenha direito.

O consentimento dado poderá ser retirado em qualquer momento no decorrer da pesquisa caso queira, sem qualquer penalização ou perda de benefícios.

Procedimentos

A recolha dos dados de pesquisa será com base no preenchimento de quatro questionários, cujo acesso é gratuito e tempo necessário são cinco minutos para preencher cada questionário e tempo total são 20 minutos.

Todos os dados após as recolhas estarão disponíveis somente para o pesquisador e mantidos em sigilo no dispositivo eletrônico do pesquisador protegido por senha, e os mesmos serão usados apenas para fins de estudo, sendo destruídos após fim desta.

Riscos Desconforto e inconveniências

O presente estudo não prevê nenhum risco físico e cultural mas antevê riscos emocionais: os adolescentes podem experimentar desconforto ao responder a perguntas sobre sua saúde mental ou sobre seu suporte social.

Benefícios

Direito de obter relatório individualizado de transtornos mentais comuns como depressão, ansiedade e stress sem nenhum custo.

Custo de participação/ compensação

A pesquisa não acarretará nenhum custo aos participantes, e não haverá nenhuma compensação monetária.

Privacidade

Durante a coleta de dados, os questionários serão aplicados de maneira privada, sem a presença de outras pessoas que não sejam os pesquisadores envolvidos no estudo. As respostas dos participantes serão armazenadas de forma segura e acessível apenas aos pesquisadores responsáveis, utilizando códigos ou pseudônimos para garantir o anonimato.

Além disso, os dados coletados serão analisados em conjunto, de maneira que as informações individuais não sejam divulgadas, evitando qualquer risco de identificação pessoal.

Confidencialidade

Todos os dados fornecidos pelos adolescentes participantes serão tratados de forma anônima e confidencial, sendo utilizados exclusivamente para os fins da pesquisa. Nenhuma informação que permita identificar os participantes será divulgada em qualquer fase do estudo ou em qualquer tipo de publicação relacionada à pesquisa.

Caso os participantes decidam retirar seu consentimento durante a pesquisa, eles terão o direito de fazê-lo a qualquer momento, sem que isso prejudique sua relação com o Centro Arco-íris ou quaisquer outros serviços a que tenham acesso. Em caso de retirada, todos os dados já coletados serão destruídos, garantindo a não utilização de informações pessoais.

Partilha dos resultados

Os resultados desta pesquisa serão partilhados em forma de dissertação que será depositada na biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane. Os resultados de avaliação de saúde mental podem ser solicitados e partilhados 72 horas depois de participar do estudo, no entanto, os mesmos não deveram ser considerados definitivos para fins clínicos.

Contactos

A equipe estará disponível para qualquer esclarecimento em caso de dúvida sobre a sua participação no estudo a qualquer momento. Se tiver dúvidas sobre o estudo depois da sua participação ou pretende obter os resultados de avaliação, poderá contactar o Investigador Principal, **Moisés Thumbó**, através do número **840251056** ou pelo email: moselythumbó@gmail.com.

Caso tenham dúvidas ou comentários em relação aos seus direitos como participantes nesta pesquisa, por favor contacte o Investigador Principal acima mencionada ou o Comité Institucional Ético- científico da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane (UEM), através do número de celular: **827906276/ 856420756**.

Comité de Ética que aprovou

O Comité Institucional Ético- científico da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane (UEM) irá analisar este estudo para ver se protege os direitos dos participantes, e caso esteja em conformidade irá aprovar.

DECLARAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

“Influência do suporte social na ocorrência de Transtornos Mentais Comuns em adolescentes acolhidos no Centro Arco-íris, Zimpeto”.

Eu declaro que li as informações neste formulário de consentimento (ou foi lido para mim em voz alta). Fui explicado, todas as minhas perguntas sobre o estudo e a minha participação nele foram respondidas. Eu entendo o que o meu envolvimento no estudo significa, e voluntariamente concordo em participar no estudo. Eu entendo que a minha participação é voluntária e que eu posso me recusar a participar a qualquer momento, por qualquer motivo, sem penalidade. Receberei uma cópia deste formulário de consentimento.

Pergunte ao participante:

Concorda em participar do estudo ? (Marque a resposta) SIM____ NÃO ____

Aceita que gravemos a conversa? (Marque a resposta) SIM____ NÃO ____

____/____/____
Assinatura do participante

Data:

Hora: ____

**Impressão
digital do
participante
que não possa
assinar**

Nome do Participante (em maiúscula)

Se o participante não souber ler, uma testemunha imparcial também deve assinar este formulário:

____/____/____
Assinatura da Testemunha

Data:

Hora: ____

**Impressão
digital da
testemunha
que não possa
assinar**

Nome da Testemunha (em maiúscula)

____/____/____ Hora: ____

Data:

Assinatura da pessoa que realizou a explicação do consentimento

Carta de cobertura pelo local de estudo



IRIS GLOBAL
DEPARTAMENTO DO INTERNATO

Ào
Senhor Moisés Naftal Thumbo
Maputo

Data: 06/01/2025

Assunto: Resposta ao Pedido da Realização da Pesquisa Académica

Em resposta ao requerimento submetido a Iris Global de Zimpeto, que deu entrada no dia 12 de Dezembro de 2024 que solicitava a realização da Pesquisa Académica, com o seguinte tema: **Influência do Suporte Social na Ocorrência de Transtornos Mentais Comuns em Adolescentes acolhidas**, Viemos por este meio dar o despacho e afirmar que o pedido foi **Deferido**.

Sem mais do momento, subscrevemo-nos com elevada estima e consideração.



Iris Global

PO Box 493995, Redding, CA 96049-3995
Tel: (530) 255-2077; Fax (530) 232-0182
PO Box 20017, West Acres 1211, Nelspruit, South Africa

Iris Global

Av. de Moçambique Km11 Nº654/29 Zimpeto
Tel: 82 319 4700, 82 314 3500
e-mail: francisco.irisglobal@gmail.com
Maputo - Moçambique

Carta de aprovação ética do estudo



Comité Institucional de Bioética em Saúde da
Faculdade de Medicina/Hospital Central de
Maputo



(CIBS FM&HCM)

Dr. Vasco António Muchanga, Presidente do Comité Institucional de Bioética em Saúde da
Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)

CERTIFICA

Que este Comité avaliou a proposta do (s) Investigador (es) Principal (is):

Nome (s): **Moisés Naftal Thumbo**

Protocolo de investigação: **Versão 2.0, Março de 2025**

Cosentimentos informados: **Sem data, sem versão**

Questionário: **Sem data, sem versão**

Do estudo:

TÍTULO; "Influência do suporte social na ocorrência de Transtornos Mentais Comuns em adolescentes acolhidos no Centro Arco-Iris, Zimpeto."

1º Após revisão do protocolo pelos membros do comité durante a reunião do dia de 05 Março de 2025 e que será incluída na acta 06/2024, o CIBS FM&HCM, emite este informe notando que não há nenhuma inconveniência de ordem ética que impeça o início do estudo.

2º Que a revisão realizou-se de acordo com o Regulamento do Comité Institucional da FM&HCM – emenda 2 de 28 de Julho de 2014.

3º Que o protocolo está registado com o número **CIBSFM&HCM/33/2025**.

4º Que a composição actual do CIBS FM&HCM está disponível na secretária do Comité.

5º Não foi declarado nenhum conflito de interesse pelos membros do CIBS FM&HCM.

6º O CIBS FM&HCM faz notar que a aprovação ética não substitui a aprovação científica nem a autorização administrativa.

7º A aprovação terá validade de 1 ano, até 26 de Março de 2026. Um mês antes dessa data, o Investigador deve enviar um pedido de renovação se necessitar.

8º Recomenda-se aos investigadores que mantenham o CIBS informado do decurso do estudo no mínimo uma vez ao ano.

9º Solicitamos aos investigadores que enviem no final de estudo um relatório dos resultados obtidos

E emite

RESULTADO: **APROVADO**

Assinado em Maputo aos 25 de Março de 2025



Faculdade de Medicina, Av. Salvador Allende nº702, telefone: 21428076 www.cibs.uem.mz Página 2 de 2

Certificado de participação em jornadas científicas I



Certificado de participação em jornadas científicas II



Comprovativo de submissão de manuscrito na revista BMC Psychology

15/10/25, 17:19

Gmail - BMC Psychology - Receipt of Manuscript 'The association between...'



Moisés Naftal Thumbo <moselythumbo@gmail.com>

BMC Psychology - Receipt of Manuscript 'The association between...'

1 mensagem

BMC Psychology <bmcpsychology@biomedcentral.com>
Para: moselythumbo@gmail.com

5 de setembro de 2025 às 16:19

Ref: Submission ID 1f5b3bd0-a8ca-4a19-9774-a5f8be3980e8

Dear Dr Thumbo,

Thank you for submitting your manuscript to BMC Psychology.

Your manuscript is now at our initial Technical Check stage, where we look for adherence to our submission guidelines, including any relevant editorial and publishing policies. If there are any points that need to be addressed prior to progressing we will send you a detailed email. Otherwise, your manuscript will proceed into peer review.

You can check on the status of your submission at any time by using the link below and logging in with the account you created for this submission:

https://submission.springernature.com/submission-details/1f5b3bd0-a8ca-4a19-9774-a5f8be3980e8?utm_source=submissions&utm_medium=email&utm_campaign=confirmation-email&journal_id=40359

Kind regards,

Editorial Assistant
BMC Psychology

Springer Nature offers an open access support service to make it easier for our authors to discover and apply for APC funding. For further information please visit <http://www.springernature.com/gp/open-research/funding>

file:///C:/Users/HP EliteBook 840 G3/OneDrive/Desktop/Dissertacao Mestrado/Gmail - BMC Psychology - Receipt of Manuscript 'The association betw... 1/1

Comprovativo de pré-impressão do manuscrito

Research Article

The association between institutional social support and common mental disorders among sheltered adolescents in Maputo, Mozambique: An exploratory study

Moisés Naftal Thumbo, Sofia Marques Da Silva, Palmira Fortunato Dos Santos

This is a preprint; it has not been peer reviewed by a journal.

<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-7545138/v1>
This work is licensed under a CC BY 4.0 License

Abstract

Background

Common Mental Disorders (CMDs), characterized by symptoms of anxiety, depression, and stress, are a leading global public health problem with high prevalence among adolescents, particularly in contexts of social vulnerability. This study aimed to analyze the influence of institutionally provided social support on the occurrence of CMDs among adolescents sheltered at the Children Center-Iris Global in Zimpeto, Maputo.

Cite

Share

Download PDF

Status: Under Review

BMC Series

BMC Psychology

Version 1

posted 17 Oct, 2025

8

You are reading this latest preprint version

Citations

scite_

	0
	0
	0
	0

scite is a platform that combines deep learning with expert analysis to automatically classify citations as supporting, contrasting or mentioning. [See detailed metrics →](#)

Doi: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-7545138/v1>

Licença: O trabalho esta sob licença: CC BY 4.0

Declaração do Supervisor Autorizando a Submissão de Dissertação

Parecer do supervisor para a submissão de Dissertação

Universidade Eduardo Mondlane

Faculdade de Medicina

Palmira Fortunato dos Santos, portadora do BI nº 110100460635F emitido pelo Arquivo de Identificação Civil da Cidade de Maputo, aos 09 de Novembro de 2021, Doutorada em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo, afecta na Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Medicina, supervisora do estudante **Moisés Naftal Thumbo**, do curso de **Mestrado em Saúde Mental e Psicointervencções**, tendo verificado que a dissertação, com título “**Influência do suporte social na ocorrência de Transtornos Mentais Comuns em adolescentes acolhidos no Centro Arco-íris, Zimpeto**”, cumpre com os requisitos indicados do RCPG, recomenda que o trabalho seja submetido a avaliação.

Maputo, 27 de Novembro de 2025

Assinatura
