

Vera Cristina Torres Maia

Psicopatologia e Adição em Utilizadores do Facebook

Universidade Lusófona do Porto
Faculdade de Psicologia

Porto
(2014)

Vera Cristina Torres Maia

Psicopatologia e Adição em Utilizadores do Facebook

**Dissertação apresentada na Universidade Lusófona do Porto para obtenção do
grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde**

Orientador científico: Professora Doutora Ângela Leite, Universidade
Lusófona do Porto

Universidade Lusófona do Porto

Faculdade de Psicologia

**Porto
(2014)**

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais volta ao seu tamanho inicial”

ALBERT EINSTEIN

AGRADECIMENTOS

Este estudo não é apenas resultado de um empenho individual, mas sim de um conjunto de esforços que o tornaram possível e sem os quais teria sido muito mais difícil chegar ao fim desta etapa, que representa um importante marco na minha vida pessoal e profissional. Desta forma, manifesto a minha gratidão a todos os que estiveram presentes nos momentos de angústia, de ansiedade, de insegurança, de exaustão e de satisfação.

À minha orientadora, Prof. Doutora Ângela Leite, pela forma como me orientou, pelo entusiasmo e motivação. Sendo de igual modo, importante referir, ainda, a disponibilidade sempre manifestada, o seu apoio e confiança.

À minha amiga Lígia, pela amizade e total disponibilidade que sempre demonstrou, pelo incentivo e apoio.

A todos que contribuíram e se dispuseram a colaborar no estudo, dando o seu parecer mais sincero.

Em especial, à minha mãe pela minha ausência durante estes tempos conturbados, mas também pela paciência e dedicação com que me apoiou em todos os momentos difíceis de exaustão. Ao meu pai por acreditar em mim e em tudo o que faço.

Ao Pedro por todas as razões.

RESUMO

A crescente popularidade das redes sociais, designadamente o Facebook, entre os utilizadores da Internet, exige uma particular atenção e reflexão.

O Facebook é provavelmente o principal sítio de encontro, comunicação, partilha e interação de ideias e assuntos de interesse comum, entre os utilizadores. Esta nova forma de comunicação suscita muitas questões éticas, sociais e psicológicas.

Assim, o presente estudo propõe-se investigar o tema de forma a procurar respostas numa área pouco explorada: a identificação de possível sintomatologia psicopatológica, bem como de adição em utilizadores do Facebook.

Neste sentido, este projeto tem como objetivo principal avaliar eventuais sintomas psicopatológicos e o nível de adição dos utilizadores do Facebook.

A amostra, de conveniência, deste estudo é constituída por utilizadores da rede social Facebook, de nacionalidade portuguesa, maiores de 18 anos.

A recolha de dados foi realizada através de instrumentos de investigação, nomeadamente, Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) (Canavarro, 2007) e a Escala de Adição ao Facebook de Bergen (Andreassen, 2012, Trad. Portug. Leite, Cunha, Silva & Maia, 2013).

Palavras-chave: Facebook, Adição, Sintomas Psicopatológicos.

ABSTRACT

The growing popularity of social networks, including Facebook, among Internet users requires particular attention and reflection.

The Facebook is probably the main site of encounter, communication and sharing of ideas and interaction issues of common interest among users. This new form of communication raises many ethical, social and psychological issues.

Thus, the present study aims to investigate the issue so searching for answers in a little explored area: the identification of possible psychopathological symptoms, as well as addiction to Facebook users.

Thus, this project aims to evaluate possible psychopathological symptoms and the level of addiction of the users of Facebook.

A convenience sample of this study consists of users of social networking site Facebook, of Portuguese nationality, aged 18.

Data collection was conducted through research instruments, namely, Psychopathological Symptom Inventory (BSI) (Canavarro, 2007) and Scale Addition to Facebook Bergen (Andreassen, 201Trad. Portug. Leite, Cunha, Silva & Maia, 2013).

Keywords: Facebook, addiction, Psychopathological Symptoms.

INDICE

AGRADECIMENTOS	2
RESUMO	3
ABSTRACT	4
INTRODUÇÃO	8
PARTE I – CONCETUALIZAÇÃO TEÓRICA	10
1. A PSICOPATOLOGIA.....	10
1.1. <i>Fundamentos da Psicopatologia</i>	11
1.2. <i>Classificação das Doenças Psíquicas</i>	13
1.3. <i>Diagnóstico</i>	14
2. O FACEBOOK	15
2.1. <i>Facebook e psicopatologia</i>	17
2.2. <i>Adição e Facebook</i>	19
PARTE II - PLANO DE INVESTIGAÇÃO E METODOLOGIA	23
1. OBJETIVOS E PERTINÊNCIA DO ESTUDO	23
2. PARTICIPANTES	24
3. PROCEDIMENTOS.....	24
4. INSTRUMENTOS.....	26
4.1. <i>Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)</i>	26
4.2. <i>Escala de Bergen de Adição ao Facebook</i>	29
5. RESULTADOS.....	31
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	54
CONCLUSÃO	59
BIBLIOGRAFIA	60
ANEXOS	64

INDICE DE TABELAS

TABELA 1 – DESCRIÇÃO DAS DIMENSÕES E ÍNDICES GLOBAIS DO BSI (CANAVARRO, 2007)	27
TABELA 2 – DESCRIÇÃO DAS DIMENSÕES E ITENS DA BFAS	30
TABELA 3 – FREQUÊNCIAS DA QUESTÃO, HÁ QUANTOS ANOS UTILIZA A INTERNET?	31
TABELA 4 – FREQUÊNCIAS DA QUESTÃO, QUANTAS VEZES POR SEMANA VAI À INTERNET?	32
TABELA 5 – FREQUÊNCIAS DA QUESTÃO, QUANTAS HORAS POR DIA, PASSA NA INTERNET?	32
TABELA 6 – FREQUÊNCIAS DA QUESTÃO, HÁ QUANTOS ANOS UTILIZA O FACEBOOK?	32
TABELA 7 – FREQUÊNCIAS DA QUESTÃO, QUANTAS VEZES POR SEMANA VAI AO FACEBOOK?.....	32
TABELA 8 – FREQUÊNCIAS DA QUESTÃO, QUANTAS HORAS POR DIA PASSA NO FACEBOOK?	32
TABELA 9 – FREQUÊNCIAS DOS ITENS DO BSI (MÉDIA, DESVIO PADRÃO, MÁXIMO, MÍNIMO E MODALIDADES DE RESPOSTA)	33
TABELA 10 – FREQUÊNCIAS DO TOTAL, DAS SUBESCALAS E ÍNDICES DO BSI, MÉDIA, DESVIO PADRÃO, MÍNIMO, MÁXIMO E VALOR DE ALPHA CRONBACH	37
TABELA 11 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES DO TOTAL, DOS ÍNDICES E DAS SUBESCALAS DO BSI.....	38
TABELA 12 – FREQUÊNCIAS DOS ITENS DA BFAS (MÉDIA, DESVIO PADRÃO, MÁXIMO, MÍNIMO E MODALIDADES DE RESPOSTA)	39
TABELA 13 – FREQUÊNCIAS DO TOTAL E DAS SUBESCALAS DO BFAS (MÉDIA, DESVIO PADRÃO, MÍNIMO, MÁXIMO) E VALOR DE ALPHA CRONBACH.	41
TABELA 14 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES DO TOTAL E DAS SUBESCALAS DO BFAS.....	42
TABELA 15 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES DO TOTAL, ÍNDICES E SUBESCALAS, DO BSI E DO TOTAL E SUBESCALAS DA BFAS.	43
TABELA 16 – VALOR MÉDIO DA SUBESCALA DO BSI HOSTILIDADE EM RELAÇÃO À PROFISSÃO E SUA SIGNIFICAÇÃO.....	46
TABELA 17 – VALOR MÉDIO DA SUBESCALA DO BFAS CONFLITO EM RELAÇÃO À PROFISSÃO E SUA SIGNIFICAÇÃO.....	47
TABELA 18 – VALOR MÉDIO DO TOTAL DO BSI, DO IGS, DO ISP E OUTRAS SUBESCALAS DO BSI E UMA DO BFAS EM RELAÇÃO À QUESTÃO HÁ QUANTOS ANOS UTILIZA A INTERNET E SUA SIGNIFICAÇÃO	48
TABELA 19 – VALOR MÉDIO DAS SUBESCALAS ANSIEDADE FÓBICA E HOSTILIDADE DO BSI EM RELAÇÃO À QUESTÃO, QUANTAS VEZES POR SEMANA VAI À INTERNET E SUA SIGNIFICAÇÃO.....	50

TABELA 20 – VALOR MÉDIO DO TOTAL DO BFAS E SUBESCALA CONFLITO EM RELAÇÃO À QUESTÃO, QUANTAS HORAS POR DIA VAI À INTERNET E SUA SIGNIFICAÇÃO.....51

TABELA 21 – VALOR MÉDIO DA SUBESCALA TOLERÂNCIA DO BFAS EM RELAÇÃO À QUESTÃO, QUANTAS VEZES POR SEMANA VAI AO FACEBOOK E SUA SIGNIFICAÇÃO.....52

TABELA 22 – VALOR MÉDIO DE SUBESCALAS DO BSI E DO BASF E DO TOTAL DO BFAS EM RELAÇÃO À QUESTÃO, QUANTAS HORAS POR DIA VAI AO FACEBOOK E SUA SIGNIFICAÇÃO.53

INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos, o número de *sites* de redes sociais (SNS, “Social Network Services”) e utilizadores das mesmas tem aumentado significativamente, passando de 8% dos utilizadores adultos de *Internet*, em 2005, para 37% em 2008 (Lenhart, Purcell, Smith, & Zickhur, 2010, cit in Simoncic, 2012). Estes *sites* permitem aos utilizadores criar perfis apresentando informações demográficas, pensamentos pessoais, e uma ampla gama de interesses (Boyd & Ellison, 2007 cit in Simoncic, 2012). Além disso, esses *sites* oferecem aos utilizadores a oportunidade de manter ligações *on-line* com amigos bem como partilhar fotos, vídeos e histórias. SixDegrees.com, lançado em 1997, foi o primeiro SNS, (SNS, “Social Network Services”) e permitiu aos utilizadores criar perfis personalizados, manter listas de amigos, e procurar essas listas de amigos. O interesse neste tipo de interação levou à criação de vários *sites* como o LiveJournal, LinkedIn, MySpace e Facebook (Boyd & Ellison, 2007 cit in. Simoncic, 2012).

O Facebook é uma rede social sólida que atua de forma homogénea e consistente, devido ao número elevado de membros registados (Panteli, 2009).

Um estudo realizado nos EUA, sugere que o Facebook é uma rede social valiosa, não apenas para criar novas, mas também para manter antigas relações, bem como para manter o utilizador informado acerca de eventos sociais (Kalpidon, Costin & Morris, 2011).

O crescimento do Facebook mostra uma mudança significativa na conduta social e pessoal dos utilizadores da *Internet*, tendo-se tornado um meio essencial de comunicação e entretenimento entre jovens e adultos. Embora tenha começado a afetar as atividades diárias dos utilizadores normais, a popularidade não vai reduzir no futuro próximo (Das & Sahoo 2011).

Um estudo americano realizado por Das e Sahoo (2011), que teve como objetivo explorar todos os impactos negativos das redes sociais, nomeadamente o Facebook e seus utilizadores, menciona que pode ser um vício, de tal maneira que os utilizadores ficam imersos na vida virtual e acabam por esquecer o mundo físico ao seu redor remetendo-se ao isolamento, preterindo assim a vida social.

Numa pesquisa realizada nos EUA por Das & Sahoo (2011) com 1000 pessoas, constatou-se que 56% dos utilizadores verificam o seu Facebook, pelo menos uma vez por dia. Também constataram que 17% iriam ler uma mensagem no Facebook, durante o sexo com o seu parceiro, podendo prejudicar o seu relacionamento e tornar a sua vida deplorável. O estudo mostra que o Facebook é a principal razão de um em cada cinco divórcios nos EUA.

Uma vez que o Facebook é cada vez mais um meio fundamental de comunicação, onde os utilizadores passam muito tempo diariamente, surgiu o interesse em explorar esta área ainda pouco investigada, no que respeita à identificação de possível sintomatologia psicopatológica e adição em utilizadores do Facebook.

Este estudo está dividido em duas partes: uma parte de fundamentação teórica e outra de investigação. Na primeira parte, encontramos um capítulo sobre o Facebook e o seu impacto, sintomatologia psicopatológica, adição e Facebook, Facebook e psicopatologia. A segunda parte apresenta, então, o estudo empírico realizado no âmbito da dissertação. Nesse sentido, descreve-se o método e os principais resultados da investigação e, posteriormente, é realizada uma discussão, onde se pretende efetuar uma análise crítica dos resultados apresentados, bem como uma reflexão acerca dos principais resultados e das limitações deste estudo.

PARTE I – CONCETUALIZAÇÃO TEÓRICA

1. A Psicopatologia

Segundo Ceccarelli (2005), a palavra psicopatologia é composta por três palavras gregas: psychê, pathos e logos. Psychê resultou em psique, psíquico, psiquismo e alma. Pathos em paixão, excesso, passagem, passividade, sofrimento, assujeitamento e patológico. E Logos, em lógica, discurso, narrativa e conhecimento.

O termo psicopatologia é, em geral, utilizado para se referir ao estudo das doenças mentais, abrangendo desde a perspectiva descritiva e sintomática até a teoria da origem e da manutenção dos funcionamentos psíquicos chamados mórbidos (Pereira 2008)

A acessão mais tradicional do termo psicopatologia é dada por Karl Jaspers (1963), segundo o qual a psicopatologia tem por objetivo o estudo descritivo dos fenômenos psíquicos anormais, exatamente como se apresentam à experiência imediata. Segundo Dalgalarrondo (2008), a psicopatologia pode ser definida como o conjunto de conhecimentos referentes ao adoecimento mental do ser humano. É uma ciência autônoma que procura ser sistemática, elucidativa e desmistificante.

Barlow & Durand (2008) definem psicopatologia como o estudo científico dos transtornos psicológicos. Por sua vez, Miranda Sá Jr. (2001), descreve a psicopatologia como uma disciplina científica que se incumbe do estudo sistemático das alterações mórbidas que afetam o comportamento.

Segundo Sims (2001), a psicopatologia é o estudo sistemático do comportamento, da cognição e das experiências anormais; o estudo dos produtos de uma mente com um transtorno mental. Isto inclui as psicopatologias explicativas, nas quais existem supostas explicações, de acordo com conceitos teóricos (p. ex., a partir de uma base psicodinâmica, comportamental ou existencial, e assim por diante), e a psicopatologia descritiva, que consiste na descrição e categorização precisa de experiências anormais, informadas pelo paciente e observadas no seu comportamento.

1.1. Fundamentos da Psicopatologia

Segundo, Scaharfetter (1996) os fundamentos da psicopatologia são:

1. Por princípio: abranger, descrever e denominar expressões de vivências e comportamentos humanos de forma a serem transmitidas intersubjetiva e interculturalmente. Torna-se necessária uma ordem do que é descrito, um cuidado na descrição e na utilização do conceito. Deve ser evitado, sempre que possível, misturar descrição com interpretação compreensiva.
2. Demonstrar a sua topografia como fenómenos dos desvios de funções do estado médio de consciência vígil diurna e como reação subsequente. Os fenómenos, as vivências e as experiências da consciência no seu dia-a-dia (do sub e do consciente) e, os modos de comportamento funcional, daí decorrentes, devem ser, exatamente por isso, cuidadosamente apreendidos pelo psicopatologista, pelo psiquiatra, pelo psicólogo, de modo a evitar (com todas as consequências negativas) uma desadequada patologização do excepcional «anormal».
3. O ensino dos sintomas e a sindromática daí decorrente é mandatária como ciência: ela deve permitir elaborar constructos («doença»), que possam vir a ser objeto da investigação (causal, pluridireccional e sistémica) quanto à etiologia e à terapêutica.

Scaharfetter (1996), relativamente à problemática do normal, são, anormal, doente, refere que estes conceitos não são de forma alguma fáceis de estabelecer com clareza. Por isso, tem de se apresentar a sua problemática de uma forma clara. Daí que o valor (em termos de discriminação social) do uso destes conceitos seja o cúmulo da infelicidade.

Normal é o juízo de valores sempre relativos, em que a avaliação da realidade é feita individualmente ou coletivamente, dependendo do meio. É aquele indivíduo que tem um comportamento estruturado, integrado em relação ao contexto em que está inserido. Existe o normal estatístico, paradigmático, subjetivo e funcional. A normalidade parece fazer

referência à ordem existente, cujo estado normal indicará o estado habitual e ao mesmo tempo o estado ideal Scaharfetter (1996).

A anomalia indica a desigualdade, o uniforme, o irregular, o sem lei, o que foge à norma. Esta, designa pois, um facto descritivo, ao passo que o anormal faz referência a um valor, a uma norma.

Em psicopatologia, diferenciam-se os fenómenos psicopatológicos em compreensíveis e não compreensíveis. Assim, segundo Abreu (1997), a compreensão é o caminho que nos leva a entender a realidade, “a vida interior do outro, na sua complexidade e subtilidade, na sua génese, na sua diferença e também na sua patologia, seja ela comunicada explicitamente ou não...” chegando assim à intuição do psíquico adquirido pelo interior do psíquico. Segundo o mesmo autor, para compreender, é necessário co-experimentar, atualizar as vivências do outro dentro de nós, na nossa interioridade. Existem limites para a compreensão, já que nem todas as vivências, em particular as mais patológicas, se podem atualizar dentro de nós. Deve-se então tentar imaginá-las dentro de nós e compará-las com as nossas experiências aumentando ou diminuindo a sua intensidade.

Abreu (1997) refere que “o que não se pode compreender geneticamente apela à explicação, podendo existir desde várias explicações até nenhuma explicação”. A explicação recorre sempre a uma teoria ou modelo que foram criados cientificamente. Abreu refere que a explicação não se opõe à compreensão, mas é, antes independente dela. Existem fenómenos psíquicos incompreensíveis que a ciência ainda não logrou em explicar, como as psicoses endógenas, onde apesar de tudo, a compreensibilidade genética pode ainda isolar os fenómenos primariamente incompreensíveis. Também nas psicoses incompreensíveis mas explicáveis por afeção cerebral, se podem estabelecer nexos compreensíveis para sintomas secundários. Finalmente, a explicação pode laborar nos fenómenos compreensíveis, umas vezes confirmando nexos já detetados, outras vezes, mesmo, opondo-se-lhes”.

1.2. Classificação das Doenças Psíquicas

A psicopatologia tem como objetivo de estudo o homem perturbado, como tal é da sua competência estudar os aspetos que o perturbam. A OMS (1948) define saúde como o “bem-estar físico, psicológico e social, total e não apenas ausência de doença ou enfermidade.” OMS (1987) Assim, a doença será causada pela alteração de cada um destes pontos. As doenças psicopatológicas são estados, vivências, situações que correspondem a sentimentos estados de espírito e de consciência anormais. Procura-se que sejam definidos pela duração, evolução e estrutura clínica. Como tal a classificação das doenças psíquicas é necessária. Nela agrupam-se segundo Pestana e Páscoa (1998), as doenças psíquicas em três grandes grupos:

Psicoses – Consiste em estados psicopatológicos em que o doente perde o contacto com a realidade, num grau maior ou menor, conforme a gravidade da sua doença. O paciente perde contacto com a realidade e traduz a alteração da consciência, afetando também o juízo crítico;

Neuroses – Caracteriza-se por intenso sofrimento, em geral sob a forma de ansiedade, consciência da perturbação e por sintomas que refletem a ansiedade. Não há perda de contacto com a realidade nem alterações da consciência. O doente não perde o juízo crítico;

Psicopatia – Caracteriza-se pela alteração da personalidade, que se manifesta no comportamento quer pessoal quer social do indivíduo.

1.3. Diagnóstico

O diagnóstico das doenças psíquicas é sem dúvida a parte mais importante do processo terapêutico. Estabelecer um diagnóstico significa reconhecer, como típico, um quadro psicopatológico clinicamente observável (queixa, sintoma, síndrome, quadro, de «estado», quadro de estado-evolução) repetidamente apresentado de forma semelhante e, pressupõe ainda, a classificação desse quadro numa doença resignada (Scaharfetter, 1996).

No desconhecimento do seu verdadeiro sentido, o diagnóstico (processo de reconhecimento e de ordenação) é hoje frequente e injustamente tratado como mera rotulação. No entanto, necessitamos de um diagnóstico sempre que temos de ajuizar sobre um determinado «quadro de estado», ou seja: sobre um modo de experiência e de comportamento de um ser humano, no que se refere à sua formação, e relativamente à questão sobre o que podemos fazer, tendo em conta o presente estado dos nossos conhecimentos (Scaharfetter, 1996).

O sentido e finalidade do diagnóstico é o estabelecimento da indicação terapêutica e profilática. Infelizmente, e dado o atual estado dos nossos conhecimentos sobre a patogenia e os métodos terapêuticos, nem sempre se podem estabelecer, uma vez feito o diagnóstico, uma terapêutica e uma profilaxia de êxito satisfatório (Scaharfetter, 1996).

Assim, para obter o mesmo, a psicopatologia utiliza vários métodos de investigação como: clínico; biológico; psicológico; sociológico e estatístico.

2. O Facebook

Em 2004, um estudante de Harvard chamado Mark Zuckerberg fundou uma rede social (SNS, Social Network Services”) a que chamou "Facebook" como uma forma de os seus colegas da Universidade de Harvard comunicar em entre si na web (Phillips, 2007 cit in. Simoncic, 2012). Nos últimos sete anos, o Facebook tem evoluído para um *site* mundialmente utilizado com mais de 800 milhões de utilizadores a colocar fotos, partilhar sentimentos e atualizações de status de relacionamento (Fletcher, 2010 cit in. Simoncic, 2012).

O Facebook funciona através de perfis e comunidades. Em cada perfil, é possível acrescentar módulos de aplicativos (jogos, ferramentas, etc.). O sistema é muitas vezes percebido como mais privado que outros *sites* de redes sociais, pois apenas os utilizadores que fazem parte da mesma rede podem ver o perfil uns dos outros. Outra inovação significativa do Facebook foi é o fato de permitir que os utilizadores possam criar aplicativos para o sistema. O uso de aplicativos é hoje uma das formas de personalizar um pouco mais os perfis (Boyd & Ellison, 2007, cit in Recuero, 2009).

Os utilizadores do Facebook partilham um colossal de 30 bilhões de peças de conteúdo a cada mês, o Facebook representa a maior base de dados de informação social do mundo. Ao partilhar as suas atualizações, os utilizadores procuram manter contato e ampliar os seus horizontes. (cit in Kross E, Verduyn P, Demiralp E, Park J, Lee DS, et al. 2013).

“Entende-se por rede um grupo de indivíduos que, de forma agrupada ou individual, se relacionam uns com os outros, com um fim específico, caracterizando-se pela existência de fluxos de informação. As redes podem ter muitos ou poucos atores e uma ou mais categorias de relação entre os pares de atores” (Alexandro & Norman, 2005, p.2).

Os utilizadores individuais diferem no que diz respeito à maneira como usam o Facebook (Haskins, 2005; Joinson, 2008 cit in Simoncic, 2012). Por exemplo, existe ainda uma ambiguidade sobre o tipo de conduta e de comunicação apropriada para esta nova forma de meio social, no que diz respeito ao que uma pessoa escolhe para partilhar, como detalhes

personais num fórum público, etc. (Lewis, Kaufman, & Christakis, 2008 cit in Simoncic, 2012).

Ao nível das interações sociais, o Facebook é uma das redes sociais mais utilizadas em todo o mundo. Esta interação é realizada particularmente através de comentários a perfis, pelo uso de aplicações e pela participação em grupos de discussão (Patrício & Gonçalves, 2010).

De acordo com Panteli (2009), as investigações indicam que o tempo que os utilizadores passam nesta rede social proporciona o desenvolvimento de laços emocionais e, por sua vez, o aumento da frequência das visitas destes utilizadores neste tipo de comunidades virtuais.

A utilização do Facebook acarreta consequências tanto positivas como a aproximação entre pessoas, conhecer outras pessoas, possibilidade de encontros amorosos, reencontrar amigos antigos, etc., assim como negativas. Uma consequência negativa é o desenvolvimento de sentimentos de ciúme quando comparamos a nossa vida à dos outros, mais concretamente, sentimentos de inveja gerados pelo excesso de exposição à informação social nestes *sites*, podendo causar danos significativos para o bem-estar dos utilizadores e empatar a sua satisfação com a vida. (cit in Kross E, Verduyn P, Demiralp E, Park J, Lee DS, et al. 2013).

No estudo realizado por Kross E, Verduyn P, Demiralp E, Park J, Lee DS, et al. (2013), verificou-se que os sentimentos de inveja são muitas vezes desencadeados por seguir informações de outras pessoas no Facebook.

De acordo com o estudo realizado por Gosling, Gaddis e Vazire (2007), genericamente, o Facebook é mais utilizado por pessoas com idade compreendida entre os 24 e os 54 anos de idade, sendo uma forma invasiva de obter informações íntimas / pessoais sobre alguém que se acabou de conhecer, portanto, conhecer melhor um utilizador. Esta rede social é uma linha de comunidade, que permite que qualquer pessoa com um endereço de correio electrónico possa criar um perfil completo com fotos e uma variedade de informação pessoal específica.

2.1. Facebook e psicopatologia

Alguma (pouca) pesquisa examina a relação entre os estilos do uso do Facebook e sintomas depressivos. Cerca de um quarto dos estudantes universitários divulgaram sintomas de depressão no Facebook através de atualizações de *status* e mensagens no mural. É sugerido que estudantes que estão excessivamente envolvidos em comunidades de redes sociais de amigos são mais propensos a partilhar informações pessoais do que os estudantes que são utilizadores de redes sociais de baixa assiduidade (Moreno et al., 2011b, cit in Simoncic, 2012).

Quando se analisa a população de utilizadores Facebook, e tem sido mostrado que tanto online como *off-line* a popularidade está associada com as formas pelas quais os utilizadores usam os recursos do Facebook. Especificamente, os utilizadores do Facebook introvertidos são menos populares nas comunidades *off-line*, e, portanto, esforçar-se para fazer da sua imagem on-line emocionante e interessante através de informações pessoais (Zywica & Danowski, 2008, cit in. Simoncic 2012).

Quando dada a escolha entre a interação na Internet e interação social tradicional os introvertidos preferem expressar seu verdadeiro eu, via Internet, enquanto os extrovertidos preferem a interação social tradicional como um meio de partilhar o seu interior e pensamentos (Amichai-Hamburger, Wainapel, & Fox, 2002, cit in. Simoncic, 2012).

Declarações colocadas no Facebook que podem sugerir a presença de sintomas depressivos no utilizador, têm mostrado estar associadas com formas leves de depressão (Moreno et al., 2011a cit in Simoncic, 2012).

Outros estudos indicam que as diferenças de género têm sido identificadas nas redes sociais no geral, bem como no Facebook. Ao considerar as práticas nas redes sociais, as mulheres são mais propensas que os homens a envolverem-se em "Atividades mais fortes", como interagir com os amigos existentes, e é menos provável que se envolvam em "Atividades mais delicadas" como formar novos relacionamentos através da Internet (Hargittai & Hsieh, 2010, cit in Simoncic, 2012). Além disso, as diferenças de género têm sido associadas com o uso do Facebook: mais mulheres do que homens são utilizadores ativos

do Facebook; as mulheres compõem cerca de 60% de todos os utilizadores do Facebook (Kiser, 2011, cit in Simoncic, 2012).

Os estudos mostraram que a utilização da rede social pode conduzir a uma variedade de efeitos negativos, tais como diminuir o convívio na vida real, o desempenho académico fica prejudicado, e os problemas de relacionamento acentuam-se (Kuss e Griffiths, 2011). Deste modo, surge uma escala de dependência ao Facebook (o Facebook Bergen Addiction Scale) com o máximo de itens possíveis, refletindo cada um dos elementos de dependência acima mencionados (Cozby, 2009 cit in Andreassen, 2012).

2.2. Adição e Facebook

O termo “adição à Internet” surge por volta dos anos 79/80 e desde aí tem sido descrito como sendo um uso problemático que deu origem a outros novos conceitos, tais como os propostos por Liu e Potenza (2007: p 455).

“Desordem da adição à Internet, dependência da Internet, uso compulsivo da Internet, uso patológico da Internet e uso compulsivo do computador (...) estes comportamentos foram definidos como adições não - químicas ou comportamentais que envolve interações Homem máquina”.

Gomés e Esparrell (2004) fazem um levantamento sobre a terminologia relativa ao uso excessivo da Internet utilizada por diferentes autores: Adição à Internet (Egger, 1996; Thompson, 1996; Young, 1996); Dependência da Internet (Scherer, 1997; Andreson, 1998); Uso problemático da Internet (Davis, Flett & Besser, 2002).

No seu conjunto, todos estes autores referidos por Gómez e Esparrell (2004) revelam uma preocupação constante relativamente ao uso excessivo da Internet *online*, as dificuldades que surgem em gerir o tempo despendido na Internet e demonstram que o utilizador compulsivo da Internet considera que o mundo à sua volta é aborrecido, evoluindo para um grau de irritação constante no caso de ser interrompido enquanto se encontra online, verificando-se, assim, uma redução da interação social com as pessoas reais.

O conceito de adição estendeu-se a um léxico psiquiátrico que identifica o problema do uso da Internet associado a danos significativos ao nível social, psicológico, relacional, académico, entre outros (Livingstone, Haddon, 2009).

Os fatores de risco que propiciam uma vulnerabilidade psicológica relativamente à adição da Internet são, segundo Echeburúa (1999), os seguintes:

- Défice de personalidade: introversão, baixa auto-estima e procura de sensações;
- Défice nas relações interpessoais: timidez e fobia social;
- Défice cognitivo: fantasia descontrolada, atenção dispersa e tendência para a distração;

- Alterações psicopatológicas: adições químicas ou psicológicas presentes no passado, depressões, etc.

Para que se consiga facilmente detetar se existe ou não um uso inadequado ou exagerado da Internet, Goldberg (1995) estabelece alguns critérios, tais como:

- Mudanças drásticas nos hábitos de vida de modo a ter mais tempo para se conectarem;
- Diminuição generalizada da atividade física;
- Descuido ao nível da saúde;
- Evitamento de atividades importantes de modo a ter mais tempo para se conectar à rede;
- Diminuição da sociabilidade que tem como consequência a perda de amizades;
- Negligência ao nível da relação com a família e amigos;
- Recusa em dedicar tempo extra em atividades fora da rede;
- Desejo de ter mais tempo para estar conectado à Internet;
- Negligência no trabalho e nas obrigações pessoais.

Numa investigação realizada acerca da adição ao Facebook (Andreassen, 2012), verificaram-se algumas patologias aditivas, nomeadamente, o jogo patológico, que consiste numa dependência apenas de comportamento, encarado como um estado de desordem psiquiátrica formal. No entanto, verificaram-se outros potenciais vícios de comportamento, tais como *video-game* (Fisher, 1994, cit in Andreassen, 2012), a dependência de exercício físico (Adams & Kirkby 2002, cit in Andreassen, 2012), vício do telemóvel (Choliz, 2010, cit in Andreassen, 2012), o vício do sexo *online* (Griffiths, 2012, cit in Andreassen, 2012), o vício de compras (Clark & Calleja, 2008, cit in Andreassen, 2012), e o vício na Internet (Young, 1996; Beard, 2005, cit in Andreassen, 2012).

No que diz respeito à dependência da Internet, tem sido questionado se as pessoas se tornam viciadas na plataforma ou no conteúdo da Internet (Griffiths, 1999, cit in Andreassen, 2012). Young (2009) argumentou que os viciados na Internet tornam-se viciados em diferentes aspetos da utilização *online*. Ela diferencia três subtipos de viciados em Internet, entre os quais, jogos sexuais online excessivos, pré-ocupação, e mensagens de *e-mail/texto* (*e-mailing/texting*) (Young, 2009, cit in Andreassen, 2012). As redes sociais são um tipo de

atividade *online* em que e-mailing/texting tem sido predominante. Entre as redes sociais, o Facebook é de longe o mais popular.

Um artigo recentemente publicado sobre a rede social e dependência sugere que os *sites* de redes sociais são predominantemente utilizados para manutenção de redes off-line, ou seja, para muitos indivíduos, são importantes em termos de oportunidades acadêmicas e profissionais. Deste modo, a manutenção dessas redes e o facto de ficar conectado são assumidos como um fator de atração, o que pode explicar o motivo de algumas pessoas usarem a rede social excessivamente em todos os locais (Kuss e Griffiths, 2011, cit in Andreassen, 2012).

Pesquisadores ligados ao Facebook verificaram que os utilizadores demonstram características específicas individuais, nomeadamente, pessoas de pontuação alta em narcisismo tendem a ser mais ativos em *sites* de redes sociais, uma vez que a rede social oferece a oportunidade de se apresentarem de forma favorável e ideal consigo mesmo (Buffardi & Campbell, 2008; Mehdizadeh, 2010 cit in Andreassen, 2012). Outros estudos têm-se centrado no modelo dos cinco fatores de personalidade, em que a avaliação da personalidade é baseada em cinco dimensões principais de Extroversão, Socialização, Consciência, Neuroticíssimo, e Abertura (Wiggins, 1996, cit in Andreassen, 2012). Alguns pesquisadores mencionam que a associação entre usar a Internet em geral e a extroversão é considerada positiva (Yang & Lester, 2003, cit in Andreassen, 2012), no entanto, é considerada negativa com a Consciência (Wilson, Fornasier, & White, 2010 cit in Andreassen, 2012).

Além disso, Correa, Hinsley, e Zuniga (2010 cit in Andreassen, 2012) relataram que extroversão, neuroticismo e abertura à experiência eram todos positivamente associados ao uso frequente da Internet. Tem sido sugerido que os extrovertidos usam a Internet socialmente para a valorização social, enquanto os introvertidos usam-na para a compensação social, sendo que ambos parecem estar associados ao seu uso elevado (Kuss e Griffiths, 2011 cit in Andreassen, 2012). Os sujeitos que apresentam baixos resultados na dimensão da Consciência demonstram utilizar socialmente a Internet como uma forma de a adiar, portanto a consciência pressupõe-se negativamente associada com o uso da Internet (Wilson, et al., 2010, cit in Andreassen, 2012).

Já o Neuroticismo é assumido como sendo positivamente relacionado com a utilização da Internet, pois pode ser uma forma de solicitar apoio. Além disso, as pessoas com pontuação alta em Neuroticismo, através da Internet, têm vantagem, uma vez que têm mais tempo para a contemplação antes de agir, do que as interações face-a-face (Ehrenberg, Juckes, branco, & Walsh, 2008; Ross, Orr, Sisic, Arseneault, Simmering, & Orr, 2009; Correa, et al, 2010, cit in Andreassen, 2012).

Desde que o Facebook se tornou um dos *sites* mais utilizados na Internet, e desde que o sono de má qualidade foi considerado prejudicial para o desempenho acadêmico dos alunos, faz sentido a investigação acerca do vício do Facebook, em particular, podendo estar directamente associado aos hábitos de sono (Andreassen, 2012).

PARTE II - PLANO DE INVESTIGAÇÃO E METODOLOGIA

1. Objetivos e Pertinência do Estudo

A decisão de efetuar um estudo com utilizadores do Facebook acerca da possível existência de psicopatologia, bem como de adição, decorre do atual interesse por esta rede social e pelo facto de em Portugal ainda existirem poucos estudos publicados acerca deste tema.

Assim, o objetivo principal da presente investigação consiste em conhecer as características psicopatológicas dos utilizadores do Facebook, bem como os seus níveis de adição.

Deste modo, os objetivos específicos do estudo consistiram em: conhecer as características sociodemográficas de uma amostra de utilizadores do Facebook da população portuguesa (indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos); determinar as características psicopatológicas dos utilizadores bem como o grau de dependência da utilização do Facebook.

As nossas hipóteses consistem em considerar os utilizadores do Facebook mais perturbados psicologicamente do que a norma, o que nos leva a pensar que os níveis de adição poderão ser elevados.

2. Participantes

A população do presente estudo é constituída por utilizadores portugueses da rede social Facebook, com idade igual ou superior a 18 anos. No que diz respeito ao tipo de população, tratou-se de uma amostra não probabilística por conveniência, ou seja, foi selecionada por conveniência ao estudo, não representando por isso o universo da população estudada, ou seja, todos os utilizadores da Rede Social Facebook (Ribeiro, 2008).

A validade dos resultados obtidos limita-se aos sujeitos da amostra, pelo que não poderão ser generalizados à população em geral.

3. Procedimentos

Procedemos à escolha do método de recolha de dados, tendo optado pelo inquérito por questionário, sendo a recolha de dados realizada através de instrumentos de investigação, nomeadamente, um questionário sociodemográfico, o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), e a Escala de Adição ao Facebook de Bergen.

Neste sentido, realizaram-se os pedidos de autorização aos autores dos instrumentos a ser utilizados, que foram concedidos.

Para recolha de dados, criou-se um evento no Facebook destinado ao projeto de investigação. Nesse evento, cada sujeito era informado acerca dos objetivos do estudo e, desejando participar, assinalava em local para o efeito o seu consentimento.

Em seguida, o sujeito preencheu os campos destinados à recolha das variáveis sócio demográficas (sexo, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, profissão, hobbies, tempo que passa no Facebook dias por semana e horas por dia, entre outros).

Seguidamente, respondiam aos questionários escolhidos pela seguinte ordem: Questionário sócio demográfico, Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e Escala de Adição ao Facebook de Bergen.

Tratou-se de um estudo quantitativo, pois caracterizou-se por trabalhar com números, ou seja, funcionou com entidades abstratas que representam uma contagem, uma medição, e um cálculo (Ribeiro, 2008).

Assim, o desenho da presente investigação obedeceu ao desenho de um estudo descritivo correlacional, uma vez que não procedemos a qualquer tipo de intervenção, desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente, sem a sua intervenção, e procura também perceber quais os efeitos ou as relações dos acontecimentos com as variáveis e qual o efeito nos sujeitos em estudo (Ribeiro, 2008).

Posteriormente à recolha de dados, procedeu-se ao tratamento estatístico (estatística descritiva e inferencial) através do programa de análise estatística: Statistical Program for Social Sciences, SPSS, versão 20.0.

4. Instrumentos

4.1. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

O BSI foi desenvolvido por Derogatis e Spenser (1982,cit. por Derogatis, 1993), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Canavarro (1995, cit. por Canavarro, 1999). Trata-se de um questionário de auto resposta e pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico, bem como a indivíduos perturbados emocionalmente, a outro tipo de doentes e a pessoas da população em geral (Canavarro, 1999). Tem como objetivo avaliar os sintomas psicopatológicos em termos de 9 dimensões de sintomatologia e de 3 índices globais, os quais constituem avaliações sumárias da perturbação emocional e representam aspetos diferentes da psicopatologia.

É um inventario de auto- resposta constituído por 53 itens, nos quais o paciente deverá classificar o grau em que cada problema o afetou durante a última semana, numa escala tipo Likert, que vai desde “Nunca” (0) a “Muitíssimas vezes” (4). A amplitude do inventário varia entre o valor mínimo de 0 e o valor máximo de 196 pontos. Parte-se do pressuposto de que, quanto maior for a pontuação obtida, maior a sintomatologia psicopatológica (e.g., Canavarro, 1999).

O BSI Possui 9 dimensões, com as respetivas amplitudes máximas: Somatização (amplitude máxima: 28); Obsessões- Compulsões (amplitude máxima: 24); Sensibilização Interpessoal (amplitude máxima: 16); Depressão (amplitude máxima:24); Ansiedade (amplitude máxima: 24); Hostilidade, (amplitude máxima: 20); Ansiedade Fóbica (amplitude máxima: 20) Ideação Paranoide, (amplitude máxima: 20); Psicoticismo, (amplitude máxima: 20). Posteriormente, através da soma dos valores dos itens, obtém-se 3 Índices Globais: 1) Índice Geral de Sintomas (IGS), 2) Índice de Sintomas Positivos (ISP) e 3) Total Sintomas Positivos (TSP). Quatro dos itens: 11, 25, 39 e 52, embora contribuam com algum peso para as escalas descritas, não pertencem univocamente a nenhuma delas, pelo que não deveriam ser incluídos no inventário. Porém, dada a sua relevância clínica são apenas considerados nas pontuações dos três Índices Globais (Canavarro 2007). Na Tabela 1 são descritas as dimensões e Índices Globais.

Tabela 1 – Descrição das dimensões e Índices Globais do BSI (Canavarro, 2007)

Dimensão	
Somatização	Dimensão - que reflete o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático, isto é, queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou outro qualquer sistema com clara mediação autonómica. Dores localizadas na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade são igualmente componentes da somatização (inclui os itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37).
Obsessões Compulsões	Inclui sintomas identificados com a síndrome clínica do mesmo nome. Esta dimensão inclui as cognições, impulsos e comportamentos que são percecionados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam egodistónicos e de natureza indesejada. Estão também incluídos nesta dimensão comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral (inclui os itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36).
Sensibilidade Interpessoal	Esta dimensão centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas. A auto depreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez, durante as interações sociais são as manifestações características desta dimensão (inclui os itens 20, 21, 22 e 42).
Depressão	Os itens que compõe esta dimensão refletem o grande número de indicadores de depressão clínica. Estão representados os sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida (inclui os itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50).
Ansiedade	Indicadores gerais tais como nervosismo e tensão foram incluídos nesta dimensão. São igualmente contemplados sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico. Componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade também foram considerados (inclui os itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49).
Hostilidade	A dimensão hostilidade inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera (inclui os itens 6, 13, 40, 41 e 46).
Ansiedade Fóbica	A ansiedade fóbica é definida como a resposta de medo persistente (em relação a uma pessoa, local ou situação específica) que sendo irracional e desproporcionada em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento. Os itens desta dimensão centram-se nas manifestações do comportamento fóbico mais patognomónicas e disruptivas (inclui os itens 8, 28, 31, 43 e 47).
Ideação Paranoide	Esta dimensão representa o comportamento paranoide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projetivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios são vistos primariamente como os reflexos desta perturbação. (inclui os itens 4, 10, 24, 48 e 51).
Psicoticismo	Esta escala foi desenvolvida de modo a representar este constructo como uma dimensão continuada experiência humana. Abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizoide, assim como sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento. A escala fornece um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática de psicose (inclui os itens 3, 14, 34, 44 e 53).
Índices Globais	
Índice Geral de Sintomas	Pondera a intensidade do mal-estar experienciado.
Índice de Sintomas Positivos	Relata a média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados.
Total Sintomas Positivos	Representa o número de queixas somáticas apresentadas.

Os itens que formam as nove dimensões avaliadas pelo instrumento constituem, no seu conjunto, importantes elementos de psicopatologia. Efetivamente, são considerados pelos Manuais de Classificação Diagnóstica mais utilizados, CID-10 e DSM-IV, como aspetos importantes para a elaboração de diagnósticos das primeiras cinco categorias (F00 a F49) segundo o CID-10 e para as perturbações do Eixo I, segundo o DSM-IV (Canavarro, 2007).

Os autores descrevem resultados razoáveis a bons quanto à consistência interna para as nove escalas, com valores de alfa a variar entre .71 (Psicoticismo) e .85 (Depressão). A sua estrutura fatorial, avaliada na população em geral e na população clínica é também um indicador de unidade e consistência subjacentes do ponto de vista conceptual (Canavarro, 1999). A fidelidade de teste-reteste para as nove dimensões varia entre .68 (Somatização) e .91 (Ansiedade Fóbica), e para os Índices Globais varia entre .87 (Índice de Sintomas Positivos) e .91 (Índice Geral de Sintomas) (Canavarro, 2007).

Diversos autores testaram a sua fiabilidade da versão portuguesa deste instrumento, através da análise de aspetos da consistência interna, nomeadamente do comportamento dos itens na escala a que pertencem e dos Índices Globais de fiabilidade das escalas. As correlações obtidas entre cada item e a nota global da escala, quando esta contém o próprio item e quando este é excluído, variam entre .29 e .79. Os valores de alfa, que medem a variância devido a heterogeneidade (quer dos diversos itens do inventário, quer dos valores globais das escalas) encontram-se entre .7 e .8, à exceção dos valores observados para as escalas de Ansiedade Fóbica e de Psicoticismo que apresentam valores ligeiramente inferiores (Canavarro, 2007).

As correlações de split-half, que variam entre .40 (Ansiedade Fóbica) e .69 (Sensibilidade Interpessoal) e os coeficientes de Spearman-Brown são, igualmente, indicadores da boa consistência interna da escala. No entanto, estes corroboram a menor consistência interna das escalas de Ansiedade Fóbica e Psicoticismo quando comparadas com as restantes (Canavarro, 2007).

4.2. Escala de Bergen de Adição ao Facebook

A Escala de Bergen (Andreassen, 2012) foi traduzida para a população portuguesa por Leite, Cunha, Maia e Silva, (2013) e é composta por 18 itens, três para cada uma das seis principais características do vício, nomeadamente, a saliência, a modificação, a tolerância, a retirada, o conflito, a recaída. Cada item é pontuado numa escala de 5 pontos, em que 1: Muito raramente e 5: Muito frequentemente. Os scores mais altos indicam maior dependência ao Facebook. A consistência interna, Alfa de Cronbach foi 0,83 na amostra do estudo da conceção da escala (Andreassen, 2012).

Esta escala foi construída na Universidade de Bergen na Noruega num estudo conduzido pela psicóloga Cecilie Schou Andreassen e permitiu avaliar o tipo de relação que uma pessoa estabelece com a rede social, no sentido de perceber o possível risco de adição. Não só desenvolveu a escala como também concluiu que os sintomas de dependência da rede social são semelhantes aos da adição química.

A pesquisa realizada em janeiro de 2011, com testes efetuados a 432 estudantes – 227 mulheres e 196 homens, em que Cecilie concluiu que os principais dependentes do Facebook são as mulheres, os jovens as pessoas tímidas, ansiosas e socialmente inseguras. Indivíduos mais organizados e ambiciosos, são capazes de gerir melhor a sua relação com o Facebook. (Andreassen, 2012).

Tabela 2 – Descrição das dimensões e itens da BFAS.	
Saliência	
BFAS1	Tem passado muito tempo a pensar sobre o Facebook ou a planear a utilização do Facebook?
BFAS 2	Tem pensado em como conseguir mais tempo livre para estar no Facebook?
BFAS3	Tem pensado muito acerca do que aconteceu, recentemente, no Facebook?
Tolerância	
BFAS 4	Tem passado mais tempo no Facebook do que inicialmente pretendia?
BFAS 5	Tem sentido vontade de utilizar cada vez mais o Facebook?
BFAS 6	Tem sentido que tem que utilizar cada vez mais o Facebook para obter dele o mesmo prazer?
Modificação de humor	
BFAS 7	Tem utilizado o Facebook para esquecer problemas pessoais?
BFAS 8	Tem utilizado o Facebook para reduzir sentimentos de culpa, ansiedade, desamparo e depressão?
BFAS 9	Tem utilizado o Facebook para reduzir a inquietação?
Recaída	
BFAS 10	Tem-lhe sido recomendado que reduza a utilização do Facebook, mas não deu ouvidos?
BFAS 11	Tem tentado deixar de utilizar o Facebook, sem sucesso?
BFAS 12	Tem decidido utilizar o Facebook menos frequentemente, mas não conseguiu fazê-lo?
Retirada	
BFAS 13	Fica inquieto ou preocupado se for proibido de utilizar o Facebook?
BFAS 14	Fica irritado se for proibido de utilizar o Facebook?
BFAS 15	Sente-se mal, se por qualquer razão, não consegue aceder ao Facebook durante algum tempo?
Conflito	
BFAS 16	Tem utilizado tanto o Facebook que prejudica os seus estudos ou trabalho?
17	Tem dado menos prioridade aos seus hobbies, actividades de lazer e exercício físico por causa do Facebook?
18	Tem ignorado o seu companheiro(a), a família e ou amigos por causa do Facebook?

5. Resultados

A nossa amostra é composta por 113 sujeitos, dos quais 63 do sexo feminino (55,8%) e 50 do sexo masculino (44,2%), com idades compreendidas entre os 18 e 56 anos. (33,05% e desvio de padrão de 7,15 anos).

A maior parte dos sujeitos da amostra (58 ou 51,3%) são casados ou vivem em união de facto; 46 sujeitos (40,7%) são solteiros; 8 (7,1%) são divorciados ou separados e 1 (0,9%) é viúvo.

A maioria (58 ou 51,13%) não tem filhos; 32 (28,3%) têm 1 filho; 20 (17,7%) 2 filhos e 3 (2,7%) têm 3 ou mais filhos.

Em relação às habilitações literárias, 2 sujeitos são analfabetos (1,8%); 1 sujeito (0,9%) tem a escolaridade básica ou 4º ano; 23 sujeitos (20,4%) têm a escolaridade obrigatória (2º ciclo ou 9º ano); 33 sujeitos (29,2 %) têm o ensino secundário (12º ano); 45 sujeitos (39,8%) têm licenciatura; 8 sujeitos (7,1%) têm mestrado e 1 sujeito (0,9%) doutoramento.

No que diz respeito às profissões, segundo a classificação de graffar, no primeiro grau encontram-se 28 sujeitos (24,8%); no segundo grau encontram-se 31 sujeitos (27,4%); no terceiro grau encontram-se 21 sujeitos (18,6%); no quarto grau encontram-se 8 sujeitos (7,1%) e no quinto grau encontram-se 3 sujeitos (2,7%). Amostra inclui ainda 1 reformado (0,9%), 11 desempregados (9,7%); e 10 estudantes (8,8%).

Relativamente à utilização da Internet e do Facebook, o nosso questionário inclui 6 questões.

Tabela 3 – Frequências da questão, há quantos anos utiliza a Internet?				
	Entre 2 e 4	Entre 5 e 10	Entre 11 e 15	Há mais de 16
N	7	44	41	21
%	6,2%	38,9%	36,3%	18,6%

Pela leitura da tabela 3 verificamos como resultados mais significativos, que 38,0% da amostra utiliza a Internet há 5-10 anos e 36,3% utiliza-a entre os 11-15 anos.

Tabela 4 – Frequências da questão, quantas vezes por semana vai à Internet?				
	3 Vezes	4 Vezes	5 Vezes	Todos os dias
N	3	4	7	99
%	2,7%	3,5%	6,2 %	87,6%

Verifica-se que a maior parte da amostra, utiliza a Internet todos os dias.

Tabela 5 – Frequências da questão, quantas horas por dia, passa na Internet?				
	1 Hora	Entre 2 a 4	Entre 5 a 10	Mais de 10
N	32	60	19	2
%	28,3%	53,1%	16,8%	1,8%

A maioria (53,1%) da amostra passa entre a 2 a 4 horas por dia na Internet; contudo, mais de um quarto da amostra (28,3) % passa apenas 1 hora por dia na Internet.

Tabela 6 – Frequências da questão, há quantos anos utiliza o Facebook?				
	1 Ano	Entre 2 a 4	Ente 5 a 8	Há mais de 8
N	6	95	11	1
%	5,3%	84,1%	9,7%	9%

A grande maioria da amostra, utiliza o Facebook há 2 a 4 anos.

Tabela 7 – Frequências da questão, quantas vezes por semana vai ao Facebook?						
	1 Vez	2 Vezes	3 Vezes	4 Vezes	5 Vezes	Todos os dias
N	4	4	10	8	14	74
%	3,5%	3,5%	8,8%	7,1%	12,4%	64,6%

A maioria da amostra utiliza o Facebook todos os dias.

Tabela 8 – Frequências da questão, quantas horas por dia passa no Facebook?				
	1 Hora	Entre 2 a 4	Entre 5 a 10	Mais de 10
N	70	35	7	1
%	61,9%	31,0%	6,2%	0,9%

A maioria da amostra passa 1 hora por dia o Facebook.

No que diz respeito aos sintomas psicopatológicos, na tabela 9 encontramos as frequências do instrumento utilizado:

Tabela 9 – Frequências dos itens do BSI (média, desvio padrão, máximo, mínimo e modalidades de resposta)

Item	Descrição	M.	Dp.	Min	Máx	Nunca	Poucas Vezes	Alguma s Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1	Nervosismo ou tensão interior.	1,27	0,96	0	4	27 (23,9%)	42 (37,2%)	32 (28,3%)	11 (9,7%)	1 (0,9%)
2	Desmaios ou tonturas.	0,25	0,56	0	3	91 (80,5%)	17 (15,0%)	4 (3,5%)	1 (0,9%)	0
3	Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.	0,21	0,43	0	2	90 (79,6%)	22 (19,5%)	1 (0,9%)	0	0
4	Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas.	0,48	0,62	0	2	67 (59,3%)	38 (33,6%)	8 (7,1%)	0	0
5	Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes.	1,19	0,84	0	3	25 (22,1%)	48 (42,5%)	34 (30,1%)	6 (5,3%)	0
6	Aborrecer-se ou irritar-se facilmente.	1,45	0,76	0	4	9 (8,0%)	53 (46,9%)	43 (38,1%)	7 (6,2%)	1 (0,9%)
7	Dores sobre o coração ou no peito.	0,47	0,73	0	3	74 (65,5%)	27 (23,9%)	10 (8,8)	2 (1,8%)	0
8	Medo de andar na rua ou praças públicas.	0,19	0,47	0	2	95 (84,1%)	14 (12,4%)	4 (3,5%)	0	0
9	Pensamentos de acabar com a vida.	0,21	0,55	0	3	96 (85,0%)	11 (9,7%)	5 (4,4%)	1 (0,9%)	0
10	Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas.	1,33	1,08	0	4	28 (24,8%)	41 (36,3%)	28 (24,8%)	11 (9,7%)	5 (4,4%)
11	Perder o apetite.	0,62	0,72	0	2	59 (52,2%)	38 (33,6%)	16 (14,2%)	0	0
12	Ter um medo súbito sem razão para isso.	0,42	0,80	0	3	81 (71,7%)	21 (18,6%)	7 (6,2%)	3 (2,7%)	1 (0,9%)
13	Ter impulsos que não se pode controlar.	0,58	0,84	0	3	68 (53,1%)	31 (27,4%)	8 (7,1%)	6 (5,3%)	0
14	Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais	0,70	0,88	0	4	60 (53,1%)	32 (28,3%)	17 (15,0%)	3 (2,7%)	1 (0,9%)

pessoas.										
15	Dificuldade em fazer qualquer trabalho.	0,73	0,72	0	3	47 (41,6%)	52 (46,0%)	12 (10,6%)	2 (1,8%)	0
16	Sentir-se sozinho.	0,88	0,95	0	4	48 (42,5%)	40 (35,4%)	18 (15,9%)	5 (4,4%)	2 (1,8%)
17	Sentir-se triste.	1,35	0,83	0	4	14 (12,4%)	56 (49,6%)	33 (29,2)	9 (8,0%)	1 (0,9%)
18	Não ter interesse por nada.	0,77	0,80	0	4	47 (41,6%)	50 (44,2%)	11 (9,7%)	5 (4,4%)	0
19	Sentir-se atemorizado.	0,35	0,61	0	3	79 (69,9%)	30 (26,59%)	2 (1,8%)	2 (1,8%)	0
20	Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos.	0,86	0,74	0	3	37 (32,7%)	58 (51,3%)	15 (13,3%)	3 (2,7%)	0
21	Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si.	0,88	0,86	0	4	42 (37,2%)	50 (44,2%)	15 (13,3%)	5 (4,4%)	1 (0,9%)
22	Sentir-se inferior aos outros.	0,72	0,87	0	4	55 (48,7%)	39 (34,5%)	13 (11,5%)	4 (3,5%)	1 (0,9%)
23	Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago.	0,31	0,50	0	2	80 (70,8%)	31 (27,4%)	2 (1,8%)	0	0
24	Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si.	0,93	0,76	0	3	34 (30,1%)	56 (49,6%)	20 (17,7%)	3 (2,7%)	0
25	Dificuldade em adormecer.	1,14	0,91	0	3	30 (26,5%)	47 (41,6%)	26 (23,0%)	10 (8,8%)	0
26	Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.	1,04	0,82	0	4	29 (25,7%)	57 (50,4%)	20 (17,7%)	7 (6,2%)	0
27	Dificuldade em tomar decisões.	1,17	0,83	0	4	23 (20,4%)	55 (48,7%)	29 (25,7%)	5 (4,4%)	1 (0,9%)
28	Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro.	0,19	0,66	0	4	100 (88,5%)	9 (8,0%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)	2 (1,8%)
29	Sensação de que lhe falta o ar.	0,38	0,71	0	3	83 (73,5%)	19 (16,8%)	9 (8,0%)	2 (1,8%)	0
30	Calafrios e afrontamentos.	0,42	0,65	0	3	74 (65,5%)	33 (29,2%)	4 (3,5%)	2 (1,8%)	0
31	Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causarem medos.	0,34	0,66	0	3	85 (75,2%)	20 (17,7%)	6 (5,3%)	2 (1,8%)	0

32	Sensação de vazio na cabeça.	0,47	0,75	0	3	74 (65,5%)	29 (25,7%)	6 (5,3%)	4 (3,5%)	0
33	Sensação de anestesia (encortamento ou formigueiro) no corpo.	0,64	0,84	0	3	63 (55,8%)	33 (29,2%)	12 (10,6%)	5 (4,4%)	0
34	Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados.	0,36	0,66	0	3	83 (73,5%)	20 (17,7%)	9 (8,0%)	1 (0,9%)	0
35	Sentir-se sem esperança perante o futuro.	0,92	0,94	0	4	43 (38,1%)	46 (40,7%)	16 (14,2)	6 (5,3%)	2 (1,8%)
36	Ter dificuldade em se concentrar.	1,19	0,90	0	4	26 (23,0%)	50 (44,2%)	28 (24,8%)	8 (7,1%)	1 (0,9%)
37	Falta de forças em partes do corpo.	0,73	0,80	0	3	52 (46,0%)	42 (37,2%)	16 (14,2%)	3 (2,7%)	0
38	Sentir-se em estado de tensão ou aflição.	0,77	0,81	0	3	48 (42,5%)	48 (42,5%)	12 (10,6%)	5 (4,4%)	0
39	Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer.	0,60	0,85	0	4	64 (56,6%)	36 (31,9%)	9 (8,0%)	2 (1,8%)	2 (1,8%)
40	Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém.	0,41	0,62	0	2	75 (66,4%)	30 (26,5%)	8 (7,1%)	0	0
41	Ter vontade de destruir ou partir coisas.	0,59	0,80	0	3	65 (57,5%)	33 (29,2%)	11 (9,7%)	4 (3,5%)	0
42	Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas.	0,76	0,74	0	3	45 (39,8%)	53 (46,9%)	12 (10,6%)	3 (2,7%)	0
43	Sentir-se mal no meio de multidões como lojas, cinemas ou assembleias.	0,42	0,73	0	3	78 (69,0%)	25 (22,1%)	7 (6,2%)	3 (2,7%)	0
44	Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa.	0,65	0,79	0	3	61 (54,0%)	32 (28,3%)	19 (16,8%)	1 (0,9%)	0
45	Ter ataques de terror ou pânico.	0,21	0,60	0	4	96 (85,0%)	13 (11,5%)	2 (1,8%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)
46	Entrar facilmente em discussão.	0,99	0,80	0	3	32 (28,3%)	55 (48,7%)	21 (18,6%)	5 (4,4%)	0
47	Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho.	0,34	0,75	0	4	87 (77,0%)	19 (16,8%)	4 (3,5%)	1 (0,9%)	2 (1,8%)
48	Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu	1,57	0,99	0	4	15 (13,3%)	43 (39,1%)	34 (30,1%)	18 (15,9%)	3 (2,7%)

	trabalho ou às suas capacidades.									
49	Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado e quieto.	0,65	0,75	0	4	56 (49,6%)	43 (38,1%)	13 (11,5%)	1 (0,9%)	0
50	Sentir que não tem valor.	0,77	0,87	0	3	53 (46,9%)	39 (34,5%)	15 (13,3%)	6 (5,3%)	0
51	A impressão que se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si.	1,21	0,98	0	4	31 (27,4%)	39 (34,5%)	33 (29,2%)	8 (7,1%)	2 (1,8%)
52	Ter sentimentos de culpa.	0,88	0,81	0	4	38 (33,6%)	55 (48,7%)	16 (14,2%)	3 (2,7%)	1 (0,9%)
53	Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça.	0,73	0,89	0	3	58 (51,3%)	35 (31,0%)	13 (11,5%)	7 (6,2%)	0

Pela leitura da tabela 9, verificamos que o item que apresenta uma média (1,57) de resposta mais elevada é o 48 (Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou as suas capacidades). Segue-se o item 6 (Aborrecer-se ou irritar-se facilmente) com uma média de 1.45; por fim o item 17 (Sentir-se triste) apresenta uma média de 1.35.

O item 8 (Medo de andar na rua ou em praças publicas) e o item (Medo de viajar de autocarro de comboio ou de metro) apresentam ambos a média de resposta mais baixa (0,19). Contudo, o item 3 (Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos) e o item 45 (Ter ataques de terror ou pânico) também apresentam uma média bastante baixa de 0,21.

A modalidade de resposta mais escolhida, foi a primeira (nunca) nos itens 8, 9 e 45.

Na tabela 10 encontramos a média, desvio padrão, mínimo, máximo do total do BSI, dos seus índices e subescalas bem como o valor do alpha de Cronbach das subescalas do BSI e do seu total.

Tabela 10 – Frequências do total, das subescalas e índices do BSI, Média, desvio padrão, mínimo, máximo e valor de alpha Cronbach					
	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	alpha
Total BSI	37,63	22,47	3	120	.95
IGS	0,71	0,42	0,06	2,26	
TSP	26,27	11,76	3	51	
ISP	0,49	0,22	0,6	0,96	
Somatização	3,19	3,33	0	17	.81
Obsessões Compulsões	5,78	3,24	0	16	.74
Sensibilidade Interpessoal	3,21	2,52	0	13	.78
Depressão	4,90	3,56	0	17	.80
Ansiedade	3,67	3,00	0	16	.73
Hostilidade	4,02	2,74	0	14	.75
Ansiedade fóbica	1,49	2,51	0	16	.85
Ideação paranoide	5,51	3,12	0	14	.72
Psicoticismo	2.65	2.35	0	11	.61

Pela leitura da tabela 10 verificamos que o total do BSI apresenta um valor de alpha de Cronbach bastante elevado (.95).

O IGS (Índice geral de sintomas), que pondera a intensidade do mau estar experienciado, apresenta uma média de 0.71, bastante longe do ponto de corte definido pelos autores da escala (1.7).

No que diz respeito às subescalas, verificamos que na: “obsessões compulsões” é a que apresenta uma média mais elevada (5.78) e a “ansiedade fóbica” a média mais baixa (1.49).

Em relação ao valor de alpha de Cronbach, subescala com um valor mais elevado é a ansiedade fóbica (. 85) e a subescala psicoticismo apresenta o valor mais baixo (. 61).

Quando comparamos os valores, obtidos com os valores, normativos (Canavarro 2007), verificamos que os nossos valores são mais elevados do que os valores das pessoas com perturbações emocionais.

Na tabela 11 encontramos a matriz de correlações entre o total, os índices e as subescalas do BSI.

Tabela 11 – Matriz de correlações do total, dos índices e das subescalas do BSI

	Total BSI	IGS	TSP	ISP	SOM	OC	SI	DEP	ANS	HOS.	AF	IP	PSIC
BSI	1	r=1,000** p=0,000	r=0,872** p=0,000	r=0,872** p=0,000	r=0,773** p=0,000	r=0,770** p=0,000	r=0,818** p=0,000	r=0,849** p=0,000	r=0,848** p=0,000	r=0,783** p=0,000	r=0,605** p=0,000	r=0,737** p=0,000	r=0,821** p=0,000
IGS	r=1,000** p=0,000	1	r=0,872** p=0,000	r=0,872** p=0,000	r=0,773** p=0,000	r=0,770** p=0,000	r=0,818** p=0,000	r=0,849** p=0,000	r=0,848** p=0,000	r=0,783** p=0,000	r=0,605** p=0,000	r=0,737** p=0,000	r=0,821** p=0,000
TSP	r=0,872** p=0,000	r=0,872** p=0,000	1	r=1,000** p=0,000	r=0,719** p=0,000	r=0,669** p=0,000	r=0,709** p=0,000	r=0,696** p=0,000	r=0,747** p=0,000	r=0,635** p=0,000	r=0,486** p=0,000	r=0,674** p=0,000	r=0,743** p=0,000
ISP	r=0,872** p=0,000	r=0,872** p=0,000	r=1,000** p=0,000	1	r=0,719** p=0,000	r=0,669** p=0,000	r=0,709** p=0,000	r=0,696** p=0,000	r=0,747** p=0,000	r=0,635** p=0,000	r=0,486** p=0,000	r=0,674** p=0,000	r=0,743** p=0,000
SOM	r=0,773** p=0,000	r=0,773** p=0,000	r=0,719** p=0,000	r=0,719** p=0,000	1	r=0,575** p=0,000	r=0,517** p=0,000	r=0,528** p=0,000	r=0,665** p=0,000	r=0,617** p=0,000	r=0,562** p=0,000	r=0,374** p=0,000	r=0,579** p=0,000
OC	r=0,770** p=0,000	r=0,770** p=0,000	r=0,669** p=0,000	r=0,669** p=0,000	r=0,575** p=0,000	1	r=0,614** p=0,000	r=0,536** p=0,000	r=0,622** p=0,000	r=0,516** p=0,000	r=0,321** p=0,000	r=0,567** p=0,000	r=0,599** p=0,000
SI	r=0,818** p=0,000	r=0,818** p=0,000	r=0,709** p=0,000	r=0,709** p=0,000	r=0,517** p=0,000	r=0,614** p=0,000	1	r=0,710** p=0,000	r=0,613** p=0,000	r=0,613** p=0,000	r=0,329** p=0,000	r=0,736** p=0,000	r=0,659** p=0,000
DEP	r=0,849** p=0,000	r=0,849** p=0,000	r=0,696** p=0,000	r=0,696** p=0,000	r=0,528** p=0,000	r=0,536** p=0,000	r=0,710** p=0,000	1	r=0,669** p=0,000	r=0,584** p=0,000	r=0,467** p=0,000	r=0,667** p=0,000	r=0,730** p=0,000
ANS	r=0,848** p=0,000	r=0,848** p=0,000	r=0,747** p=0,000	r=0,747** p=0,000	r=0,665** p=0,000	r=0,622** p=0,000	r=0,613** p=0,000	r=0,669** p=0,000	1	r=0,693** p=0,000	r=0,533** p=0,000	r=0,523** p=0,000	r=0,644** p=0,000
HOS	r=0,783** p=0,000	r=0,783** p=0,000	r=0,635** p=0,000	r=0,635** p=0,000	r=0,617** p=0,000	r=0,516** p=0,000	r=0,613** p=0,000	r=0,584** p=0,000	r=0,639** p=0,000	1	r=0,367** p=0,000	r=0,507** p=0,000	r=0,561** p=0,000
AF	r=0,605** p=0,000	r=0,605** p=0,000	r=0,486** p=0,000	r=0,486** p=0,000	r=0,562** p=0,000	r=0,321** p=0,000	r=0,329** p=0,000	r=0,467** p=0,000	r=0,533** p=0,000	r=0,367** p=0,000	1	r=0,234** p=0,000	r=0,558** p=0,000
IP	r=0,737** p=0,000	r=0,737** p=0,000	r=0,674** p=0,000	r=0,674** p=0,000	r=0,374** p=0,000	r=0,567** p=0,000	r=0,736** p=0,000	r=0,667** p=0,000	r=0,523** p=0,000	r=0,507** p=0,000	r=0,234** p=0,000	1	r=0,496** p=0,000
PSIC	r=0,821** p=0,000	r=0,821** p=0,000	r=0,743** p=0,000	r=0,743** p=0,000	r=0,579** p=0,000	r=0,599** p=0,000	r=0,659** p=0,000	r=0,730** p=0,000	r=0,644** p=0,000	r=0,561** p=0,000	r=0,558** p=0,000	r=0,496** p=0,000	1

Nota: **Total BSI** = Escala de sintomatologia psicopatológica; **IGS** = Índice Geral de Sintomas; **TSP** = Total de Sintomas Positivos; **ISP** = Índice de Sintomas Positivos; **SOM** = Somatização; **OC** = Obsessões-Compulsões; **SI** = Sensibilidade Interpessoal; **DEP** = Depressão; **ANS** = Ansiedade; **HOS** = Hostilidade; **AF** = Ansiedade Fóbica; **ID** = Ideação Paranoide; **PSIC** = Psicoticismo.

As correlações existentes entre o total do BSI, os seus índices e as suas subescalas são todas altamente significativas.

Na Tabela 12, apresentamos as frequências dos itens da BFAS

Tabela 12 – Frequências dos itens da BFAS (média, desvio padrão, máximo, mínimo e modalidades de resposta)										
Item	Descrição	M.	Dp.	Min	Máx	Muito raramente	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente
1	Tem passado muito tempo a pensar sobre o Facebook ou a planear a utilização do Facebook	1,75	0,97	1	5	58 (51,3%)	35 (31,0%)	13 (11,5%)	4 (3,5%)	3 (2,7%)
2	Tem pensado em como conseguir mais tempo livre para estar no Facebook?	1,27	0,61	1	5	89 (78,8%)	19 (18,8%)	4 (3,5%)	0 (0%)	1 (0,9%)
3	Tem pensado muito acerca do que aconteceu, recentemente, no Facebook?	1,60	0,90	1	5	68 (60,2%)	29 (25,7%)	11 (9,7%)	3 (2,7%)	2 (1,8%)
4	Tem passado mais tempo no Facebook do que inicialmente pretendia?	2,05	1,14	1	5	50 (44,2%)	24 (21,2%)	25 (22,1%)	11 (9,7%)	3 (2,7%)
5	Tem sentido vontade de utilizar cada vez mais o Facebook?	1,74	1,01	1	5	64 (56,6%)	23 (20,4%)	16 (14,2%)	8 (7,1%)	1 (0,9%)
6	Tem sentido que tem que utilizar cada vez mais o Facebook para obter dele o mesmo prazer?	1,48	0,85	1	4	81 (71,7%)	15 (13,3%)	12 (10,6%)	5 (4,4%)	0 (0%)
7	Tem utilizado o Facebook para esquecer problemas pessoais?	1,50	0,94	1	5	81 (71,7%)	15 (13,3%)	12 (10,6%)	2 (1,8%)	3 (2,7%)
8	Tem utilizado o Facebook para reduzir sentimentos de culpa, ansiedade, desamparo e depressão?	1,34	0,77	1	5	91 (80,5%)	10 (8,8%)	9 (8,0%)	2 (1,8%)	1 (0,9%)
9	Tem utilizado o Facebook para reduzir a inquietação?	1,33	0,66	1	4	87 (77,0%)	16 (14,2%)	9 (8,0%)	1 (0,9%)	0 (0%)
10	Tem-lhe sido recomendado que reduza a utilização do Facebook, mas não deu ouvidos?	1,33	0,81	1	5	92 (81,4%)	12 (10,6%)	4 (3,5%)	3 (2,7%)	2 (1,8%)
11	Tem tentado deixar de utilizar o Facebook, sem sucesso?	1,23	0,69	1	5	98 (86,7%)	8 (7,1%)	5 (4,4%)	0 (0%)	2 (1,8%)
12	Tem decidido utilizar o Facebook menos frequentemente, mas não conseguiu fazê-lo?	1,29	0,80	1	5	96 (85,0%)	8 (7,1%)	4 (3,5%)	3 (2,7%)	2 (1,8%)
13	Fica inquieto ou preocupado se for proibido de utilizar o Facebook?	1,25	0,57	1	3	93 (82,3%)	12 (10,6%)	8 (7,1%)	0 (0%)	0 (0%)

14	Fica irritado se for proibido de utilizar o Facebook?	1,25	0,59	1	4	93 (82,3%)	13 (11,5%)	6 (5,3%)	1 (0,9%)	0 (0%)
15	Sente-se mal, se por qualquer razão, não consegue aceder ao Facebook durante algum tempo?	1,36	0,69	1	4	85 (75,2%)	16 (14,2%)	11 (9,7%)	1 (0,9%)	0 (0%)
16	Tem utilizado tanto o Facebook que prejudica os seus estudos ou trabalho?	1,57	1,07	1	5	81 (71,7%)	14 (12,49)	9 (8,0%)	4 (3,5%)	5 (4,4%)
17	Tem dado menos prioridade aos seus hobbies, actividades de lazer e exercício físico por causa do Facebook?	1,38	0,90	1	5	92 (81,4%)	7 (6,2%)	8 (7,1%)	4 (3,5%)	2 (1,8%)
18	Tem ignorado o seu companheiro(a), a família e ou amigos por causa do Facebook?	1,36	0,82	1	5	90 (79,6%)	11 (9,7%)	7 (6,2%)	4 (3,5%)	1 (0,9%)

Pela leitura da tabela 12, verificamos que o item que apresenta uma média (2,05) de resposta mais elevada é o 4 (Tem passado mais tempo no Facebook do que inicialmente pretendia?). Segue-se o item 1 (Tem passado muito tempo a pensar sobre o Facebook ou a planear a utilização do Facebook?) com uma média de 1.75.

O item 11 (Tem tentado deixar de utilizar o Facebook sem sucesso?) apresenta a média de resposta mais baixa (1.23). Contudo, o item 13 (Fica inquieto ou preocupado se for proibido de utilizar o Facebook?) e o item 14 (Fica irritado se for proibido de utilizar o Facebook?) também apresentam uma média bastante baixa de 1.25.

A modalidade de resposta mais escolhida foi a primeira (Muito raramente) nos itens 11, 12, 13, e 14.

Na tabela 13, encontramos a média, desvio padrão, mínimo, máximo das subescalas e do total da BFAS

Tabela 13 – Frequências do total e das subescalas do BFAS (Média, desvio padrão, mínimo, máximo) e valor de alpha Cronbach.

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Alpha
Total BFAS	26,11	10,31	18	64	.93
Saliência	4,63	2,13	3	15	.79
Tolerância	5,29	2,64	3	13	.84
Modificação de humor	4,17	2,13	3	12	.87
Recaída	3,85	1,88	3	11	.74
Retirada	3,86	1,60	3	10	.82
Conflito	4,31	2,52	3	14	.88

Pela leitura da tabela 13 verificamos que o total da BFAS apresenta um valor de alpha de Cronbach bastante elevado (.93).

No que diz respeito às subescalas, verificamos que a tolerância é a que apresenta uma média mais elevada (5.29) e a recaída a média mais baixa (3.85).

Em relação ao valor de alpha de Cronbach, a subescala com um valor mais elevado é conflito (.88) e a subescala recaída apresentam o valor mais baixo (.74).

Tabela 14 – Matriz de correlações do total e das subescalas do BFAS.

	Total BFAS	Saliência	Tolerância	Modificação de humor	Recaída	Retirada	Conflito
Total BFAS	1	r=0,826** p=0,000	r =0,860** p=0,000	r =0,704** p=0,000	r=0,773** p=0,000	r=0,798** p=0,000	r=0,808** p=0,000
Saliência	r=0,826** p=0,000	1	r =0,672** p=0,000	r =0,581** p=0,000	r=0,527** p=0,000	r=0,689** p=0,000	r=0,488** p=0,000
Tolerância	r=0,860** p=0,000	r=0,672** p=0,000	1	r =0,485** p=0,000	r=0,615** p=0,000	r=0,624** p=0,000	r=0,634** p=0,000
Modificação de humor	r=0,704** p0,000=	r=0,581** p=0,000	r =0,485** p=0,000	1	r=0,350** p=0,000	r=0,473** p=0,000	r=0,419** p=0,000
Recaída	r=0,773** p=0,000	r=0,527** p=0,000	r =0,615** p=0,000	r =0,350** p=0,000	1	r=0,548** p=0,000	r=0,665** p=0,000
Retirada	r=0,798** p=0,000	r=0,689** p=0,000	r =0,624** p=0,000	r =0,473** p=0,000	r=0,548** p=0,000	1	r=0,568** p=0,000
Conflito	r=0,808** p=0,000	r=0,488** p=0,000	r =0,634** p=0,000	r =0,419** p=0,000	r=0,665** p=0,000	r=0,568** p=0,000	1

As correlações existentes entre o total da BFAS e as suas subescalas são todas altamente significativas.

Na tabela 15 encontramos a matriz de correlações entre a BSI e a BFAS

Tabela 15 – Matriz de correlações do total, índices e subescalas, do BSI e do total e subescalas da BFAS.							
	Total BFAS	Saliência	Tolerância	Modificação Humor	Recaída	Retirada	Conflito
Total BSI	r=0,276** p=0,003	r=0,196* p=0,038	r=0,176 p=0,065	r=0,498** p=0,000	r=0,073 p=0,445	r=0,095 p=0,321	r=0,227* p=0,016
IGS	r=0,276** p=0,003	r=0,196* p=0,038	r=0,176 p=0,065	r=0,498** p=0,000	r=0,073 p=0,445	r=0,095 p=0,321	r=0,027* p=0,016
TPS	r=0,255** p=0,007	r=0,262** p=0,005	r=0,169 p=0,075	r=0,383** p=0,000	r=0,062 p=0,513	r=0,160 p=0,090	r=0,156 p=0,099
ISP	r=0,255** p=0,007	r=0,262** p=0,005	r=0,169 p=0,075	r=0,383** p=0,000	0,062 p=0,513	r=0,160 p=0,090	r=0,156 p=0,099
Somatização	r=0,119 p=0,212	r=0,124 p=0,189	r=0,030 p=0,757	r=0,277** p=0,003	r= -,0,024 p=0,803	r=0,072 p=0,448	r=0,079 p=0,407
Obsessões Compulsões	r=0,267** p=0,004	r=0,125 p=0,188	r=0,189* p=0,046	r=0,376** p=0,000	r=0,154 p=0,104	r=0,102 p=0,282	r=0,265** p=0,005
Sensibilidade Interpessoal	r=0,272** p=0,004	r=0,133 p=0,162	r=0,208* p=0,028	r=0,489** p=0,000	r=0,044 p=0,646	r=0,080 p=0,402	r=0,274** p=0,003
Depressão	r=0,168 p=0,077	r=0,090 p=0,341	r=0,109 p=0,254	r=0,466** p=0,000	r= -0,017 p=0,860	r= -0,031 p=0,748	r=0,129 p=0,174
Ansiedade	r=0,200* p=0,035	r=0,164 p=0,082	r=0,128 p=0,180	r=0,411** p=0,000	r=0,038 p=0,686	r=0,08 p=1 p=0,393	r=0,110 p=0,246
Hostilidade	r=0,218* p=0,021	r=0,140 p=0,139	r=0,115 p=0,226	r=0,361** p=0,017	r=0,071 p=0,453	r=0,108 p=0,254	r=0,199* p=0,034
Ansiedade Fóbica	r=0,103 p=0,278	r=0,181 p=0,056	r=0,044 p=0,641	r=0,224* p=0,017	r=-0,001 p=0,989	r= -0,018 p=0,848	r=0,042 p=0,657
Ideação Paranoide	r=0,301* p=0,001	r=0,204* p=0,030	r=0,244** p=0,010	r=0,412** p=0,000	r=0,065 p=0,496	r=0,145 p=0,126	r=0,306** p=0,001
Psicoticismo	r=0,304** p=0,001	r=0,236* p=0,012	r=0,203* p=0,032	r=0,452** p=0,000	r=0,201* p=0,033	r=0,110 p=0,248	r=0,218* p=0,020

Pela leitura da tabela 15, verificamos que o total BSI estabelece correlações significativas com o total BFAS, a saliência (BFAS), a modificação de humor (BFAS) e o conflito (BFAS).

O IGS tem correlações significativas com o total do BFAS, a saliência (BFAS) a modificação de humor (BFAS) e o conflito (BFAS).

O TSP tem correlações significativas com o total do BFAS, a saliência e a modificação de humor.

O ISP tem correlações significativas com o total do BFAS, a saliência (BFAS) e modificação de humor (BFAS).

A somatização tem correlações significativas com a modificação de humor (BFAS).

A Obsessões Compulsões tem correlações significativas com o total do BFAS, a modificação de humor e o conflito.

A sensibilidade interpessoal tem correlações significativas com o total (BFAS), a tolerância (BFAS) com a modificação de humor (BFAS) e com o conflito (BFAS).

A depressão tem correlações significativas com a modificação de humor (BFAS).

A Ansiedade tem correlações significativas com o total (BFAS) e a modificação de humor (BFAS).

A Hostilidade tem correlações significativas com o total BFAS, a modificação de humor e o conflito.

A ansiedade fóbica tem correlações significativas com a modificação de humor (BFAS).

A ideação paranoide tem correlações significativas com o total (BFAS), a saliência, a tolerância, a modificação de humor (BFAS) e o conflito (BFAS).

O psicoticismo tem correlações significativas com o total (BFAS), a saliência (BFAS), a tolerância (BFAS), a modificação de humor (BFAS) a recaída (BFAS) e o conflito (BFAS).

Procedemos à comparação das médias das subescalas do BSI e do BFAS, dos respectivos totais e dos índices do BSI e verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas em relação à variável sexo, à variável idade (nem quando organizamos a idade em 3 categorias – categoria 1 composta por sujeitos entre os 18 e os 29 anos; categoria 2 – composta por sujeitos entre os 30 e os 39 anos; e categoria 3 – composta por sujeitos entre os 40 e os 56 anos). O mesmo se verificou em relação ao estado civil, à questão “Há quantos anos utiliza o Facebook?”.

Contudo, encontramos diferenças estatisticamente significativas em relação ao número de filhos que os sujeitos têm. Verificamos então que os sujeitos que têm 3 ou mais filhos apresentam um valor mais elevado na subescala do BSI hostilidade ($F = 2,871$; g.l.= 3: $p = 0,040$), sendo que o valor médio dos sujeitos com 3 filhos ou mais é de 7,00; sendo o valor de quem tem 2 filhos de 4,80, de quem tem 1, 4,31 e quem não tem filhos apresenta um valor de 3,43.

Encontramos ainda outras diferenças estatisticamente significativas em relação ao número de filhos que os sujeitos têm. Verificamos então que os sujeitos que têm 3 ou mais filhos apresentam um valor mais elevado na subescala do BFAS saliência ($F = 2,897$; g.l.= 3: $p = 0,038$), sendo que o valor médio dos sujeitos com 3 filhos ou mais é de 8,00; sendo o valor de quem tem 2 filhos de 4,30, de quem tem 1, 4,75 e quem não tem filhos apresenta um valor de 4,50. O mesmo acontece em relação à subescala do BFAS retirada ($F = 3,637$; g.l.= 3: $p = 0,015$), sendo que o valor médio dos sujeitos com 3 filhos ou mais é de 6,67; sendo o valor de quem tem 2 filhos de 3,60, de quem tem 1, de 3,97 e quem não tem filhos apresenta um valor de 3,74.

Também encontramos diferenças estatisticamente significativas em relação à escolaridade. Verificamos que os sujeitos com menos escolaridade apresentam um valor mais elevado na subescala do BSI obsessão-compulsão ($F = 2,975$; g.l.= 6 $p = 0,010$), sendo que o valor médio dos sujeitos com o 9º ano é de 7,70; sendo o valor de quem tem o 12º ano de 5,03, de quem tem a licenciatura de 5,47 e de quem tem mestrado de 5,63. Em relação à subescala do BFAS (retirada) ($F = 3,987$; g.l.= 6: $p = 0,035$ o valor médio dos sujeitos com o 9º ano (3,74) e a licenciatura (3,42) é significativamente menor do que quem tem o 12º ano (4,36) e o mestrado (4,63).

Tabela 16 – Valor médio da subescala do BSI hostilidade em relação à profissão e sua significação

Profissão	Valor médio da subescala do BSI hostilidade
1ª Graffar	3,39
2ª Graffar	4,10
3ª Graffar	3,81
4ª Graffar	4,50
5ª Graffar	10,00
Reformados	3,00
Desempregados	4,27
Estudantes	3,60

Encontramos ainda diferenças estatisticamente significativas em relação à profissão. Verificamos que os sujeitos que têm profissões pertencentes ao graffar 5 apresentam um valor mais elevado na subescala do BSI hostilidade ($F = 2,609$; g.l.= 7 p.= 0,016).

Tabela 17 – Valor médio da subescala do BFAS conflito em relação à profissão e sua significação

Profissão	Valor médio da subescala do BFAS Conflito
1ª Graffar	4,39
2ª Graffar	4,48
3ª Graffar	3,67
4ª Graffar	4,13
5ª Graffar	3,00
Reformados	3,00
Desempregados	3,18
Estudantes	6,80

Em relação à subescala do BFAS conflito ($F=2,252$; g.l.= 7: $p.= 0,036$), os estudantes apresentam um valor significativamente mais elevado do que as outras profissões e os reformados e desempregados.

Em relação à variável que questiona há quantos anos os sujeitos utilizam a Internet, encontramos diferenças estatisticamente significativas em relação a várias subescalas do BSI e uma subescala do BFAS.

Tabela 18 – Valor médio do total do BSI, do IGS, DO ISP e outras subescalas do BSI e uma do BFAS em relação à questão há quantos anos utiliza a Internet e sua significação

	Há quantos anos utiliza a Internet	Média	F	g.l.	P.
Total BSI	2-4	59,29	5,036	3	0,003
	5-10	38,77			
	11-15	29,51			
	Mais de 16	43,95			
Índice geral sintomas	2-4	1,118	5,036	3	0,003
	5-10	0,731			
	11-15	0,556			
	Mais de 16	0,829			
Índice sintomas positivos	2-4	0,630	3,491	3	0,018
	5-10	0,513			
	11-15	0,418			
	Mais de 16	0,563			
Obsessão compulsão	2-4	8,86	2,784	3	0,004
	5-10	5,77			
	11-15	5,15			
	Mais de 16	6,00			
Sensibilidade interpessoal	2-4	5,43	4,511	3	0,005
	5-10	3,55			
	11-15	2,27			
	Mais de 16	3,62			
Depressão	2-4	8,57	6,689	3	0,000
	5-10	5,16			
	11-15	3,39			
	Mais de 16	6,10			
Ansiedade	2-4	5,57	3,299	3	0,023
	5-10	3,34			
	11-15	3,02			
	Mais de 16	5,00			
Hostilidade	2-4	5,57	3,121	3	0,029
	5-10	4,23			
	11-15	3,12			
	Mais de 16	4,76			
Psicoticismo	2-4	5,00	4,700	3	0,004
	5-10	2,75			
	11-15	1,85			
	Mais de 16	3,19			
Modificação de humor	2-4	6,71	6,198	3	0,001
	5-10	4,16			
	11-15	3,44			
	Mais de 16	4,76			

Quem utiliza a Internet há 2 - 4 anos apresenta uma média mais elevada do total BSI, IGS, ISP, obsessão compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, psicoticismo e modificação de humor do que os sujeitos que utilizam há mais anos. Contudo, verificamos que os sujeitos que utilizam a Internet há mais de 16 anos apresentam um valor mais elevado do que os que utilizam a Internet há 5 – 15 anos, sendo que o grupo que utiliza a Internet há 11-15 anos, é o que apresenta valores mais baixos neste estudo.

Em relação às variáveis que dizem respeito ao número de vezes que os sujeitos, vão por semana, à Internet, encontramos diferenças estatisticamente significativas em relação a duas subescalas do BSI.

Tabela 19 – Valor médio das subescalas ansiedade fóbica e hostilidade do BSI em relação à questão, quantas vezes por semana vai à Internet e sua significação

	Quantas vezes por semana vai à Internet	Média	F	g.l.	p.
Ansiedade Fóbica	3 Vezes	2,33	3,321	3	0,023
	4 Vezes	4,25			
	5 Vezes	6,71			
	Todos os dias	3,87			
Hostilidade	3 Vezes	1,00	2,879	3	0,039
	4 Vezes	1,00			
	5 Vezes	4,29			
	Todos os dias	1,32			

Os sujeitos que vão 5 vezes por semana à Internet apresentam valores significativamente mais elevados de ansiedade fóbica e hostilidade do que quem vai menos vezes e todos os dias à Internet. Quem vai 3 vezes por semana à Internet apresenta um valor mais baixo de ansiedade fóbica; e quem vai 3 e 4 vezes por semana à Internet apresenta um valor mais baixo de hostilidade.

Em relação à variável que diz respeito ao número de horas que os sujeitos, por dia, vão à Internet, encontramos diferenças estatisticamente significativas em relação a uma subescala e ao total do BFAS.

Tabela 20 – Valor médio do total do BFAS e subescala conflito em relação à questão, quantas horas por dia vai à Internet e sua significação.

	Quantas horas por dia vai à Internet	Média	F	g.l.	p.
Total BFAS	1 hora por dia	22,59	3,011	3	0,033
	Entre 2 a 4 horas	26,46			
	Entre 5 a 10 horas	29,74			
	Mais de 10 horas	37,50			
Conflito	1 hora por dia	3,59	3,261	3	0,024
	Entre 2 a 4 horas	4,20			
	Entre 5 a 10 horas	5,74			
	Mais de 10 horas	5,50			

Os sujeitos que utilizam a Internet, mais de 10 horas por dia, apresentam um valor do total de BFAS significativamente mais elevado, do que quem utiliza menos horas, sendo que o valor do total do BFAS vai aumentando à medida que o número de horas aumenta.

Quem utiliza a Internet mais de 5 horas por dia apresenta um valor significativamente mais elevado da subescala conflito do que quem utiliza menos horas.

Em relação à variável que diz respeito ao número de vezes que os sujeitos, por semana, vão ao Facebook, encontramos diferenças estatisticamente significativas em relação à subescala do BFAS tolerância.

Tabela 21 – Valor médio da subescala tolerância do BFAS em relação à questão, quantas vezes por semana vai ao Facebook e sua significação.

	Quantas vezes por semana vai ao Facebook	Média	F	g.l.	p.
Tolerância	1 vez por semana	3,00	2,446	5	0,039
	2 vezes põe semana	3,75			
	3 vezes por semana	4,30			
	4 vezes por semana	5,13			
	5 vezes por semana	4,21			
	Todos os dias	5,86			

Pela leitura da tabela 21 verificamos que o valor médio da subescala tolerância aumenta significativamente a partir da utilização do Facebook 3 vezes por semana, atingindo o seu valor máximo numa utilização diária.

Em relação à variável que diz respeito ao número de horas que os sujeitos, vão, por dia ao Facebook, encontramos diferenças estatisticamente significativas em relação a três subescalas do BSI, ao total do BFAS e em todas as subescalas do BFAS.

Tabela 22 – Valor médio de subescalas do BSI e do BASF e do total do BFAS em relação à questão, quantas horas por dia vai ao Facebook e sua significação.

	Quantas horas por dia vai ao Facebook	Média	F	g.l.	p.
Sensibilidade interpessoal	1 hora por dia	2,97	6,756	2	0,002
	Entre 2 a 4 horas	2,97			
	Entre 5 a 10 horas	6,43			
Hostilidade	1 hora por dia	3,54	3,367	2	0,038
	Entre 2 a 4 horas	4,63			
	Entre 5 a 10 horas	5,71			
Psicoticismo	1 hora por dia	2,20	3,383	2	0,038
	Entre 2 a 4 horas	3,23			
	Entre 5 a 10 horas	3,86			
Total BFAS	1 hora por dia	22,56	12,973	2	0,000
	Entre 2 a 4 horas	31,71			
	Entre 5 a 10 horas	32,86			
Saliência	1 hora por dia	4,04	8,095	2	0,001
	Entre 2 a 4 horas	5,75			
	Entre 5 a 10 horas	4,71			
Tolerância	1 hora por dia	4,43	11,686	2	0,000
	Entre 2 a 4 horas	6,68			
	Entre 5 a 10 horas	7,00			
Modificação de humor	1 hora por dia	3,54	8,672	2	0,000
	Entre 2 a 4 horas	5,11			
	Entre 5 a 10 horas	5,43			
Recaída	1 hora por dia	3,27	9,489	2	0,000
	Entre 2 a 4 horas	4,74			
	Entre 5 a 10 horas	4,86			
Retirada	1 hora por dia	3,51	3,294	2	0,041
	Entre 2 a 4 horas	4,40			
	Entre 5 a 10 horas	3,71			
Conflito	1 hora por dia	3,70	8,426	2	0,000
	Entre 2 a 4 horas	4,91			
	Entre 5 a 10 horas	7,14			

Globalmente, os valores destas subescalas vão aumentando à medida que aumenta, o número de horas por dia que os sujeitos passam no Facebook. Contudo, verificam-se algumas nuances: em relação à sensibilidade interpessoal (BSI), à hostilidade (BSI) e ao conflito

(BFAS), verificamos que os sujeitos que passam entre 5 e 10 horas por dia no Facebook apresentam valores mais elevados nestas subescalas. Quem utiliza o Facebook entre 2 e 4 horas por dia apresenta valores mais elevados nas subescalas do BFAS saliência e retirada do que quem utiliza 1 hora por dia ou mais de 5 horas por dia. Quem utiliza o Facebook mais de 2 horas por dia apresenta valores significativamente mais elevados na subescala do BSI psicoticismo, no total BFAS e nas subescalas do BFAS tolerância, modificação de humor, e recaída, do que quem utiliza apenas até 1 hora por dia.

6. Discussão dos resultados

Neste ponto é realizada uma discussão relativamente aos principais resultados obtidos neste estudo, mas antes de qualquer análise importa ressaltar que a nossa investigação é de carácter exploratório e que a discussão aqui desenvolvida constitui apenas uma leitura refletiva dos dados.

As observações serão enquadradas teoricamente no sentido de verificar a consistência e variações com estudos anteriores.

Esta investigação estabeleceu, como objetivo principal, avaliar eventuais sintomas psicopatológicos e o nível de adição.

Antes de discutirmos os resultados, vamos centrar-nos nas principais características da amostra utilizada.

As diferenças de género têm sido associadas com o uso do Facebook, mais mulheres do que homens são utilizadores ativos do Facebook, as mulheres compõem cerca de 60% de todos os utilizadores do Facebook (Kiser, 2001, cit in Simoncic, 2012). A nossa amostra é composta por 113 sujeitos, e é maioritariamente feminina, e tem uma média de idade de 33 anos.

De acordo com o estudo realizado por Gosling, Gaddis e Vazire (2007), genericamente, o Facebook é mais utilizado por pessoas com idade compreendida entre os 24 e os 54 anos de idade, sendo uma forma invasiva de obter informações íntimas / pessoais sobre alguém que se acabou de conhecer, portanto, conhecer melhor um utilizador.

A maior parte dos sujeitos da amostra são casados ou vivem em união de facto e não têm filhos. O fato de a maioria não ter filhos, pode explicar a disponibilidade para a utilização do Facebook. 29,9 % dos sujeitos da amostra têm o ensino secundário e 39,8 % têm uma licenciatura; a maior parte dos sujeitos da amostra encontram-se no primeiro e segundo grau da classificação de Graffar. Os utilizadores, do Facebook têm habitualmente escolaridade elevada e profissões com responsabilidade.

A maior parte da amostra utiliza a Internet há 5-15 anos, utilizando-a, todos os dias entre 2-4 horas. A maior parte da amostra utiliza o Facebook há 2-4 anos, utilizando-o, todos os dias cerca de 1 hora. Apesar da utilização ocorrer há mais tempo do que o Facebook, os valores encontrados levam-nos a pensar que, dentro de algum tempo, se aproximarão dos valores encontrados para a Internet. Numa pesquisa realizada nos EUA por Das & Sahoo (2011) com 1000 pessoas, constatou-se que 56% dos utilizadores verificam o seu Facebook, pelo menos uma vez por dia.

Em relação aos sintomas psicopatológicos, avaliados pelo BSI, o item que apresenta uma média de resposta mais elevada é o 48 (Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou as suas capacidades). Segue-se o item 6 (aborrecer-se ou irritar-se facilmente) por fim, o item 17 (sentir-se triste) o item 8 (medo de andar na rua ou em praças publicas) e o item 28 (medo de viajar de autocarro de comboio ou de metro) apresentam ambos a média de resposta mais baixa. Contudo, o item 3 (Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos) e o item 45 (Ter ataques de terror ou pânico) também apresentam uma média bastante baixa e a modalidade de resposta mais escolhida foi a primeira (nunca).

O total do BSI apresenta um valor de alpha de Cronbach bastante elevado. A subescala com um valor mais elevado é a ansiedade fóbica e a subescala psicoticismo apresenta o valor mais baixo. O IGS (Índice geral de sintomas, que pondera a intensidade do mau estar experienciado), apresenta uma média de bastante longe do ponto de corte definido pelos autores da escala (1.7). Isto significa que, globalmente, a amostra nos apresenta sintomas psicopatológicos.

No que diz respeito às subescalas, verificamos que a escala obsessões compulsões é a que apresenta uma média mais elevada e a ansiedade fóbica a média mais baixa. Em

utilizadores habituais como são os da nossa amostra, com um comportamento repetitivo em relação à utilização do Facebook, talvez não seja de estranhar estes valores.

As correlações existentes entre o total do BSI, os seus índices e as suas subescalas são todas altamente significativas.

Os sujeitos que têm 3 ou mais filhos apresentam um valor mais elevado na subescala hostilidade do que quem tem menos filhos. O tempo e energia dispendidos com os filhos pode aumentar a hostilidade, bem como os trabalhos mais indiferenciados. Os sujeitos que têm profissões pertencentes ao grau 5 da classificação de Graffar apresentam valores mais elevados da subescala hostilidade.

Os sujeitos com menos escolaridade apresentam um valor mais elevado na subescala obsessão compulsão.

Quem utiliza a Internet há 2- 4 anos apresentam uma média mais elevada do total BSI, IGS e ISP, obsessão compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade e psicoticismo. Contudo, verificamos que os sujeitos que utilizam a Internet há mais de 16 anos apresentam um valor mais elevado do que os que utilizam a Internet há 5 - 15, anos, sendo que o grupo que utiliza a Internet há 11-15 é o que apresenta valores mais baixos neste estudo. Assim, parece que são os extremos que apresentam valores mais elevados (há mais de 16 anos e menos de 4 anos).

Os sujeitos que vão 5 vezes por semana à Internet apresentam valores significativamente mais elevados de ansiedade fóbica e hostilidade do que quem vai menos vezes e todos os dias à Internet. Quem vai 3 vezes por semana à Internet apresenta um valor mais baixo de ansiedade fóbica; e quem vai 3 e 4 vezes por semana à Internet apresenta um valor mais baixo de hostilidade. Aqui, é o grupo intermédio que apresenta valores mais preocupantes.

De acordo com Panteli (2009), as investigações indicam que o tempo que os utilizadores passam nesta rede social proporciona o desenvolvimento de laços emocionais e por sua vez, o aumento da frequência das visitas destes utilizadores neste tipo de comunidades virtuais.

Em relação à sensibilidade interpessoal e à hostilidade verificamos que os sujeitos que passam entre 5 e 10 horas por dia no Facebook apresentam valores mais elevados nestas subescalas. No estudo realizado por Kross E, Verduyn P, Demiralp e Park J Lee DS, et al. (2013), verificou-se que os sentimentos de inveja são muitas vezes desencadeados por seguir informações de outras pessoas no Facebook. Alguns estudos têm-se centrado no modelo dos cinco fatores de personalidade, em que a avaliação da personalidade é baseada em cinco dimensões principais de Extroversão, Socialização, Consciência, Neuroticíssimo, e Abertura (Wiggins, 1996, cit in Andreassen, 2012). Alguns pesquisadores mencionam que a associação entre usar a Internet em geral e a extroversão é considerada positiva (Yang & Lester, 2003, cit in Andreassen, 2012), no entanto, é considerada negativa com a Consciência (Wilson, Fornasier, & White, 2010 cit in Andreassen, 2012).

O item que apresenta uma média de resposta na BFAS mais elevada é o 4 (Tem passado mais tempo no Facebook do que inicialmente pretendia?). Segue-se o item 1 (Tem passado muito tempo a pensar sobre o Facebook ou a planear a utilização do Facebook?). Um estudo americano realizado por Das e Sahoo (2001), que teve como objetivo explorar todos os impactos negativos das redes sociais, nomeadamente o Facebook e seus utilizadores, menciona que pode ser um vício, de tal maneira que os utilizadores ficam imersos na vida virtual e acabam por esquecer o mundo físico ao seu redor.

O item 11 (Tem tentado deixar de utilizar o Facebook sem sucesso?) apresenta a média de resposta mais baixa. Contudo, o item 13 (Fica inquieto ou preocupado se for proibido de utilizar o Facebook?) e o item 14 (Fica irritado se for proibido de utilizar o Facebook?) também apresentam uma média bastante baixa.

O total da BFAS apresenta um valor de alpha de Cronbach bastante elevado. Os scores mais altos indicam maior dependência do Facebook. A subescala com um valor mais elevado é conflito e a subescala recaída apresenta o valor mais baixo. A tolerância é a que apresenta uma média mais elevada e a recaída a média mais baixa. Os sujeitos que têm 3 ou mais filhos apresentam um valor mais elevado na subescala saliência e na subescala retirada; ainda na subescala retirada o valor de quem tem o 9º ano e a licenciatura é significativamente menor do que quem tem o 12º ano e o mestrado.

Os estudantes apresentam um valor mais elevado do que as outras profissões e os reformados e os desempregados em relação à subescala conflito.

Quem utiliza a Internet há 2 - 4 anos apresenta uma média mais elevada na subescala modificação de humor do que os sujeitos que a utilizam há mais anos. Contudo, verificamos que os sujeitos que utilizam a Internet há mais de 16 anos apresentam um valor mais elevado do que os que utilizam a Internet há 5 - 15, anos, sendo que o grupo que utiliza a Internet há 11-15 é o que apresenta valores mais baixos neste estudo. Aqui verifica-se a mesma tendência da BSI com os extremos, da pontuação mais altos.

Os sujeitos que utilizam a Internet mais de 10 horas por dia apresentam um valor do total de BFAS significativamente mais elevado do que quem utiliza menos horas, sendo que o valor do total do BFAS vai aumentando à medida que o número de horas aumenta. Quem utiliza a Internet mais de 5 horas por dia apresenta um valor significativamente mais elevado da subescala conflito do que quem utiliza menos horas.

Os valores médios da subescala tolerância aumentam significativamente a partir da utilização do Facebook 3 vezes por semana, atingindo o seu valor máximo numa utilização diária.

Globalmente, os valores do total da BFAS, das subescalas saliência, tolerância, modificação de humor, recaída, retirada e conflito vão aumentando à medida que aumenta o número de horas por dia que os sujeitos passam no Facebook. Contudo, verificam-se algumas nuances: em relação ao conflito, verificamos que os sujeitos que passam entre 5 e 10 horas por dia no Facebook apresentam valores mais elevados nesta subescala. Quem utiliza o Facebook entre 2 e 4 horas por dia apresenta valores mais elevados nas subescalas saliência e retirada do que quem utiliza 1 hora por dia ou mais de 5 horas por dia.

Quem utiliza o Facebook mais de 2 horas por dia apresenta valores significativamente mais elevados no total BFAS e nas subescalas do BFAS tolerância, modificação de humor e recaída do que quem utiliza apenas até 1 hora por dia.

CONCLUSÃO

Apesar das características da amostra irem ao encontro de maior parte das características das amostras de outros estudos sobre o Facebook, os valores encontrados no BSI estão manifestamente acima da média, o que nos leva a concluir que esta amostra apresenta sintomas psicopatológicos.

Outra conclusão importante que se pode retirar deste estudo é a relação entre o nível da adição com o tempo passado no Facebook, sendo que quanto mais tempo se passa mais elevado é o nível de adição.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, J. (1997). Introdução À Psicopatologia Compreensiva; *O Que É A Psicopatologia?*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Abreu, J. (2001). Como Tornar-se Doente Mental. (2ª Edição) Coimbra: Quarteto Editora.

Alejandro, V., Norman, A.(2005) Manual introdutório à Analise de Redes Sociais.- medidas de centralidade – Acedido em:

<http://www.aprende.com.pt/fotos/editor2/Manual%20ARS%20%5BTrad%5D.pdf>

American Psychiatric Association. (2002). Manual De Diagnóstico e Estatística Das Perturbações Mentais. DSM-IV-TR. 4ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.

Andreassen, C. (2012). Development of a Facebook Addiction Scale. *Psychological Reports*, 110, (2), 501-517.

Barlow, D. H. & Durand, V. M. (2008) *Psicopatologia: Uma abordagem integrada*. 4ª ed. São Paulo: Cengage learning.

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma Revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves (Eds.) *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa*, vol. III. Coimbra: Quarteto Editora.

Canavarro, M.(2007). Inventário de sintomas Psicopatológicos: Uma Revisão crítica dos estudos realizados em Portugal.In Almeida, L., Simões, M., Machado, C., & Gonçalves, M. (Eds.) *Avaliação psicológica.Instrumentos validados para a população portuguesa*, vol. III.Coimbra: Quarteto Editora.

Côbero, C; Primi, R; Muniz, M. (2006). Inteligência Emocional no Trabalho: Um Estudo com MSCEIT, BPR – 5 e 16PF. *Paidéia*, 16, (35), 337-348.

Dalgarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed Editora.

Das, B.; Sahoo, J. (2011). *Social Networking Sites – A Critical Analysis of Its Impact on Personam and Social Life*. *International Journal of Business and Social Science*, 14, (2), 222-228.

Derogatis, L. R. (1982). 3ª Ed. BSI: Brief Symptom Inventory. Minneapolis: National Computers Systems.

DSM-VI (1996). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.

ECHEBURÚA, E. (1999). *Addiciones sin drogas? Las nuevas adiciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet*. Bilbao, Desclée de Brouwer.

Frances, L.; Ross, R. (2004). *Casos Clínicos. DSM-IV-TR. Guia para o diagnóstico diferencial*. Lisboa: Climepsi editors.

Feinstein, B.; Bhatia, V.; Hershenberg, R.; Davila, J. (2012). *Another Venue for Problematic Interpersonal Behavior: The Effects of Depressive and Anxious Symptoms on Social Networking Experiences*. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31, (4), 356-382.

GÓMEZ, M. E. ESPARRELL, J. (2004). *Las socioadicciones: uso desadaptativo de Internet*. España: Universidad de Granada.

Gosling, S.; Gaddis, S.; Vazire, S. (2007). *Personality Impressions Based on Facebook Profiles*. *Psychology*, 1-4.

Kalpidon, M.; Costin, D.; Morris, J. (2011). *The Relationship Between Facebook and the Well-Being of Undergraduate College Students*. *CyberPsychology Behavior and Social Networking*, 4, (4), 183-189.

Lopes, R. (1985). Curso de psicopatologia. Porto: Hospital Conde Ferreira.

Jaspers, K (1963). General psychopathology. Translated from the German by J. Hoenig and Marian W. Hamilton. Chicago: University of Chicago Press.

Leontiev, A. (1978), Actividade, Consciência e Personalidade. The Marxists Internet Archive, 1-37.

LIU, T. & POTENZA, M. (2007) Problematic Internet Use: Clinical Implications. CNS Spectr <http://www.cnsspectrums.com/asp/articleDetail.asp?articleid=1094> (acedido em 04/06/2013).

LIVINGSTONE, S. & HADDON, L. (2009). Resumo do Projecto EU Kids Online: Relatório Final. London School of Economics and Political Science. Disponível em: <http://www.fcs.unl.pt/eukidsonline/docs/SumarioEUKOL1.pdf> (acedido em 04/06/2013).

Marx, M. & Hillix, W. (1973). Sistemas e Teorias em Psicologia. (15ª Ed.). EUA: McGraw-Hill.

Moreno, M.; Yelenchick, L.; Egan, K.; Cox, E.; Young, H.; Gannon, K. & Becker, T. (2011). Feeling Bad on Facebook: Depression Disclosures by College Students on a Social Networking Site. *Depression and Anxiety*, 28, 447-455.

Neto, F. (1992). Loneliness Among Portuguese Adolescents. *Social Behavior and Personality*. 20, (1), 15-22.

Odgen, J. (1999). Psicologia da saúde (C. Patrocínio e F. Andersen, Trad.). Lisboa: Climepsi Editora.

Patrício, R. & Gonçalves, V. (2010). Facebook: rede social educativa. I Encontro Internacional TIC e Educação. Instituto Politécnico de Bragança.

Panteli, N. (2009). *Virtual Social Networks: Mediated, Massive and Multiplayer Sites*, Palgrave-Macmillan, Hampshire, Uk.

Pereira, M. E. C. (1998) Formulando uma Psicopatologia Fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n. 1, p. 60-76.

Pestana, E. & Páscoa, A. (1998). *Dicionário Breve De Psicologia*. Lisboa: Editorial Presença.

Recuero, R. (2009). *Redes Sociais na Internet*: Editora Meridional,

Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. (2ª Ed.). Porto: Livpsic.

Rodrigues, C. (1992). *Manual De Psicologia/I- O Que É E Tem Sido A Psicologia: As Grandes Correntes Psicológicas Do Alvorecer Da Época Científica*. Porto: Contraponto Edições.

Simoncic, T. (2012). Facebook Depression Revisited: The Absence of an Association between Facebook Use and Depressive Symptoms.

Sims, A. (2001) *Sintomas da mente: introdução à psicopatologia descritiva*. Porto Alegre: Artmed.

Scaharfetter, C (1996). *Introdução à Psicopatologia Geral: Acerca de uma Psicopatologia Geral*. Lisboa: Climepsi Editores.

ANEXOS

Bergen Facebook Addiction Scale / Escala de Bergen de Adição ao Facebook**(Andreassen, 2012; Trad. Portug. Leite, Cunha, Silva & Maia, 2013)****Quantas vezes durante o último ano, tem:**

Item	Conteúdo do item	Muito raramente	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente
1	Tem passado muito tempo a pensar sobre o Facebook ou a planear a utilização do Facebook?	1	2	3	4	5
2	Tem pensado em como conseguir mais tempo livre para estar no Facebook?	1	2	3	4	5
3	Tem pensado muito acerca do que aconteceu, recentemente, no Facebook?	1	2	3	4	5
4	Tem passado mais tempo no Facebook do que inicialmente pretendia?	1	2	3	4	5
5	Tem sentido vontade de utilizar cada vez mais o Facebook?	1	2	3	4	5
6	Tem sentido que tem que utilizar cada vez mais o Facebook para obter dele o mesmo prazer?	1	2	3	4	5
7	Tem utilizado o Facebook para esquecer problemas pessoais?	1	2	3	4	5
8	Tem utilizado o Facebook para reduzir sentimentos de culpa, ansiedade, desamparo e depressão?	1	2	3	4	5
9	Tem utilizado o Facebook para reduzir a inquietação?	1	2	3	4	5
10	Tem-lhe sido recomendado que reduza a utilização do Facebook, mas não deu ouvidos?	1	2	3	4	5
11	Tem tentado deixar de utilizar o Facebook, sem sucesso?	1	2	3	4	5
12	Tem decidido utilizar o Facebook menos frequentemente, mas não conseguiu fazê-lo?	1	2	3	4	5
13	Fica inquieto ou preocupado se for proibido de utilizar o Facebook?	1	2	3	4	5
14	Fica irritado se for proibido de utilizar o Facebook?	1	2	3	4	5
15	Sente-se mal, se por qualquer razão, não consegue aceder ao Facebook durante algum tempo?	1	2	3	4	5
16	Tem utilizado tanto o Facebook que prejudica os seus estudos ou trabalho?	1	2	3	4	5
17	Tem dado menos prioridade aos seus hobbies, actividades de lazer e exercício físico por causa do Facebook?	1	2	3	4	5
18	Tem ignorado o seu companheiro(a), a família e ou amigos por causa do Facebook?	1	2	3	4	5

BREVE INVENTÁRIO DE SINTOMAS

(BSI; L. R. Derogatis, 1983)

(Tradução e Adaptação de M. C. Canavarro, 1995)

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam.

Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA.

Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz.

Não deixe nenhuma pergunta por responder.

EM QUE MEDIDA FOI AFECTADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS					
	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Nervosismo ou tensão interior	0	1	2	3	4
2. Desmaios ou tonturas	0	1	2	3	4
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	0	1	2	3	4
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	0	1	2	3	4
5. Dificuldade em lembrar-se de coisas passadas ou recentes	0	1	2	3	4
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	0	1	2	3	4
7. Dores sobre o coração ou no peito	0	1	2	3	4
8. Medo na rua ou praças públicas	0	1	2	3	4
9. Pensamentos de acabar com a vida	0	1	2	3	4
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	0	1	2	3	4
11. Perder o apetite	0	1	2	3	4
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	0	1	2	3	4
13. Ter impulsos que não se podem controlar	0	1	2	3	4
14. Sentir-se sozinho mesmo quando se está com mais pessoas	0	1	2	3	4
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	0	1	2	3	4
16. Sentir-se sozinho	0	1	2	3	4
17. Sentir-se triste	0	1	2	3	4
18. Não ter interesse por nada	0	1	2	3	4
19. Sentir-se atemorizado	0	1	2	3	4
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus interesses	0	1	2	3	4
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	0	1	2	3	4
22. Sentir-se inferior aos outros	0	1	2	3	4
23. Vontade de vomitar ou mal estar no estômago	0	1	2	3	4

EM QUE MEDIDA FOI AFECTADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS					
	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	0	1	2	3	4
25. Dificuldade em adormecer	0	1	2	3	4
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	0	1	2	3	4
27. Dificuldade em tomar decisões	0	1	2	3	4
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	0	1	2	3	4
29. Sensação de que lhe falta o ar	0	1	2	3	4
30. Calafrios ou afrontamentos	0	1	2	3	4
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	0	1	2	3	4
32. Sensação de vazio na cabeça	0	1	2	3	4
33. Sensação de anestesia (encorticiamento ou formigueiro) no corpo	0	1	2	3	4
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	0	1	2	3	4
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	0	1	2	3	4
36. Ter dificuldade em se concentrar	0	1	2	3	4
37. Falta de forças em partes do corpo	0	1	2	3	4
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	0	1	2	3	4
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	0	1	2	3	4
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	0	1	2	3	4
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	0	1	2	3	4
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	0	1	2	3	4
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	0	1	2	3	4
44. Grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outras pessoas	0	1	2	3	4
45. Ter ataques de terror ou pânico	0	1	2	3	4
46. Entrar facilmente em discussão	0	1	2	3	4
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	0	1	2	3	4
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	0	1	2	3	4
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	0	1	2	3	4
50. Sentir que não tem valor	0	1	2	3	4
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	0	1	2	3	4
52. Ter sentimentos de culpa	0	1	2	3	4
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	0	1	2	3	4