



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

“LUIS DE CAMÕES”

**PROFISSIONAIS DE SAÚDE: SENTIMENTO DE SOLIDÃO NA SAÚDE MENTAL
E FATORES DE PROTEÇÃO**

Dissertação de Mestrado para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de
Aconselhamento

Autora: Michelle Pereira de Castro

Orientadora: Professora Doutora Genta Kulari

Número de Candidata: 30008901

Abril de 2024

Lisboa

Dedicatória

...Para a minha avó Linda, cá estou eu dando mais um
passo para a realização de um sonho!

(In memoriam)

Agradecimentos

Durante esse percurso, e enquanto mulher de fé começo por agradecer a Deus, obrigada por tudo! Agradeço também ao meu parceiro de vida, cujo amor, apoio, encorajamento, foram essenciais para a conclusão dessa trajetória acadêmica. Sua presença constante e crença em mim foram os meus alicerces, sem sombra de dúvidas! Ao meu filho querido, a sua presença encheu a minha vida de significado e foi uma fonte incessante de força durante os momentos mais difíceis, lembrando-me constantemente da importância de perseverar em busca dos meus sonhos. Meu grande inspirador e motivador!

A minha orientadora, excepcional, pela orientação perspicaz e apoio incansável. A sua expertise e dedicação, foram fundamentais para a conclusão desse trabalho, eu não poderia ter escolhido, melhor! A minha família linda, obrigada pelo amor e cuidado, vocês serviram de âncora, que me manteve firme diante às tempestades, pois a compreensão e suporte, foram meu porto seguro durante essa jornada desafiadora. Que sorte a minha, ter vocês!

Aos amigos, que estiveram ao meu lado, mesmo quando não estavam, incentivaram-me, dando força e ânimo. A suas palavras de encorajamento foram bálsamo para as dificuldades e motivo de celebração nos momentos de sucesso. Esta dissertação é também uma homenagem a nossa amizade e camaradagem. E por fim e não menos importante, agradeço a cada profissional de saúde e instituições que participaram do estudo a todos vocês a minha eterna gratidão!

Muito, muito obrigada!

Resumo

A solidão foi reconhecida e declarada atualmente pela Organização Mundial de Saúde, como uma questão de saúde global, sendo designada como uma epidemia. Apresenta-se como um sentimento complexo e pode afetar significativamente a saúde mental de uma pessoa. Posto isso, temos como propósito contribuir para o conhecimento de alguns dos fatores de riscos e protetores do sentimento de solidão nos profissionais de saúde no contexto português. Neste sentido, a presente investigação tem como objetivo analisar a relação entre o sentimento de solidão, o suporte social, saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*) e a vinculação aos animais de estimação, nos profissionais de saúde. A amostra foi constituída por 279 profissionais de saúde em Portugal Continental e Ilhas, a recolha decorreu de março de 2023 à janeiro 2024, sendo este um estudo transversal. Os participantes preencheram um questionário *online*, composto pelas escalas de solidão (*UCLA*), a escala de suporte social (*MSPSS*), a escala de depressão, ansiedade e *stress* (*DASS-21*), a escala de vínculo ao animal de estimação (*LAPS*) e um questionário sociodemográfico, construído pelas investigadoras. De forma, testar as hipóteses desenvolvidas o programa *SPSS*, juntamente com o *PROCESS*, modelo 4 para a mediação e modelo 8 para a moderação, foram utilizados.

A análise aferiu que existem associações entre o sentimento de solidão, suporte social e saúde mental (sintomas de depressão ansiedade, *stress*), existem diferenças estatisticamente significantes entre a faixa etária e o sentimento de solidão e saúde mental. O sentimento de solidão é mediador na relação entre o suporte social e a saúde mental, bem como, o vínculo ao animal de estimação tem um papel moderador entre o suporte social e o sentimento de solidão.

Esta investigação avança para o conhecimento dos fatores de risco, assim como, fatores de proteção para o sentimento de solidão nos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Solidão; suporte social; saúde mental; vinculação aos animais de estimação; profissionais da Saúde

Abstract

Loneliness has been recognized and currently declared by the World Health Organization as a global health issue, being designated as an epidemic. It presents itself as a complex feeling and can significantly affect a person's mental health. Having said that, our purpose is to contribute to the knowledge of some of the risk and protective factors for the feeling of loneliness in healthcare workers in the Portuguese context. In this sense, the present investigation aims to analyze the relationship between the feeling of loneliness, social support, mental health (symptoms of depression, anxiety and stress) and attachment to pets, healthcare workers. The sample consisted of 279 healthcare workers in mainland Portugal and the islands, the collection took place from March 2023 to January 2024, this being a cross-sectional study. Participants completed an online questionnaire, consisting of the loneliness scales (*UCLA*), the social support scale (MPSS), the depression, anxiety and stress scale (*DASS-21*), the Pet Attachment scale (LAPS) and a sociodemographic questionnaire, created by the researchers. To test the hypotheses developed, the *SPSS* program, together with *PROCESS*, model 4 for mediation and model 8 for moderation, were used.

The analysis found that there are associations between the feeling of loneliness, social support and mental health (symptoms of depression, anxiety, stress), there are statistically significant differences between the age group and the feeling of loneliness and mental health. The feeling of loneliness is a mediator in the relationship between social support and mental health, and the bond with the pet plays a moderating role between social support and the feeling of loneliness.

This investigation advances the knowledge of risk factors, as well as protective factors for the feeling of loneliness in healthcare workers.

Keyword: Loneliness; social support; mental health; attachment to pets; healthcare workers.

Índice

Introdução.....	09
Parte 1- Enquadramento teórico	13
1.1 O sentimento de solidão nos profissionais de saúde	14
1.2 O suporte social como fator de proteção para o sentimento de solidão	18
1.3 A saúde mental dos profissionais de saúde	21
1.4 A relação entre as variáveis: solidão, suporte social e saúde mental	26
1.5 A relação da saúde mental com a solidão entre os profissionais de saúde.....	26
1.6 A vinculação aos animais de estimação como fator de proteção para o sentimento de solidão	27
Parte 2 - Metodologia	31
2.1 Desenho do estudo	32
2.2 Participantes	37
2.3 Instrumentos	38
2.4 Procedimentos	41
2.5 Tratamento e análise de dados	43
Parte 3 - Resultados.....	44
3.1 Análise descritiva dos dados	45
3.2 Descrição da consistência interna e dos valores dos itens das escalas	51
3.3 Descrição dos valores do sentimento de solidão, suporte social e saúde mental	58
3.4 Análise das hipóteses	61
As diferenças entre a faixa etária e as variáveis em estudo	64
Resultado do modelo de mediação.....	67
Resultado do modelo de moderação.....	69
Parte 4 - Discussão dos resultados	71
4.1 Discussão de resultados.....	72
4.2 Implicações teóricas e práticas do estudo	77
4.3 Limitações e futuros estudos	79
Parte 5 - Considerações Finais	80
5.1 Conclusão	81
Referências bibliográficas.....	82
Anexos	94
Anexo I. Modelo de e-mail enviado para o pedido de colaboração	95
Anexo II. Protocolo do estudo.....	96

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização da amostra.....	46
Tabela 2. Caracterização da amostra.....	47
Tabela 3. Caracterização da amostra.....	48
Tabela 4. Caracterização da amostra.....	49
Tabela 5. Caracterização da amostra.....	49
Tabela 6. Descrição da consistência interna escala UCLA.....	51
Tabela 7. Descrição dos valores dos itens escala UCLA.....	52
Tabela 8. Descrição da consistência interna escala MSPSS.....	53
Tabela 9. Descrição dos valores dos itens escala MSPSS.....	53
Tabela 10. Descrição da consistência interna escala DASS-21.....	55
Tabela 11. Descrição dos valores dos itens escala DASS-21.....	55
Tabela 12. Descrição da consistência interna escala LAPS.....	56
Tabela 13. Descrição dos valores dos itens escala LAPS.....	57
Tabela 14. Resultado das correlações entre as variáveis.....	63
Tabela 15. Diferença entre faixa etária e o sentimento de solidão.....	64
Tabela 16. Diferença entre faixa etária e o suporte social.....	65
Tabela 17. Diferença entre faixa etária e a saúde mental.....	66
Tabela 18. Resultado do modelo de mediação.....	68
Tabela 19. Resultado do modelo de moderação.....	69

Lista de figuras

Figura 1. Modelo da investigação.....	37
Figura 2. Mapas demonstrativos dos distritos de residência e trabalho dos participantes.....	45
Figura 3. Sentimento de solidão reportado pelos profissionais de saúde.....	58
Figura 4. Suporte social percebido pelos profissionais de saúde.....	59
Figura 5. Sintomas de depressão reportado pelos profissionais de saúde.....	60
Figura 6. Sintomas de ansiedade reportados pelos profissionais de saúde.....	60
Figura 7. Sintomas de <i>stress</i> reportados pelos profissionais de Saúde.....	61

Lista de abreviaturas/siglas

OMS - Organização Mundial de Saúde

OIT - Organização Internacional do Trabalho

PGDL - Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa

INE - Instituto Nacional de Estatística

CID 11- Classificação Internacional de Doenças

WHO - World Health Organization

DSM5- Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

APA - American Psychiatric Association

DGS - Direção-Geral de Saúde

GfK - Growth from Knowledge

DGAV- Direção-Geral de Alimentação e Veterinária

CRO - Centro de Recolha Oficial

UCLA - University of California Los Angeles – Versão 3

MSPSS - Escala Multidimensional de Suporte Social

DASS - Escala de Depressão, Ansiedade e *Stress*

LAPS - Lexington Attachment to Pets Scale

CIP - Centro de Investigação em Psicologia

UAL - Universidade Autónoma de Lisboa

SARS-Cov2- Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

COVID-19- Coronavirus disease 2019

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

Introdução

O sentimento de solidão não é novo, mas ganhou mais relevância após a pandemia de COVID-19, tornando-se numa preocupação social e de saúde, afetando pessoas no mundo todo. Países como o Japão e o Reino Unido, criaram inclusive ministérios da solidão. Recentemente, um estudo nos Estados Unidos da América, classificou a solidão como um problema de saúde pública, tão prejudicial quanto fumar 15 cigarros por dia (Murthy, 2023). A solidão é um sentimento subjetivo, isto é, a discrepância percebida entre as necessidades sociais de uma pessoa e o que esta percebe que recebe do seu ambiente social (Hawkley & Capitanio, 2015). Pelo que, não é necessariamente sinónimo de estar sozinho, mas de se sentir sozinho. Portanto, a solidão é um sentimento contraproducente, pouco desejado, subjetivo, que surge quando existe uma disparidade entre o nível desejado e o nível real de relacionamentos sociais (Surkalim et al., 2022). O efeito da solidão na saúde pública está ligado às suas consequências adversas para a saúde física e psicológica (Stubbs & Achat, 2022a). O sentimento de solidão está relacionado a um maior comportamento de risco, sendo estes prejudiciais a saúde, estando ligado a resultados adversos para a saúde mental, incluindo depressão, ansiedade e *stress*. Investigadores sugerem que as pessoas solitárias têm uma maior probabilidade de relatar sofrimento psicológico, ficarem deprimidas e se sentirem mais ansiosas (Wang et al., 2018). Contudo, a desconexão social resultante da pandemia de COVID-19, foi a forma que os governos encontraram de controlar o vírus, porém essas medidas implementadas em todo o mundo, restringiram as relações sociais, tendo impacto psicológico nas pessoas (Stubbs & Achat, 2022a). Os debates sobre o efeito da COVID-19, devem assentir também no impacto psicológico atual e futuro, abarcando, assim o aumento do sentimento de solidão que muitas pessoas experienciam. Altos níveis do sentimento de solidão foram relatados pela população em geral, incluindo profissionais de saúde (Cabello et al., 2022).

A Organização Mundial de Saúde [OMS], juntamente com a Organização Internacional do Trabalho [OIT], expõe que mesmo antes da pandemia de COVID-19, trabalhar no setor da saúde era um risco elevado, visto que estes profissionais estavam expostos à uma maior probabilidade de infeções, lesões musculares, violência, assédio, esgotamentos, entre outros (OMS, 2022a).

Na generalidade, os profissionais de saúde estão predispostos à níveis de *stress* laboral, condição esta que implica na saúde física e emocional, bem como, no absentismo, satisfação, produtividade, mudanças cronobiológicas contínuas que derivam dos horários prolongados, trabalhos por turnos, entre outros fatores (Santos & Almeida, 2016).

Os profissionais de saúde, dedicam-se a promover, manter, melhorar o bem-estar físico e mental das pessoas e também da comunidade em geral, podendo desempenhar papéis diversificados (i.e., enfermeiros, nutricionistas, médicos, psicólogos, entre outros), e também o contexto pode ser variado (i.e., clínico, hospitalar, escolar, no setor público ou privado), o que pode ser uma fonte de preocupação. Sendo necessário ter formação especializada, certificação na área de intervenção, de forma, a garantir a saúde da pessoa que precisou e procurou este cuidado (Nastrini, 2023).

O'Sullivan et al. (2021), refere que a prevalência da solidão em 101 países durante a pandemia de COVID-19 foi de 21%, pelo que antes da pandemia de COVID-19, estes números encontravam-se em torno de 6%. Sendo relatado em um estudo de Stubbs e Achat (2022a), que 4 em cada 10 profissionais de saúde australianos sentem altos níveis de solidão. Outros estudos, realizados em diferentes países referiram que cerca de 10,4% dos médicos italianos mencionaram o sentimento de solidão (De Sio et al., 2020), e 53% dos profissionais de saúde espanhóis, também referem o sentimento de solidão (Cabello et al., 2022), sugerindo que se trata de uma preocupação maior para as pessoas que estiveram na «linha da frente» em resposta a pandemia de COVID-19 (O'Sullivan et al., 2021). É de recordar que os profissionais de saúde vivenciaram restrições sociais, bem como, suportaram a dificuldade e o risco aumentado de infeção por SARS- Cov 2, vivenciaram o medo de infectar as pessoas com quem convivem, sentiram exaustão, tiveram de lidar com a escassez de equipamentos, jornadas de trabalho mais longas, alguns passaram por atos de violência e agressões por parte das pessoas que procuravam o serviço desses profissionais, entre outras questões que promovem o sofrimento físico e psicológico (The Lancet, 2020).

Por algum tempo a solidão foi considerada um fator de risco para a população mais envelhecida, sendo esta amplamente estudada. No entanto, estudos demonstram que as faixas etárias mais jovens têm tido um crescimento no sentimento de solidão, sendo esta probabilidade seis vezes mais elevadas nas faixas etárias mais jovem (Bu et al., 2020). As questões ligadas à saúde mental também estão interligadas ao sentimento de solidão (Groarke et al., 2020), bem como, ter um relacionamento romântico, viver com outras pessoas e o elevado apoio social percebido, são fatores de proteção (Bu et al., 2020; Groarke et al., 2020).

Cacciopo et al. (2014), nos explica que as relações sociais, proporcionam proteção e apoio recíproco, pois o ser humano é um «ser social». Estes autores apresentam o modelo de solidão da neurociência social, referindo que quando uma pessoa sente solidão, há uma ideia pré-concebida na atenção, relativamente as ameaças sociais, seguido por ansiedade, hostilidade, timidez, sendo o crescimento dos sintomas de depressão a forma da pessoa transmitir a necessidade de apoio e conexão. Esses pensamentos e comportamentos afetivos negativos, podem acentuar ainda mais a solidão, tendo, estudos que apontam para uma associação entre a solidão e uma má saúde mental (Stubbs & Achat, 2022b). Por outro lado, o suporte social pode ser um fator de proteção para o sentimento de solidão, pois pode ajudar a diminuí-lo, favorecendo as respostas positivas ao *stress* (Segrin & Passalacqua, 2010).

Contudo, outro ponto que iremos abordar nesta investigação será a vinculação aos animais de estimação, como um fator de proteção para o sentimento de solidão. A relação entre seres humanos e animais domesticados evoluiu ao longo do tempo, desempenhando papéis diversos em diferentes culturas e sociedades. Ao longo do século XX, a relação entre os seres humanos e seus animais de estimação progrediu para uma compreensão do bem-estar animal e do papel dos animais de estimação na vida emocional das pessoas. Pelo que, pesquisas sobre o vínculo humano-animal também começaram a ganhar destaque (Staats et al., 2006). Segundo um estudo do *Growth from Knowledge* [GfK], no ano de 2015, cerca de 2 milhões, ou seja, em 54% de casas portuguesas, tinham um animal de estimação. Para Giumelli e Santos (2016), embora, a posse de um animal de estimação seja geralmente associada a benefícios significativos para o bem-estar humano, é importante reconhecer que também pode haver desafios e efeitos negativos. Neste sentido, procurou-se analisar essa relação, sendo importante ressaltar que a vinculação ao animal de estimação é diferente da vinculação explicada por Bowlby (1969) na sua teoria da vinculação entre as pessoas.

Posto isso, a grande parte dos estudos que analisaram o sentimento de solidão, investigaram o seu papel como um fator de risco para a saúde mental, principalmente na população mais envelhecida. Pelo que, foram limitadas as pesquisas que se concentraram, particularmente no sentimento de solidão nos profissionais de saúde (Cabello et al., 2022).

Neste sentido, é pertinente estudar os profissionais de saúde em Portugal, de modo, a percebê-los não só em relação ao sentimento de solidão, mas também a percepção que estes profissionais têm do suporte social que lhes é oferecido, bem como, a saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*) e a vinculação ao animal de estimação, de forma a reduzir esse sentimento desadaptativo, que é a solidão.

Estes trabalhadores, inseridos no campo da saúde, estão expostos a diversos riscos que podem influir no seu bem-estar e saúde psicológica (Segrin & Passalacqua, 2010). A falta de investigações sobre o sentimento de solidão, os seus fatores de riscos, bem como, os fatores protetores entre os profissionais de saúde, limita a nossa capacidade, enquanto sociedade e profissionais, de os apoiar, especialmente durante situações de grande vulnerabilidade, como muitas vezes estão expostos.

Nosso objetivo com este trabalho foi: contribuir para o conhecimento de alguns dos fatores de riscos e protetores do sentimento de solidão nos profissionais de saúde no contexto português. Sendo, que os objetivos específicos da investigação consistiram em analisar a relação entre o sentimento de solidão e o suporte social nos profissionais de saúde; investigar a relação entre o sentimento de solidão na saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*) dos profissionais de saúde; estudar a relação da vinculação aos animais de estimação no sentimento de solidão, suporte social e saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*); verificar se existem diferenças estatisticamente significantes nas faixas etárias e no sentimento de solidão, suporte social e saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*); examinar o papel mediador da solidão na relação entre o suporte social e a saúde mental e por fim, pesquisar se a vinculação aos animais de estimação, modera a relação do sentimento de solidão, suporte social e os sintomas de depressão.

Parte 1 – Enquadramento teórico

1.1 O sentimento de solidão nos profissionais de saúde

De acordo com o art.º de Base 28, Lei nº. 95 (2019), os profissionais de saúde são indivíduos envolvidos em trabalhos, que têm como finalidade melhorar o estado de bem-estar e/ou saúde de outras pessoas e comunidades. Neste sentido, os profissionais de saúde exercem um papel social significativo, estando sujeitos a deveres deontológicos, éticos e de responsabilidade, que incluem formações, habilitações específicas e atualizadas (Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa [PGDL], 2019). Dados do Instituto Nacional de Estatística [INE], do ano de 2020, nos mostram que em Portugal existem aproximadamente 91.247 profissionais de saúde. Dentro desse universo de profissionais existe uma luta por melhores condições de trabalho (i.e., melhores salários, mais contratações de trabalhadores, menos contratos precários e redução de horas extraordinárias), de forma, a fixar essa classe de trabalhadores em Portugal, pois muitos deles escolhem imigrar para outros países (Bicho, 2015).

Segundo Stubbs e Achat (2022a), quatro em dez profissionais de saúde sofrem níveis elevados de solidão. Posto isso, é importante contextualizarmos sobre o conceito de solidão. Sabemos que o ser-humano é um ser social e que as instituições são fundamentalmente formadas por pessoas, principalmente as organizações de saúde, como hospitais, centros de saúde, clínicas, entre outras. Pelo que, este capital humano tem sofrido, cada vez mais com as exigências de trabalho, sejam elas teórico-práticas, relacionais, ou mesmo no sentido de qualificações literárias, que são fruto de mudanças organizacionais, bem como, do fenómeno da globalização (Veríssimo et al., 2012).

Embora haja uma vasta literatura a dissertar sobre a solidão, o seu conceito não é consensual, ou seja, há diversas conceptualizações sobre o tema, que varia entre autores. Visto, que há vários instrumentos que abordam esta temática, de outras perspetivas, nesta investigação, usaremos a teoria do autor Daniel Russell (1996). Neste contexto, Perlman e Peplau (1982), perspetivaram um modelo teórico que a posteriori foi seguido por Russell. Os autores explicam que a solidão ocorre quando existe uma incompatibilidade e/ou discrepância significativa entre as relações sociais reais de uma pessoa e suas relações sociais necessárias ou desejadas. O estudioso, ainda esclarece que a solidão é uma circunstância afetiva diversa que é acompanhada por perceções complexas, contexto de vida desadequados, estratégias nocivas na resolução de problemas, padrões interativos disfuncionais, entre outros fatores de carácter individual e/ ou social, referindo-se a solidão, como um sentimento desagradável (Russell, 1996).

O autor, refere em suas investigações, que existem dois tipos de solidão: a solidão social, onde a pessoa se sente sozinha e descontente, pois sente a falta de relações sociais (amigos e conhecidos) e a solidão emocional, onde a pessoa experimenta o sentimento de estar sozinha, o que lhe causa tristeza, interpretando assim, que não existe uma ligação pessoal íntima.

Contudo, a solidão foi reconhecida e declarada atualmente pela OMS, como sendo questão de saúde global, sendo designada como uma epidemia (OMS, 2023a). De modo, a resolver esta questão, a OMS lançou uma comissão internacional sobre a solidão, com o objetivo de abordá-la como uma preocupação de saúde pública que afeta a saúde, o bem-estar e o desenvolvimento das pessoas (OMS, 2022a). Em alguns países como o Reino Unido e Japão, foram criados ministérios exclusivos para o combate ao sentimento de solidão. A União Europeia, tem dado maior atenção a esse sentimento, pois a solidão tem implicações sociais, nomeadamente, custos económicos significativos para a sociedade, de forma, a interferir no bem-estar individual das pessoas, havendo assim a necessidade de indicações para a política pública (Luhmann et al., 2023).

Historicamente a solidão ao longo do tempo, tem sido associada aos adultos mais velhos, isto é a população mais idosa. Sendo a maioria das pesquisas centradas nesta população. No entanto, estudos atuais demonstram que cada vez mais a solidão tem aumentado entre os jovens adultos em idade laboral (Wright & Silard, 2022).

Wright e Silard (2022), conduziram um estudo qualitativo, recolhido *online*, realizado pela Universidade de Canterbury, Nova Zelândia, que investigou 37 jovens adultos, de países como: Portugal, Espanha, Itália, Inglaterra e Polónia, com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos de idade. A investigação relata a perceção do sentimento de solidão vivido por esses jovens adultos trabalhadores, concluindo que estes se sentem pouco vistos no trabalho, com um sentimento frustrado de pertença à sua instituição empregadora e expressando deficiências relacionais ligadas ao trabalho.

Numa revisão sistemática e meta-análise, em 113 países, Surkalim et al. (2022), referem que o sentimento de solidão é sentido em diversas faixas etárias, incluindo nos jovens adultos (18 aos 29 anos de idade) e adultos de meia-idade (30 aos 59 anos de idade) e idosos (a partir dos 60 anos de idades), que no estudo foram separados por grupos etários (adolescentes, jovens adultos, adultos de meia-idade e idosos). O mesmo estudo categoriza a solidão como um sentimento contraproducente, pouco desejado, subjetivo, que surge quando existe uma disparidade entre o nível desejado e o nível real de relacionamentos sociais (Surkalim et al., 2022).

Por outro lado, e embora, já houvesse estudos relacionados com a solidão antes da pandemia de COVID-19, durante a mesma foram realizadas investigações na Austrália, mais precisamente na cidade de Sydney, com uma amostra de 325 profissionais de saúde. Os resultados indicaram que a solidão nesta população, durante o pico da primeira onda da pandemia de COVID-19 no ano de 2020, foi uma preocupação real, pois constatou-se que os mesmos foram afetados negativamente, em relação ao seu bem-estar (Stubbs & Achat, 2022b).

Para Murthy (2023), a solidão está associada a um maior risco de doenças cardiovasculares, demência, acidente vascular cerebral, depressão, ansiedade e suicídio. O autor explica que a solidão representa ameaças profundas à saúde e bem-estar das pessoas. Pelo que, também refere que a falta de vínculo social pode aumentar a suscetibilidade a vírus e doenças respiratórias.

Para Masi et al. (2011), a solidão também tem impacto na saúde e no bem-estar das pessoas. Portanto, analisar esse impacto é importante para desenvolver intervenções apropriadas. Pelo que é preciso integrar o entendimento atual sobre a natureza da solidão. As investigações sobre esse tema têm tido uma maior incidência sobre a faixa etária maior de 60 anos e é legítimo, pois segundo a OMS (2023b), países relatam que uma em cada três pessoas idosas sentem-se solitárias. Entretanto, é preciso não descurar que esse é um sentimento transversal a todas faixas etárias, estando cada uma delas propensas a sentir solidão, nomeadamente, os adultos e jovens adultos.

De forma a explicar melhor esse sentimento nas faixas etária Surkalim et al. (2022), nos diz em um estudo realizado em alguns países que a solidão é descrita por uma curva em forma da letra “U”, onde assume níveis mais altos na adolescência e na idade jovem adulta, diminui nos adultos de meia-idade e depois há um aumento na população idosa.

Posto isso, e com a pandemia de COVID-19, o sentimento de solidão duplicou na comunidade europeia, que destacou Portugal como o sexto país com maior subida, sendo, que a solidão entre os jovens com idades compreendidas entre os 18 aos 35 anos de idade quadruplicou (Garcia, 2023). Portanto, torna-se pertinente estudar o sentimento de solidão nos profissionais de saúde, com idades compreendidas entre os 18 aos 65 anos de idade, de modo, a reduzir esse sentimento nesta população.

Por outro lado, Cabello et al. (2022), realizaram em Espanha, no ano de 2020, uma investigação sobre a solidão e o impacto que esta teve na saúde mental dos profissionais de saúde, durante a pandemia de COVID-19, naquele país.

Neste estudo participaram 1.421, profissionais de saúde. O estudo realizado *online*, revelou uma preponderância do sentimento de solidão nos profissionais de saúde, os resultados apontados na conclusão desse estudo foram que 53%, dos profissionais de saúde sentiram o sentimento de solidão, sendo esta uma percentagem alta, considerando que a prevalência de pessoas que sentem solidão na população geral é de cerca de 30%. Este mesmo estudo expõe sobre o sentimento de solidão e qual o impacto na saúde mental dos profissionais de saúde durante a COVID-19, demonstrando, portanto, que estes trabalhadores, sentiram solidão, embora possam estar relacionadas com questões da COVID-19, ou seja, o estudo sugere que o impacto psicológico nestes profissionais, pode não estar relacionado apenas ao sentimento de solidão, mas ao receio de infecção por Sars-Cov-2, revelando como fatores de risco, o sentimento de solidão nos profissionais de saúde, sintomas depressivos, altos níveis de *stress* e ansiedade, bem como uma baixa percepção do suporte social (Cabello et al., 2022).

Portanto, a solidão é um sentimento complexo e pode afetar significativamente a saúde mental de uma pessoa. Um estudo realizado, por Shovestul et al. (2020), com 4.885 pessoas, de idades compreendidas entre os 10 anos de idade aos 97 anos de idade, nos Estados Unidos da América, observou que a solidão é altamente prevalente e melhor explicada pela idade, descrevendo que a solidão atinge o seu pico aos 19 anos de idade, diminuindo a partir de então. Concluiu-se também que o sentimento de solidão é um preditor de resultados negativos. Podendo ocorrer por motivos como, a falta de percepção de suporte social, ou seja, falta de conexões percebidas significativas ou mesmo a ausência de relações interpessoais satisfatórias. Pelo que, o impacto do sentimento de solidão pode ser atenuado por meio de várias fontes, como a manutenção de uma boa saúde mental, com o suporte social, bem como, os animais de estimação que também apresentam um papel significativo neste contexto (Growth from Knowledge [GfK], 2015).

1.2 O suporte social como fator de proteção para o sentimento de solidão

Estudos sobre o suporte social tem raízes nas décadas de 1960 e 1970. A pesquisa sobre este tema teve início durante esse período, quando psicólogos sociais e investigadores começaram a reconhecer a importância das relações sociais para o bem-estar psicológico e físico das pessoas (Rodriguez & Cohen, 1998). Embora haja diferentes concepções sobre o conceito, recentemente o suporte social percebido teve um maior destaque. A autora Silva (2015), nos explica que as primeiras investigações, sobre o suporte social foram influenciadas por algumas teorias, que destacam a importância das interações sociais na capacidade das pessoas em lidar com o *stress* e as suas adversidades. As pesquisas posteriores começaram a explorar diferentes formas de suporte social (i.e., apoio emocional, instrumental, informativo, impacto na saúde, entre outras) (Caetano, 2013).

Ao longo dos anos, o conceito de suporte social evoluiu, abordando diversas teorias e metodologias. Neste sentido, pesquisadores desenvolveram alguns instrumentos para aferir a percepção do suporte social, como por exemplo a escala, criada por Sheldon Zimet et al. (1988) e utilizada nesta investigação, de forma, a perceber se um suporte social mais forte está associado a melhores resultados em termos de enfrentamento de desafios e/ou dificuldades (Silva, 2105). Abordando assim, três dimensões que são: o suporte social familiar, dos amigos e de outras pessoas significativas. É importante referir que a percepção do suporte social familiar, tem uma relação significativa com a solidão, e a presença ou ausência desse suporte pode influenciar diretamente o sentimento de solidão de uma pessoa (Caetano, 2013). Isso explica-se, pois, o apoio emocional, que está intrínseco dentro do suporte social familiar, que é a presença de carinho, compreensão e afeto, podem ajudar a reduzir os sentimentos de solidão. Sentir-se apoiado e conectado emocionalmente aos membros da família pode fornecer uma base sólida para enfrentar desafios e adversidades (Silva, 2015).

Segundo a autora Caetano (2013), outro fator importante dentro do suporte social familiar é a companhia e interação social, pois a presença física e a interação regular com os membros da família podem prevenir a solidão ao oferecer companhia e engajamento social, bem como, as atividades compartilhadas e momentos significativos com a família podem contribuir para um senso de pertencimento e conexão. Por fim, a assistência prática e ajuda em situações cotidianas, também fazem parte do suporte familiar, pois saber que há um ou vários membros da família dispostos a oferecer suporte prático pode reduzir o sentimento de solidão (Caetano, 2013).

A autora também nos elucida que esse suporte social familiar e a solidão podem variar de pessoa para pessoa, e que fatores individuais e contextuais podem desempenhar um papel significativo.

O suporte social dos amigos, também desempenha um papel significativo, para a prevenção da solidão. A presença de amizades fortes e de apoio pode ser uma fonte valiosa de conexão social e emocional, que contribui para o não sentimento de solidão; a companhia e interação social, com os amigos proporcionam oportunidades de interações sociais, bem como, as atividades partilhadas; o apoio emocional empático, que envolvem amigos disponíveis para ouvir, oferecer conselhos, expressar empatia e compartilhar experiências, sendo este tipo de suporte fundamental para lidar com os desafios de vida, prevenir a solidão e diversificar as perspectivas (Silva, 2015).

Por fim, o suporte social de outras pessoas significantes, isto é, colegas de trabalho, vizinhos, mentores, membros de grupos e organizações, professores, entre outros. Participar de comunidades, grupos sociais ou atividades específicas pode proporcionar oportunidades de interação significativas. Pelo que, o suporte social nos ambientes profissionais, na comunidade e vizinhança, traz envolvimento e interesses compartilhados, criando laços sociais que contribuem para um senso de pertencimento e alívio nos sentimentos de solidão (Caetano, 2013). Portanto, a ausência de suporte social pode estar associada a diversos fatores de riscos, impactando negativamente a saúde mental das pessoas. Alguns dos principais fatores de risco relacionados à falta de suporte social são: a solidão, *stress* crónico, problemas de saúde mental, diminuição do bem-estar emocional, isolamento social, pouca ou nenhuma adaptação à mudança, menor recurso no enfrentamento das adversidades, problemas de saúde físicas, entre outros. Por outro lado, como fatores de proteção, por se ter uma «boa» percepção de suporte social, são: uma melhor saúde mental, maior capacidade em enfrentar as adversidades, menor risco de isolamento social, melhor adaptação as mudanças, promove a auto-estima e a saúde física, melhora a qualidade de vida, reduz o *stress* durante eventos traumáticos ou de crise (Rodrigues & Madeira, 2009).

Numa revisão de literatura realizada por Wang et al. (2018), com estudos quantitativos longitudinais, encontraram evidências substanciais. Isto é, pessoas com sintomas de depressão, ansiedade e *stress*, que perceberam o seu suporte familiar mais fraco têm piores resultados no sentimento de solidão e na qualidade da saúde mental.

Portanto, promover a saúde mental por meio de uma variedade de mecanismos, como: apoio psicológico e emocional, redução da ansiedade e *stress*, desenvolver a autoconfiança e autoestima, estimular as atividades positivas, promove a adesão ao tratamento, caso seja necessário (Jakubovski & Bloch, 2016).

Em um estudo desenvolvido na Holanda, no ano de 2021, com 187 adultos com idades compreendidas entre os 20 aos 70 anos de idade, indicou que o suporte social mediou moderadamente a relação entre a solidão, a depressão e ansiedade. Estes resultados indicam que o suporte social explica parcialmente a relação entre solidão e problemas de saúde mental (Hutten et al., 2021). Pelo que, alguns estudos apontam que o suporte social tem o seu efeito benéfico na saúde da pessoa, na medida em que esta passa por um momento de perturbação, pressão e tensão, tendo uma atuação prática em pessoas que precisam ajustar a uma patologia crónica, sendo este um fator de proteção e promoção à saúde (Siqueira, 2008).

O suporte social, torna-se relevante, ao verificarmos a existência de pessoas com uma patologia de foro mental e que conseguem se organizar mentalmente. Servindo como fator de proteção, em situações negativas das quais são confrontadas, estando assim, relacionado com a percepção de funcionamento do suporte social em um momento de crise, pois a pessoa percebe o suporte disponibilizado pelos amigos, família ou mesmo por um profissional (Schwarzer & Rieckmann, 2002).

Relativamente a estudos efetuados com profissionais de saúde, numa investigação realizada *online* recentemente durante a pandemia de COVID-19, com 365 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, farmacêuticos, radiologistas), com idades compreendidas entre os 20 aos ≥ 60 anos de idade, revelou que os profissionais de saúde perceberam-se como beneficiários de elevados níveis de suporte social. Pelo que, estes profissionais consideraram o suporte social de familiares e amigos, importante durante a pandemia de COVID-19. Os inqueridos demonstraram a necessidade de um maior apoio social para se ajustarem ao sofrimento psicológico. Sendo os participantes mais velhos, com idade superior aos 40 anos de idade, que apresentaram uma maior percepção do suporte social relativamente aos participantes com idade inferior aos 40 anos de idade. Portanto, este estudo revelou uma relação significativa entre o sofrimento psicológico, o suporte social e a idade (Alnazly et al, 2021). Em outro estudo realizado, por Kilinç e Çelink (2020), com 370 enfermeiros, demonstrou que o nível de suporte social prestado pela família, amigos e outros significantes durante a pandemia de COVID-19, foi superior.

Sendo o resultado referente ao suporte social percebido por estes profissionais de saúde considerado bom, pelo que os resultados efetuados antes da Covid-19 obtiveram um resultado moderado. O que poderia ter relação com o contexto vivido na altura, ou seja, a perceção da sociedade na importância dos profissionais de saúde, naquela circunstância. O estudo revela também que os enfermeiros valorizaram o suporte familiar, pelo que os autores defendem que este suporte é o mais eficaz (Kılınç & Çelik, 2020).

Outro estudo realizado em Portugal, no começo da pandemia de COVID-19, com uma população de 119 enfermeiros, corrobora com o resultado do estudo anterior. Pois a conclusão dos resultados demonstrados foi que os enfermeiros que percebiam um bom suporte social, tinham melhores estratégias para a saúde mental (Pinho et al., 2021). Assim sendo, e mediante a exigência que os profissionais de saúde estão expostos, isto é trabalho por turnos, carga laboral excessiva, bem como, as pressões derivadas não só ao trabalho, mas também a vida pessoal e suas as qualificações, um suporte social percebido positivo pode se revelar propício para uma boa saúde mental e baixos níveis de solidão (Brooks et al., 2020).

1.3 A saúde mental dos profissionais de saúde

A saúde mental é designada pela Organização Mundial de Saúde [OMS], (2023c) como, um bem-estar no qual a pessoa desenvolve suas capacidades pessoais, de modo a lidar com o *stress* diário da vida quotidiana, trabalhando de maneira produtiva, tornando-se capaz de dar a sua contribuição para a sociedade em que está inserida. A autora Gaino et al. (2018), nos esclarece que este estado de contentamento e bem-estar, proposto pela OMS e que favorece à saúde mental, nem sempre é o que acontece na prática, por conta de fatores negativos como, a limitação humana e ambiental. Motivo pelo qual este conceito tem sofrido críticas, pois para alguns autores estes objetivos são ficcionais, visto que as limitações humanas e ambientais fazem com que o cenário de completa satisfação e/ou bem-estar, não seja atingido, no entanto este conceito da OMS prevalece até os dias de hoje. Neste sentido, a OMS (2022b), refere que no ano de 2019, cerca de 15% dos adultos em fase de vida produtiva, tinham uma perturbação mental e cerca de 12 bilhões de dias de trabalho são prejudicados, em consequência da depressão e ansiedade, apresentando um custo de 1 trilhão de dólares por ano em perda de produtividade (OMS, 2022b).

Contudo, os profissionais de saúde estão mais propensos à uma saúde mental vulnerável, por motivo de sobrecarga de trabalho ou ritmo excessivo, falta de pessoal, horários prolongados, condições físicas de trabalho inseguras e/ou precárias, cultura institucional que permitem comportamentos negativos, remuneração inadequada, demanda conflitantes para a conciliação da vida familiar e profissional (OMS, 2022b).

Um estudo realizado em Portugal por Ribeiro et al. (2016), com 315 profissionais de saúde de quatro categorias diferentes de trabalho (enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e técnicos) em um hospital de Lisboa, observou que o nível de saúde mental desses profissionais foi considerado “pobre”. Sendo que o valor considerado normativo é de 52% (para um percentil 50), no entanto, cerca de 55% dos profissionais de saúde apresentaram um valor abaixo ao de referência acima citado, sendo a média geral apresentada pelos participantes do estudo de 49%. Relativamente aos serviços estudados por esta investigação, comprovou-se que o serviço de medicina, de cirurgia e psiquiatria são os que apresentam os valores mais altos de saúde mental, ao contrário dos profissionais de saúde que trabalham nos serviços de Bloco de partos, neonatologia e urgência pediátrica que são os que apresentam os valores mais baixos.

De modo, a contextualizar, para os autores Lovibond e Lovibond (1995), historicamente a ligação entre as condições afetivas negativas dos sintomas de depressão, da ansiedade e *stress*, tem tido um interesse teórico e clínico. Pelo que, essa condição afetiva negativa caracteriza-se numa orientação individual em experienciar situações emocionais danosas, como por exemplo, sintomas de depressão, ansiedade e *stress*. Posto isso, dentro desta investigação o conceito de saúde mental, esta ligado a essas três sintomatologias, porém é importante relatar que o instrumento utilizado neste estudo, define os sintomas, não fazendo assim um diagnóstico clínico. O primeiro sintoma que abordaremos refere-se as sensações sentidas nas perturbações depressivas, seguindo das perturbações de ansiedade e por último o *stress*. Segundo o manual de Classificação Internacional de Doença, 11ª edição [CID-11], as perturbações depressivas são definidas como: perda de prazer, humor deprimido, dificuldade em se concentrar, perturbação do sono, baixos níveis de energia, sentimento de inutilidade, culpa excessiva ou inadequada, desesperança, perturbações alimentares, agitação ou atraso psicomotor, bem como, pensamentos recorrentes de morte ou suicídio. Estes indícios suscitam sofrimento a pessoa, em sua funcionalidade, seja ela familiar, profissional, social, entre outras (World Health Organization [WHO], 2023). Também o manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª edição [DSM-5], define perturbações depressivas como alterações cognitivas e somáticas, apatia, irritabilidade, humor deprimido.

No entanto, dentro das perturbações depressivas, existem variadas perturbações que se diferem pelo seu tempo de durabilidade, frequência, intensidade, ou de sua etiologia (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Segundo a OMS (2020), antes da pandemia estimava-se que 193 milhões de pessoas no mundo sofriam de perturbação depressiva, atualmente estima-se que esteja em torno de 298 milhões de pessoas. Representando um aumento de 26% desta psicopatologia, pelo que a nível mundial, registou-se uma mudança, no grupo etário mais jovens do que entre os mais velhos. Neste sentido, as estatísticas demonstram que cerca de 11% da população mundial irá sofrer um episódio depressivo ao longo do ciclo de vida e que essa é a segunda maior causa de incapacidade. Portugal ocupa a 5ª posição entre os países da União Europeia, pois cerca de 8% dos portugueses estão diagnosticados com essa psicopatologia (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017). É preciso referir que existem fatores de riscos, nomeadamente, a capacidade de lidar com o *stress*, histórico familiar (genética), isolamento social, a viuvez, divórcio ou separação, baixo nível socioeconómico, a existência de outras doenças, insónia, alterações cognitivas, pelo que, segundo estudos existe uma maior prevalência no sexo feminino (Peixinho, 2023).

Num estudo realizado em Portugal em 2013, participaram do estudo 8.253 pessoas, com idade > 18 anos de idade, o resultado desta pesquisa demonstrou que as mulheres em relação aos homens apresentam, um maior risco de sofrer de perturbações depressivas, bem como, o grupo etário dos idosos que apresentam um menor risco, em relação aos grupos com idades mais jovens. As pessoas que já foram casadas (separados, divorciados e viúvos), também apresentam uma maior prevalência para sentir essa perturbação (Almeida et al., 2013). Entretanto, outro estudo realizado em Portugal, no ano de 2021, com 10.529 participantes, com idades compreendidas entre os 18 aos 84 anos de idade, corrobora com o estudo anterior, no sentido de que existe uma maior prevalência do sexo feminino para resultados de vulnerabilidade ligadas à saúde mental (Paulino et al., 2021).

Outra das dimensões associadas à saúde mental, é a ansiedade. De acordo, com a OMS (2022b), as perturbações de ansiedade são caracterizadas por uma emoção, determinada por sentimentos de preocupação, nervosismo e apreensão em relação a eventos futuros e incertos. A ansiedade, pode ser uma resposta normal a situações de *stress* e desafiadoras, podendo, em alguns casos, ser útil para lidar com ameaças percebidas. No entanto, quando a ansiedade se torna intensa, contante e prejudica as atividades diárias, pode aumentar e tornar-se numa perturbação de ansiedade generalizada.

O CID-11, descreve a perturbação de ansiedade, como uma associação de sintomas muito frequentes e que persistem por meses. Esta apreensão, esta ligada a eventos do dia-a-dia, pode estar relacionada a vida profissional e académica, familiar, financeira, entre outras.

Podendo se manifestar tanto emocionalmente como fisicamente, através dos sintomas de irritabilidade, sentimentos de tensão, inquietação, sensação de morte. Por outro lado, os sintomas físicos podem incluir aumento da frequência cardíaca, respiração ofegante, suores e tremores, fadiga e problemas gastrointestinais (WHO, 2023b).

No entanto, no DSM-5 a ansiedade é abordada em várias seções, sendo uma das principais perturbações. A definição de ansiedade por este manual, pode variar de acordo com a perturbação específica, mas em geral, a ansiedade é caracterizada por sentimentos de apreensão, medo, inquietação ou desconforto. Os critérios de diagnósticos incluem uma combinação de sintomas emocionais, físicos e comportamentais e devem persistir por um determinado período e causar sofrimento ou prejuízo nas funcionalidades das atividades de vida diária da pessoa (APA, 2013).

Os índices de prevalência da ansiedade no mundo podem variar dependendo da região, podendo se manifestar de formas diferentes, ou seja, desde preocupações cotidianas normais até perturbações de ansiedade significativas. A Organização Mundial da Saúde [OMS], estima que globalmente, cerca de 3,6% da população sofra de perturbação de ansiedade. É importante ressaltar que essas estimativas são aproximadas e podem variar de acordo com as características demográficas das populações. Para além disso, as taxas de prevalência podem ser mais altas em determinados grupos demográficos, como mulheres, pessoas com condições de saúde crónicas, ou em regiões onde fatores socioculturais e económicos desempenham um papel significativo na saúde mental (WHO, 2023c).

Num estudo *on-line* realizado em Portugal, durante a pandemia de COVID-19, com uma amostra de 929 pessoas, com idades compreendidas entre os 19 aos 39 anos de idade. Demonstrou que 26,9% apresentaram sintomas de ansiedade, sobretudo as pessoas mais jovens, do sexo feminino, com maior escolaridade, que estavam e mantiveram-se empregadas, bem como, as pessoas que concordaram que o rendimento do agregado familiar não eram o suficiente, que se encontravam numa situação de insegurança alimentar, apresentaram um risco aumentado de ter sintomas de ansiedade (Aguiar et al., 2022).

Por último, a dimensão que está relacionada neste trabalho, à saúde mental e que integra nosso trabalho empírico, é o *stress*. O *stress*, é uma resposta biológica do organismo em situações que demandam ajustes ou respostas específicas. Ele pode ser desencadeado por diversos fatores físicos, mentais e emocionais.

Pelo que, é uma resposta natural e em certas situações, pode ser benéfico, pois desencadeia uma resposta de «luta ou fuga» que ajuda o corpo a lidar com os desafios. A OMS, categorizou o *stress*, como uma «epidemia de saúde do século XXI», pois globalmente afeta cada vez mais as pessoas (OMS, 2022b).

O manual CID-11, classifica o *Stress*, em duas categorias principais, são elas: Perturbações de *Stress*; Perturbações de *Stress* relacionados ao trauma e ao *Stress*. Por outro lado, o DSM-5, não possui uma categoria específica para o *stress*, mas, aborda condições relacionadas a essa psicopatologia, em diferentes secções (i.e., perturbação de *stress* agudo, perturbação de *stress* pós-traumático, perturbação de adaptação e outras perturbações relacionadas ao *stress* e perturbação de controlo de impulsos), (APA, 2013).

Pelo que, quando o *stress*, se torna crónico ou excessivo, pode ter efeitos negativo na saúde física e mental. As causas mais comuns de *stress*, podem incluir, pressão no trabalho, problemas financeiros, eventos traumáticos, conflitos interpessoais, entre outros. Os sintomas podem variar de pessoa para pessoa, mas, incluem alterações de humor, problemas no sono, dores musculares, problemas digestivos, irritação, humor depressivo, enxaquecas e cefaleias de tensão, diminuição da libido, problemas de concentração, entre outros. Sendo que o *stress* crónico pode está associado a uma variedade de condições de saúde, tais como: distúrbios no sistema imunológico, perturbações mentais (ansiedade e depressão), bem como, a doenças cardiovasculares (Guimarães, 2019).

Num estudo realizado no Brasil, para detetar a presença de *stress*, foram entrevistados, 31 profissionais de saúde, de categorias diversas (i.e., médicos, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e cirurgiões-dentistas). O resultado demonstrou uma predominância de 56% de *stress*, havendo uma preeminência de sintomas físicos, nesta população. Sendo o serviço social, enfermagem e medicina as categorias que apresentaram maior incidência (Carvalho & Malagris, 2007).

Num estudo realizado *online* por Stubbs e Achat (2022b), num hospital australiano, onde investigou-se a saúde e o bem-estar antes e durante a pandemia de COVID-19 em 330 profissionais de saúde. Exemplificou que a saúde mental precária e o sofrimento psicológico foram positivamente associados à solidão. Em Portugal o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2020), apresentou dados de um estudo realizado, que nos elucida sobre a saúde mental de 2.097 profissionais de saúde que trabalham no país. Os resultados concluem níveis elevados de perturbação em saúde mental nos profissionais de saúde. Pelo que, 44.8% profissionais de saúde inquirido, apresentou sofrimento psicológico; sendo que, 30.8%

apontaram sintomas de ansiedade moderada a grave; 28,4% indicaram sintomas de depressão moderada a grave e 26,2% apresentaram *stress* pós-traumático.

Posto isso, e tendo os profissionais de saúde um importante papel na sociedade em geral e diversos desafios profissionais e pessoais, uma boa saúde mental, bem como, um bom suporte social percebido, são fatores importantes para o bem-estar deste trabalhador. De forma a concluir esse tópico, podemos verificar através da revisão de literatura, que os profissionais de saúde experimentaram reações psicológicas, tais como: sintomas de depressão, ansiedade e *stress*, que podem ter implicações psicológicas a longo prazo (Brooks et al., 2020). Em suma, pareceu-nos pertinente investigar a saúde mental dos profissionais de saúde, bem como, a sua relação com o suporte social e também com o sentimento de solidão.

1.4 A relação entre as variáveis: solidão, suporte social e saúde mental

A literatura nos mostra que a relação entre solidão, saúde mental e suporte social é complexa e multifacetada. Embora estudos com essas 3 variáveis juntas e com a população de profissionais de saúde sejam escassos, investigações com outras populações foram feitas.

Uma revisão de literatura, realizada por pesquisadores em Espanha, no ano de 2023, investigou 73 artigos sobre o tema, sendo em sua maioria realizado com a população em geral, com uma amostra com média de idade de 33 anos. Os estudos revisados em sua maioria, foram investigados na China, países da Europa e também nos Estados Unidos, na época da pandemia de COVID-19. A conclusão dessa meta-análise, observou que o suporte social teve uma fraca associação com a saúde mental, enquanto a associação com a solidão foi moderada (Pascuet et al., 2023). Numa outra revisão de literatura realizada com 34 artigos, sendo estes estudos quantitativos longitudinais, encontraram evidências substanciais. Isto é, nos estudos prospetivos as pessoas com sintomas de depressão, ansiedade e *stress*, que perceberam o seu suporte familiar mais fraco tiveram piores resultados no sentimento de solidão e na qualidade da saúde mental, sendo o sentimento de solidão menos investigado do que o suporte social (Wang et al., 2018).

1.5 A relação da saúde mental com a solidão entre os profissionais de saúde

Dentro do que já foi exposto anteriormente, podemos verificar que foram realizados estudos científicos onde se investiga a relação entre duas das variáveis relatadas neste estudo. Contudo, nesta secção expõe-se algumas investigações, permitindo fazer um breve enquadramento do que a literatura científica apresenta.

Neste sentido, importa perceber que existem fatores que impactam a saúde mental dos profissionais de saúde, pois, estes enfrentam continuamente condições de trabalho inconstante, pouco seguro e por vezes inapropriado, podendo originar adoecimento físico e psicológico (Bezerra et al., 2020).

Posto isso, a interação social, bem como a qualidade e a percepção dessa interação é crucial para sensação de pertencimento e acolhimento, principalmente quando a pessoa se sente vulnerável. Um estudo realizado em Espanha, no ano de 2020, com 1.421 profissionais de saúde aponta que a presença do sentimento de solidão foi positivamente relacionada a maiores problemas de saúde mental (Cabello et al., 2022).

Pesquisas pré-pandêmicas (antes da pandemia de COVID-19), já abordavam o sentimento de solidão e a relação com a saúde mental dos profissionais de saúde. No entanto, estudos pós pandemia de COVID-19 evidenciam um aumento do sentimento de solidão nestes profissionais e os efeitos nocivos a saúde mental. É o que explica um estudo realizado na cidade de Sydney, Austrália, com 325 profissionais de saúde (Stubbs & Achat, 2022b). Outro estudo, dos mesmos autores, realizado também em Sydney, no entanto com uma amostra de 330 profissionais de saúde, descreve que o sentimento de solidão tem sido amplamente relatado nesta população, sugerindo que a solidão pode predizer ao sofrimento psicológico (Stubbs & Achat, 2022a).

Esses são exemplos de estudos que abordam a relação entre o sentimento de solidão e a saúde mental em profissionais de saúde. Embora a literatura científica continua a crescer nessa área, destaca-se a importância de abordar a solidão como parte do cuidado integral à saúde mental dos profissionais de saúde (Bezerra et al., 2020).

1.6 A vinculação aos animais de estimação como fator de proteção para o sentimento de solidão

A relação entre seres humanos e animais domesticados evoluiu ao longo do tempo, desempenhando papéis diversos em diferentes culturas e sociedades. A domesticação dos animais começou há milhares de anos, quando os seres humanos perceberam os benefícios de ter animais e do convívio com esses animais, pois, estes inicialmente eram domesticados para o trabalho, como, caça, pastoreio e proteção (Giumelli & Santos, 2016). Já na Antiguidade, as civilizações egípcias, gregas e romanas, mantinham animais de estimação. Na Idade Média, a relação entre seres humanos e os animais de estimação estavam frequentemente associada ao *status* social. No período Renascentista, houve um aumento do interesse por animais de estimação entre a nobreza e a classe alta.

Na Era Vitoriana viu-se um aumento significativo no número de animais de estimação nas famílias, sendo os cães especialmente populares, começando assim, a desenvolver uma cultura mais centrada nos sentimentos em relação aos animais (Giumelli & Santos, 2016).

Ao longo do século XX, a relação entre os seres humanos e seus animais de estimação evoluiu para uma compreensão do bem-estar animal e do papel dos animais de estimação na vida emocional das pessoas. Pelo que, a psicologia animal e a pesquisa sobre o vínculo humano-animal também começaram a ganhar destaque (Staats et al., 2006).

Posto isso, houve uma evolução das pesquisas, nomeadamente, dos instrumentos que aferem este fenómeno (Johnson et al., 1992). A partir, de um conjunto preliminar, foi desenvolvida a escala que usaremos nesta investigação, medindo assim o apego aos animais de estimação, através de questões que avaliam a percepção das pessoas face aos animais de estimação, contendo três dimensões que analisam, o vínculo geral; a proximidade entre donos e os seus animais de estimação e a importância desta relação.

Segundo um estudo do *Growth from Knowledge* [GfK], no ano de 2015, cerca de 2 milhões, ou seja, em 54% de casas portuguesas, tinham um animal de estimação. Esta predominância existe, pois, houve uma alteração dos núcleos familiares, bem como, há evidências de que os animais de estimação contribuem como fator protetor para o bem-estar físico e mental de seus tutores. Posto isso, observa-se que cada vez mais a relação de afetividade entre o dono e o seu animal de estimação existe (Gomes, 2017).

Estima-se que a pandemia de COVID-19 teve um impacto significativo nas dinâmicas sociais e nas escolhas de estilo de vida das pessoas. Uma das tendências observadas durante esse período foi um aumento notável da adoção de animais de estimação. Em Portugal, segundo a Direção Geral de Alimentação e Veterinária [DGAV], no ano de 2019, verificou-se um aumento no número de animais adotados nos Centros de Recolha Oficial [CRO], em comparação aos anos anteriores de 2018 e 2017. Os resultados apontam, para um crescimento na percentagem global de animais adotados (DGAV, 2019).

Segundo Ratschen et al. (2020), várias razões podem explicar os efeitos de se ter um animal de estimação. Pode abranger aspetos físicos, emocionais e sociais. De forma, a reduzir o *stress*, pois a interação com os animais de estimação tem sido associada à diminuição desses níveis; elevação do humor, pois a presença de um animal de estimação pode ajudar a combater sentimentos de solidão e depressão; ligação emocional, desenvolvendo uma conexão emocional; saúde física, pois cuidar de um animal de estimação muitas vezes envolve atividades físicas, como, caminhadas e brincadeiras, promovendo um estilo de vida mais ativo; pressão arterial e frequência cardíaca, estudos sugerem que a interação com animais de estimação pode

reduzir a pressão arterial, e frequência cardíaca, contribuindo para uma saúde cardiovascular; socialização, passear com o animal de estimação pode criar oportunidades para interações sociais e o desenvolvimento de novas amizades; senso de comunidade, ter um animal de estimação pode criar uma sensação de comunidade entre os proprietários de animais que partilham interesses semelhantes; desenvolvimento de habilidades, como, a responsabilidade, empatia e compaixão; apoio emocional em momentos difíceis, durante crises, perdas e traumas; redução da solidão, pois a presença constante de um animal de estimação pode aliviar a solidão, proporcionando uma fonte de conforto (Ratschen et al., 2020).

Para Giumelli e Santos (2016), embora, a posse de um animal de estimação seja geralmente associada a benefícios significativos para o bem-estar humano, é importante reconhecer que também pode haver desafios e efeitos negativos. Esses efeitos podem variar dependendo da situação individual e das circunstâncias de cada pessoa e podem incluir: responsabilidade e custos financeiros, pois as despesas associadas ao animal de estimação podem implicar gastos significativos, com alimentação, cuidados veterinários, vacinas, brinquedos e outros itens essenciais, pois muitas vezes, as pessoas subestimam o impacto financeiro a longo prazo, da posse de um animal de estimação; limitações na liberdade e flexibilidade, a posse de um animal de estimação requer uma rotina consistente, podendo limitar a liberdade e flexibilidade de algumas pessoas; problemas de saúde e alergias; desafios comportamentais, como agressividade, destruição de propriedade e problemas de socialização do animal de estimação; dificuldades em mudanças na vida; luto e perda; compromisso a longo prazo, pois os animais exigem um compromisso significativo de tempo e energia, o que pode ser um desafio para pessoas em transições de imprevisíveis ou com compromissos instáveis (Cohen, 2002; Giumelli & Santos, 2016).

Estudos realizados *online*, durante a pandemia de COVID-19, no Reino Unido, com uma amostra de 5.926, participantes, com idade igual ou superior que 18 anos de idade. Concluiu que a maioria dos participantes entendia que os seus animais de estimação era uma fonte de apoio considerável. Demonstrou também que, o nível do vínculo não diferiu significativamente entre as espécies. Relativamente, a saúde mental, esta foi associada a uma pior saúde mental pré-confinamento na pandemia de COVID-19 e relatado um vínculo mais «forte», entre dono e animal de estimação. É importante referir que neste estudo, concluiu-se que ter um animal de estimação foi associado à diminuição da deterioração da saúde mental e a menores aumentos do sentimento de solidão no confinamento (Ratschen et al., 2020).

De forma, a relatar que a saúde mental deteriorou-se e o sentimento de solidão aumentou tanto para os proprietários como para os não proprietários de animais de estimação após o confinamento, embora estatisticamente significativa, a diferença nas mudanças entre proprietário e não proprietário de animais de estimação foram muito pequenas (Ratschen et al. 2020). Posto isso, uma revisão de literatura sobre o tema sugere que a vinculação com os animais de estimação são um modo de suporte social (O'Hare, 2010).

Por outro lado, num estudo realizado por meio de entrevista, em Ohio, nos Estados Unidos da América, com uma população de 302 professores universitários, com uma média de idade de 50 anos de idade. Concluiu, que 56% dos docentes eram atuais donos de pelo menos um animal de estimação, em sua maioria cães ou gatos, sendo estes o mais comum. A maioria dos docentes acreditam que os animais de estimação beneficiam a saúde. Pelo que, o estudo relata que a crença nos efeitos salutores ou promotores de saúde dos animais de estimação sobre a saúde é atribuída pela maioria dos professores e essa crença positiva pode ter um efeito benéfico por si só. A maioria dos inqueridos, relata que passa uma quantidade significativa de tempo tocando ou próximo de seus animais de estimação e essa proximidade física pode ser um pré-requisito para alguns benefícios à saúde, revela o estudo. A investigação cita ainda que os principais motivos para se manter os animais de estimação, foram: manter-se ativo, evitar ficar sozinho, porque o animal ajuda em tempos difíceis, na socialização, entre outros (Staats et al., 2006).

Como alguns resultados são contraditórios, o presente estudo tem como objetivo analisar o papel da vinculação ao animal de estimação no combate à solidão entre profissionais de saúde. Além disso, é muito importante identificar que a vinculação referida na literatura é diferente dos requisitos para a vinculação humana, pelo que, a vinculação neste estudo, trata-se de um relacionamento íntimo e afetuoso aos animais de estimação.

Parte 2 – Metodologia

2.1 Desenho do estudo

O presente estudo consiste num estudo quantitativo, pois utiliza da linguagem matemática para aferir os resultados e transversal, ocorrendo em um único momento. De forma, a avaliar a prevalência da relação entre solidão, suporte social, saúde mental bem como, a vinculação aos animais de estimação. Posto isso, consideramos pertinente usar o estudo transversal, pois este tem características que beneficiam esta investigação, tais como, a coleta de dados que ocorreu em um único espaço de tempo, determinando uma relação entre as variáveis na população investigada, que neste caso foram os profissionais de saúde e por fim, consideramos que a rápida obtenção de informações auxiliaria neste estudo (Marôco, 2018).

A Organização Mundial de Saúde [OMS], juntamente com a Organização Internacional do Trabalho [OIT], expõe que mesmo antes da pandemia de COVID-19, trabalhar no setor da saúde era um risco elevado, visto que estes profissionais estavam expostos à uma maior probabilidade de infeções, lesões musculares, violência, assédio, esgotamentos, entre outros (OMS, 2022a). Com todo esse contexto, exposto anteriormente, o sentimento de solidão também tornou-se num importante problema de saúde pública em geral, principalmente depois da pandemia de COVID-19, evidenciando-se sobretudo nos profissionais de saúde, que têm manifestado uma vulnerabilidade preponderante, gerando consequências a saúde mental destes profissionais (Stubbs & Achat 2022b). Outro estudo realizado por (Stubbs & Achat 2022a), revelou que 4 em cada 10 profissionais de saúde sentem solidão. Numa revisão sistemática de literatura, 13 estudos foram analisados, tendo um total de 33.062 participantes. Neste sentido a investigação apontou que aproximadamente cerca de 20% dos profissionais de saúde que trabalharam na linha da frente da pandemia de COVID-19, sentiram algum sofrimento psicológico, isto é 1 em cada 5 profissionais relataram sintomas de uma má saúde mental, como sintomas de depressão e ansiedade (Pappa et al., 2020). Neste sentido, esta investigação tem como objetivo geral contribuir para o conhecimento de alguns dos fatores de riscos e protetores do sentimento de solidão em profissionais de saúde no contexto português. Pelo que os objetivos específicos da investigação consistem em analisar a relação entre o sentimento de solidão e o suporte social nos profissionais de saúde; bem como, investigar a relação entre o sentimento de solidão na saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*) dos profissionais de saúde; estudar a relação da vinculação aos animais de estimação no sentimento de solidão, suporte social e saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*); verificar se existem diferenças estatisticamente significantes na faixas etária e no sentimento de solidão, suporte social e saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*); examinar o papel

mediador da solidão na relação entre o suporte social e a saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*) e por fim, pesquisar se a vinculação aos animais de estimação, modera a relação do sentimento de solidão, suporte social e o sintoma de depressão.

Considerando os resultados obtidos pela revisão de literatura, entre vários países, incluindo Portugal, o sentimento de solidão têm tido uma prevalência elevada entre os profissionais de saúde se compararmos com os outros profissionais ou mesmo com a população em geral. Além disso, o estudo realizado por Stubbs e Achat (2022b), revelou que a presença da recente pandemia de COVID-19, aumentou ainda mais o risco do sentimento de solidão entre os profissionais de saúde. Tendo em conta esse aumento no sentimento de solidão entre os profissionais de saúde e os objetivos específicos, o presente estudo desenvolveu as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: O sentimento de solidão está negativamente associado com a perceção de suporte social (família, amigos e outros) entre os profissionais de saúde. Para Russell (1996), o sentimento de solidão é intrínseco e desagradável, isto quer dizer que é um sentimento negativo e subjetivo, que tem como origem uma divergência entre as relações sociais que uma pessoa percebe e as relações sociais que essa mesma pessoa deseja. Por outro lado, o suporte social percebido está relacionado a convicção de uma pessoa sobre a quantidade e a qualidade que ela, percebe disponível em seus relacionamentos (Bone et al., 2023). Posto isso, verificou-se numa revisão de literatura realizada por Wang et al. (2018), evidências substanciais, onde, pessoas que perceberam o seu suporte social familiar mais franco, apresentam piores resultados no sentimento de solidão e num outro estudo realizado por Stubbs e Achat (2022a), revelou que 4 em cada 10 profissionais de saúde sentem solidão. Posto isso, uma meta-análise realizada por Zhang e Dong (2022), com 177 artigos, num total de 113.427 participantes, aponta que níveis mais elevados na perceção do suporte social foram negativamente correlacionados com o sentimento de solidão. Sendo o ser humano um ser social, e os profissionais de saúde pessoas de total relevância na sociedade, torna-se importante perceber a associação do sentimento de solidão no suporte social, nesta população.

Hipótese 2: O sentimento de solidão está positivamente associado com a saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*) nos profissionais de saúde. Conexões sociais empobrecidas, podem desencadear o sentimento de solidão, bem como, um aumento dos sintomas de sofrimento psicológico, é o que relatou o estudo de Owczarek et al. (2022). Sendo o sentimento de solidão um tema estudado já antes da pandemia de COVID-19, foi pós pandemia que a preocupação com a questão se intensificou (Stubbs & Achat, 2022b). No que respeita ao sentimento de solidão e saúde mental, Wright e Silard (2022), conduziram um

estudo, com 37 jovens adultos de vários países incluindo Portugal, onde o resultado expôs o sentimento de solidão vivido por jovens adultos trabalhadores. De modo, a afetar as faixas etárias mais jovens (18 aos 34 anos de idade), os sintomas depressivos e de ansiedade afetam cerca de 16,5% da população portuguesa (Moreira de Sousa et al., 2018). Pelo que, observou-se uma tendência crescente da prevalência anual e ao longo da vida (Chyczij et al., 2020). Os dados acima estudados revelam a importância de se compreender melhor os fatores associados à saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*). Desse modo, é crucial estudar os profissionais de saúde, pois essa população tem se mostrado vulnerável, principalmente após a pandemia de COVID-19 (Stubbs e Achat, 2022b).

Hipótese 3: Vinculação aos animais de estimação está negativamente associada com o sentimento de solidão e a saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*) e positivamente associada com a percepção de suporte social. No que concerne, a vinculação aos animais de estimação, solidão, saúde mental, suporte social. Segundo Ratschen et al. (2020), investigaram durante a pandemia de COVID-19, que a maioria dos participantes do seu estudo, entendia que os seus animais de estimação era uma fonte de apoio considerável, beneficiando assim, o sentimento de não solidão. É de referir que neste estudo, ter um animal de estimação foi associado à diminuição da deterioração da saúde mental e a menores aumentos do sentimento de solidão no confinamento. Percebendo a importância dos animais de estimação na vida das pessoas, torna-se pertinente estudar se essa ligação.

Hipótese 4: Existem diferenças estatisticamente significantes entre a faixa etária dos profissionais de saúde no sentimento de solidão, na percepção do suporte social e na saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*) dos profissionais de saúde. Na sequência, importa referir que dada a revisão de literatura a idade tem uma prevalência no sentimento de solidão, no suporte social e na saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*).

Sendo a solidão ao longo do tempo, associada à velhice, isto é a uma população mais idosa (Hawkey et al., 2022). No entanto, estudos atuais demonstram que cada vez mais a solidão tem aumentado entre os jovens adultos em idade laboral (Wright & Silard, 2022).

Num estudo longitudinal com 2.393 participantes, numa ampla faixa etária (15 aos 97 anos de idade), revelou que o sentimento de solidão sentido pela população no Reino Unido, caracterizou-se por uma distribuição em forma da letra “U”, sendo maior entre as pessoas com idades inferiores aos 25 anos de idade. Por outro lado, uma investigação localizou pesquisas que revelaram um pico na meia-idade, sendo inconclusivo quanto ao papel da faixa etária em relação ao sentimento de solidão (Surkalim et al., 2022). A investigação demonstrou que os sintomas de depressão, a qualidade e a quantidade restrita de relações sociais, são fatores de

risco para o sentimento de solidão (Victor e Yang, 2012). Em outro estudo, realizado em Portugal, com uma amostra de 929 pessoas, com idades compreendidas entre os 19 aos 39 anos de idade, revelou que 26,9% dos participantes apresentaram sintomas de ansiedade, sobretudo as pessoas mais jovens (Aguiar et al., 2022), afetando assim a saúde mental. Por outro lado, um estudo, demonstra que os profissionais de saúde mais velhos, com idade superior aos 40 anos de idade, apresentaram uma maior perceção do suporte social relativamente aos participantes com idade inferior aos 40 anos de idade (Alnazly et al., 2021). A ligação entre a idade, o sentimento de solidão, suporte social e a saúde mental é extensa e complexa, pelo que torna-se apropriado estudá-la, principalmente em populações mais vulneráveis, como os profissionais de saúde.

Hipótese 5: O sentimento de solidão tem um papel mediador na relação entre suporte social e as dimensões da saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*); uma vez que a saúde mental é composta por três dimensões, a hipótese 5, será dividida em três modelos, para analisar cada dimensão da saúde mental: hipótese **H5a**, o sentimento de solidão tem um papel mediador na relação entre suporte social e os sintomas de depressão; hipótese **H5b**, o sentimento de solidão tem um papel mediador na relação entre suporte social e os sintomas de ansiedade, e por fim, a hipótese **H5c**, o sentimento de solidão tem um papel mediador na relação entre suporte social e os sintomas de *stress*. No que se refere, ao sentimento de solidão ser o mediador, entre o suporte social e as dimensões da saúde mental, Segrin e Passalacqua (2010), apresentaram um estudo, cujo resultado foi, que o sentimento de solidão medeia a associação entre saúde, pois a solidão está significativamente associada a um maior sintoma de *stress*, dimensão ligada a saúde mental. Por outro lado, para Caetano (2013), a perceção do suporte social familiar, tem uma relação significativa com a solidão, e a presença ou ausência desse suporte pode ter relação no sentimento de solidão de uma pessoa.

O sentimento de solidão tornou-se num importante desafio, para a sociedade contemporânea, pois as novas formas de convivência, os diferentes modos de gerir o tempo e as alterações dos modelos familiares e sociais propõem uma forma de vida e de se relacionar, cada vez mais complexa, pelo que, é importante estudar o papel da solidão na relação entre o suporte social e a saúde mental dos profissionais de saúde (Losada et al., 2013).

Hipótese 6: A vinculação aos animais de estimação tem um papel moderador direto na relação negativa entre o suporte social e o sentimento de solidão. Os seres humanos desenvolvem relações afetivas com os seus animais de estimação. Estas relações podem ser diversificadas, consoante a ligação e/ou proximidade que a pessoa tem ao seu animal de estimação, e também ao apoio que este oferece ao seu tutor (Marques, 2021).

Atualmente as relações humano-animal de estimação tem alcançado um lugar de importância significativa na vida cotidiana das comunidades em geral (Samó, 2014). Sendo que o número de animais de estimação tem crescido nos lares, assim como a percepção de que estes são como um membro da família (Krueger et al., 2020). Neste sentido, e visto que a proporção das relações humano-animal de estimação tem aumentado nos últimos anos, é fulcral nesta investigação, analisar este vínculo. O'Hare (2010), sugere que a vinculação aos animais de estimação são uma forma de suporte social. Para Almeida (2021), os animais de estimação parecem ser um fator de proteção, pois reduz o sentimento de solidão.

Hipótese 7: A vinculação aos animais de estimação tem um papel moderador indireto na relação entre o suporte social e sintomas de depressão, via solidão. Os animais de estimação podem ser facilitadores sociais e uma fonte de conforto (Marques, 2021). McConnell et al. (2011), concluíram em seu estudo que os animais de estimação são um recurso social, sendo assim considerado um importante suporte social, para seus tutores que são beneficiados psicologicamente. Estudos empíricos indicam que as brincadeiras com os animais de estimação, períodos de entretenimento e humor, aliviam os sintomas de depressão, contribuindo significativamente para a satisfação e bem-estar da pessoa (Casciotti & Zuckerman, 2014). Pessoas que têm animais de estimação, participam com mais frequência de atividades de lazer. Pelo que estes momentos, acabam por proporcionar a comunicação entre as pessoas, tornando-as mais sociáveis, comparativamente as pessoas que não têm um animal de estimação (McNicholas et al., 2005). Uma vez que o animal de estimação facilita momentos de interações físicas, seguras e apropriada, possibilitando o desenvolvimento de relações inter-individuais positivas (Graham et al., 2019). Neste sentido, torna-se propício analisar o papel da vinculação aos animais de estimação, na saúde psicológica dos profissionais de saúde, nomeadamente no sintoma de depressão.

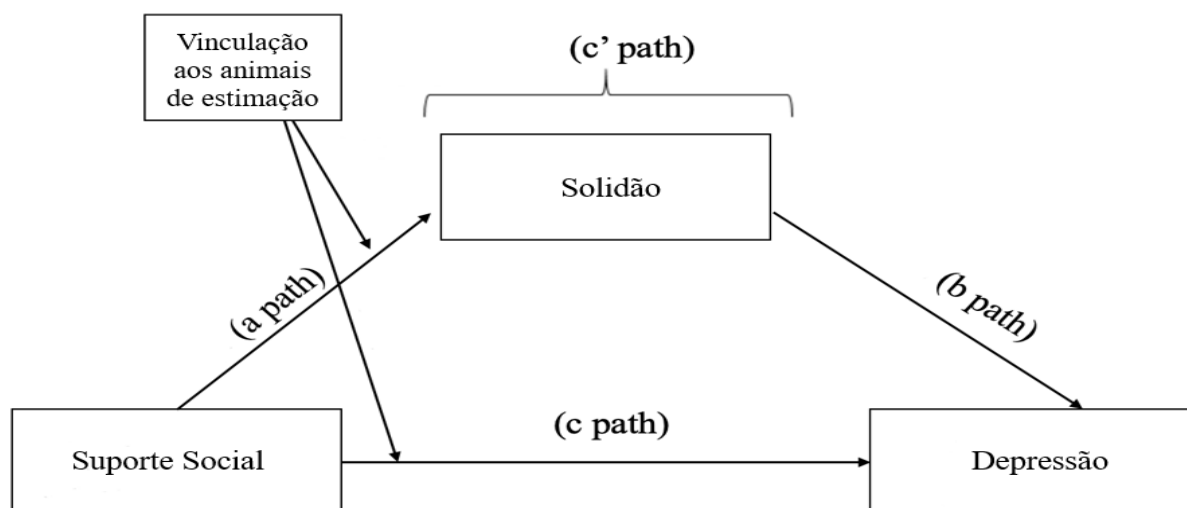


Figura 1. Modelo da investigação - o papel do sentimento de solidão como mediador entre a percepção de suporte social e a saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*), sendo, o vínculo aos animais de estimação, fator moderador entre a percepção de suporte social e o sentimento de solidão e também entre a percepção de suporte social e o sintoma de depressão.

2.2 Participantes

A amostra é constituída por 279 profissionais de saúde, de todo o território português. Considera-se como profissionais de saúde, pessoas envolvidas em trabalhos, que têm como finalidade melhorar o estado de bem-estar e /ou saúde de outras pessoas e comunidades. Exercendo variados cargos em múltiplos contextos, como: hospitalar, centro de saúde, clínicas, lares, farmácias, entre outros. A amostra é composta por: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, higienistas orais, nutricionistas, assistentes técnicos e operacionais, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, médicos dentistas, psicomotricistas, assistentes operacionais, entre outros, que praticam sua atividade laboral, tanto no setor privado, como no setor público em todo o território português. Tem-se como critérios de inclusão para essa amostra de investigação, o fato dos participantes serem profissionais de saúde, que estejam a trabalhar no setor privado ou público, com idade superior aos 18 anos de idade, que residam em Portugal Continental e Ilhas. Por outro lado, os critérios de exclusão, recaem sobre as pessoas que não sejam profissionais de saúde, que não estejam a trabalhar por motivo de baixa médica, desemprego ou reforma, bem como, morarem fora do território português. Das 281 respostas ao questionário, foram excluídas 2 pessoas por optarem, não seguir em frente nas respostas ao inquérito proposto. A divulgação da investigação foi realizada em todo Portugal Continental e Ilhas, tendo tido uma maior prevalência de respostas no distrito de Lisboa e Vale do Tejo, abrangendo assim 18 distritos no total. No entanto, os dois distritos que tiveram a maior participação foram Setúbal ($n = 83$, 29.7%) e Lisboa ($n = 74$, 26.5%).

A amostra deste estudo corresponde a 88.5% participantes do sexo feminino ($n = 247$) e 11.5% corresponde ao sexo masculino ($n = 32$).

Os participantes desta investigação apresentam em sua maioria, faixa etária de 40 aos 50 anos de idade ($n = 95$, 34.1%). A população descrita neste estudo é maioritariamente casada 40.5% ($n = 113$); não têm filhos 38.0% ($n = 106$); partilham a casa com pelo menos 1 pessoa 27.6% ($n = 77$), sendo esta companheiro (a) e/ou filho (a), 69.2% ($n = 193$); mantém contacto com familiares, 94.3% ($n = 263$); são licenciados 47% ($n = 131$) e em sua maioria exercem a profissão de enfermagem, 20.1% ($n = 56$) ou assistentes operacionais, 20.1% ($n = 56$); trabalham em hospitais, 49.1% ($n = 137$); no setor público, 56.3% ($n = 157$); fazem parte dos quadros de funcionários, 63.1% ($n = 176$); têm como distrito de residência Setúbal, 29.7% ($n = 83$) e trabalham no distrito de Lisboa, 30.8% ($n = 86$); têm pelo menos 1 animal de estimação, 64.2% ($n = 113$), sendo este em sua maioria cães, 33% ($n = 59$); tiveram animais de estimação na infância e adolescência, 89.4% ($n = 160$) e consideram médio o esforço financeiro gasto com os seus animais de estimação 49.2% ($n = 88$).

2.3 Instrumentos

Variável mediadora: Escala de Solidão - *University of California Los Angeles*- Versão 3 (UCLA)

O primeiro instrumento a ser utilizado nesta investigação, foi o questionário *UCLA Loneliness Scale (Version 3)*, este questionário, criado por Russel et al. (1980), constituído originalmente por 20 itens, foi desenvolvido para medir o sentimento subjetivo de solidão, bem como, sentimento de isolamento social, foi aplicado a estudantes universitários. Apresenta um coeficiente de confiabilidade muito bom ($\alpha.94$), sendo esta a escala mais utilizada para medir a solidão. Os participantes, avaliam cada item em uma escala *Likert* de 4 pontos, onde indicavam com que frequência sentem solidão, respondendo entre nunca (1) e o frequentemente (4). As pontuações variam de 20 a 40 pontos (baixo), 40 a 60 pontos (moderado), 60 a 80 pontos (alto), sendo que a pontuação mais alta indica solidão. A escala apresenta duas dimensões: o isolamento social e/ou solidão social, em que a pessoa se sente só e insatisfeita, pela ausência de rede social de amigos e pessoas conhecidas e a dimensão afinidades e/ou solidão emocional, que é caracterizada por falta de uma relação pessoal íntima. Sendo validada para a população portuguesa por Pocinho e colegas, no ano de 2010.

Apresenta afirmações como:” Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho”, “Sente-se abandonado”, “É lhe difícil fazer amigos”.

A escala validada para a população portuguesa obteve um coeficiente de confiabilidade ($\alpha.090$), o que é de elevada consistência interna (Pocinho et al., 2010). Sendo, este considerado um instrumento adequado para ser utilizado neste estudo. De referir que neste trabalho usaremos a nomenclatura solidão social e solidão emocional para as dimensões desta escala.

Variável independente: Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (*MSPSS*)

Esta escala foi concebida para avaliar o suporte social vindo da família, amigos e de outros significativos. Criada originalmente por Zimet e colegas, no ano de 1988, para aferir subjetivamente o suporte social da família, amigos e de outras pessoas que são significativas e aplicada a estudantes. Pelo que a versão portuguesa foi validada por Carvalho e colegas, no ano de 2011, esta escala foi aplicada em três amostras diferentes, nomeadamente, estudantes, população em geral e doentes com depressão major. A Escala Multidimensional de Suporte Percebido (*MSPSS*), aborda três dimensões principais do Suporte Social, são elas: a dimensão do suporte social familiar que refere-se ao grau em que a pessoa percebe a disponibilidade por parte dos seus membros familiares; dimensão do suporte social dos amigos que avalia o nível em que a pessoa percebe que seus amigos estão disponíveis para fornecer o suporte social e a dimensão do suporte social de outras pessoas significativas, que refere-se à perceção do suporte social disponível, de uma pessoa que nos é importante. Sendo esta, composta por 12 itens, apresenta afirmações como: “Há uma pessoa especial que se encontra próximo quando necessito”, “Tenho uma pessoa que é verdadeiramente uma fonte de conforto para mim”, “Posso falar dos meus problemas com a minha família”, “Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas”, que são medidas através de uma escala *Likert*, que varia entre “discorda completamente (1)”, “concorda completamente (7)”. A cotação de cada uma das subescalas é feita por somatório, bem como o valor total da escala. Sendo que, quanto mais alto for o valor, maior o nível de suporte social percebido, sendo o mínimo 12 e o máximo 84 pontos (Zimet et al., 1988). O *Alpha de Cronbach* dos 3 fatores (Família (F), Amigos (A) e Outros Significativos (OS)), apresenta-se entre .87 e .95 (Carvalho et al., 2011). Portanto, essa escala, permite-nos uma avaliação mais sistemática e objetiva da presença e do impacto do suporte social na vida das pessoas, aferindo a qualidade ou adequação do suporte social percebido, de uma perspetiva mais subjetiva, sobre o nível de apoio disponível e/ou visão sobre esse mesmo apoio (Zimet et al., 1988).

Essa escala é frequentemente utilizada para medir e avaliar, o papel do suporte social na saúde mental. Observando os aspetos positivos em relação às medidas e o tamanho da escala, considerou-se que este instrumento, foi o mais adequado para esta investigação.

Variável dependente: Escala de Depressão, Ansiedade e *Stress* (*DASS-21*)

Afere os sintomas de depressão, ansiedade e o *stress*, originalmente criado por Lovibond e Lovibond, no ano de 1995, a tríade de variáveis, desenvolveu-se, no sentido de clarificar a relação entre ansiedade, depressão e *stress*, propondo-se a cobrir a totalidade destes sintomas. No sentido, de satisfazer os critérios psicométricos e que reforçassem uma maior especificação entre os conceitos. É validada para população portuguesa por Pais – Ribeiro no ano de 2004, é de referir que a população utilizada para a validação desta escala em Portugal, foi a mesma do estudo original, nomeadamente, estudantes e designada em português por Escalas de Ansiedade Depressão e *Stress* (EADS). Esta escala apresenta 3 dimensões, que são, a dimensão da depressão, da ansiedade e do stress, sendo composta por 7 itens cada, totalizando assim, 21 itens. Sendo que cada item constitui uma afirmação, apresentadas como: “Tive dificuldade em me acalmar”, “Senti que não tinha nada a esperar do futuro”, “Senti dificuldade em relaxar”, que são medidas por uma escala de 4 pontos, que varia entre “não se aplicou nada a mim (0)” ao “aplicou-se a mim a maior parte das vezes (4)”. Esta escala foi construída para ser aplicada em pessoas com mais de 17 anos de idade, a cotação é feita por somatório, onde o número mínimo é “0” e o número máximo é de “21”. Pelo que, ter nota máxima nas subescalas equivalem a estados afetivos “mais negativos”. É importante referir que esta escala não faz diagnóstico, ela apenas sinaliza uma dificuldade de cada respondente, dentro das dimensões já citadas. O resultado do *Alpha de Cronbach* para cada dimensão foi de: α . 085 (depressão), α .0.74 (ansiedade) e α . 0.81 (*stress*) (Pais- Ribeiro et al., 2004). Parecendo-nos um instrumento de medição ideal na utilização desta pesquisa.

Variável moderadora: Escala de Vinculação de Animais de Estimação Lexington (*LAPS*)

É um instrumento que estuda a vinculação criada e mantida entre as pessoas e seus animais de estimação, pelo que mede o afeto, o cuidado e as atitudes dos donos. A escala original foi criada por Johnson e colegas, no ano de 1992, contém 23 questões e chama-se *Lexington Attachment to Pets Scale* (*LAPS*). Este instrumento tem como objetivo medir o apego aos animais de estimação, através de questões que avaliam a percepção das pessoas face aos animais de estimação, contendo três dimensões que analisam, o vínculo geral (i.e., vínculo mantido e criado entre as pessoas e os seus animais de estimação); a proximidade entre donos e os seus animais de estimação (i.e., o afeto) e a importância desta relação (i.e., o cuidado e as atitudes das pessoas donas dos animais de estimação).

A versão portuguesa foi validada por Gomes, no ano de 2017. Apresenta afirmações como: “O meu animal de estimação significa mais para mim do que qualquer um dos meus amigos”, “Eu gosto de mostrar a outras pessoas fotografias do meu animal de estimação”, “Eu penso que o meu animal de estimação é apenas um animal de estimação.” As respostas são aferidas através de uma escala tipo *Likert*, de 5 pontos, com: “discordo totalmente (1)”, e “concordo totalmente (5)”. Esta é uma escala multidimensional, composta por 3 dimensões (Vínculo, Proximidade, Importância). Tendo, um valor de *Alpha de Cronbach* de α . 0.85 (Proximidade – 7 itens), α . 0.95 (Vínculo – 10 itens), α . 0.77 (Importância – 6 itens), (Gomes, 2017). Considerando assim, este instrumento o mais pertinente para a utilização nessa investigação.

Questionário Sociodemográfico

Por fim, o questionário sociodemográfico, foi o último instrumento utilizado nesta investigação, construído pelas investigadoras é composto por questões de respostas fechadas e abertas, que averigam o sexo; idade; estado civil; número de filhos; número de pessoas com quem partilha a casa; com quem partilha a casa; familiares vivos com quem mantém algum contacto; nacionalidade; número de animais de estimação atualmente; espécie dos animais de estimação; teve algum animal de estimação durante a infância/ adolescência; como classifica o seu esforço financeiro para cuidar dos seus animais de estimação; formação escolar; que profissão exerce; trabalha no setor público ou privado; Contrato de trabalho; distrito de residência; distrito de trabalho.

2.4 Procedimentos

Este estudo está inserido num projeto do Centro de Investigação em Psicologia [CIP], da Universidade Autónoma de Lisboa. Assim sendo, o presente estudo teve a aprovação da prezada Comissão de Ética da Universidade Autónoma de Lisboa, bem como, a aprovação dos autores de cada instrumento, para a utilização dos mesmos, de forma a aferir as variáveis em estudo.

A recolha de dados decorreu entre o mês de março de 2023 a janeiro de 2024. De modo, a respeitar os princípios éticos. Este estudo teve a doutrina de aplicá-los através do, consentimento informado, pois obter o consentimento informado dos participantes de qualquer pesquisa é crucial.

Os dados foram recolhidos, integralmente *online*, pelo que o questionário foi desenvolvido e aplicado através da plataforma *GoogleForms*, em um *link* único, para toda a amostra. Na página inicial do questionário, encontra-se o consentimento informado, sendo que, para dar resposta ao estudo, é preciso avançar para a afirmação «sim, quero continuar» dando assim início a validação do mesmo.

Os participantes foram informados antes de aceitar participar no estudo sobre a participação voluntária, o objetivo da pesquisa, procedimentos envolvidos, que não teriam riscos potenciais e nem benefícios. Que estes (participantes) poderiam recusar ou desistir de participar do mesmo estudo. Pelo que, lhes foi também garantida a confidencialidade de seus dados, sendo apenas as investigadoras credenciadas a ter acesso aos resultados dispostos, de modo, a proteger a integridade desses mesmos dados, isto é, proteger a identidade e informações dos participantes. Sendo, apenas a divulgação dos dados globais públicos na apresentação desta investigação, o respeito pelos participantes também foi levado em consideração, bem como o uso responsável dos recursos, visto que este foi um estudo realizado *online*, não havendo conflitos de interesses.

Para este estudo, recorreu-se a contactos pessoais que estavam integrados em diversas organizações privadas e públicas de norte a sul de Portugal, incluindo as ilhas. De seguida contactou-se através de *e-mail*, cerca de 56 instituições privadas e públicas. Pelo que, nenhuma organização privada se prontificou a dar respostas. Por outro lado, algumas entidades públicas responderam favoravelmente, aproximadamente 22 instituições reencaminharam o estudo, para a comissão de ética, sendo requisitado o envio de documentos por parte das investigadoras, o que implicou numa aprovação dos excelentíssimos Presidentes da Comissão de Ética. Para as diferentes Comissões de Ética, foram necessários fornecer documentos, tais como: o projeto de investigação, declaração do orientador, Curriculum Vitae das investigadoras, depois esses documentos foram submetidos a um parecer do conselho de ética de cada instituição. Aquando da resposta favorável das instituições, enviou-se por *e-mail* o questionário para recolha dos dados. Para além dos contactos pessoais e institucionais, recorreu-se também a cerca de 13 grupos nas redes sociais (*Facebook, Messenger, Instagram, LinkedIn, WhatsApp, Telegram*), sendo, estes grupos privados, isto é, para fazer parte dos mesmos é preciso ser profissional de saúde e ter autorização do administrador do mesmo. De forma, que esses administradores dos grupos foram contactados, com o objetivo de partilhar o questionário com os seus membros. Também, foi entregue na porta de hospitais, associações e instituições de saúde um folheto com o *QR CODE* com o *link* do estudo.

2.5 Tratamento e análise de dados

O tratamento dos dados foi realizado através do programa IBM SPSS – (*Statistical Package for Social Sciences* - versão 29.0). Foi criada para o efeito, uma base de dados. À medida que, os questionários foram recolhidos, foram codificados e os dados foram introduzidos na base de dados. Finalizada a recolha, os dados foram sujeitos à análise estatística, recorrendo à estatística descritiva e inferencial, para dar resposta às questões de investigação. O teste de *Kolmogorov Smirnov* (K-S), mostrou-se o mais apropriado para ser utilizado neste estudo, pois é utilizado para decidir se a distribuição da variável estudada tem uma distribuição normal ou não (Marôco, 2018). O teste mostrou evidências para solidão total ($K=.084$, $p<.001$); suporte social total ($K=.098$, $P<.001$); sintomas de depressão ($K=.189$, $P<.001$), sintomas de ansiedade ($K=.200$, $P<.001$), *stress* ($K=.113$, $P<.001$); proximidade ($K=.066$, $P<.001$), importância ($K=.122$, $P<.001$) e vínculo ($K=.109$, $P<.001$). Seguidamente, procedeu-se com o teste não paramétrico de *Kruskall- Wallis*, de forma a analisar as diferenças estatisticamente significantes entre as variáveis estudadas, pois este é um teste utilizado para comparar três ou mais variáveis, agrupando os valores, que por sua vez formam um conjunto de dados. Para a estatística descritiva apresentamos frequências, médias, desvios padrões, assimetrias, curtose e alfas de *Cronbach*. A análise para as medidas das associações fez-se através do coeficiente de correlação de *Pearson* (r). Utilizou-se para a mediação simples o modelo 4 e para a moderação o modelo 8, do módulo PROCESS para SPSS, versão 4.2 (Hayes, 2018).

Para as variáveis em estudo, não existiram valores omissos, concluindo assim uma amostra de 279 profissionais de saúde. Para o tratamento estatístico de todas as operações, utilizou-se o valor de $\alpha = 0.05$ como valor limite para a rejeição de hipótese nula.

Parte 3 - Resultados

3.1 Análise descritiva dos dados

Característica da amostra

A amostra desse estudo é composta por 279 profissionais de saúde de todo o território português, num total de 18 distritos de Portugal Continental e Ilhas. Como podemos verificar nas figuras dos mapas abaixo (Figura 2). A divulgação da investigação foi realizada em todo Portugal Continental e Ilhas, tendo tido uma maior prevalência de respostas no distrito de Lisboa e Vale do Tejo, abrangendo assim 18 distritos de residências : Setúbal ($n = 83$, 29.7%); Lisboa ($n = 74$, 26.5%); Coimbra ($n = 28$, 10.0%); Leiria ($n = 24$, 8.06%); Porto ($n = 12$, 4.03%); Évora ($n = 10$, 3.06%); Braga ($n = 09$, 3.02%); Beja ($n = 07$, 2.05%); Santarém ($n = 07$, 2.05%); Faro ($n = 05$, 1.08%); Aveiro ($n = 04$, 1.04%); Castelo Branco ($n = 03$, 1.01%); Vila Real ($n = 03$, 1.01%); Viseu ($n = 03$, 1.01%); Viana do Castelo ($n = 02$, 0.7%); Ponta Delgada ($n = 02$, 0.7%); Funchal ($n = 02$, 0.7%); Portalegre ($n = 01$, 0.4%). Os distritos em que os profissionais de saúde trabalham também está abaixo representado. Como podemos verificar, na Figura 2, o distrito de Lisboa foi o mais prevalente em relação ao trabalho ($n = 86$, 30.8%); seguido pelo distrito de Setúbal ($n = 74$, 26.05%); Coimbra ($n = 30$, 10.8%); Leiria ($n = 23$, 8.2%); Porto ($n = 12$, 4.3%); Évora ($n = 10$, 3.6%); Braga ($n = 9$, 3.2%); Faro ($n = 7$, 2.5%); Beja ($n = 5$, 1.8%); Santarém ($n = 5$, 1.8%); Aveiro ($n = 3$, 1.1%); Castelo Branco ($n = 3$, 1.1%); Vila Real ($n = 3$, 1.1%); Viseu ($n = 2$, 0.7%); Viana do Castelo ($n = 2$, 0.7%); Ponta Delgada ($n = 2$, 0.7%) e Portalegre ($n = 1$, 0.4%).

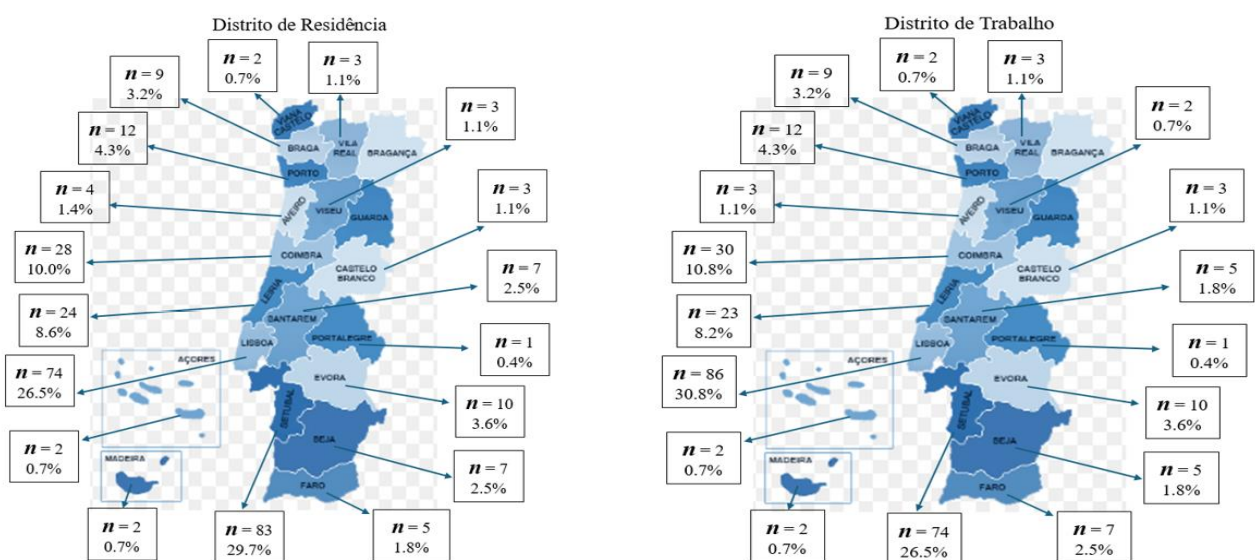


Figura 2. Mapas demonstrativos dos distritos de residência e distritos de trabalho dos participantes

Como podemos verificar na Tabela 1, a amostra deste estudo corresponde a 88.5% participantes do sexo feminino ($n = 247$) e 11.5% corresponde ao sexo masculino ($n = 32$). Os participantes desta investigação apresentam idades compreendidas entre 18 aos 66 anos de idade, sendo a faixa etária dos 40 aos 50 anos de idade ($n = 95$), com maior prevalência, significando 34.1%. A população descrita neste estudo em sua maioria é casada 40.5% ($n = 113$); e não têm filhos 38.0% ($n = 106$).

Tabela 1. Caracterização da amostra segundo sexo, faixa etária, estado civil e nº de filhos

Variável	<i>n</i>	%
Sexo		
Feminino	247	88.5
Masculino	32	11.5
Total	279	
Faixa etária		
18-28	46	16.5
29-39	74	26.5
40-50	95	34.1
51-61	58	20.8
62-66	6	2.2
Total	279	
Estado Civil		
Solteiro(a)	92	33
Casado(a)	113	40.5
Divorciado(a)	24	8.6
Viúvo(a)	6	2.2
União de Facto	44	15.8
Total	279	
Número de filhos(as)		
Não tenho filho	106	38.0
1 filho	68	24.4
2 filhos	84	30.1
3 filhos	21	7.5
Total	279	

Relativamente sobre a pergunta, número de pessoas com quem partilham a casa, podemos verificar na Tabela 2 que os participantes responderam que dividem a casa com 1

pessoa 27.6% ($n = 77$), sendo esta pessoa companheiro e/ou filhos 69.2% ($n = 193$), e em sua maioria mantém contacto com familiares 94.3% ($n = 263$).

Tabela 2. Caracterização da amostra segundo nº de pessoas com quem partilha a casa, com quem partilha a casa e com qual familiar mantém contacto

Variável	<i>n</i>	%
Número de pessoas com quem partilha a casa		
Não partilho	23	8.2
1 pessoa	77	27.6
2 pessoas	75	26.9
3 pessoas	70	25.1
4 pessoas	23	8.2
5 pessoas	9	3.2
6 pessoas	2	0.7
Total	279	
Com quem partilha a casa		
Vivo sozinho	24	8.6
Pai, mãe e/ou irmãos	40	14.3
Companheiro e/ou filhos	193	69.2
Outros familiares	16	5.7
Amigos e/ou colegas	5	1.8
Outros	1	0.4
Total	279	
Familiar com que mantém contacto		
Nenhum familiar	4	1.4
Familiares (pai, mãe, tio, primo)	263	94.3
Outras pessoas significantes	5	1.8
Familiares, amigos e outras pessoas significante	7	2.5
Total	279	

Observamos na Tabela 3, que os participantes são predominantemente licenciados 47.0% ($n = 131$) e em sua maioria exercem a profissão de enfermeiros e assistentes operacionais 20.1% ($n = 56$).

Tabela 3. Caracterização da amostra segundo a escolaridade e profissão

Variável	<i>n</i>	%
Escolaridade		
Ensino básico (1º ciclo)	2	0.7
9º ano (3º ciclo)	4	1.4
12º ano (secundário)	53	19.0
Frequência universitária	17	6.1
Licenciatura/ Bacharelato	131	47.0
Mestrado	67	24.0
Doutorado	5	1.8
Total	279	
Que profissão exerce		
Médico	13	4.7
Enfermeiro	56	20.1
Fisioterapeuta	17	6.1
Psicólogo	29	10.4
Nutricionista	3	1.1
Farmacêutico	7	2.5
Terapeuta da fala	6	2.2
Assistente social	2	0.7
Médico dentista	3	1.1
Psicomotricista	1	0.4
Terapeuta ocupacional	9	3.2
Higienista oral	44	15.8
Imagiologista/Radioterapeuta	3	1.1
Assistente operacional	56	20.1
Assistente técnico	9	3.2
Outros	21	7.5
Total	279	

Na Tabela 4, verifica-se que os participantes em sua maioria prestam serviço no setor público 56.3% ($n = 157$), em hospitais 49.1% ($n = 137$) e tem contrato de trabalho sem termo, ou seja, fazem parte dos quadros 63.1% ($n = 176$).

Por fim na Tabela 5, observa-se que a maioria da amostra desse estudo respondeu que, têm animal de estimação 64.2% ($n = 179$); na pergunta seguinte sobre quantos animais têm, a resposta mais prevalente foi, 1 animal de estimação 45.3% ($n = 81$); pelo que a espécie do

animal de estimação é maioritariamente cão 33.0% ($n = 59$); contudo, tiveram animais de estimação na infância/adolescência 89.4% ($n = 160$) e classificando como médio 49.2% ($n = 88$) o esforço financeiro para cuidar dos seus animais de estimação.

Tabela 4. Característica da amostra segundo o setor que presta serviço, instituição a que presta cuidados de saúde e contrato de trabalho

Variável	<i>n</i>	%
Setor que presta serviço		
Somente público	157	56.3
Somente privado	106	38.0
Público e privado	16	5.7
Total	279	
Instituição a que presta cuidados de saúde		
Hospital	137	49.1
Clínica	62	22.2
Centro de saúde	32	11.5
Serviços domiciliários	6	2.2
Hospital, clínicas e serviços domiciliar	18	6.5
Centro de saúde, clínicas e serviços domiciliar	6	2.2
Farmácia	15	1.8
Outros	13	4.7
Total	279	
Contrato de trabalho		
Recibos verdes/trabalhador independente	49	17.6
Contrato a termo certo	30	10.8
Contrato sem termo/ quadro	176	63.1
Outros	24	8.6
Total	279	

Tabela 5. Característica da amostra segundo, se o participante tem animal de estimação, nº de animal de estimação que tem, espécie do animal de estimação, teve animal de estimação na infância/adolescência, como classifica o esforço financeiro

Variável	<i>n</i>	%
Tem animal de estimação		
Sim	179	64.2
Não	100	35.8
Total	279	

Continuação tabela 5

Variável	<i>n</i>	%
Nº de animal de estimação que tem		
1	81	45.3
2	48	26.8
3	20	11.2
4	10	5.6
5	8	2.9
6	4	2.2
7	3	1.7
Outro	5	2.8
Total	179	
Espécie do animal de estimação		
Cão	59	33.0
Gato	52	29.1
Cão e gato	25	14.0
Cão, gato e pássaros	6	3.4
Pássaros	2	1.1
Cão, gato e peixe	2	1.1
Cão, gato e tartaruga	2	1,1
Peixe	1	0.6
Tartaruga	1	0.6
Outros	29	16.2
Total	179	
Teve animal de estimação na infância/ adolescência		
Sim	160	89.4
Não	19	10.6
Total	179	
Como classifica o esforço financeiro		
Pequeno	62	34.6
Médio	88	49.2
Grande	29	16.2
Total	179	

3.2 Descrição da consistência interna e dos valores dos itens das escalas

Neste tópico apresenta-se os coeficientes Alfa (α) de *Cronbach* para determinar o grau de fiabilidade de cada uma das escalas utilizadas nesta investigação, assim como as suas dimensões, bem como, os valores de mínimos e máximos, médias, desvio padrão, valores de assimetria, achatamento e também o Alfa (α) de *Cronbach* para todos os itens das escalas utilizadas em estudo.

Escala de Solidão (UCLA)

Para este estudo a escala *UCLA*, apresentou o valor do Alfa (α) de *Cronbach* para o total da escala de α . 95, o resultado obtido ao nível da escala, pode ser considerado como Excelente/Muito bom. As dimensões apresentaram valores de: α . 93, para a dimensão Solidão social e α . 85 para a dimensão Solidão emocional. Sendo que o valor da escala original variou entre α . 89 a .94 (Russell, 1996). Para a validação da escala para a população portuguesa o Alfa (α) de *Cronbach* da escala total foi de α . 806 Como podemos verificar na Tabela 6.

A *UCLA Loneliness Scale*, foi utilizada para medir o sentimento de solidão dos participantes. A Tabela 7, apresenta valores mínimos e máximos, médias, desvio padrão, valores de assimetria, curtose e Alfa (α) de *Cronbach*. Não havendo uma grande diferença entre as médias dos itens, pois as médias encontram-se entre 1.65 e 2.53. O item que teve a maior pontuação foi o item 1 ($M= 2.53$; $DP=.75$) apresentando um α . de 951, onde os participantes reportaram que se sentem infeliz por fazerem muitas coisas sozinho. Por outro lado, observa-se que a média mais baixa está localizada no item 11 ($M=1.65$; $DP=. 84$), apresentando um α . de 946, onde os participantes relatam que se sentem completamente só.

Tabela 6. Consistência interna escala UCLA

Dimensões	Itens	Faixa da escala Nunca - frequentemente	Descrição	α . versão traduzida	α . presente estudo
Solidão social	11	1-4	<i>As suas relações sociais são superficiais</i>	.905	.93
Solidão emocional	09	1-4	<i>Sente que tem falta de companhia</i>	.867	.85
UCLA – total	20	1-4		.806	.95

Nota. N= 279

Tabela 7. Mínimos, máximos, médias, desvio padrão, assimetria, curtose e α dos itens da escala UCLA

Item	N	Min.	Max.	M	DP	sk	ku	α
UCLA 1	279	1	4	2.53	.75	-.235	-.273	.951
UCLA 2	279	1	4	2.37	.90	.218	-.691	.947
UCLA 3	279	1	4	1.96	.83	.564	-.264	.950
UCLA 4	279	1	4	2.20	.85	.276	-.557	.948
UCLA 5	279	1	4	2.34	.88	.088	-.733	.947
UCLA 6	279	1	4	1.97	.98	.660	-.666	.947
UCLA 7	279	1	4	1.83	.89	.778	-.323	.947
UCLA 8	279	1	4	1.90	.95	.688	-.640	.947
UCLA 9	279	1	4	2.14	.90	.236	-.880	.947
UCLA 10	279	1	4	1.70	.87	1.026	.123	.946
UCLA 11	279	1	4	1.65	.84	1.078	.198	.946
UCLA 12	279	1	4	1.68	.82	1.006	.238	.948
UCLA 13	279	1	4	2.18	.89	.294	-.695	.949
UCLA 14	279	1	4	2.38	.85	.180	-.555	.951
UCLA 15	279	1	4	2.33	.95	.166	-.889	.947
UCLA 16	279	1	4	1.94	.88	.591	-.471	.946
UCLA 17	279	1	4	1.91	.86	.653	-.326	.946
UCLA 18	279	1	4	2.15	.97	.434	-.806	.950
UCLA 19	279	1	4	1.97	.86	.499	-.543	.947
UCLA 20	279	1	4	2.14	.87	.292	-.684	.946

Nota. N= tamanho da amostra; Min= mínimo; Máx=máximo; DP=desvio padrão; sk=assimetria; ku= curtose. Erro padrão de assimetria =.146 para todos os itens; Erro padrão de curtose = .291 para todos os itens da amostra.

Escala Suporte Social (MSPSS)

O Alfa (α) de *Cronbach* para este estudo, obteve na escala total α . 96 e das dimensões variam entre α . 95 e α . 96. Observando a Tabela 8 a seguir, vemos que a escala *MSPSS*, apresentou o valor do Alfa (α) de *Cronbach* para o total da escala de α . 96, o resultado obtido ao nível da escala, pode ser considerado como Excelente/Muito bom. As dimensões apresentaram valores de: α . 96, para a dimensão Família e Amigos e de α . 95 para a dimensão Outros Significantes. Sendo que o valor da escala original variou entre α . 85 e .91 (Zimet et al., 1988). Para a escala validada para a população portuguesa o Alfa (α) de *Cronbach* total foi de α . 92. Verificar Tabela 8.

Para medir o suporte social percebido dos participantes utilizou-se a escala Multidimensional de Suporte Social Percebido, a Tabela 9, apresenta valores mínimos e máximos, médias, desvio padrão, valores de assimetria, curtose e Alfa (α) de *Cronbach*, não havendo uma grande diferença entre as médias dos itens, pois as médias encontram-se entre 5.0 a 5.5. Os itens com pontuações mais altas foram o item 1 ($M=5.5$; $DP=1.57$) apresentando um α . de .963, e o item 2 ($M=5.5$; $DP=1.51$) apresentando um α . de .962. Observa-se que a média mais baixa está localizada no item 6, com o valor de ($M=4.9$; $DP= 1.60$) apresentando um α . de .964. Como podemos verificar na Tabela 9.

Tabela 8. Consistência interna escala MSPSS

Dimensões	Itens	Faixa da escala Discorda completamente – Concorda completamente	Descrição	α . versão traduzida	α . presente estudo
Família	04	1-7	<i>A minha família tenta ajudar-me verdadeiramente</i>	.92	.96
Amigos	04	1-7	<i>Posso falar dos meus problemas com os meus amigos</i>	.91	.96
Outros significantes	04	1-7	<i>Há uma pessoa especial que se encontra próximo quando necessito</i>	.89	.95
MSPSS - total	12	1-7		.92	.96

Nota. $N= 279$

Tabela 9. Mínimos, máximos, médias, desvio padrão, assimetria, curtose e α . da escala MSPSS

Item	N	Min.	Max.	M	DP	sk	ku	α
MSPSS 1	279	1	7	5.5	1.57	-1.211	1.088	.963
MSPSS 2	279	1	7	5.5	1.51	-1.306	1.477	.962
MSPSS 3	279	1	7	5.4	1.53	-1.108	.979	.964
MSPSS 4	279	1	7	5.1	1.63	-.851	.188	.963
MSPSS 5	279	1	7	5.4	1.68	-1.175	.709	.963
MSPSS 6	279	1	7	4.9	1.60	-.805	.256	.964
MSPSS 7	279	1	7	5.0	1.54	-.747	.256	.964

Continuação tabela 9

Item	N	Min.	Max.	M	DP	sk	ku	α
MSPSS 8	279	1	7	5.1	1.67	-.814	.027	.963
MSPSS 9	279	1	7	5.1	1.54	-.997	.778	.964
MSPSS 10	279	1	7	5.4	1.62	-1.110	.636	.963
MSPSS 11	279	1	7	5.2	1.67	-1.049	.495	.962
MSPSS 12	279	1	7	5.1	1.58	-.926	.479	.964

Nota. N= tamanho da amostra; Min= mínimo; Máx=máximo; DP=desvio padrão; sk=assimetria; ku= curtose. Erro padrão de assimetria = .146 para todos os itens; Erro padrão de curtose = .291 para todos os itens da amostra.

Escala Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21)

O Alfa de *Cronbach*, para as dimensões desse estudo variam entre α . 897 e α . 92. A escala *DASS-21*, apresenta três valores relativamente ao Alfa (α) de *Cronbach*, pois esta não apresenta valor de escala total. Portanto para a dimensão depressão, a escala mostrou o resultado de α . 92, para a dimensão ansiedade o resultado obtido foi de α . 897, e por fim para a dimensão *stress* o resultado apresentado foi de α . 91. Estes valores podem ser considerados como Excelente/Muito bom. Sendo que o valor da escala original variou entre α . 89 α . 91 (Lovibond & Lovibond, 1995).

Na escala validada para a população portuguesa os valores de Alfa (α) de *Cronbach*, variaram de α . 74 a .85. Como podemos verificar na Tabela 10.

Para medir os sintomas de depressão, ansiedade e *stress*, utilizou-se a escala *DASS-21*, a Tabela 11, apresenta valores mínimos e máximos, médias, desvio padrão, valores de assimetria, curtose e Alfa (α) de *Cronbach*, havendo alguma diferença entre as médias dos itens, pois as médias encontram-se entre .34 a 1.20.

O item com pontuação mais alta foi o 18 (M=1.20; DP=.86) apresentando um α . de 958, onde o profissional de saúde responde que por vezes se sentiu sensível. Observa-se que a média mais baixa está localizada no item 4 (M= .34; DP=.61), apresentando um α . de 959, onde o participante relatou que sentiu dificuldade de respirar. Como podemos verificar na Tabela 11.

Tabela 10. *Consistência interna escala DASS-21*

Dimensões	Itens	Faixa da escala		Descrição	α . versão traduzida	α . presente estudo
		Não se aplica nada a mim – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes				
Depressão	07	0-3		<i>Senti-me desanimado e melancólico</i>	.85	.92
Ansiedade	07	0-3		<i>Senti minha boca seca</i>	.74	.897
<i>Stress</i>	07	0-3		<i>Tive dificuldade em me acalmar</i>	.81	.91

Nota. N= 279

Tabela 11. *Mínimos, máximos, médias, desvio padrão, assimetria, curtose e α . dos itens da DASS - 21*

Item	N	Min.	Max.	M	DP	sk	ku	α
DASS 1	279	0	3	.77	.74	.822	.593	.958
DASS 2	279	0	3	.62	.80	1.256	1.050	.959
DASS 3	279	0	3	.56	.77	1.430	1.714	.958
DASS 4	279	0	3	.34	.61	1.785	2.800	.959
DASS 5	279	0	3	.72	.76	.870	.304	.959
DASS 6	279	0	3	.91	.79	.559	-.160	.958
DASS 7	279	0	3	.41	.75	1.913	3.114	.958
DASS 8	279	0	3	.81	.87	.845	-.060	.957
DASS 9	279	0	3	.54	.82	1.555	1.785	.957
DASS 10	279	0	3	.58	.84	1.427	1.277	.957
DASS 11	279	0	3	.89	.84	.674	-.210	.956
DASS 12	279	0	3	1.12	.86	.456	-.372	.957
DASS 13	279	0	3	1.05	.91	.579	-.420	.957
DASS 14	279	0	3	.75	.82	.878	.089	.958
DASS 15	279	0	3	.44	.74	1.767	2.643	.957
DASS 16	279	0	3	.64	.87	1.195	.481	.957
DASS 17	279	0	3	.56	.85	1.449	1.231	.957

Continuação tabela 11

DASS 18	279	0	3	1.20	.86	.427	-.361	.958
DASS 19	279	0	3	.67	.84	1.082	.382	.957
DASS 20	279	0	3	.50	.75	1.523	1.923	.957
DASS 21	279	0	3	.43	.75	1.796	2.527	.957

Nota. N= tamanho da amostra; Min= mínimo; Máx=máximo; DP=desvio padrão; sk=assimetria; ku= curtose. Erro padrão de assimetria = .146 para todos os itens; Erro padrão de curtose = .291 para todos os itens da amostra.

Escala de Vínculo com o animal de estimação (LAPS)

O Alfa de *Cronbach* para as dimensões desse estudo, variam entre α . 696 e α . 946. A escala *LAPS*, não apresenta o valor total, sendo cotada as dimensões. As dimensões apresentaram valores de α . 94, para a dimensão vínculo, para a dimensão proximidade o valor apresentado foi de α . 69 e para a dimensão importância o valor é de α . 84. Sendo o valor da escala original foi α .92 para as dimensões (Johnson et al., 1992). Na validação da escala portuguesa os valores de Alfa (α) de *Cronbach*, rondaram os α . 85 aos .95. Como podemos verificar na Tabela 12.

Por fim, para medir a vinculação aos animais de estimação, utilizou-se a escala *LAPS*, a Tabela 13, apresenta valores mínimos e máximos, médias, desvio padrão, valores de assimetria, curtose e Alfa (α) de *Cronbach*, havendo alguma diferença entre as médias dos itens, o item com a pontuação mais alta é o 18 (M= 4.34; DP=.81), apresentando um α . de .920, que responde que o participante não é muito próximo ao seu animal de estimação, bem com, observa-se que a média mais baixa está localizada no item 21 (M= 1.66; DP= 1.05), apresentando um α . de .936.

Tabela 12. *Consistência interna escala LAPS*

Dimensões	Itens	Faixa da escala Discordo totalmente – Concordo totalmente	Descrição	α . versão traduzida	α . presente estudo
Vínculo	10	1-5	<i>O meu animal de estimação faz-me sentir feliz</i>	.95	.946
Proximidade	07	1-5	<i>Muitas vezes eu confidencio com o meu animal de estimação</i>	.859	.696
Importância	06	1-5	<i>O meu animal de estimação compreendi-me</i>	.89	.846

Nota. N= 179

Tabela 13. Mínimos, máximos, médias, desvio padrão, assimetria, curtose e α . dos itens da LAPS

<i>Item</i>	<i>N</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>sk</i>	<i>ku</i>	<i>α</i>
LAPS 1	179	1	5	2.91	1.13	.084	-.646	.921
LAPS 2	179	1	5	2.92	1.27	-.40	-1.219	.922
LAPS 3	179	1	5	3.40	1.14	-.438	-.390	.920
LAPS 4	179	1	5	3.09	1.16	-.154	-.661	.920
LAPS 5	179	1	5	3.09	1.27	-.066	-1.051	.922
LAPS 6	179	1	5	3.44	1.25	-.472	-.775	.919
LAPS 7	179	1	5	3.87	.97	-.855	.647	.922
LAPS 8	179	1	5	2.36	1.26	.510	-.890	.941
LAPS 9	179	1	5	3.32	1.22	-.216	-.880	.923
LAPS 10	179	1	5	3.92	.99	-.889	.370	.921
LAPS 11	179	1	5	3.87	1.00	-1.034	.978	.920
LAPS 12	179	1	5	3.60	.99	-.536	.176	.919
LAPS 13	179	1	5	4.03	.93	-.916	.703	.920
LAPS 14	179	1	5	4.27	.95	-1,497	2.133	.921
LAPS 15	179	1	5	4.07	.96	-1.033	.906	.919
LAPS 16	179	1	5	4.11	.92	-1.177	1.549	.919
LAPS 17	179	1	5	4.13	.82	-1.047	1.620	.921
LAPS 18	179	1	5	4.34	.81	-1.268	1.676	.920
LAPS 19	179	1	5	4.27	.85	-1.263	1.770	.920
LAPS 20	179	1	5	4.31	.85	-1.427	2.276	.920
LAPS 21	179	1	5	1.66	1.05	1.589	1.666	.936
LAPS 22	179	1	5	4.12	.93	-.930	.258	.921
LAPS 23	179	1	5	4.04	1.05	-1.081	.547	.920

Nota. N= tamanho da amostra; Min= mínimo; Máx=máximo; DP=desvio padrão; sk=assimetria; ku= curtose. Erro padrão de assimetria = .182 para todos os itens; Erro padrão de curtose = .361 para todos os itens da amostra.

3.3 Descrição dos valores do sentimento de solidão, suporte social e saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*) com base nos grupos de profissionais de saúde

Verifica-se que os grupos de profissionais de saúde respondentes, reportaram um baixo (20 a 40), sentimento de solidão, sendo o valor máximo da escala 80 pontos. No entanto, foram os terapeutas da fala que apresentaram o resultado mais alto, um valor de 36 pontos, seguidos dos fisioterapeutas com valor de 30.59 pontos e em terceiro lugar ficaram os assistentes sociais, com um valor de 30 pontos. Por outro lado, os resultados mais baixos foram indicados pelo grupo de imagiologistas, radioterapeutas e médicos nucleares, terapeutas ocupacionais, psicomotricistas e os farmacêuticos, apresentando o valor de 20 pontos. Os valores do sentimento de solidão nos profissionais de saúde, estão descritos na Figura 3.

É importante referir, que apesar de serem apresentados os resultados referentes a cada grupo, estes valores não são suficientes para fazer uma comparação entre grupos, devido ao facto de os grupos assinalados na figura por (*) serem menores que 5 pessoas.

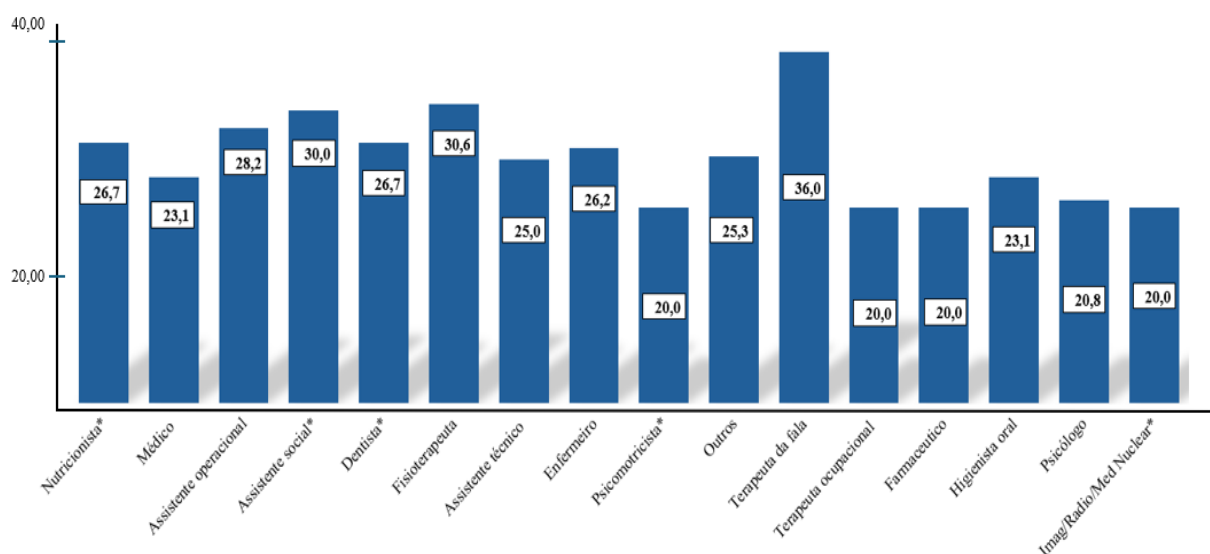


Figura 3. Sentimento de solidão reportado pelos profissionais de saúde

O grupo de profissionais de saúde que apresenta maior nível de suporte social percebido, são os assistentes técnicos com um valor de 75 pontos (o valor máximo da escala é 84 pontos), seguidos da seção outros profissionais de saúde, com um valor apresentado de 74 pontos, em terceiro lugar está o grupo dos psicomotricistas, com um valor de 72 pontos. Em contrapartida, o grupo que apresenta menor nível de suporte social percebido, são os assistentes operacionais e os psicólogos, apresentando valores iguais de 12 pontos. Como podemos verificar na Figura 4.

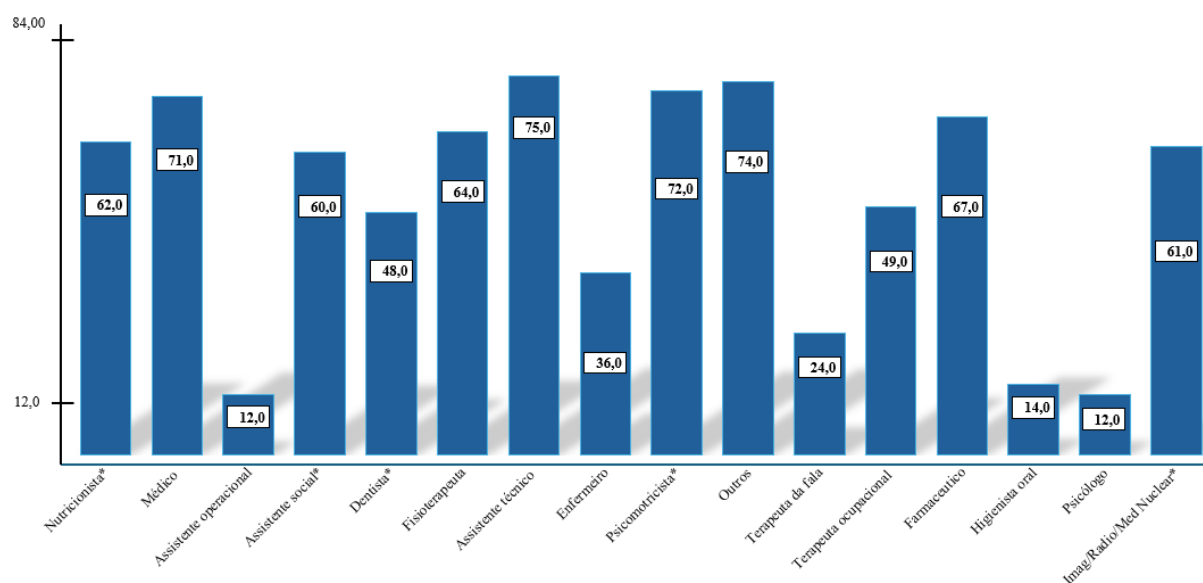


Figura 4. Suporte social percebido pelos profissionais de saúde

O grupo que demonstrou maior sintomas depressivos, foram os fisioterapeutas, psicomotricistas e psicólogos, com valores de 21 pontos (valor máximo da escala). Sendo os terapeutas ocupacionais com o valor de 5 pontos os que apresentam menor índice, seguidos dos nutricionistas com valores apresentados de 7 pontos em terceiro lugar estão os médicos com valores de 9 pontos. Como podemos analisar na Figura 5.

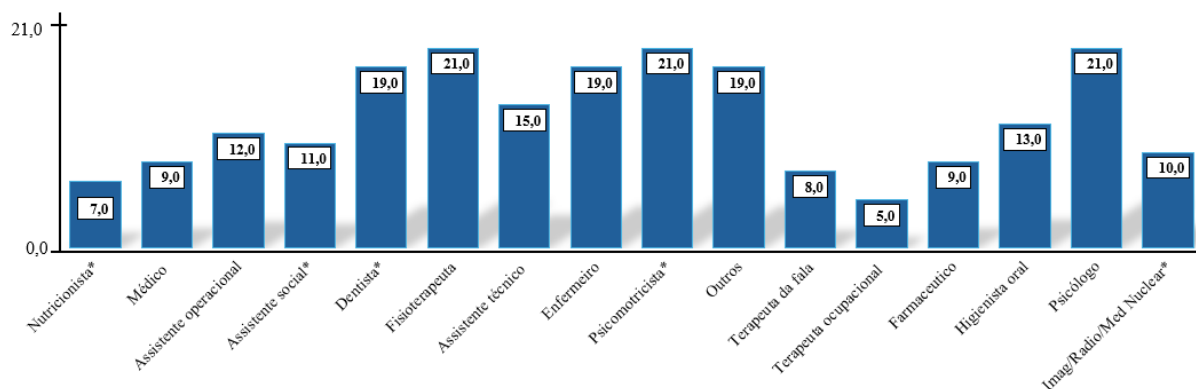


Figura 5. Sintomas de depressão reportado pelos profissionais de saúde

Em relação a ansiedade, o grupo de profissionais de saúde que apresentou maior sentimento negativo foram os psicólogos, com um valor reportado de 21 pontos, seguido, dos enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais de saúde, que apresentam valores de 18 pontos. De outro modo, são os fisioterapeutas que apresentam menor ansiedade, com valores apresentados de 10 pontos, seguido dos assistentes operacionais e farmacêuticos, que apresentam valores de 11 pontos. Como podemos conferir na Figura 6.

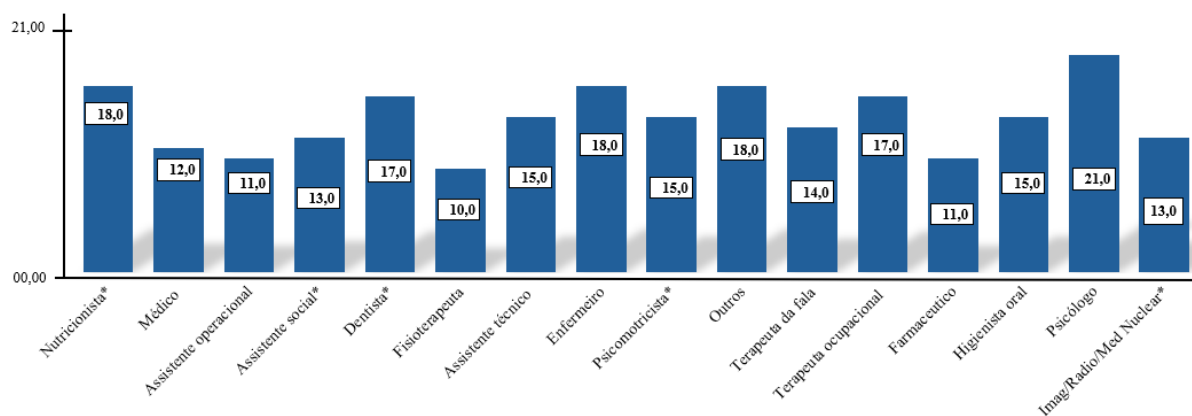


Figura 6. Sintomas de ansiedade reportados pelos profissionais de saúde

Por fim, temos os grupos de psicólogos e outros grupos de profissionais de saúde que apresentam maior *stress*, com um valor de 21 pontos. Sendo o grupo dos imagiologistas, radioterapeutas, médicos nucleares e terapeutas ocupacionais que apresentam os valores mais baixos, de 11 pontos. Como pode-se conferir na Figura 7.

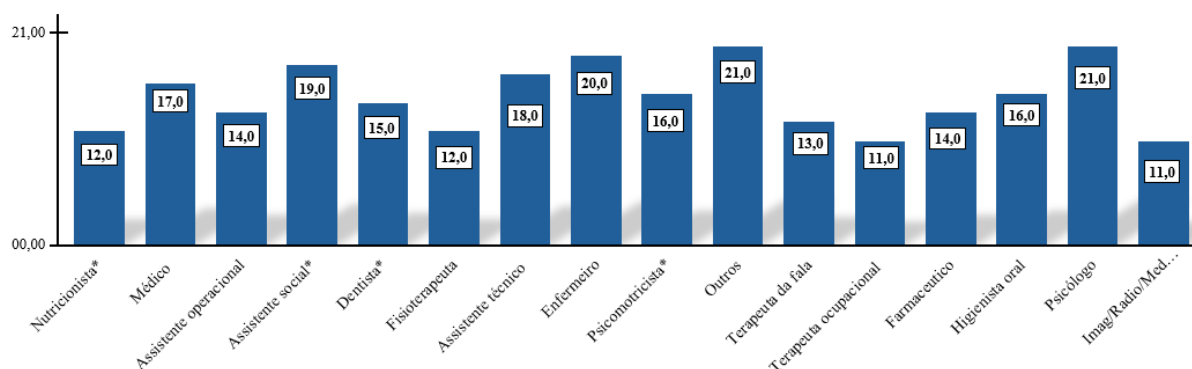


Figura 7. Sintomas de *stress* reportados pelos profissionais de Saúde

3.4 Análise das hipóteses

Correlações entre as variáveis

Analizamos as variáveis em estudo de forma a testar as hipóteses desenvolvidas nesta investigação, nomeadamente as hipóteses um, dois e três. Neste sentido, procurou-se verificar as variáveis estudadas, são elas: o sentimento de solidão e suas dimensões (solidão social e solidão emocional), suporte social e suas dimensões (família, amigos e outros significantes), saúde mental e as suas dimensões (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*) e a dimensões da vinculação aos animais de estimação (importância, proximidade e vínculo).

Neste sentido, às correlações entre dimensões apresentaram os seguintes valores: entre o sentimento de solidão (solidão social e solidão emocional), podemos verificar na tabela 14, uma tendência de associação positiva e significativa, entre si nas dimensões como solidão social e depressão ($r = .611, p < .001$); solidão emocional e depressão ($r = .610, p < .001$); solidão social e *stress* ($r = .537, p < .001$), dimensões, essas ligadas a solidão e saúde mental.

Por outro lado, a solidão social e os amigos ($r = -.596, p < .001$); depressão e amigos ($r = -.537, p < .001$); ansiedade e amigos ($r = -.444, p < .001$); solidão total e amigos ($r = -.596, p < .001$); solidão total e família ($r = -.477, p < .001$); solidão total e outros significantes ($r = -.484, p < .001$); solidão total e suporte social total ($r = -.593, p < .001$), associam-se de forma de uma forma negativa e significativa. Essas dimensões estão ligadas ao sentimento de solidão, saúde mental e suporte social.

Posto isso, confirma-se de forma empírica a primeira hipótese (**H1**) deste estudo. Essa hipótese salienta, que existe uma relação negativa entre o sentimento de solidão e o suporte social (amigos, família, outros significantes e suporte social total), o que foi confirmado empiricamente por este estudo.

Relativamente a segunda hipótese (**H2**) também pôde-se confirmar empiricamente, pois o sentimento de solidão está positivamente associado a saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*), pois os valores apresentados corroboram em todas as dimensões do sentimento de solidão e da saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*). Neste sentido, apresenta-se o valor da solidão total e sintomas de depressão ($r = .638, p < .001$); solidão total e sintomas de ansiedade ($r = .514, p < .001$) e solidão total e sintomas de *stress* ($r = .559, p < .001$).

Contudo, em relação a terceira hipótese (**H3**) onde se considera que a vinculação aos animais de estimação esta negativamente associada ao sentimento de solidão e a saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*) e positivamente associada com a percepção de suporte social, pôde-se verificar que não há evidências estatisticamente significantes para rejeitar a hipótese nula.

Posto isso, o resultado apresentado por este estudo foi ao contrário da hipótese sugerida, isto é, a vinculação aos animais de estimação está positivamente associada ao sentimento de solidão e saúde mental.

Apresenta-se, portanto, os valores encontrados neste estudo, para a dimensão proximidade, apresentaram valores positivos, proximidade e solidão social ($r = .375, p < .001$); proximidade e solidão emocional ($r = .349, p < .001$); proximidade e solidão total ($r = .382, p < .001$); proximidade e depressão ($r = .273, p < .001$); proximidade e ansiedade ($r = .376, p < .001$); proximidade e *stress* ($r = .514, p < .001$).

Na dimensão importância e solidão social ($r = .263, p < .001$); importância e solidão emocional ($r = .207, p < .001$); importância e solidão total ($r = .256, p < .001$); importância e depressão ($r = .210, p < .001$); importância e ansiedade ($r = .254, p < .001$) importância e *stress* ($r = .297, p < .001$).

Por fim, apresenta-se a dimensão que tiveram resultados estatisticamente significantes, na dimensão proximidade e as dimensões do suporte social percebido, que são: proximidade e família ($r = -.114, p < .001$), proximidade e amigos ($r = -.202, p < .001$).

De forma, a concluir este tópico, a **H1** e a **H2**, foi empiricamente confirmada, sendo que na **H3** não foi possível rejeitar a hipótese nula. Como podemos confirmar na Tabela 14.

Tabela 14. Resultado das correlações entre as variáveis

	UCLA_ SS	UCLA_ SE	UCLA_ T	DASS_ DE	DASS_ AN	DASS_ ST	MSPSS_ F	MSPSS_ A	MSPSS_ OS	MSPSS_ T	LAPS_ P	LAPS_ I	LAPS_ V
UCLA_SS	1												
UCLA_SE	.805**	1											
UCLA_T	.982**	.903**	1										
DASS_DE	.611**	.610**	.638**	1									
DASS_AN	.499**	.477**	.514**	.752**	1								
DASS_ST	.537**	.532**	.559**	.775*	.788**	1							
MSPSS_F	-.477**	-.473**	-.497**	-.390**	-.321**	-.326**	1						
MSPSS_A	-.596**	-.559**	-.610**	-.537**	-.444**	-.444**	.677**	1					
MSPSS_OS	-.484**	-.472**	-.501**	-.460**	-.362**	-.364**	.776**	.718**	1				
MSPSS_T	-.574**	-.554**	-.593**	-.511**	-.415**	-.417**	.908**	.882**	.920**	1			
LAPS_P	.375**	.349**	.382**	.273**	.376**	.346**	-.114**	-.202**	-.077	-.145	1		
LAPS_I	.263**	.207**	.256**	.210**	.254**	.297**	-.054	-.072	-.004	-.048	.702**	1	
LAPS_V	.095	.083	.95	-.032	.065	.100	.124	.073	.174**	.136	.631**	.730**	1

Notas. UCLA_SS= solidão social; UCLA_SE= solidão emocional; UCLA_T= solidão total; DASS_DE: depressão; DASS_AN= ansiedade; DASS_ST= stress; MSPSS_F=suporte social da família; MSPSS_A= suporte social de amigos; MSPSS_OS= suporte social de outros significantes; MSPSS_T= suporte social total; N= 279. LAPS_P= proximidade; LAPS_I= importância; LAPS_V= vínculo.

* $p < .05$; ** $p < .001$; N= 179; teste de correlação de Pearson.

As diferenças entre a faixa etária e as variáveis em estudo

A diferenças entre a faixa etária e o sentimento de solidão

Este tópico apresenta os resultados dos valores para a quarta hipótese (**H4**) onde se propõe que existem diferenças estatisticamente significantes entre a faixa etária, no sentimento de solidão, na percepção do suporte social e na saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*), dos profissionais de saúde portugueses. Posto isso, na Tabela 15, verificou-se que o nível mais alto de solidão emocional foi apresentado entre participantes de faixa etária 62-66 anos ($M=184.33$, $p<.05$) seguidos pela faixa etária 18-28 anos ($M=159.09$, $p<.05$). Pelo que, de forma empírica confirmamos que na dimensão solidão emocional e faixa etária, o teste *Kruskal-Wallis* mostrou que existe uma diferença estatisticamente significativa [$\chi^2(4) = 9.655$; $p = .047$]. A dimensão da escala, relativamente a solidão social [$\chi^2(4) = 7.771$; $p = .100$] e a de solidão total [$\chi^2(4) = 8.845$; $p = .065$], apresentam valores onde não existem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 15. Diferença entre a faixa etária e o sentimento de solidão

Variável/ Dimensão	Faixa Etária	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>H</i>	<i>P</i>
UCLA_SS	18-28	46	166.39	7.771	.100
	29-39	74	127.95		
	40-50	95	142.63		
	51-61	58	129.31		
	62-66	6	148.08		
UCLA_SE	18-28	46	159.09	9.655	.047
	29-39	74	124.32		
	40-50	95	147.98		
	51-61	58	127.22		
	62-66	6	184.33		
UCLA_Total	18-28	46	166.09	8.845	.065
	29-39	74	126.53		
	40-50	95	144.21		
	51-61	58	127.63		
	62-66	6	159.17		
Total		279			

Diferenças entre a faixa etária e o suporte social

Relativamente a faixa etária e as dimensões da escala de suporte social, podemos observar na Tabela 16 que não existem diferenças estatisticamente significativas, em nenhuma das dimensões da escala. Não havendo evidências estatisticamente significativas para se rejeitar a hipótese nula.

Tabela 16. *Diferenças entre a faixa etária e o suporte social*

Variável/ Dimensão	Faixa Etária	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>H</i>	<i>P</i>
MSPSS_F	18-28	46	140.28	3.844	.427
	29-39	74	149.48		
	40-50	95	136.71		
	51-61	58	128.87		
	62-66	6	180.58		
MSPSS_A	18-28	46	137.85	5.990	.200
	29-39	74	156.72		
	40-50	95	137.97		
	51-61	58	122.96		
	62-66	6	147.17		
MSPSS_OS	18-28	46	157.96	8.442	.077
	29-39	74	143.82		
	40-50	95	141.01		
	51-61	58	116.24		
	62-66	6	169.00		
MSPSS_Total	18-28	46	145.35	5.538	.236
	29-39	74	150.67		
	40-50	95	138.65		
	51-61	58	121.20		
	62-66	6	170.50		
		Total			
		279			

Diferenças entre a faixa etária e a saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*)

Relativamente a faixa etária e a dimensão sintomas de depressão e a ansiedade, podemos verificar na Tabela 17, que não existem diferenças estatisticamente significantes. Pelo que na dimensão faixa etária e sintomas de *stress*, o teste *Kruskal- Wallis* mostrou que há uma diferença estatisticamente significativa [$\chi^2(4) = 10.378$; $p = 0.35$]. Sendo a faixa etária dos 18 -28 anos de idade a sentir níveis maiores de *stress* ($M=168.97$; $p<.05$), seguida da faixa etária do 40-50 anos de idade (145.21; $p<.05$).

Tabela 17. Diferenças entre a faixa etária e a saúde mental (sensação de depressão, ansiedade e *stress*)

Variável/ Dimensão	Faixa Etária	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>H</i>	<i>P</i>
DASS_Dep	18-28	46	162.11	5.669	.225
	29-39	74	131.09		
	40-50	95	143.17		
	51-61	58	130.41		
	62-66	6	123.00		
DASS_Ans	18-28	46	163.24	7.487	.112
	29-39	74	139.52		
	40-50	95	141.52		
	51-61	58	120.72		
	62-66	6	130.17		
DASS_Strs	18-28	46	168.97	10.378	.035
	29-39	74	129.36		
	40-50	95	145.21		
	51-61	58	124.84		
	62-66	6	113.17		
		Total			
		279			

De modo, a concluir este tópico, e a responder a hipótese 4 (**H4**), podemos verificar nos dados expostos nas tabelas acima, que a faixa etária na dimensão solidão emocional [$\chi^2(4) = 9.655$; $p = .047$], bem como, na dimensão sintomas de *stress* [$\chi^2(4) = 10.378$; $p = 0.35$], apresentou resultados estatisticamente significantes, entre a faixa etária dos profissionais de saúde no sentimento de solidão (dimensão emocional) e saúde mental (sintomas de *stress*). Portanto, podemos aferir que existem diferenças estatisticamente significantes entre a faixa etária e o sentimento de solidão, na dimensão emocional, e também nos sintomas de *stress* dos profissionais de saúde portugueses.

Resultados do modelo de mediação

Na Tabela 18, apresenta-se os valores relativos à mediação, de forma a testar a quinta hipótese (**H5**). Portanto temos o sentimento de solidão (variável mediadora), na relação entre o suporte social (variável independente) e as dimensões da saúde mental, sintomas de depressão, ansiedade e *stress* (variável dependente). Sublinho, que este modelo foi testado com uma amostra de 279 profissionais de saúde, com intervalos de confiança de 95%, utilizando o modelo 4 do *PROCESS HAYES* (versão 4.2). Pelo que é preciso também referir que a escala de aferição da saúde mental, não contém uma escala total, portanto apresentaremos os valores relativos às 3 dimensões da escala (depressão, ansiedade e *stress*). Posto isso, a hipótese será dividida em três modelos de mediação.

No primeiro modelo (**H5a**), podemos verificar, que o suporte social, foi estatisticamente significativo, no sentimento de solidão ($\beta = -.3740$, $p < .0001$), sendo o suporte social responsável por 35.15% da variância do sentimento de solidão ($F(1,277) = 150.1612$; $R^2 = .3515$). Por outro lado, podemos analisar que, o sentimento de solidão, foi estatisticamente significativo nos sintomas de depressão ($\beta = .2378$; $p < .001$) e que suporte social percebido teve um impacto significativo nos sintomas de depressão ($\beta = -.1483$; $p < .001$) explicando 43.39% da variância dos sintomas de depressão ($F(2,276) = 105.7680$; $p < .001$; $R^2 = .4339$). Verificou-se também que em relação ao efeito indireto o suporte social percebido impactando nos sintomas de depressão através da solidão ($b = -.0594$; $p = .0003$) indicou um valor mais baixo do que o valor do impacto direto na relação entre o suporte social percebido nos sintomas de depressão. Portanto, o sentimento de solidão mediou a relação entre o suporte social e os sintomas de depressão. No segundo modelo (**H5b**), identificou-se que o suporte social, foi estatisticamente significativo com o sentimento de solidão ($\beta = -.3740$, $p < .0001$), sendo o suporte social responsável por 35.15% da variância do sentimento de solidão ($F(1,277) = 150.1612$; $p < .001$; $R^2 = .3515$). Por outro lado, podemos analisar que, o sentimento de solidão, foi estatisticamente significativo nos sintomas de ansiedade ($\beta = .1680$, $p < .0001$) e o suporte social percebido teve um impacto significativo nos sintomas de ansiedade ($\beta = -.1062$, $p < .0001$) explicando 28.32% da variância dos sintomas de ansiedade ($F(2,276) = 54.5302$; $p < .001$; $R^2 = .2832$). Verificou-se também que em relação ao efeito indireto o suporte social impactando os sintomas de ansiedade, através do sentimento de solidão ($b = -.0434$, $p = .0079$), indicou um valor mais baixo do que o valor do impacto direto na relação entre o suporte social percebido e os sintomas de ansiedade. Portanto, o sentimento de solidão mediou a relação entre o suporte social percebido e os sintomas de ansiedade.

Por fim, no terceiro modelo (**H5c**), aferiu-se que o suporte social, foi estatisticamente significativo no sentimento de solidão ($\beta = -.3740$, $p < .0001$), sendo responsável por 35.15% da variância do sentimento de solidão ($F(1,277) = 150.1612$; $p < .001$; $R^2 = .3515$). Por outro lado, podemos analisar que, o sentimento de solidão, foi estatisticamente significativo nos sintomas de *stress* ($\beta = .2186$, $p < .0001$) e que o suporte social percebido teve um impacto significativo nos sintomas de *stress* ($\beta = -.1196$, $p < .0001$) explicando 17.42% da variância dos sintomas de *stress* ($F(1,277) = 58.4225$; $p < .001$; $R^2 = .1742$). Verificou-se também que em relação ao efeito indireto do modelo suporte social percebido impactando nos sintomas de *stress*, através do sentimento de solidão ($b = -.0379$, $p = .0324$), indicou um valor mais baixo do que o valor do impacto direto na relação entre o suporte social percebido e os sintomas de *stress*. Portanto o sentimento de solidão, mediou a relação entre o suporte social percebido e os sintomas de *stress*.

Como podemos verificar na Tabela 18, confirma-se empiricamente a quinta hipótese (**H5**), pois o sentimento de solidão tem um papel mediador na relação entre suporte social e as dimensões da saúde mental, (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*).

Tabela 18. Resultados do modelo de mediação

Relação	Coeficiente			IC 95%		
	SE	t	p	LMin	LMax	
S.S → Solidão	-.3740	.0305	-12.2540	<.0001	-.4341	-.3139
S.S → Depressão	-.1483	.0150	-9.8874	<.0001	-.1779	-.1188
S.S → Ansiedade	-.1062	.0140	-7.5882	<.0001	-.1337	-.0786
S.S → <i>Stress</i>	-.1196	.0156	-7.6435	<.0001	-.1504	-.0888
S.L → Depressão	.2378	.0259	9.1846	<.0001	.1868	.2888
S.L → Ansiedade	.1680	.0257	6.5416	<.0001	.1174	.2185
S.L → <i>Stress</i>	.2186	.0279	7.8283	<.0001	.1636	.2735
S.S → Solidão → Depressão	-.0594	.0163	-3.6358	.0003	-.0915	-.0272
S.S → Solidão → Ansiedade	-.0434	.0162	-2.6768	.0079	-.0752	-.0115
S.S → Solidão → <i>Stress</i>	-.0379	.0176	-2.1505	.0324	-.0725	-.0032

Notas. IC95% = intervalo de confiança de 95%; LMin = limite mínimo; LMax= limite máximo; S. S=suporte social; S. L=solidão.

Resultados do modelo de moderação

Relativamente a análise do modelo em estudo, pretendeu-se investigar se a vinculação aos animais de estimação, pode ser considerada um fator de moderação, na relação tríade entre o suporte social, o sentimento de solidão, e os sintomas de depressão. É importante referir que o número da amostra é de 179 profissionais de saúde que têm pelo menos 1 animal de estimação. Está relação será analisada através do modelo 8, do *PROCESS HAYES* (versão 4.2). Verificamos na Tabela 19, abaixo os resultados do modelo de moderação.

Tabela 19. Resultado do modelo de moderação

Resultados da análise de mediação moderada (N=179)								
Variáveis	Solidão				Depressão			
	β	SE	LLCI	ULCI	β	SE	LLCI	ULCI
Suporte social	.1360	.1801	-.2193	.4914	-.1175	.0807	-.2769	.0419
Vínculo	1.0286**	.2845	.4672	1.5900	-.0919	.1320	-.3524	.1687
Depressão	.2493	.0338	.1825	.3161				
Solidão					.2493**	.0338	.1825	.3161
Suporte Social x Vínculo x Solidão	-.0125**	.0044	-.0211	-.0039	.0016	.0020	-.0024	.0055
R²	.3689**				R²	.4231**		
Efeito direto								
Efeitos diretos em diferentes níveis		Efeito direto	SE		LLCI		ULCI	
M> 37		-.3261**	.0412		.4073		-.2448	
M<51		-.5009**	.0602		.6198		-.3821	
Efeito indireto								
Efeitos indireto em diferentes níveis		Efeito indireto	SE		LLCI		ULCI	
M>37		-.0813	.0163		-.1193		-.0540	
M<51		-.1249	.0233		-.1731		-.0810	
Mediação moderada por índice		-.0031	.0013		-.0052		.0000	

Nota. LAPS= vínculo aos animais de estimação; * $p < 0.05$; ** $p < 0.001$

Realizamos uma análise de moderação com o objetivo de estudar em que medida a variável vinculação aos animais de estimação moderava a relação entre o suporte social e o sentimento de solidão. Neste sentido, testou-se a sexta hipótese (**H6**) se a vinculação aos animais de estimação tem um papel moderador direto na relação negativa entre o suporte social e o sentimento de solidão. A Tabela 19, mostra-nos que a interação (suporte social percebido x vinculação com animal de estimação) teve um efeito negativo na relação direta entre o suporte social percebido e o sentimento de solidão ($\beta = -.0125$; $P < 0.001$). Esta interação teve um maior impacto entre dois valores da vinculação aos animais de estimação ($M > 37$ e $M < 51$). O efeito do suporte social percebido foi mais forte no sentimento de solidão ($\beta = -.5009$; $P < .001$) para os valores de vinculação aos animais de estimação nos valores maiores que 37 e menores que 51. Portanto, confirma-se empiricamente essa hipótese (**H6**).

De forma, a verificar se a vinculação aos animais de estimação tem um papel moderador indireto na relação entre o suporte social e depressão via solidão (**H7**). A análise revela que a vinculação não moderou a associação de efeito indireto entre o suporte social e os sintomas de depressão (via solidão) uma vez que *p-valor* foi maior de 0.05. Portanto, a sétima hipótese (**H7**) não se confirma empiricamente, não havendo assim evidências para se rejeitar a hipótese nula.

Parte 4 - Discussão dos resultados

4.1 Discussão de resultados

O presente estudo tem como objetivo contribuir para o conhecimento de alguns fatores de riscos e protetores do sentimento de solidão, numa amostra de 279, profissionais de saúde em Portugal. Neste sentido, foi pertinente estudar os profissionais de saúde no contexto português de modo, a percebê-los não só em relação ao sentimento de solidão, mas também a percepção que estes profissionais têm do suporte social que lhes é oferecido, bem como, a sua saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*). Perante os resultados apresentados podemos verificar que a amostra em sua maioria é constituída pelo sexo feminino, com idades compreendidas entre os 40 aos 50 anos de idades e são casadas. Pelo que o sentimento de solidão nos profissionais de saúde inqueridos, revelaram-se «baixo», pois estes apresentaram valores entre 20 a 36 pontos, sendo este valor metade da escala, que tem como pontuação máxima 80 pontos. Um estudo realizado por Stubbs e Achat (2022a), revelou que os profissionais de saúde apresentaram níveis elevados de solidão. O que não foi demonstrado no presente estudo, pois, o sentimento de solidão existe, ou seja, os profissionais de saúde que participaram nesse estudo o sente, no entanto, o nível é «baixo». Podendo ser explicado pela «alta» percepção do suporte social que esses profissionais de saúde perceberam que recebem.

Um estudo realizado por Alnazly et al. (2021), revelou que os 365 profissionais de saúde necessitaram do suporte social para se ajustarem ao sofrimento psicológico. Sendo, que o suporte social teve uma associação moderada no sentimento de solidão (Pascuet et al., 2023). Por outro lado, em relação, à saúde mental e as suas dimensões, nomeadamente, sintomas depressivos a população investigada, apresentou valores, «médios a altos». Os profissionais de saúde estão mais propensos à uma saúde mental vulnerável, por motivos de sobrecarga de trabalho, exposição ao sofrimento humano, autoexigência, entre outros. Um estudo realizado por Ribeiro et al. (2016), relatou, que os 315 profissionais de saúde questionados, manifestaram uma carência ao nível da saúde mental. Outro estudo realizado no ano de 2013, expôs que o sexo feminino, apresenta maior risco de sofrer com sintomas depressivos, bem como, as idades mais jovens (Almeida et al., 2013). Relativamente, aos sintomas de ansiedade os profissionais de saúde inquiridos, também apresentaram valores «médios a altos». Os sintomas de ansiedade nos profissionais de saúde é uma preocupação legítima e bastante significativa devido à natureza desafiadora do trabalho em si (Bezerra et al., 2020). Um estudo realizado, no ano de 2020, com 2.097 profissionais de saúde, em Portugal, concluiu que 44.8% dos participantes apresentaram sintomas de ansiedade.

Por fim, a população participante do estudo, apresentou níveis de *stress* «médio a alto». Uma investigação realizada, no Brasil com 31 profissionais, revelou a existência de *stress* em 56% dos intervenientes. Já em Portugal, uma pesquisa demonstrou que 26,2% de 2.097 participantes, evidenciaram sintomas de *stress*. Surpreendentemente um dos profissionais de saúde que demonstraram piores resultados relativamente à saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*), foram os psicólogos. A literatura aponta que estes profissionais enfrentam na prática a responsabilidade por outras pessoas, pois trabalham com indivíduos em perigo e vulneráveis, as exigências e a responsabilidade da profissão são grandes, bem como, as demandas da função, que por vezes muda rapidamente, o controlo limitado sobre os resultados, os recursos escassos e níveis de envolvimento empático podem contribuir para resultados de uma saúde mental mais vulnerável e/ou fragilizada desses profissionais (Duarte & Moraes, 2016).

Posto isso, simultaneamente, esta investigação procurou analisar as relações entre o sentimento de solidão, suporte social percebido, saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*) e a vinculação aos animais de estimação, dos profissionais de saúde. Pelo que e tendo por base estes objetivos e a revisão de literatura apresentada, a discussão dos resultados agora irá incidir sobre as hipóteses desenvolvidas.

Apresentou-se como primeira hipótese, que o sentimento de solidão está negativamente associado ao suporte social. O que foi corroborado por este estudo que apontou que o sentimento de solidão e suporte social, associam-se de uma forma, negativa e significativa. Neste sentido, os resultados corroboram com um estudo de meta-análise realizado por Zhang e Dong (2022), onde os resultados nos mostrou que níveis mais altos de suporte social foram negativamente correlacionados com os sentimentos de solidão. Portanto, o suporte social torna-se relevante para os profissionais de saúde, servindo como um fator de proteção, em situações adversas, estando relacionado com a perceção de funcionamento do apoio prestado por outras pessoas nos momentos de crise (Schwarzer & Rieckmann, 2002). No entanto, é preciso referir que ao longo do ciclo de vida a perceção de suporte social muda, entre as pessoas, isto é, ao longo da vida adulta, as relações sociais estreitam-se e/ou expandem-se em consequência do crescimento familiar, bem como, do papel social que a pessoa desempenha (Antonucci et al., 2004). Neste sentido, o suporte social percebido está relacionado a convicção de uma pessoa sobre a quantidade e a qualidade que ela, tem disponível em seus relacionamentos (Bone et al., 2023).

Relativamente a segunda hipótese, e tendo em conta os resultados apresentados, verificou-se que esta hipótese foi empiricamente confirmada, neste estudo, pois o sentimento de solidão, está positivamente associado com a saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*). O sentimento de solidão é considerado um risco para a saúde física e mental, sendo uma variável preditora de sofrimento mental (Beutel et al., 2017). Chyczij et al. (2020), efetuou um estudo que relatou uma tendência crescente de sintomas de depressão, ansiedade e *stress*, em Portugal, numa amostra de 207 participantes. As perturbações depressivas estão entre as psicopatologias mais frequentes com uma prevalência global de 4.4%, em Portugal estes valores estão entre 7 a 9%, sendo um dos países europeus mais afetados (Bessa et al., 2022). Outro estudo, nos elucida que, 16,5% da população portuguesa padece de sintomas de depressão e ansiedade, afetando assim a população mais jovem (Moreira de Sousa et al., 2018).

Contudo, a terceira hipótese, pressupõe que a vinculação aos animais de estimação está negativamente associada com o sentimento de solidão e a saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*) e positivamente associada com a perceção de suporte social. Esta hipóteses não se confirmou, ao contrário do que esperávamos. Neste sentido, as revisões de literatura têm sido pouco consensuais, pelo que é preciso estudar futuramente esta variável de forma a obter respostas claras. Um estudo realizado, sugere que a vinculação ao animal de estimação pode proporcionar a seus tutores uma «base segura emocional», em momentos de necessidade (Zilcha-Mano et al., 2012). Os autores fizeram a investigação durante a pandemia de COVID-19, onde demonstraram que os tutores dos animais de estimação os consideravam uma fonte de apoio. Sendo, associado à diminuição da deterioração da saúde mental e a menores aumentos do sentimento de solidão. Por outro lado, um estudo longitudinal, revelou que o nível do sentimento de solidão em pessoas que adquiriram animais de estimação, depois de seis meses estavam tão solitários quanto antes de ter o animal de estimação (Gilbey et al., 2007). Lass-Hennemann (2020), desenvolveu um estudo com profissionais de saúde, onde demonstra que ter um animal de estimação, no geral não tem um resultado vantajoso para a saúde. Para Giumelli e Santos (2016), embora, a posse de um animal de estimação seja geralmente associada a benefícios significativos para o bem-estar humano, é importante reconhecer que também pode haver desafios e efeitos negativos para a saúde mental, como ansiedade e *stress*. Também, pode-se propor que em decorrência aos resultados contraditórios em relação à vinculação aos animais de estimação e que associação com o sentimento de solidão, a saúde mental e ao suporte social, podemos destacar a ausência de controlo nas variáveis, como por exemplo: se o tutor tem uma patologia médica, as responsabilidades ou mesmo referente a escolha ou motivo de ter um

animal de estimação (Barker & Wolen, 2008). Essas restrições na informação das investigações podem ter consequência nos efeitos benéficos de se ter um animal de estimação (Hergoz, 2018).

Estima-se, na quarta hipótese, que exista diferenças estatisticamente significante entre a faixa etária e o sentimento de solidão, na percepção do suporte social e saúde mental. Pelo que, essa hipótese foi confirmada, pois existiram diferença estatisticamente significativa na dimensão do sentimento de solidão (solidão emocional) e na dimensão saúde mental (sintomas de *stress*), não existindo diferenças estatisticamente significantes nas outras variáveis e/ou dimensões. Implica referir que, divulgado as características dos participantes desse estudo, estes apresentam idades compreendidas em sua maioria entre os 40 aos 50 anos de idades e expuseram um «baixo» sentimento de solidão e um valor «médio a alto», na percepção de suporte social. Na presente investigação as pessoas com idades compreendidas entre os 62 aos 65 anos de idades, sentiram maior nível de solidão, seguidos da faixa etária dos 18 aos 28 anos de idade. O que corrobora com a literatura. Que nos explica que os níveis dos sentimentos de solidão são mais altos na adolescência e na idade jovem adulta, diminuindo nos adultos de meia-idade e depois há um aumento na população mais envelhecida (Surkalim et al., 2022). Entretanto, durante o ciclo de vida a percepção de suporte social muda, entre pessoas de diversas faixas etárias, onde as ocasiões de vida são diferentes (i.e., acabar ou iniciar os estudos, casar, constituir família e reformar-se do trabalho), têm relação na necessidade que as pessoas têm em criar vínculos sociais (Kulari, 2024), isto é ao longo da vida adulta, as relações sociais estreitam-se e/ou expandem em consequência do crescimento familiar, bem como, do papel social que a pessoa desempenha (Antonucci et al., 2004).

Nesse sentido, importa ressaltar o estudo Alnazly et al. (2021), em que os profissionais de saúde maiores de 40 anos de idade, perceberam um melhor suporte social, em relação às idades mais jovens. As pesquisas sobre o sentimento de solidão e faixa etária, tem uma maior incidência, na população mais envelhecida, no entanto estudos apontam que a solidão tem sido recorrente também na população mais jovem, embora este não seja um pensamento consensual (Surkalim et al., 2022), o nosso estudo demonstrou isso. Neste estudo, aferiu-se que a população mais jovem (18 aos 28 anos de idade), apresentaram uma pior saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*). Podendo está relacionada às mudanças do ciclo de vida, isto é, se relacionar e se aceite pelos pares, entrar para a universidade, trabalhar, escolher ter família ou não, enfim, atingir padrões societais, a pressão exercida nos jovens adultos atualmente, podem ser fatores que contribuem para uma má saúde mental (Cardoso et al., 2018). Por outro lado, a idade, pode ser um dos fatores moderadores do sentimento de *stress*, Serra (2007), nos esclarece que há situações indutoras de *stress*, e que os recursos utilizados para avaliar e

controlar essas mesmas situações podem estar ligados aos estádios de vida, nomeadamente, a idade.

A quinta hipótese, propõe que o sentimento de solidão tem um papel mediador na relação entre o suporte social e as dimensões da saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*). Essa hipótese foi confirmada, pois o sentimento de solidão mediou a relação entre o suporte social e os sintomas de depressão, ansiedade e *stress*. Um estudo realizado durante a pandemia de COVID-19, revelou que o risco de problemas de saúde mental está associado ao sentimento de solidão, decorrente do distanciamento social imposto, neste sentido, descobriu-se que o sentimento de depressão e ansiedade estavam interligados entre si (Owczarek et al. 2022), sugerindo que a relação social é fundamental para as pessoas (Cacioppo & Cacioppo, 2018).

Recentemente, Santini et al. (2020), relatou em um estudo que o sentimento de solidão previu maior sintomas de depressão e ansiedade. Outro estudo, com 31 profissionais de saúde, de categorias diversas (i.e., médicos, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e cirurgiões-dentistas), demonstrou uma predominância de 56% de sintomas de *stress* (Carvalho & Malagris, 2007). Por outro lado, ter uma elevada percepção de suporte social, relações românticas, morar com outras pessoas, podem ser fatores de proteção (Bu et al., 2020; Groarke et al., 2020).

A sexta hipótese, a vinculação aos animais de estimação tem um papel moderador direto na relação negativa entre o suporte social e o sentimento de solidão. A relação entre as pessoas e os animais de estimação, evoluiu ao longo do tempo, desempenhando papéis diversos em diferentes culturas e sociedades. Segundo Ratschen et al. (2020), várias razões podem explicar os efeitos de se ter um animal de estimação, podendo abranger aspetos físicos, emocionais e sociais, isto é, ter um animal de estimação pode inclusive combater o sentimento de solidão proporcionando uma fonte de conforto, pois os tutores entendem muitas vezes que os seus animais são uma fonte de apoio considerável. Estas relações podem ser diversificadas, consoante a ligação e/ou proximidade que a pessoa tem ao seu animal de estimação, e também ao apoio que este oferece ao seu tutor (Marques, 2021). Atualmente as relações humano-animal de estimação tem alcançado um lugar de importância significativa na vida cotidiana das comunidades em geral (Samó, 2014).

Por fim a sétima e última hipótese, a vinculação aos animais de estimação tem um papel moderador indireto na relação entre o suporte social e sintomas de depressão, via solidão. Esta hipótese não se confirmou. Embora os animais de estimação possam ser facilitadores sociais e uma fonte de conforto (Marques, 2021).

Giumelli e Santos (2016), expõe, que a posse de um animal de estimação seja geralmente associada a benefícios significativos para o bem-estar humano, é importante reconhecer que também pode haver desafios e efeitos negativos. Esses efeitos podem variar dependendo da situação individual e das circunstâncias de cada pessoa e podem incluir: responsabilidade e custos financeiros, pois as despesas associadas ao animal de estimação podem implicar gastos significativos, com alimentação, cuidados veterinários, vacinas, brinquedos e outros itens essenciais, pois muitas vezes, as pessoas subestimam o impacto financeiro a longo prazo, da posse de um animal de estimação; limitações na liberdade e flexibilidade, a posse de um animal de estimação requer uma rotina consistente, podendo limitar a liberdade e flexibilidade de algumas pessoas; problemas de saúde e alergias; desafios comportamentais, como agressividade, destruição de propriedade e problemas de socialização do animal de estimação; dificuldades em mudanças na vida; luto e perda; compromisso a longo prazo, pois os animais exigem um compromisso significativo de tempo e energia, o que pode ser um desafio para pessoas em transições de imprevisíveis ou com compromissos instáveis (Cohen, 2002; Giumelli & Santos, 2016).

4.2 Implicações teóricas e práticas do estudo

Implicações teóricas

Esta investigação, contribui para literatura de várias formas. Em primeiro lugar colabora de um modo geral na compreensão sobre o sentimento de solidão, suporte social, saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*), bem como, a vinculação aos animais de estimação. Muitos poucos estudos pesquisaram estas variáveis na perspectiva dos profissionais de saúde (Cabello et al., 2022). O sentimento de solidão nos profissionais de saúde é uma preocupação legítima. Onde mais de um terço desses profissionais menciona ter sentido solidão e que esta teve um impacto negativo em seu bem-estar (Stubbs e Achat, 2022b). Existindo a evidência de que o sentimento de solidão está associado ao aumento do risco de desenvolver depressão, ansiedade e *stress* (Mann et al., 2022), sendo o suporte social um importante aliado no combate ao sentimento de solidão, contribuindo também para uma melhor saúde mental (Wang et al., 2018). Assim, diante das exigências que os profissionais de saúde enfrentam, principalmente após a pandemia de COVID-19, é de enorme relevância que este seja cuidado e tratado com respeito (Kulari et al., 2023). Em segundo lugar esse estudo colabora para a literatura sobre o sentimento de solidão, no setor da saúde. Estudos com essas variáveis juntas (sentimento de solidão, suporte social, saúde mental e vínculo ao animal de estimação), são escassos.

Por fim, este estudo contribui para a literatura sobre a vinculação aos animais de estimação como moderador entre o suporte social e o sentimento de solidão e também como moderador entre o suporte social e a depressão, bem como, o sentimento de solidão como variável mediadora entre o suporte social e as dimensões da saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*). Tornando-se necessário mais estudos, de modo, a desenvolver o conhecimento atual, particularmente em ambientes hospitalares (Kulari et al., 2023).

Implicações práticas

Este estudo tem implicações significativas para a importância de manter o bem-estar mental dos profissionais de saúde, pois prevenir o sentimento de solidão pode protegê-lo contra os maus resultados em termo do seu bem-estar (Sttubs e Achat, 2022a). De uma perspectiva prática o conhecimento sobre os fatores de riscos e protetores do sentimento de solidão pode promover a elaboração de projetos para intervenções, seja no ambiente de trabalho, sejam nas políticas públicas ou mesmo no desenvolvimento humano. Neste sentido, os gestores ligados à saúde, líderes de equipa que trabalham com esses profissionais de saúde, seja em centro de saúde, hospitais, entre outros, devem conhecer melhor as condições mentais dos seus trabalhadores e /ou liderados, nomeadamente os profissionais de saúde. De modo, a ajudá-los, dando o suporte necessário (i.e., com a possibilidade de suporte social, especialmente entre colegas, com formações, participações em grupo de apoio, assistindo-os psicologicamente, através de apoio profissional especializado como por exemplo, psicoterapias, *mindfulness*, entre outros), com finalidade de melhorar as condições mentais para o trabalho, dando-os assim qualidade de vida.

O contacto com a família e os amigos, o suporte fornecido pelos parceiros e o sentimento de pertença com os colegas e amigos foram relacionados com o bem-estar mental e mostram a direção para atenuar o sentimento de solidão (Stubbs e Achat, 2022b). Assim, esta investigação pode ser aplicada na promoção e prevenção da saúde e do bem-estar dos profissionais de saúde, sendo estes uma peça fundamental para a sociedade em geral.

4.3 Limitações e futuros estudos

A interpretação dos nossos dados, foi realizada a luz das limitações do estudo. Em primeiro lugar o recrutamento da amostra, requereu um grupo específico, de acesso limitado, num ambiente de trabalho pouco propício a coleta de dados, sendo o questionário extenso, cerca de 94 perguntas, considero possível algum constrangimento relativo a atenção dos profissionais de saúde, nas respostas ao questionário e sendo os instrumentos de autorrelato, pode ter sido um fator de viés.

Neste mesmo sentido, é importante referir que embora o instrumento de aferição *DASS-21*, seja um instrumento válido, ele não fornece informações sobre diagnósticos mentais clínicos confirmados. Portanto, a prevalência de potenciais problemas de saúde mental em nosso estudo, deve ser interpretado com prudência.

Em segundo lugar, a amostra representativa dos profissionais de saúde, não foi homogênea, o que por exemplo, não foi possível fazer uma análise diferenciada ou comparativa entre sexo, faixa etária, grupo de profissionais de saúde que exercem diferentes profissões (médico, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros) no entanto, houve uma grande discrepância nos grupos de profissionais que participaram do presente estudo. De referir que também seria importante aprofundar futuros estudos na variável vinculação aos animais de estimação, como já foi exposto anteriormente. Em terceiro lugar o contexto ou ambiente que cada profissional de saúde está inserido são diferentes e isso pode contribuir para o aumento ou não do sentimento de solidão, suporte social, saúde mental, podendo ser um fator preponderante na vinculação aos animais de estimação. Em quarto e último lugar, a natureza do presente estudo limitou a nossa pesquisa, no sentido de não ser possível fazer afirmações sobre causalidade.

Sendo sugerido aos futuros estudos, que realizem uma investigação longitudinal, mais homogênea em relação ao sexo, profissões que exercem, podendo extrapolar a pesquisa para outros países.

Parte 5 - Considerações Finais

5.1 Conclusão

De modo, a concluir podemos verificar que o sentimento de solidão tem sido recorrente na vida dos profissionais de saúde. Estudos têm demonstrado consistentemente que os profissionais de saúde, devido às demandas de trabalho, bem como, ao estigma associado à busca por ajuda, enfrentam alguns níveis de solidão e piora na saúde mental. Fatores como longas horas de trabalho, carga emocional elevada e falta de tempo para interações sociais (fora do ambiente de trabalho), podem contribuir para esses sentimentos negativos. O sentimento de solidão entre os profissionais de saúde está correlacionado com um aumento significativo dos sintomas de depressão, ansiedade e *stress*, afetando negativamente tanto a qualidade de vida, quanto o desempenho profissional, causando sofrimento para quem o sente. A literatura científica destaca que os profissionais de saúde apresentam uma prevalência desproporcionalmente alta desses sintomas, em comparação com a população geral. Estudos epidemiológicos e longitudinais têm documentado consistentemente essa associação, apontando como fatores de risco, a sobrecarga de trabalho, falta de autonomia, exposição a eventos traumáticos, falta de profissionais, falta de condições de trabalho, bem como, baixos salários. Em Portugal, embora os profissionais que trabalham em saúde mental faça um grande esforço, estes também demonstraram precisar de ajuda e os acessos às consultas de especialidade pelo SNS estão muito difíceis, com atrasos significativos nas marcações, falta de profissionais nessa área e ainda muito estigma. Embora, ainda haja preconceito para se procurar ajuda, a linha de aconselhamento psicológico do SNS²⁴ atendeu cerca de 10.800 profissionais de saúde.

Lembrando da importância do suporte social, e o seu papel fundamental na proteção contra os efeitos adversos do sentimento de solidão e dos benefícios para a saúde mental.

É preciso não só mais pesquisas nessas áreas e com essa população, mas também investimentos do governo português nesses profissionais, bem como, mais estudos sobre a vinculação aos animais de estimação. De forma, a abordar intervenções eficazes, para a redução do sentimento de solidão, cuidado com a saúde mental desses profissionais, de modo, a prevenir e promover o seu bem-estar.

Referências bibliográficas

- Aguiar, A., Maia, I., Duarte, R., & Pinto, M. (2022). The other side of Covid-19: preliminary results of a descriptive study on the Covid-19 – related psychological impact and social determinants in Portugal residents. *Journal of Affective Disorders Reports*, 7. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100294>
- Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Correia, B., Gusmão, R., Gago, J., Talina, M., Silva, J., & Pereira, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental*. Universidade Nova de Lisboa. <https://www.researchgate.net/publication/278786138>
- Almeida, M. (2021). *Diz-me o quanto és amigo dos animais, e eu digo-te o quanto tu és feliz! O impacto de práticas pet-friendly no bem-estar em teletrabalho*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Tomar]. Repositório Comum https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/42424/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mestra_do_GRH_Margarida_de_Almeida_aluno_19938.pdf
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Alnazly, E., Khraisat, O. M., Al-Bashaireh, A. M., & Bryant, C. L. (2021). Anxiety, depression, stress, fear, and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. *PLoS ONE*, 16(3), 1–22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247679>
- Antonucci, T. C., Akiyama, H., & Takahashi, K. (2004). Attachment and close relationships across the life span. *Attachment & Human Development*, 6(4), 353–370. <https://doi.org/10.1080/1461673042000303136>
- Barker, S.B., & Wolen, A.R. (2008). The benefits of human-companion animal interaction: A review. *Journal of Veterinary Medical Education*, 35, 487-495. <https://doi.10.3138/jvme.35.4.487>
- Bessa, J. M., Carvalho, S., Cunha, I. B., Fernandes, M., Matos-Pires, A., Neves, R., Oliveira-Maia, A. J., Santos, S., & Santos, V. (2022). Treatment-resistant depression in Portugal: perspective from psychiatry experts. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 824919. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.824919>

- Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., Wiltink, J., Wild, P. S., Münzel, T., Lackner, K. J., & Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, 17(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x>
- Bezerra, G.D., Sena, A.S.R., Braga, S.T., Santos, M.N., Correia, L.R., Clementino, K.F., Carneiro, Y.V., & Pinheiro, W.R. (2020). O Impacto da Pandemia por Covid-19 na Saúde Mental dos Profissionais de Saúde: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem Atual*. <https://teste.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/758/714>
- Bicho, P. S. (2015). *A Motivação e a Satisfação dos Profissionais de Saúde numa Instituição Hospitalar de Especialidade Oncológica*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Europeia]. Repositório Institucional da Universidade Europeia https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9329/1/T-MRH_14_22_Paula%20Bicho.pdf
- Bone, J., Fancourt, D., Fluharty, M., Paul, E., Sonke, J., & Bu, F. (2023). Cross- Sectional and longitudinal associations between art engagement, loneliness, and social support in adolescence. *Social Psychiatry and Psychiatryc Epidemiology*, 58, 931-938. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02379-8>.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Bu, F., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2020). Loneliness during a strict lockdown: trajectories and predictors during the COVID-19 pandemic in 38,217 United Kingdom adults. *Social Science & Medice*. 265, 113521. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113521>
- Cabello, M., Izquierdo, A., & Leal, I. (2022). Loneliness and not living alone is what impacted on the healthcare professional's mental health during the Covid- 19 outbreak in Spain. *Health Soc. Care Community*. 30, 968-975. <https://doi.org/10.1111/hsc.13260>
- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). The growing problem of loneliness. *Lancet*, 391(10119), 426. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30142-9)
- Cacioppo, S., Capitanio, J.P., & Cacioppo, J.T. (2014). Toward a neurology of loneliness. *Psychol. Bull.* 140 (6), 1464–1504. <https://doi.org/10.1037/a0037618>.

- Caetano, S. (2013). *Solidão e Rede de Apoio Social nos Idosos (Percepção e Caracterização)*. [Dissertação de Mestrado, Fundação Bissaya Barreto]. Repositório Comum Rcaap https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28909/1/Solid%C3%A3o%20e%20Rede%20de%20Apoio%20Social_Perce%C3%A7%C3%A3o%20e%20caracteriza%C3%A7%C3%A3o.pdf
- Cardoso, H., Borsa, J., & Segabinazi. (2018). Mental health indicators in young adults: risk and protection factors. *Est. Inter. Psicol.* 9(3), 3-25. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2018v9n3suplp3>
- Carvalho, L., & Malagris, L. (2007). Avaliação do nível de Stress em profissionais de saúde. *Periódicos Eletrónicos em Psicologia*, 7(3). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812007000300016
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Mala, D., & Mota-Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support—MSPSS) [Psychometric properties of portuguese version for the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)]. *Psychologica*, 54, 309–358. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_13
- Casciotti, D., & Zuckerman, D. (2014). Pets and health: The impact of companion animals. *National Center for Health Research*. <https://www.center4research.org/benefits-pets-human-health/>
- Chyczij, F., Ramos, C., Santos, A., Jesus, L., & Alexandre, J. (2020). Prevalência da depressão, ansiedade e stress numa unidade de saúde familiar do norte de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), 19094. <https://doi.org/10.12707/RIV19094>
- Cohen, S. P. (2002). Can pets function as family members? *Western Journal of Nursing Research*, 24(6), 621-638. <https://doi.org/10.1177/019394502320555386>
- De Sio, S., Buomprisco, G., La Torre, G., Lapteva, E., Perri, R., Greco, E., Mucci, N., & Cedrone, F. (2020). The impact of COVID-19 on doctors' well-being: results of a web survey during the lockdown in Italy. *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci* 24 (14), 7869–7879. https://doi.org/10.26355/eurrev_202007_22292

- Direção Geral de Alimentação e Veterinária – (DGAV). (2019). Centro de Recolha Oficial. https://www.dgav.pt/wp-content/uploads/2021/09/RelatA%C2%B3rio-Lei-nAo-27_2016-final_2019FINAL.pdf
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental. <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-saude-mental/>
- Duarte, L., & Moraes, T. (2016). Mental health of psychologists working in primary care services. *Est. Inter. Psicol*, 7(2), 123-146. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2016v7n2p123>
- Gaino, L.V., Souza, J., Cirineu, C. T., & Tulimosky, T. D. (2018). O conceito da saúde mental para profissionais de Saúde: um estudo transversal e qualitativo. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*. 4(2), 108-116. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449>
- Garcia, M. (2023, setembro 2). *Solidão: a pandemia silenciosa*. Gerador. <https://gerador.eu/solidao-a-pandemia-silenciosa/>
- Gilbey, A., McNicholas, J., & Collis, G.M. (2007). A longitudinal test of the belief that companion animal ownership can help reduce loneliness. *Anthrozoos*, 20, 345-353. <https://doi.org/10.2752/089279307X245473>
- Giumelli, R., & Santos, M. (2016). Convivência com aos animais de estimação: um estudo fenomenológico. *Revista da Abordagem Gestáltica*. 22(1), 49-58. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672016000100007
- Gomes, D. (2017). *O Comportamento do Consumidor Face aos Animais de Estimação: Expectativa dos Serviços Prestados*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico do Porto]. Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto. <https://recipp.ipp.pt/handle/10400.22/13004>
- Graham, T. M., Milaney, K. J., Adams, C. L., & Rock, M. J. (2019). Are millennials really picking pets over people? Taking a closer look at dog ownership in emerging adulthood. *Canadian Journal of Family and Youth/Le Journal Canadien de Famille et de la Jeunesse*, 11(1), 202-227. <https://doi.org/10.29173/cjfy29454>

- Groarke, J.M., Berry, E., Graham-Wisener, L., McKenna-Plumley, P.E., McGlinchey, E., & Armour, C. (2020). Loneliness in the UK during the COVID-19 pandemic: crosssectional results from the COVID-19 psychological wellbeing study. *PLoS One* 15 (9), e0239698. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239698>
- Growth from Knowledge. (2015). Portugal é um país pet friendly. Portugal.<https://www.gfk.com/press/portugal-e-um-pais-pet-friendly>
- Guimarães, I. (2019, outubro 15). Stress, a epidemia do século XXI. O que fazer para gerir? CUF. <https://www.cuf.pt/mais-saude/gestao-de-stress>
- Hawkley, L. C., Buecker, S., Kaiser, T., & Luhmann, M. (2022). Loneliness from young adulthood to old age: explaining age differences in loneliness. *International Journal of Behavioral Development*, 46(1), 39–49. <https://doi.org/10.1177/0165025420971048>
- Hawkley, L., & Capitanio, J.P. (2015). Perceived social isolation, evolutionary fitness, and health outcomes: a lifespan approach. *Phil. Trans. R.Soc. Londres. B Biol. Ciência.* 370 (1669). <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2014.0114>
- Hayes, A.F. (2018). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis. A Regression-Based Approach* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Herzog, H. (2018, Agosto, 31). Does Having Pets Really Make Us Healthier? Animals and Us' Blog Posts, 101. <https://www.wellbeingintlstudiesrepository.org/aniubpos/101>
- Hutten, E., Jongen, E.M., Vos, A., Hout, A., & Lankveld, J. (2021). Loneliness and Mental Health: The mediating effects of perceived social support. *Internacional Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 119-163. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211963>
- Instituto Nacional de Estatística (2022). Estatística da Saúde 2020. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=11485&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2020). *Saúde mental em tempos de pandemia Covid-19*. <https://www.insa.min-saude.pt/sm-covid19-saude-mental-em-tempos-de-pandemia-relatorio-final/>

- Jakubovski, E., & Bloch, M. H. (2016). Anxiety disorder-specific predictors of treatment outcome in the coordinated anxiety learning and management (CALM) trial. *Psychiatric Quarterly*, 87(3), 445–464. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26563229/>
- Johnson, T. P., Garrity, T. F., & Stallones, L. (1992). Psychometric evaluation of the Lexington Attachment to Pets Scale (LAPS). *Anthrozoös*, 5(3), 160–175. <https://doi.org/10.2752/089279392787011395>
- Kılınç, T., & Sis Çelik, A. (2020). Relationship between the social support and psychological resilience levels perceived by nurses during the COVID-19 pandemic: A study from Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(3), 1000-1008. <https://doi.org/10.1111/ppc.12648>
- Krueger, F., Mitchell, K. C., Deshpande, G., & Katz, J. S. (2020). Human-dog relationships as a working framework for exploring human-robot attachment: a multidisciplinary review. *Animal Cognition*, 24, 371-385. <https://doi.org/10.1007/s10071-021-01472-w>.
- Kulari, G. (2024). Getting by with a little help from friends and family: mediation model between loneliness and depressive symptoms amongst Portuguese students. *Journal of applied research in higher education*, 16(2). <https://doi.org/10.1108/JARHE-11-2023-0547>
- Kulari, G., Laneiro, T., Ribeiro, L., Leiter, M., & Santos, M. (2023). Relationship between authentic leadership and burnout: the mediating role of civility in healthcare sector in Portugal. *Journal of the Iberoamerican Academy of Management*, 21 (3). 265-283. <https://doi.org/10.1108/MRJIAM-03-2023-1391>
- Lass- Hennemann, J., Schafer, S., Sopp, M., & Michael, T. (2020). The relationship between dog ownership, psychopathological symptoms and health-benefitting factors in occupations at risk for traumatization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2562. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072562>
- Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro, versão atualizada. Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa-PGDL. (2019). Base 28. Profissionais de Saúde. (2019). https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=3197B0028&nid=3197&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&so_miolo=&nversao=
- Losada, A., Márques- Gozález, M., Chaparro, M., Pinazo, S., Puga, D., Santabalbina, F., & Yanguas, J. (2013). *O desafio da solidão nas pessoas idosas*. Fundação La Caixa.

- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Luhmann, M., Buecker, S. & Rüsberg, M. (2023). Loneliness across time and space. *Nature Reviews Psychology*, 2, 9–23. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00124-1>
- Mann, F., Wang, J., Pearce, E., Ma, R., Schlieff, M., Lloyd-Evans, B., Ikhtabi, S., & Johnson, S. (2022). Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57. 2161-2178 <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02261-7>
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics 25*. (7th ed). Report Number
- Marques, R. (2021). *Vínculo humano-animal de companhia e processos de luto após a sua perda*. [Dissertação de Mestrado – Instituto Piaget]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/41539/1/Raquel%20Marques.pdf>
- Masi, C.M., Chen, H., Hawkley, L.C., & Cacioppo, J.T. (2011). Uma Meta-Análise de Intervenções para Reduzir a Solidão. *Revista Personalidade e Psicologia Social*, 15(3), 219–266. <http://dx.doi.org/10.1177/1088868310377394>
- McConnell, A., Brown, C., Shoda, T., Stayton, L., & Martin, C. (2011). Friends whith benefits: on the positive consequences of pet ownership. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101 (6). 1239-1252. <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/psp-101-6-1239.pdf>
- McNicholas, J., Gilbey, A., Rennie, A., & Ahmedzai, S. (2005). Pet ownership and human health: a brief review of evidence and issues. *British Medical Journal*, 331(7527), 1252- 1254. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7527.1252>
- Murthy, V. (2023). How Social Connection Impacts Individual Health and Well-Being. Our Epidemic of Loneliness and Isolation. The U.S. Surgeon General’s Advisory on The Healing Effects of Social Connection and Community (pp.23-29). *US Public Health Service*. <https://www.hhs.gov/sites/default/files/surgeon-general-social-connection-advisory.pdf>
- Nastrini, V. (2023, Março, 22). Profissionais da Saúde: suas especialidades e como valorizá-los. Sinaxys. <https://blog.sinaxys.com/profissionais-saude/>

- O'Hare, M. (2010). Companion animals and human health: Benefits, challenges, and the road ahead. *Journal of Veterinary Behavior*, 5. 226-234. <https://doi.org/10.1016/j.jveb.2010.02.002>
- Organização Mundial da Saúde – (OMS/ WHO). (2023a). OMS lança comissão para promover conexão social. <https://www.who.int/news/item/15-11-2023-who-launches-commission-to-foster-social-connection>
- Organização Mundial da Saúde – (OMS/ WHO). (2023b). Isolamento Social e Solidão. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/social-isolation-and-loneliness>
- Organização Mundial da Saúde. (OMS/WHO). (2023c). Constituição da Organização Mundial da Saúde - 1946. <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>
- Organização Mundial da Saúde – (OMS/ WHO). (2022a). Agências da ONU lançam guia para garantir proteção dos trabalhadores de saúde. <https://news.un.org/pt/story/2022/02/1780372>
- Organização Mundial da Saúde – (OMS/ WHO). (2022b). Saúde Mental no Trabalho. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>
- Organização Mundial da Saúde – (OMS/ WHO). (2020). World Mental Health Report: Transforming Mental Health for all. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>
- O'Sullivan, R., Burns, A., Leavey, G., Leroi, I., Burholt, V., Lubben, J., Holt-Lunstad, J., Victor, C., Lawlor, B., Vilar-Compte, M., Perssinotto, C., Tully, M., Sullivan, M., Rosato, M., Power, J., Tilikainen, E., & Prohaska, T. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on loneliness and social isolation: A multi-country study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 18 (19), 9982. <https://doi.org/10.3390/ijerph18199982>
- Owczarek, M., Nolan, E., Shevlin, M., Butter, S., Karatzias, T., McBride, O., Murphy, J., Vallieres, F., Bentall, R., Martinez, A., & Hyland, P. (2022) How is loneliness related to anxiety and depression: a population-based network analysis in the early lockdown period. *International Journal of Psychology*, 57 (5). pp. 585-596. <https://doi.org/10.1002/ijop.12851>

- Pais-Ribeiro, J.L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doença*, 5(1), 229-239. <http://hdl.handle.net/10400.12/1058>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systemic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Pascuet, A.G., Mieres, H.G., Vásquez, I.G., Moneta, M.V., Koyanagi, A., Haro, J.M., & Abella, J.D. (2023). A associação do apoio social e da solidão com sintomas de depressão, ansiedade e stress pós-traumático durante a pandemia de Covid-19: Uma Meta-Análise. *Revista Internacional de Investigação Ambiental e Saúde Pública*, 20(4), 2765. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042765>
- Paulino, M., Dumas-Diniz, R., Brissos, S., Brites R., Alho, L., Simões, M., & Silva, C. (2021). COVID-19 in Portugal: exploring the immediate psychological impact on the general population. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 44-45. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1808236>
- Peixinho, A. (2023). Prevenir a Depressão. Lusíadas <https://www.lusiadas.pt/blog/doencas/sintomas-tratamentos/prevenir-depressao>
- Perlman, L. A., & Peplau, D. (1982). Perspective on loneliness. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds), *Loneliness: A sourcebook of current theory research and therapy* (pp.1-18). John Wiley & Sons.
- Pinho, L., Correia, T., Sampaio, F., Sequeira, C., Teixeira, L., Lopes, M., & Fonseca, C. (2021). The use of mental health promotion strategies by nurses to reduce anxiety, stress, and depression during the COVID-19 outbreak: A prospective cohort study. *Environmental Research*, 195, 2–9. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.110828>
- Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades*, 10(18), 66-77. <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/304>

- Ratschen, E., Shoesmith, E., Shahab, L., Silva, K., Kale, D., Toner, P., Reeve, C., & Mills, D. S. (2020). Human-animal relationships and interactions during the Covid-19 lockdown phase in the UK: Investigating links with mental health and loneliness. *PloS one*, 15 (9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239397>
- Ribeiro, L., Nitzsche, M., Jesus, S., Golçalves, E., Magalhães, J., & Laneiro, T. (2016, Novembro, 11). *Promoção da qualidade das relações interpessoais, da saúde e do bem-estar dos profissionais de saúde*. Jornadas Lusófonas de Comportamento Organizacional e Gestão. <http://hdl.handle.net/11144/3127>
- Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of mental health*, (3th ed., pp. 535- 544). Academic Press
- Rodrigues, V., & Madeira, M. (2009). Suporte Social e Saúde Mental: Revisão de Literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. 390-399. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1293/2/390-399_FCS_06_-6.pdf
- Russell, D. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2
- Samó, M. (2014). The human-animal bond and its implications for psychology in Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(2), 160–182. <https://psycnet.apa.org/record/2016-04264-001>
- Santini, I., Jose, P., Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K., & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Health*, 5(1), 62-70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0).
- Santos, M., & Almeida A. (2016). Profissionais de Saúde: principais riscos e fatores de risco, eventuais doenças profissionais e medidas de proteção recomendadas. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 2. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24323/1/010%20-%20rpsa%20de%20sa%C3%83%C2%BAde.pdf>
- Schwarzer, R. & Rieckmann, N. (2002). Social support, cardiovascular disease, and mortality. In G. Weidner & al. (Eds.), *Heart Disease: Environment, Stress and Gender* (pp. 185-196). IOS Press.

- Segrin, C., & Passalacqua, A. (2010). Function of loneliness, Social Support, Health Behavior, and stress in Association with poor Health. *Health Communication*, 25 (4), 312-322. <https://doi.org/10.1080/10410231003773334>
- Serra, A. V. (2007). *O stress na vida de todos os dias* (3ªed), pp. 805-841. Coimbra
- Shovestul. B., Han, J., Germine, L., & Dodell- Feder, D. (2020) Risk factors for loneliness: The high relative importance of age versus other factors. *PLoS ONE* 15(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229087>
- Silva, M. (2015). *O Suporte Social Percebido e a Satisfação com os Papéis de vida numa amostra de adultos trabalhadores*. [Dissertação de Mestrado – Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/22255>
- Siqueira, M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo* 13 (2), 381-388. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200021>
- Sousa, J., Moreira, C., Correia, D. (2018). Ansiedade, depressão e performance académica: um estudo em estudantes de medicina versus estudantes de outros cursos. *Acta Médica Portugal*, 31 (9), 454-462. <https://doi.org/10.20344/amp.9996>
- Staats, S., Sears, K., & Pierfelice, L. (2006). Teachers' pets and why they have them: an investigation of the human-animal bond. *Journal of Applied Social Psychology*, 36 (8), 1881–1891. <https://doi.org/10.1111/j.0021-9029.2006.00086.x>
- Stubbs, J. M., & Achat, H. M. (2022a). Are healthcare workers particularly vulnerable to loneliness? The role of social relationships and mental-being the Covid-19 pandemic. *Psychiatric Research Communications*, 2(2). <https://doi.org/10.1016/j.psycom.2022.100050>
- Stubbs, J. M., & Achat, H. M. (2022b). Pandemic Loneliness in Healthcare Workers. Does it Predict later Psychological Distress? *Psychological Reports*, 1-20. <https://doi.org/10.1177/00332941221139719>
- Surkalim, D., Luo, M., Eres, R., Gebel, K., Buskirk, J., Bauman, A., & Ding, D. (2022). The prevalence of loneliness across 113 countries: systematic review and meta-analysis, 376. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067068>
- The Lancet. (2020). COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet* 395 (10228), 922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30644-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30644-9), 922.

- Victor, C., & Yang, K., (2012). The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom. *PubMed*, 1 (2), 85-104. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.613875>.
- Veríssimo, L., & Poeira, A. (2012). Tipologia de perfis socioprofissionais e a identificação profissional numa organização de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30 (2), 143-148. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.07.001>
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R. & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(156), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
- World Health Organization – (WHO). (2023). International Classification of Diseases Eleventh Revision. World Health Organization. https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release
- Wright, S., & Silard, A. (2022). Loneliness in young adults workers. *Res. Public Health*, 19 (21). <https://doi.org/10.3390/ijerph192114462>
- Zhang, X., & Dong, S. (2022). The relationships between social support and loneliness: A meta-analysis and review. *Elsevier*, 227, 103616. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103616>
- Zilcha-Mano, S., Mikulincer, M., & Shaver, P. (2012). Pets as safe havens and secure bases: the moderating role of pet attachment orientations. *Journal of Research in Personality*, 46 (5), 571-580. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2012.06.005>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. <https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201>

Anexos

Anexo I. Modelo de e-mail enviado para o pedido de colaboração

Caros (as),

Espero encontrá-los (as) bem.

No sentido de concluir, a dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, na Universidade Autónoma de Lisboa (UAL) e tendo como orientadora a Professora Doutora Genta Kulari, estou a desenvolver um estudo que tem como título **"Profissionais de Saúde: Sentimento de Solidão na Saúde Mental e Fatores de Proteção"**.

Posto isso, faço o pedido de colaboração, para a recolha de dados dos profissionais de saúde desta prestigiada Associação.

O objetivo do estudo é não só contribuir, para o conhecimento de alguns dos fatores de risco e protetores da solidão em profissionais de saúde no contexto Português, mas também analisar a função do suporte social na redução de solidão, investigar o efeito da solidão na saúde mental (depressão, ansiedade e stress), estudar a vinculação aos animais de estimação na redução da solidão, bem como, analisar o papel da vinculação aos animais de estimação na saúde mental dos profissionais de saúde que têm vínculo com um animal de estimação.

Neste sentido, é importante referir que durante a investigação serão respeitadas todas as questões éticas, deontológicas e de confidencialidade em todo o processo de investigação, incluindo a recolha de dados e em momento algum os participantes serão identificados, acrescentando ainda, sob o compromisso de honra que o funcionamento da Associação não será posto em causa. Segue em anexo, todo o protocolo da investigação, bem como o link do questionário do estudo para preenchimento abaixo, se assim o entenderem.

<https://forms.gle/f2XmtChT9BHosGMM9>

Agradeço desde já pela disponibilidade e atenção. Estou disponível para qualquer esclarecimento via e-mail, contacto telefónico ou presencialmente.

Aguardo retorno, assim que oportuno.

Sem outro assunto de momento,

Subscrevo

Atenciosamente,

Michelle Castro

Anexo II. Protocolo do estudo

APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

A solidão é descrita como um sentimento desconfortável de alienação, perda e isolamento, assumindo paralelamente uma função desenvolvimental, impedindo a procura de apoio social e estabelecimento ou manutenções de relações interpessoais, sólidas e vinculativas, tornando-se uma experiência e um sentimento universal. Nos últimos quatro anos tem-se assistido a um forte aumento da solidão entre adultos em toda a Europa, especialmente durante os primeiros meses da pandemia. Pelo que, Portugal é o sexto país com a maior subida da solidão, de modo, a constatar que muitas pessoas se sentem abandonadas quer pela sociedade, quer pelas instituições, quer ainda por aqueles que lhes são próximos, como é o caso da família, amigos, entre outros. A solidão pode ainda resultar de fatores situacionais e de características pessoais, como cada um de nós encara as diversas situações problemáticas da vida e como se lida com as adversidades do quotidiano. O sentimento solidão não começou com a pandemia, mas a pandemia destacou os sinais de alarme que já existiam, sobre a solidão. Neste âmbito, o presente estudo tem como objetivo analisar os níveis de solidão nos profissionais de saúde de diversas faixas etárias no contexto português. Neste sentido, convidamo-lo a participar no estudo **“Profissionais de Saúde: O Sentimento de Solidão na Saúde Mental e os Fatores de Proteção”**, que está a ser desenvolvido no âmbito do projeto de Dissertação de Mestrado integrado no Centro de Investigação em Psicologia, da Universidade Autónoma de Lisboa (CIP - UAL). Estudos como este pretendem contribuir para o conhecimento de alguns dos fatores de risco e protetores da solidão em profissionais de saúde no contexto português. Assim, este questionário tem por objetivos: 1) analisar a função do suporte social na redução de solidão; 2) investigar o efeito da solidão na saúde mental (depressão, ansiedade e stress); 3) estudar a vinculação aos animais de estimação na redução da solidão; 4) analisar a função mediadora da solidão entre o suporte social e saúde mental; 5) analisar o papel da vinculação aos animais e investigar se existem diferenças significativas na saúde mental dos profissionais de saúde que têm vínculo com um animal de estimação. Este é um estudo transversal, onde os participantes preencherão um questionário, destinado a adultos (+18 anos), que sejam profissionais de saúde, com residência em Portugal. Toda a informação fornecida sobre si será mantida anónima e confidencial. Apenas os resultados globais da investigação serão tornados públicos, em apresentações ou publicações de carácter científico, preservando sempre o anonimato dos participantes. A participação neste questionário ou a recusa em o fazer não o/a irá beneficiar ou prejudicar diretamente. Em qualquer momento pode desistir da sua participação e solicitar junto do investigador que a informação por si fornecida seja removida e eliminada deste estudo. Para qualquer dúvida, poderá contactar o email: 30008901@students.ual.pt, sob orientação da Professora Doutora Genta Kulari (Universidade Autónoma de Lisboa).

Agradecemos desde já a vossa colaboração!

Consentimento Informado

1- IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO DOS DADOS: Cooperativa de Ensino Universitário, C.R.L (CEU, CRL). Entidade Instituidora da Universidade Autónoma de Lisboa, Rua de Santa Marta 47 2º 1150-293 Lisboa, NIF: 501641238, Autora da investigação: [Michelle Castro, 30008901@students.ual.pt](mailto:Michelle.Castro.30008901@students.ual.pt) e a orientadora da investigação: [Genta Kulari, gkulari@autonomia.pt](mailto:Genta.Kulari.gkulari@autonomia.pt);

2- QUE DADOS RECOLHEMOS E CATEGORIAS DE TITULARES DOS DADOS: **Dados dos participantes:** Sociodemográficos - Género, Idade, Estado civil, Número de filhos, Formação escolar, Número e espécie de animais de estimação, Perceção de esforço financeiro para cuidar dos animais, Profissão, Tipo de contrato, Distrito de residência, Nacionalidade, Número e tipo de pessoas coabitantes, Perda de familiares ascendentes. Medidas de solidão, ansiedade, depressão, stress, suporte social, vínculo com o animal de estimação.

3- FUNDAMENTO JURÍDICO: Consentimento.

4- O QUE FAZEMOS COM OS SEUS DADOS (FINALIDADES): Investigação sobre “**Profissionais de Saúde: Sentimento de Solidão na Saúde Mental e Fatores de Proteção**”, com aplicação única.

5- DURANTE QUANTO TEMPO ARMAZENAMOS OS SEUS DADOS: Os seus dados deixarão de ser tratados com a finalidade da investigação, logo que o Titular dos Dados retire o seu consentimento ou cinco anos após o fim do estudo.

7- TRANSFERÊNCIA PARA PAÍSES TERCEIROS: A Cooperativa de Ensino Universitário garante o cumprimento do regulamento, autora e orientadora.

8- TRATAMENTO DOS DADOS: Não serão objeto de tratamento para decisões individuais automatizadas, nem para definição de perfis.

9 – MEDIDAS IMPLEMENTADAS PARA PROTEÇÃO DOS SEUS DADOS CONTRA O ACESSO, A ALTERAÇÃO OU A DESTRUIÇÃO NÃO AUTORIZADA: A Cooperativa de Ensino Universitário, juntamente com a autora da investigação, toma as precauções necessárias e legalmente exigidas para garantir a proteção da informação recolhida junto dos Titulares dos Dados. Entre outras, estão implementadas as seguintes medidas técnicas e organizacionais para garantir a segurança e confidencialidade dos dados pessoais: segurança física (através de controlo de acessos), separação lógica dos registos, passwords de acesso e níveis de acesso, *firewalls* e programas antivírus.

10 – OS SEUS DIREITOS: Todos os dados pessoais são tratados de acordo com os termos do previsto no Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia, tendo os titulares dos dados pessoais direito de aceder, livremente e sem restrições, confirmando, retificando, apagando ou bloqueando os dados que hajam facultado, bem como o direito à portabilidade e à limitação do tratamento no que disser respeito ao Titular dos Dados, ou do direito de se opor ao tratamento, podendo exercê-lo por escrito, pessoalmente nas nossas instalações ou através do email 30008901@students.ual.pt, sem qualquer encargo. O Titular dos Dados tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer altura, devendo para o efeito contactar-nos através do email: 30008901@students.ual.pt.

Compreendi que a participação neste estudo é de carácter voluntário e a recusa em o fazer, em nada irá comprometer o relacionamento com os profissionais de saúde, nem o respeito pelos direitos à assistência que lhe é devida. Tive oportunidade de colocar e esclarecer todas as dúvidas que tinha sobre esta investigação, bem como, tive tempo para refletir sobre a mesma. Sendo as informações recolhidas em um só momento.

Neste sentido, declaro que compreendi os objetivos deste estudo, que a informação por mim fornecida será mantida confidencial e que será utilizada de forma anónima e para fins de investigação científica. Compreendi que em qualquer momento os meus posso abandonar a minha participação neste estudo e os meus dados serão eliminados automaticamente.

Tive oportunidade de colocar e esclarecer todas as dúvidas que tinham sobre esta investigação, juntamente com a autora do estudo.

Sim quero continuar ☐

Não quero continuar ☐

DATA: ____/____/____

ASSINATURA: _____

Pedimos a sua colaboração para investigação sobre os comportamentos no trabalho. Para tal, solicitamos que preencha o questionário que a seguir se apresenta, seguindo as instruções que se encontram antes de cada quadro, e assinale colocando um 'X' no número que mais se aproxima com a sua realidade. Seja espontânea, pois não existem respostas certas nem erradas. Assegure-se que respondeu a todas as questões. Este questionário demora cerca de 15 minutos a preencher.

Questionário Sociodemográfico

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino ☐

Idade (anos): ☐ 18 aos 28 ☐ 40 aos 50 ☐ 62 aos 66
☐ 29 aos 39 ☐ 51 aos 61 ☐

Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorciado
☐ Viúvo ☐ União de facto ☐

Nº de filhos:

☐ Não tenho filhos
☐ 01 filhos
☐ 02 filhos
☐ 03 filhos
☐ 04 filhos
☐ 05 filhos
☐ outros

Nº pessoas com quem partilha casa:

☐ Não partilho, vivo sozinho (a)
☐ 01 pessoa
☐ 02 pessoas
☐ 03 pessoas
☐ 04 pessoas
☐ 05 pessoas
☐ 06 pessoas

Com quem partilha casa (assinale todos que se aplicam):

☐ Pai ☐ Mãe ☐ Companheiro/a
☐ Avó ☐ Irmãos ☐ Amigos (as)
☐ Avô ☐ Outros familiares ☐ Outros

Assinale os familiares vivos com quem mantém algum contacto:

☐ Mãe ☐ Pai ☐ Avô
☐ Avó ☐ Tios ☐ Primos
☐ Irmãos (as) ☐ Outros ☐ Nenhum familiar

Tem animal de estimação?

☐ **Sim**
☐ **Não**
☐ 01
☐ 02
☐ 03
☐ 04
☐ 05
☐ 06
☐ 07
☐ outros

Nº animais de estimação

Espécie dos animais de estimação (assinale tantos quantos se apliquem):

☐ Cão ☐ Gato ☐ Coelho
☐ Peixe ☐ Pássaros ☐ Outra
☐ Furão ☐ Tartaruga ☐ (especifique)

Teve algum animal de estimação durante a infância/ adolescência?

☐ Sim ☐ Não

Como classifica o seu esforço financeiro para cuidar dos seus animais de estimação?

☐

Pequeno

☐

Médio

☐

Grande

Formação escolar

☐

Ensino básico (1º ciclo)

☐

Até 9º ano de escolaridade (3º ciclo)

☐

Até 12º ano de escolaridade (secundário)

☐

Frequência universitária

☐

Licenciatura ou bacharelato

☐

Mestrado

☐

Doutoramento

☐

Que profissão na área da saúde exerce?

☐

Médicos

☐

Enfermeiros

☐

Fisioterapeutas

☐

Psicólogos

☐

Nutricionistas/Dietistas

☐

Farmacêuticos

☐

Terapeutas da Fala

☐

Assistentes sociais

☐

Médicos Dentistas

☐

Higienistas Orais

☐

Imagiologia/ Radioterapia e Medicina Nuclear

☐

Técnicos de Diagnóstico e Terapeuta

☐

Assistente Operacional

☐

Assistente Técnico

☐

Outros

Trabalha no setor:

☐

Público

☐

Privado

Instituição a que presta cuidados de saúde

☐

Hospital

- ☐ Centro de Saúde
- ☐ Clínica
- ☐ Serviço domiciliário
- ☐ Outro

Contrato de trabalho:

- ☐ Recibos verdes/ trabalhador independente
- ☐ Contrato a termo certo
- ☐ Contrato sem termo/ quadro

Distrito de Residência:

- | | |
|---|---|
| ☐ Aveiro | ☐ Lisboa |
| ☐ Beja | ☐ Portalegre |
| ☐ Braga | ☐ Porto |
| ☐ Bragança | ☐ Santarém |
| ☐ Castelo Branco | ☐ Setúbal |
| ☐ Coimbra | ☐ Viana do Castelo |
| ☐ Évora | ☐ Vila Real |
| ☐ Faro | ☐ Viseu |
| ☐ Guarda | ☐ Açores |
| ☐ Leiria | ☐ Madeira |

Distrito de trabalho:

- | | |
|---|---|
| ☐ Aveiro | ☐ Lisboa |
| ☐ Beja | ☐ Portalegre |
| ☐ Braga | ☐ Porto |
| ☐ Bragança | ☐ Santarém |
| ☐ Castelo Branco | ☐ Setúbal |
| ☐ Coimbra | ☐ Viana do Castelo |
| ☐ Évora | ☐ Vila Real |
| ☐ Faro | ☐ Viseu |
| ☐ Guarda | ☐ Açores |
| ☐ Leiria | ☐ Madeira |

Muito obrigada pela colaboração!