



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

“LUÍS DE CAMÕES”

**AS MARCAS DA SOLIDÃO: A SAÚDE MENTAL ENTRE JOVENS ADULTOS COM
EPISÓDIOS DE AUTOMUTILAÇÃO**

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

Autora: Inês Alexandra Vides Ferreira

Orientadora: Professora Doutora Genta Kulari

Número da candidata: 30002999

Abril de 2025

Lisboa

Agradecimentos

A conclusão desta dissertação representa igualmente o fim de um ciclo que contribuiu para a minha evolução pessoal e académica. Nenhum percurso é feito de forma isolada, e este não foi exceção.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à Universidade Autónoma de Lisboa, instituição na qual tive a oportunidade de crescer, tanto a nível académico como pessoal. Agradeço também a todos os docentes que contribuíram para a minha formação, pelos conhecimentos partilhados, pelos desafios lançados e pela dedicação ao ensino.

Gostaria de expressar o meu mais profundo agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Genta Kulari, pela orientação rigorosa, disponibilidade incansável e apoio contínuo, que excederam largamente as funções de revisão e correção desta dissertação. A empatia demonstrada, o incentivo constante e a confiança contínua nas minhas capacidades foram fatores determinantes para a minha resiliência nos momentos mais desafiantes.

Agradeço a todos os meus amigos, especialmente às minhas amigas e companheiras de jornada, Joana Figueiredo e Rafaela Vicente, deixo a minha mais profunda gratidão e carinho. Estiveram sempre presentes, tanto nos momentos de maior sucesso como nos momentos de maior dificuldade, oferecendo palavras de coragem, apoio incondicional e uma presença que tornou esta experiência mais reconfortante e animada. Incentivaram-me nos momentos de dúvida e desmotivação, ajudaram-me a crescer, não só como pessoa, mas também como futura profissional. Partilhar esta caminhada convosco tornou tudo mais leve, mais rico e mais verdadeiro.

Aos meus queridos pais, que me deram apoio incondicional, o melhor exemplo e o maior incentivo, até nos momentos mais silenciosos, não poderia estar mais grata! À minha irmã e aos meus irmãos, o meu agradecimento por estarem sempre presentes e por me apoiarem.

Finalmente, agradeço a todos os participantes do meu estudo. A vossa generosidade e disponibilidade foram fundamentais para o sucesso desta investigação.

A todos, o meu sincero obrigada!

Resumo

A automutilação constitui um problema de saúde pública, com fortes associações a um risco elevado de suicídio e a consequências negativas para a saúde física e mental. Em Portugal, apesar da escassez de estudos recentes, os dados disponíveis indicam taxas preocupantes de automutilação, especialmente entre mulheres jovens, e uma associação com a solidão e saúde mental.

O presente estudo teve como objetivo investigar o papel mediador da solidão na relação entre as dimensões de suporte social e sintomas depressivos numa amostra de 320 jovens adultos portugueses, com histórico de automutilação ($n = 160$) e sem histórico de automutilação ($n = 160$). Adicionalmente, o estudo explorou a mediação da solidão na relação entre vinculação a animais de estimação e sintomas de depressão, utilizando o modelo de mediação PROCESS de Hayes (modelo 4).

Os resultados indicaram que o suporte social está negativamente associado à solidão e à saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e stresse). Foram ainda identificadas diferenças significativas na perceção de ansiedade e vinculação com animais de estimação no grupo com histórico de automutilação. O grupo sem histórico de automutilação apresentou níveis significativos mais elevados na perceção de suporte social de outras pessoas significativas. Quanto ao género, tanto na amostra total como no grupo com histórico de automutilação as mulheres apresentaram níveis significativamente mais elevados de ansiedade e stresse e maior perceção de suporte social proveniente de pessoas significativas. O grupo com histórico de automutilação e sem animais de estimação reportaram níveis significativamente mais elevados de suporte social familiar e níveis mais baixos de sintomas de depressão.

O papel mediador da solidão na relação entre dimensões de suporte social (família, amigos e pessoas significativas) e sintomas de depressão foi significativo. A solidão não revelou efeitos mediadores significativos na relação entre vinculação a animais de estimação e sintomas de depressão.

O estudo sublinha o papel crucial do suporte social na mitigação da solidão e na melhoria da saúde mental de jovens adultos, especialmente aqueles com histórico de automutilação. Os resultados sugerem que promover o suporte social pode ser uma estratégia eficaz para reduzir sintomas de depressão, ansiedade e stresse, com implicações práticas para intervenções psicológicas e programas de apoio.

Palavras-chave: solidão, saúde mental, suporte social, automutilação

Abstract

Self-harm is a public health problem with strong associations with high suicide risk and negative physical and mental health outcomes. In Portugal, despite the scarcity of recent studies, the available data indicate significant increased rates of self-harm, especially among women and young adults, and a significant association with loneliness and mental health.

The purpose of this study was to examine the mediating role of loneliness in the relationship between the dimensions of social support and depressive symptoms in a sample of 320 young Portuguese adults with history of self-harm ($n = 160$) and without a history of self-harm ($n = 160$). In addition, the study examined the mediation of loneliness in the relationship between pet attachment and symptoms of depression using Hayes' PROCESS mediation model (model 4).

The results indicated that social support was negatively associated with loneliness and mental health (symptoms of depression, anxiety and stress). Significant differences were also found in the perceptions of anxiety and attachment to pets in the group with a history of self-harm. Meanwhile, the group without a history of self-harm reported higher levels of perceived social support from significant others.

Regarding gender, women in both the total sample and the group with a history of self-harm had significantly higher levels of anxiety and stress and higher perceived social support from significant others. The group with a history of self-harm, and no pets reported significantly higher levels of family social support and lower levels of depression symptoms.

The mediating role of loneliness in the relationship between the dimensions of social support (family, friends, and significant others) and symptoms of depression was significant. Loneliness did not show significant mediating effects on the relationship between attachment to pets and symptoms of depression.

The study highlights the critical role of social support in reducing loneliness and improving mental health among young adults, particularly those with a history of self-harm. The findings suggest that promoting social support may be an effective strategy for reducing symptoms of depression, anxiety, and stress, with practical implications for psychological interventions and support programs.

Keywords: loneliness, mental health, social support, self-harm

Índice

Introdução	9
Parte I – Enquadramento Teórico.....	11
1.1 Jovens adultos com histórico de automutilação.....	12
1.2 Definição de solidão	16
1.3 Relação de saúde mental com solidão.....	23
1.4 Os recursos de suporte social	26
1.5 A vinculação a animais de estimação	29
Parte II – Metodologia	33
2.1 Desenho do estudo.....	34
2.2 Participantes	37
2.3 Instrumentos	37
2.4 Procedimentos	39
2.5 Tratamento e análise de dados.....	40
Parte III – Resultados	42
3.1 Análise descritiva	43
3.2 Análise das hipóteses	52
Parte IV – Discussão dos resultados.....	61
4.1 Discussão dos resultados.....	62
4.2 Implicações teóricas e práticas do estudo	77
4.3 Limitações e futuros estudos	78
Parte V – Considerações Finais	80
5.1 Conclusão.....	81
Referências bibliográficas:	82
ANEXOS	94

Lista de Tabelas

Tabela 1. Consistência interna das escalas UCLA, MSPSS, DASS-21 e LAPS	39
Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra (idade, sexo, número de filhos)	43
Tabela 3. Caracterização sociodemográfica da amostra (coabitação e contato com parentes).....	44
Tabela 4. Caracterização sociodemográfica da amostra (escolaridade, profissão/ocupação, contrato de trabalho, nacionalidade e distrito de residência).....	45
Tabela 5. Caracterização sociodemográfica da amostra (número e espécie de animais, esforço financeiro e presença de animais na infância/adolescência)	46
Tabela 6. Caracterização da amostra segundo os comportamentos autolesivos mais comuns na população com histórico de automutilação	47
Tabela 7. Caracterização da amostra segundo as categorias específicas de comportamentos autolesivos reportados pela população com histórico de automutilação	48
Tabela 8. Caracterização da amostra segundo a idade do primeiro episódio de automutilação na população com histórico de automutilação	48
Tabela 9. Caracterização da amostra segundo a idade do último episódio de automutilação na população com histórico de automutilação	49
Tabela 10. Caracterização da amostra segundo a duração dos comportamentos autolesivos na população com histórico de automutilação	49
Tabela 11. Mínimos, máximos, médias, desvio-padrão, assimetria, curtose e α dos itens da escala UCLA.....	50
Tabela 12. Mínimos, máximos, médias, desvio-padrão, assimetria, curtose e α dos itens da escala MSPSS	50
Tabela 13. Mínimos, máximos, médias, desvio-padrão, assimetria, curtose e α dos itens da escala DASS-21	51
Tabela 14. Mínimos, máximos, médias, desvio-padrão, assimetria, curtose e α dos itens da escala LAPS.....	52
Tabela 15. Correlações entre as variáveis do estudo.....	53
Tabela 16. Amostra total com histórico de automutilação (n = 160) e sem histórico de automutilação (n = 160).....	54
Tabela 17. Amostra total dividida por sexo feminino (n = 263) e masculino (n = 57)	54
Tabela 18. População com histórico de automutilação por sexo feminino (n = 134) e masculino (n = 26).....	55
Tabela 19. População sem histórico de automutilação por sexo feminino (n = 129) e masculino (n = 31).....	56
Tabela 20. População com histórico de automutilação com animais (n = 105) e sem animais (n = 55)	56

Tabela 21. População sem histórico de automutilação com animais (n = 103) e sem animais (n = 57)	57
Tabela 22. Análise de mediação do suporte social nos sintomas de depressão via solidão	58
Tabela 23. Análise de mediação do suporte social da família nos sintomas de depressão via solidão	58
Tabela 24. Análise de mediação do suporte social dos amigos nos sintomas de depressão via solidão	59
Tabela 25. Análise de mediação do suporte social de pessoas significativas nos sintomas de depressão via solidão	60
Tabela 26. Análise de mediação da vinculação a animais de estimação nos sintomas de depressão via solidão	60

Lista de figuras

Figura 1. Modelo de mediação da solidão entre o suporte social e os sintomas de depressão	36
Figura 2. Modelo de mediação da solidão entre a vinculação a animais de estimação e os sintomas de depressão	36

Lista de abreviaturas/siglas

APA – American Psychiatric Association

C-HA – População com histórico de automutilação

CID-11 – Classificação Internacional de Doenças

CIP – Centro de Investigação em Psicologia

COVID-19 – Coronavirus disease 2019

DASS-21 – Depression, Anxiety and Stress Scale

DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais

IAA – Intervenção assistida por animais

INE – Instituto Nacional de Estatística

LAPS – Lexington Attachment to Pets Scale

MSPSS – Multidimensional Scale of Perceived Social Support

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

S-HA – População sem histórico de automutilação

SPPSM – Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

UCLA –University of California Los Angeles – Versão 3

WHO – World Health Organization

Introdução

A solidão tem vindo a emergir como uma questão central no domínio da saúde mental, particularmente entre os jovens adultos, grupo que atravessa uma fase de desenvolvimento marcada por múltiplas transições e exigências sociais, académicas e profissionais (Marques, 2021; Matthews et al., 2019). Esta fase é frequentemente caracterizada por uma elevada necessidade de pertença, validação e construção de identidade, tornando os jovens adultos especialmente vulneráveis a sentimentos de isolamento, rejeição ou desconexão emocional. Apesar de a solidão estar habitualmente associada a populações mais envelhecidas, estudos recentes evidenciam a sua prevalência preocupante entre os mais jovens (Buecker et al., 2020; Hutten et al., 2021).

A literatura tem demonstrado consistentemente que a solidão não é apenas uma experiência subjetiva desconfortável, mas um importante fator de risco para diversos indicadores de saúde mental, incluindo sintomas de depressão, ansiedade e stresse (Beutel et al., 2021; Mann et al., 2022). Esta associação adquire maior relevância em contextos de vulnerabilidade emocional, como os jovens com comportamentos autolesivos, cuja prevalência tem aumentado nas últimas décadas (Cordovil, 2009). A automutilação, definida como a prática deliberada de causar danos ao próprio corpo sem intenção suicida, tem sido frequentemente associada à solidão, à ausência de suporte emocional e ao sofrimento psicológico intenso (Ferreira et al., 2022; Whitlock et al., 2006).

Em Portugal, os dados sobre automutilação são particularmente alarmantes entre jovens mulheres, tendo este comportamento sido identificado como um preditor significativo de risco de suicídio (Cordovil, 2009). Durante a pandemia de COVID-19, o isolamento social parece ter agravado significativamente os sentimentos de solidão e os sintomas de sofrimento psicológico, aumentando também a frequência de comportamentos autolesivos em jovens adultos (Bone et al., 2023; Bu et al., 2020; Chen et al., 2023; Marques, 2021). Neste sentido, compreender os fatores que influenciam a solidão e o bem-estar psicológico nesta faixa etária tornou-se uma prioridade para a investigação e para as práticas de saúde mental.

Entre os fatores protetores identificados na literatura, o suporte social percebido destaca-se como um dos mais consistentes. A perceção de que se pode contar com o apoio emocional de familiares, amigos ou outras figuras significativas pode mitigar os efeitos negativos da solidão e reduzir o risco de desenvolver psicopatologia (Bone et al., 2023; Marques, 2021). Diferentes autores defendem que a qualidade das interações sociais tem um impacto mais relevante do que a quantidade, sendo a perceção subjetiva de suporte uma variável-chave (Taylor, 2011; Zimet et al., 1988). Além disso, estudos recentes demonstram

que o suporte social exerce efeitos moderadores e mediadores na relação entre a solidão e a saúde mental (Heinrich & Gullone, 2006; Hutten et al., 2021; Wang et al., 2018).

Paralelamente, a vinculação a animais de estimação tem vindo a ser explorada como uma fonte alternativa ou complementar de suporte emocional. Embora a literatura nesta área ainda apresente resultados contraditórios, existem evidências que sugerem que os animais podem desempenhar um papel importante na redução do sentimento de solidão e na promoção do bem-estar, oferecendo uma forma de companhia incondicional e uma base segura a nível emocional (Beetz et al., 2012; Brooks et al., 2018; Zilcha-Mano et al., 2011, 2012). Contudo, outros autores alertam para a necessidade de uma análise crítica, sublinhando que a vinculação a animais pode também ter efeitos negativos, nomeadamente em contextos de perda, dependência emocional ou sobrecarga de cuidados (Douglas et al., 2023; Giumelli & Santos, 2016; Herzog, 2018; Park et al., 2022; Ratschen et al., 2020; Sousa et al., 2022; Zilcha-Mano et al., 2012).

Neste enquadramento, o presente estudo é inovador. Isso deve-se à forma como integra as variáveis solidão, suporte social, saúde mental e vinculação a animais de estimação. Esta integração é feita numa amostra de jovens adultos portugueses. O estudo realiza também uma análise comparativa entre indivíduos com e sem histórico de automutilação. Esta abordagem permite não só explorar padrões de associação entre variáveis psicossociais, mas também testar modelos de mediação que têm implicações teóricas e práticas para a prevenção e intervenção em saúde mental juvenil.

O estudo foi desenvolvido com base num modelo quantitativo transversal, tendo sido utilizados instrumentos psicométricos validados para avaliar as dimensões em análise. Considerando a escassez de investigação sobre a solidão em jovens adultos, especialmente com este tipo de estudo comparativo e com a inclusão da vinculação a animais, esta dissertação pretende colmatar lacunas na literatura. Também pretende fornecer dados empíricos. Estes dados podem sustentar a formulação de políticas públicas, programas de prevenção e estratégias clínicas. Estas estratégias devem ser adaptadas às necessidades desta população.

Parte I – Enquadramento Teórico

1.1 Jovens adultos com histórico de automutilação

A automutilação é definida como comportamentos autolesivos deliberados, repetitivos e intencionais, frequentemente utilizados como estratégia de regulação emocional ou forma de autopunição. Estes comportamentos podem incluir cortes, arranhões, queimaduras, pancadas e outras formas de autoagressão (Gorodetsky et al., 2016; Haney, 2020; Jacob et al., 2017; Khan & Ungar, 2021; Lavis & Winter, 2020; Moraes et al., 2020; Peh et al., 2017; Richmond-Rakerd et al., 2019). A automutilação manifesta-se em diferentes faixas etárias, contudo, é mais prevalente na adolescência e na idade adulta jovem, podendo persistir ao longo de mais de uma década (Moraes et al., 2020).

Os comportamentos de automutilação tendem a emergir entre os 12 e os 15 anos, um período crítico do desenvolvimento caracterizado por intensas mudanças emocionais, sociais e cognitivas. Nesta fase, os adolescentes recorrem frequentemente à automutilação como forma de lidar com a dor emocional, aliviar emoções intensas como a raiva, a tristeza, a frustração, a angústia, o desespero, o vazio ou a desconexão, ou ainda como resposta a experiências traumáticas e sentimentos de rejeição, fatores particularmente prevalentes entre as raparigas (Muehlenkamp & Williams, 2009; Whitlock et al., 2006). Apesar da tendência decrescente da prevalência da automutilação ao longo do tempo, alguns jovens perpetuam estes comportamentos durante a transição para a idade adulta, particularmente em contextos de stress crónico, dificuldades persistentes de regulação emocional ou perturbações psiquiátricas (Nock, 2010). A persistência da automutilação é particularmente observada em jovens adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos. A literatura aponta para que os comportamentos autolesivos podem reaparecer mais tarde na vida, sobretudo em fases de crise emocional, como em situações de perda, fracasso ou insegurança (Gratz, 2001).

As diferenças entre géneros são evidentes: as mulheres apresentam uma maior probabilidade de recorrer à automutilação, frequentemente como uma estratégia de regulação emocional associada à tristeza, ansiedade ou culpa, enquanto os homens tendem a manifestar a automutilação em menor escala e com motivações mais ligadas à frustração, raiva ou impotência. Importa referir, contudo, que os dados podem estar subestimados no caso dos homens, dado o impacto do estigma que recai sobre a expressão da dor emocional no sexo masculino (Muehlenkamp & Williams, 2009; Nock, 2010; Whitlock et al., 2006). Este comportamento está fortemente associado ao aumento do risco de suicídio, com consequências para a saúde física e mental, sendo considerado um problema clínico e de saúde pública (Haney, 2020; Jacob et al., 2017; Khan & Ungar, 2021; Lavis & Winter, 2020; Moraes et al., 2020; Peh et al., 2017). A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a automutilação como a quarta

causa de morte entre jovens dos 15 aos 19 anos (World Health Organization [WHO], 2021). Um estudo de origem norte-americana concluiu que os indivíduos com histórico de automutilação apresentavam um risco 26,7 vezes superior de suicídio relativamente à população geral (Olfson et al., 2018).

A relação entre solidão e automutilação tem sido extensivamente investigada, sobretudo no contexto da pandemia de COVID-19, onde o isolamento social contribuiu para o agravamento dos comportamentos autolesivos, especialmente entre jovens adultos (Ernst et al., 2022; Mann et al., 2022; Mayorga et al., 2022). A preocupação excessiva com a pandemia, em associação com a solidão, resultou no agravamento dos sintomas de depressão e ansiedade, contribuindo para o aumento dos comportamentos autolesivos (Bone et al., 2023; Bu et al., 2020; Chen et al., 2023; Marques, 2021; Mayorga et al., 2022).

1.1.1 Fatores de risco e fatores protetores na automutilação

A automutilação apresenta uma associação com um conjunto diversificado de fatores de risco que interagem de forma dinâmica no desenvolvimento e manutenção deste comportamento. Dentre os principais fatores identificados na literatura, destacam-se: dificuldades na regulação emocional; perturbações psicológicas (como a depressão e a ansiedade); experiências traumáticas; baixa autoestima; cyberbullying; e a ausência ou fragilidade do suporte social (Gorodetsky et al., 2016; Khan & Ungar, 2021; Lavis & Winter, 2020; Lima et al., 2021; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Muehlenkamp & Williams, 2009; Nock, 2010; Richmond-Rakerd et al., 2019; Snir et al., 2018).

Neste contexto, a solidão e o afastamento das redes de suporte emocional surgem como elementos críticos neste contexto, intensificando o sofrimento psicológico e funcionando como fatores que podem intensificar a automutilação, frequentemente utilizada como uma tentativa de autorregulação emocional. Estudos apontam que a diminuição do suporte social, tanto por parte dos pares como da família, está associada ao aumento da frequência e intensidade dos comportamentos autolesivos. Paradoxalmente, em alguns casos, a automutilação pode ser utilizada como uma estratégia para obter atenção ou apoio social, funcionando simultaneamente como expressão de sofrimento e tentativa de conexão, o que pode reforçar os próprios comportamentos que se pretendem evitar (Snir et al., 2018).

Adicionalmente, muitos indivíduos envolvidos em comportamentos autolesivos tendem a evitar partilhar essas experiências, perpetuando um ciclo de isolamento social. A solidão, nestes casos, manifesta-se como uma causa e uma consequência da automutilação, uma vez que o estigma e a incompreensão social contribuem para o afastamento e a diminuição do apoio.

No entanto, importa sublinhar que a procura de suporte continua presente e muitos destes indivíduos recorrem a canais alternativos, nomeadamente plataformas digitais, em busca de compreensão e validação emocional (Brennan, 2022; Jacob et al., 2017).

Em relação aos fatores protetores, estes assumem um papel fundamental na prevenção e diminuição dos comportamentos autolesivos. O suporte emocional consistente por parte de familiares, amigos ou profissionais de saúde mental constitui um dos mais importantes amortecedores do sofrimento psíquico, funcionando como rede de segurança perante o isolamento e promovendo estratégias adaptativas de coping (Khan & Ungar, 2021). O desenvolvimento de competências de autorregulação emocional é igualmente crucial, uma vez que permite lidar com emoções intensas sem recorrer à automutilação. Neste sentido, as intervenções precoces revelam-se determinantes para a identificação atempada de sinais de risco e para a prestação de apoio apropriado, prevenindo a escalada do comportamento autolesivo (Lloyd-Richardson et al., 2007).

Apesar do crescente interesse nos fatores de risco, a investigação sobre os fatores de proteção continua limitada e, frequentemente, inconclusiva. Esta lacuna reforça a necessidade de aprofundar a compreensão dos fatores que podem mitigar os comportamentos de automutilação (Khan & Ungar, 2021; Lavis & Winter, 2020).

1.1.2 O papel das redes sociais

As redes sociais desempenham um papel ambivalente na dinâmica da automutilação, funcionando simultaneamente como potenciais fontes de apoio e como espaços de risco. O uso excessivo destas plataformas está associado a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, sentimentos de inadequação, exclusão e comparação social, sobretudo entre adolescentes e jovens adultos. A repetida exposição a conteúdos que retratam ou normalizam a automutilação pode contribuir para a romantização desses comportamentos, afetando negativamente a perceção de risco e reforçando padrões disfuncionais (Brennan, 2022; Brown et al., 2018; Chen et al., 2023; Jacob et al., 2017; Lavis & Winter, 2020; McAllister et al., 2021).

Em contrapartida, as plataformas de redes sociais podem atuar como um instrumento de suporte significativo, promovendo o sentimento de pertença e mitigando o estigma associado à automutilação. O envolvimento em comunidades online onde se partilham experiências semelhantes pode oferecer conforto emocional, diminuir a solidão e proporcionar um espaço de validação mútua. Para alguns utilizadores, este tipo de interação pode ter um efeito protetor, ao permitir a exteriorização do sofrimento e a obtenção de suporte por parte de pares com

experiências semelhantes (Brennan, 2022; Brown et al., 2018; Jacob et al., 2017; Lavis & Winter, 2020).

Contudo, esta mesma exposição pode representar um risco substancial. A exposição a conteúdos relacionados com a automutilação pode atuar como um gatilho para indivíduos em situação de vulnerabilidade emocional, incentivando a prática ou contribuindo para a sua intensificação (Brown et al., 2018; Davis & Lewis, 2019; Dyson et al., 2016). A partilha de imagens, de testemunhos sem enquadramento terapêutico ou preventivo pode, involuntariamente, promover a automutilação como uma forma aceitável de lidar com o sofrimento. A normalização destes comportamentos nas redes sociais pode contribuir para a construção de “círculos viciosos”, nos quais a automutilação se torna uma resposta quase compulsiva perante emoções negativas (Brown et al., 2018; Jacob et al., 2017).

Em suma, o impacto das redes sociais na automutilação não pode ser analisado de forma simples ou uniforme. As consequências variam em função do tipo de conteúdos consumidos, da qualidade das interações estabelecidas online e do grau de vulnerabilidade de cada utilizador. O desafio reside na compreensão de como estas plataformas podem ser utilizadas de modo a maximizar o seu potencial protetor, reduzindo simultaneamente os riscos associados à exposição a conteúdos nocivos.

1.1.3 O panorama nacional

Em Portugal, a escassez de estudos sobre o tema é notória, contudo, algumas investigações apontam para números preocupantes. Um estudo com 396 participantes, com idades compreendidas entre os 13 e os 21 anos, provenientes de cinco regiões do país, revelou que 18% referiram ter-se autoagredido pelo menos uma vez, e 5,6% indicaram quatro ou mais episódios nos últimos 12 meses. Durante os momentos de automutilação, os jovens relataram sentimentos de solidão (8,8%), desesperança quanto ao futuro (8,3%) e tristeza profunda (8,1%) (Reis et al., 2012). A automutilação constitui um fenómeno particularmente preocupante no que diz respeito ao género feminino, com uma incidência anual de 200 casos por 100.000 habitantes entre as jovens mulheres portuguesas, e de 60 casos por 100.000 entre as mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos (Cordovil et al., 2009).

Apesar da escassez de dados nacionais atualizados, os indicadores disponíveis revelam a necessidade urgente de aprofundar a compreensão deste fenómeno em Portugal, especialmente entre jovens adultos em situação de vulnerabilidade.

1.2 Definição de solidão

Nas últimas décadas, a solidão tem suscitado preocupações no âmbito da saúde pública, o seu aparente aumento e a prevalência em todas as faixas etárias, tendo incitado uma investigação mais aprofundada sobre o fenómeno (Baarck et al., 2021; Ernst et al., 2022; Quadt et al., 2020). A solidão pode ser definida como uma vivência que emerge da insatisfação relativamente à qualidade e/ou quantidade das relações sociais estabelecidas, gerando sentimentos de sofrimento e angústia psicológicos (Baarck et al., 2021; Entringer & Gosling, 2022; Ernst et al., 2022; Mann et al., 2022). A solidão distingue-se do isolamento social, que se caracteriza pela reduzida quantidade ou ausência de relações sociais, e da solidude, que se define como um isolamento voluntário e saudável. A qualidade das relações não se define pela quantidade de contactos sociais (Entringer & Gosling, 2022; Ernst et al., 2022). A solidão pode ser dividida em dois tipos: a emocional, caracterizada pela sensação de vazio afetivo, e a social, marcada pela falta de sentido de pertença a um grupo. Indivíduos com um número semelhante de relações e contacto sociais podem apresentar perceções e níveis de solidão distintos (Baarck et al., 2021; Matthews et al., 2022; Quadt et al., 2020).

Ao longo da vida, é possível experienciar solidão transitória sem consequências significativas. De forma análoga ao sentimento de fome, que anuncia a necessidade de se alimentar, a solidão pode ter uma função adaptativa e vantajosa para a satisfação de necessidades inerentes à condição humana, promovendo a reaproximação do indivíduo ao grupo. No entanto, quando a solidão se torna crónica, podem emergir riscos substanciais, com um impacto significativo na saúde (Baarck et al., 2021; Ernst et al., 2022; Matthews et al., 2022) e no contexto socioeconómico (Baarck et al., 2021; Quadt et al., 2020). Em resposta à vivência de desconexão social, os indivíduos solitários podem apresentar-se hipervigilantes, mais intolerantes e menos empáticos, bem como possuir baixa expectativa relativamente a contacto sociais e menor confiança nos pares. Estas crenças parecem ser reforçadas de forma cíclica, ou seja, o comportamento destes indivíduos é influenciado pela perceção desadaptativa de ameaças sociais, o que pode ter repercussões no modo como são percebidos por terceiros. Estudos demonstram que os indivíduos solitários são percecionados negativamente pelos pares, perpetuando a solidão (Baarck et al., 2021; Matthews et al., 2022).

Indivíduos de qualquer faixa etária podem experienciar solidão, no entanto, estudos indicam que esta é mais prevalente entre os adolescentes, jovens adultos e adultos mais velhos, em comparação com os adultos de meia-idade (Groarke et al., 2020; Mann et al., 2022; Matthews et al., 2019, 2022; Quadt et al., 2020; Surkalim et al., 2022; Vang et al., 2023). A solidão apresenta-se como um fenómeno particularmente prevalente em indivíduos afetados

por psicopatologia, doenças crónicas e/ou deficiência (Bu, et al., 2020; Mann et al., 2022; Quadt et al., 2020).

Os estudos demonstram que, quando a solidão é avaliada por meio de perguntas diretas, as mulheres tendem a relatar níveis mais elevados em comparação com os homens. No entanto, pesquisas que utilizam análises multivariadas ou múltiplos parâmetros, controlando fatores como o estado civil, a rede social e o nível socioeconómico, não revelam diferenças estatisticamente significativas nos níveis de solidão entre mulheres e homens. A maior propensão das mulheres para relatar solidão pode ser atribuída à menor influência do estigma social e cultural, que afeta mais os homens. Meta-análises corroboram a similaridade dos níveis de solidão ao longo da vida entre sexos (Baarck et al., 2021).

Vários estudos apontam a solidão como um fator de risco para a morbilidade e mortalidade prematura, estando associada a problemas de saúde física e mental. Indivíduos com níveis mais elevados de solidão apresentam uma maior propensão para o desenvolvimento de perturbações de saúde mental, tais como a depressão, a ansiedade, as perturbações do sono, as doenças cardiovasculares, o aumento da pressão arterial e dos níveis de cortisol, podendo contribuir para uma inflamação crónica (Baarck et al., 2021; Bu et al., 2020; Ernst et al., 2022; Mann et al., 2022; Mayorga et al., 2022; Quadt et al., 2020). Adicionalmente, é importante salientar os comportamentos de risco, tais como o consumo de álcool, drogas, tabagismo, sedentarismo, maior risco de automutilação e tentativas de suicídio, especialmente entre os mais jovens com psicopatologia prévia ou crónica (Baarck et al., 2021; Bu, et al., 2020; Mann et al., 2022; Matthews et al., 2019; Mayorga et al., 2022; Moraes et al., 2020; Peh et al., 2017; Quadt et al., 2020; Rodrigues, 2018). Em comparação com outras faixas etárias, os jovens adultos apresentam uma maior propensão a desenvolver psicopatologia e alterações do sono, respostas desadaptativas ao stresse e comportamentos de risco (Baarck et al., 2021).

A solidão constitui um fenómeno social significativo nas sociedades ocidentais, com implicações adversas para a saúde pública. Estudos recentes apontam que cerca de um terço da população em países industrializados enfrenta este fenómeno, sendo que uma em cada doze pessoas é gravemente afetada (Baarck et al., 2021; Cacioppo & Cacioppo, 2018). O impacto socioeconómico é significativo, verificando-se um aumento das despesas e uma sobrecarga dos sistemas de saúde devido ao elevado número de consultas e internamentos. São sentidas, sobretudo pelos jovens adultos, consequências como: perspetivas profissionais pouco promissoras, maior risco de dificuldades financeiras e desemprego (Baarck et al., 2021).

A solidão é multifatorial, ou seja, o fenómeno resulta da interação de fatores diversos, influenciados, por exemplo, por características individuais, demográficas, socioeconómicas e

estruturais dos países ocidentais. Entre estas particularidades destacam-se o aumento de famílias unipessoais, o envelhecimento populacional, a atomização do trabalho e o aumento do tempo dedicado à internet e às tecnologias. Entre os fatores de risco para a solidão, destacam-se: a juventude ou a idade avançada; o estado civil de solteiro ou a viver sozinho; problemas de saúde física e/ou mental prévios ou crónicos; o baixo estatuto socioeconómico; o desemprego; a escassa interação social; a residência em países industrializados e ocidentais, entre outros (Baarck et al., 2021; Bu, et al., 2020; Mann et al., 2022; Quadt et al., 2020). Relativamente a fatores protetores, a saúde e as condições socioeconómicas favoráveis parecem atuar como fatores protetores contra a solidão (Baarck et al., 2021). Além disso, um suporte social percebido elevado está significativamente associado a uma melhor saúde mental, com menores níveis de ansiedade e depressão (Bu et al., 2020; Gregory et al., 2021; Wang, 2018).

1.2.1 A solidão entre jovens adultos

A solidão tem sido objeto de preocupação crescente em termos de saúde pública nas últimas décadas. Embora seja uma experiência transversal a todas as faixas etárias, géneros, etnias e classes sociais, a maioria das investigações tem-se centrado nos adultos mais velhos (Ernst et al., 2022; Mann et al., 2022; Quadt et al., 2020). Contudo, estudos recentes sugerem que os jovens adultos (18–35 anos), particularmente os com menos de 25 anos e os estudantes universitários, apresentam níveis de solidão comparáveis ou superiores aos dos idosos (Baarck et al., 2021; Ernst et al., 2022; Groarke et al., 2020; Mann et al., 2022; Matthews et al., 2019, 2022; Surkalim et al., 2022).

A transição para a idade adulta é um período marcado por mudanças significativas a nível social e relacional, caracterizado por uma maior necessidade de autonomização e de desenvolvimento de relações interpessoais (Baarck et al., 2021; Beutel et al., 2021; Lee et al., 2018; Matthews et al., 2022; Quadt et al., 2020). Nesta fase, os indivíduos tendem a possuir redes sociais extensas e a privilegiar interações com os pares, enquanto enfrentam desafios como a emancipação familiar, a entrada no ensino superior e no mercado de trabalho, o estabelecimento de relações afetivas duradouras e, em alguns casos, a parentalidade (Baarck et al., 2021; Quadt et al., 2020). A dificuldade na gestão destas transições pode conduzir a uma diminuição das interações sociais e a um aumento da solidão (Baarck et al., 2021; Gomboc et al., 2022; Matthews et al., 2019, 2022; Shovestul et al., 2020).

Estudos apontam para uma associação bidirecional entre a solidão e a saúde mental. Indivíduos com tendência para a solidão apresentam um risco acrescido de desenvolver perturbações de saúde mental, tais como a depressão e a ansiedade, bem como uma maior

propensão para comportamentos de risco, como o abuso de substâncias e a automutilação. Em contrapartida, os indivíduos com problemas de saúde mental apresentam uma maior vulnerabilidade à solidão (Beutel et al., 2021; Lee et al., 2018; Mann et al., 2022; Matthews et al., 2022; Quadt et al., 2020).

A pandemia de COVID-19 agravou esta problemática, com estudos a indicarem um aumento substancial dos níveis de solidão entre os jovens adultos (Ernst et al., 2022). As medidas de distanciamento social, ainda que temporárias, exerceram um impacto considerável no bem-estar emocional, com a possibilidade de originar efeitos duradouros (Baarck et al., 2021). O Inquérito da Comissão Europeia (2021) revelou um aumento alarmante da solidão na Europa, com Portugal a registar um acréscimo de 15,3%, sendo o sexto país da União Europeia com maior aumento desde 2016. Os indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos foram o grupo etário mais afetado pelas restrições impostas pela pandemia (Baarck et al., 2021; Quadt et al., 2020).

O recurso a plataformas digitais para compensar a ausência de interações presenciais teve efeitos paradoxais. Aproximadamente 60% dos inquiridos relataram sentir ansiedade ao aguardar por respostas a mensagens, sugerindo uma dependência crescente das interações virtuais. Adicionalmente, metade dos participantes no estudo relatou sentir-se incompreendida, um terço mencionou dificuldades em estabelecer amizades e uma percentagem significativa expressou sentimentos de abandono e infelicidade (Quadt et al., 2020). Estes resultados sugerem que o aumento do tempo de convívio familiar e o recurso às tecnologias digitais durante a pandemia não foram suficientes para mitigar a solidão entre os jovens adultos (Baarck et al., 2021).

Um estudo realizado pela The Reputation Platform (2021) revelou que cerca de 50% dos participantes relataram experiências de incompreensão, 40% mencionaram sentimentos de exclusão social e 33,3% evidenciaram dificuldades na comunicação interpessoal e na formação de vínculos sociais. Os jovens manifestaram um sofrimento significativo, descrevendo sentimentos de inadequação, abandono e tristeza. No período pós-pandémico, em Portugal, a tendência manteve-se, com sete em cada dez jovens a afirmarem sentir tristeza ao realizar atividades sozinhos, um terço a considerar-se excluído pelos pares e 41% dos jovens entre os 16 e os 25 anos a verem as relações sociais somente como um meio para atingir objetivos.

Nos jovens adultos sem histórico de automutilação, a solidão constitui igualmente uma preocupação significativa, embora os fatores que contribuem para a sua manifestação sejam distintos. A solidão neste grupo está frequentemente associada à falta de conexões sociais profundas e ao distanciamento emocional em relacionamentos interpessoais (Buecker et al.,

2020; Quadt et al., 2020). Em contraste com indivíduos que apresentam histórico de automutilação, que procuram lidar com a solidão por meio de práticas autolesivas ou de um apoio social limitado, os sujeitos sem esse histórico tendem a procurar formas mais convencionais de apoio, como amigos e familiares próximos (Beutel et al., 2021; Matthews et al., 2022).

Contudo, as redes sociais exercem uma influência significativa sobre a solidão em ambos os grupos, embora de maneira distinta. Estudos demonstram que a solidão é mais prevalente entre jovens adultos do sexo feminino, particularmente devido à maior intensidade com que as mulheres são afetadas pelas interações sociais nas redes sociais (Ernst et al., 2022; Groarke et al., 2020). O peso da pressão social para manter uma imagem idealizada e o recurso às comparações sociais nas plataformas digitais podem intensificar a sensação de isolamento, resultando na desconexão dos jovens das suas comunidades reais. Conforme salientado por McAllister et al. (2021) e Morgan et al. (2017), a regularidade e intensidade das interações nas redes sociais podem potencializar sentimentos de solidão e repercutir negativamente na saúde mental, exacerbando os sentimentos de inadequação e estigmatização.

Esta dinâmica de solidão, impulsionada pelas redes sociais, pode repercutir-se não só nos jovens com histórico de automutilação, mas também naqueles sem esse histórico, embora com uma distinção essencial. Os primeiros evidenciam uma propensão acentuada para recorrer a comportamentos autodestrutivos como resposta à solidão, enquanto os segundos podem experienciar problemas emocionais que, embora não resultem em automutilação, afetam significativamente a sua saúde mental (Beutel et al., 2021; Matthews et al., 2022).

Em suma, embora não existam evidências substanciais que confirmem um aumento generalizado da solidão ao longo das últimas décadas, estudos recentes sugerem que os jovens adultos enfrentam um risco crescente, especialmente no contexto pandêmico (Baarck et al., 2021; Buecker et al., 2020). A escassez de estudos longitudinais sobre esta temática acentua a necessidade de futuras investigações mais aprofundadas, a fim de compreender como a solidão se desenvolve nesta faixa etária e as respetivas consequências a longo prazo.

1.2.2 A solidão entre jovens adultos com histórico de automutilação

A solidão tem sido extensamente reconhecida como um fator de vulnerabilidade para a saúde mental dos jovens adultos, especialmente entre aqueles com histórico de automutilação (Hetrick et al., 2020; Mann et al., 2022). Esta fase da vida é caracterizada por mudanças significativas, tais como a transição para a independência, a entrada no ensino superior ou no mercado de trabalho e a formação de relações afetivas. Quando estas transições ocorrem num

contexto de isolamento social ou ausência de suporte, o risco de sofrimento psicológico pode aumentar, contribuindo para o desenvolvimento ou agravamento de comportamentos autolesivos. Estudos sugerem que a automutilação afeta uma proporção significativa de jovens adultos, sendo particularmente prevalente entre aqueles com perturbações psicológicas diagnosticadas (Hetrick et al., 2020).

Entre os fatores frequentemente associados a este comportamento, destacam-se as emoções angustiantes, o sentimento de isolamento e as dificuldades nas relações interpessoais. A solidão, em particular, tem sido identificada como um elemento central, podendo intensificar o sofrimento emocional e aumentar a probabilidade de reincidência da automutilação. A percepção de falta de suporte social emerge como um fator determinante. Jovens adultos que experienciam dificuldades em confiar nos pais, amigos ou professores apresentam um risco aumentado de solidão, o que pode originar um maior envolvimento em comportamentos autolesivos (Hetrick et al., 2020). A ausência de redes de suporte social está frequentemente associada a uma maior vulnerabilidade emocional, reforçando a importância de estratégias que promovam a integração social e o bem-estar psicológico (Hetrick et al., 2020). Conforme a teoria interpessoal do suicídio (Joiner, 2005), a falta de um sentido de pertença pode atuar como um fator de risco significativo para a automutilação e o suicídio em jovens adultos (Hetrick et al., 2020).

A solidão entre os jovens adultos com histórico de automutilação está frequentemente associada a experiências de adversidade, incluindo problemas de saúde mental, vitimização e conflitos familiares (Matthews et al., 2019, 2022; Pavri, 2015). Muitos destes indivíduos relatam experiências de infância caracterizadas por instabilidade emocional, abuso ou negligência, o que pode influenciar como constroem relações ao longo da vida (Matthews et al., 2019, 2022). Adicionalmente, sintomas de depressão e ansiedade, bem como o consumo de substâncias, são frequentemente relatados, podendo contribuir para o aumento da sensação de isolamento. Para alguns jovens, a solidão não resulta somente da falta de relações sociais, mas também da ausência de conexões significativas. Apesar de possuírem redes de contactos, as suas interações são, muitas vezes, superficiais e centradas em atividades, sem apoio emocional genuíno. Há também casos em que a percepção de isolamento não corresponde inteiramente à realidade objetiva, pois alguns jovens sentem que não têm apoio, apesar da presença de familiares ou amigos que poderiam desempenhar esse papel (Matthews et al., 2022).

A dificuldade em depositar confiança nos outros emerge igualmente como um fator significativo na experiência de solidão entre estes jovens. Alguns indivíduos referem uma relutância em procurar apoio, frequentemente associada a experiências prévias de rejeição,

traição ou vitimização. Em certos casos, esta desconfiança pode levar a uma preferência por enfrentar os problemas isoladamente, mesmo quando existem recursos disponíveis (Matthews et al., 2022). O bullying tem sido igualmente apontado como um fator relevante, podendo não somente aumentar o risco de solidão, mas também tornar alguns jovens mais vulneráveis a novas experiências de exclusão social (Pavri, 2015).

Neste âmbito, a solidão não se manifesta somente como um reflexo da ausência de companhia, mas também da ausência de apoio emocional significativo que poderia mitigar a intensidade dos comportamentos autolesivos. Muitos indivíduos que se automutilam experienciam um isolamento social acentuado, dado que não conseguem ou não estão dispostos a partilhar as suas vivências com outros, seja por medo do estigma, seja por falta de um suporte social adequado. A solidão emerge, portanto, como um fator central para a compreensão do comportamento autolesivo, na medida em que não só está associada à falta de suporte, mas também à sensação de desamparo e abandono emocional (Hetrick et al., 2020; Matthews et al., 2022).

Adicionalmente, alguns destes jovens recorrem a plataformas digitais na tentativa de colmatar a ausência de suporte emocional. Este é um fenómeno com implicações complexas, explorado com maior detalhe na secção sobre o papel das redes sociais (ver 1.1.2). A solidão associada a esses comportamentos é igualmente exacerbada pela falta de apoio presencial, como o suporte familiar e de amigos. A ausência de um círculo social de confiança contribui para o agravamento do isolamento emocional e, conseqüentemente, dos sintomas de depressão, ansiedade e stresse (Hetrick et al., 2020; Matthews et al., 2022).

Os estudos demonstram que a solidão pode atuar como uma causa ou uma consequência da automutilação, estabelecendo um ciclo contínuo de afastamento social e agravamento dos sintomas emocionais. A percepção de solidão não corresponde sempre à realidade objetiva, pois alguns jovens sentem que não dispõem de apoio, apesar da presença de familiares ou amigos que poderiam desempenhar esse papel (Matthews et al., 2022). Além disso, o estudo de Jacob et al. (2017) sugere que, para esses indivíduos, a solidão é frequentemente agravada pela estigmatização dos seus comportamentos autolesivos, impedindo a procura de apoio social efetivo, intensificando a sensação de isolamento e fragilidade emocional.

A solidão, como demonstrado, desempenha um papel crucial na dinâmica dos comportamentos autolesivos, atuando como um fator tanto de risco quanto de manutenção dos mesmos. Assim, a promoção de relações significativas e de redes de apoio social pode ser uma estratégia fundamental para a mitigação da solidão e a redução da incidência de comportamentos de automutilação entre jovens adultos (Hetrick et al., 2020).

1.3 Relação de saúde mental com solidão

A OMS define a saúde mental como um estado de bem-estar, no qual o indivíduo reconhece o seu potencial, consegue lidar com os desafios do quotidiano, trabalha de forma produtiva e contribui para a sua comunidade (WHO, 2004, 2023). As perturbações mentais, por outro lado, são entendidas como condições que provocam sofrimento psicológico e dificuldades significativas na vida familiar, social e profissional, resultando em prejuízos pessoais e sociais substanciais (Saraiva & Cerejeira, 2014; WHO, 2022a). Atualmente, estas perturbações constituem uma das principais causas de incapacidade globalmente (WHO, 2022a), acarretando impactos económicos e sociais consideráveis. Em 2019, cerca de 970 milhões de pessoas em todo o mundo apresentavam uma perturbação mental, representando aproximadamente 13% da população global (WHO, 2022a).

Além do sofrimento humano, as consequências económicas são significativas. Anualmente, estima-se que ocorra um défice de aproximadamente 12 mil milhões de dias de trabalho devido a problemas de saúde mental, como a depressão e a ansiedade, resultando em custos de produtividade aproximados de 1 trilhão de dólares (WHO, 2022a). A OMS (2022b) prevê ainda que uma em cada quatro pessoas enfrentará uma perturbação mental ao longo da vida.

A correlação entre as condições afetivas negativas e os sintomas de depressão, ansiedade e stresse tem suscitado interesse teórico e clínico ao longo da história (Lovibond & Lovibond, 1995). Estas três dimensões constituem os pilares centrais na avaliação da saúde mental no presente estudo, embora o instrumento utilizado não permita o diagnóstico clínico, mas sim a avaliação da sintomatologia experienciada. A investigação demonstra que a presença prolongada destes sintomas está frequentemente associada a disfunções emocionais, comportamentais e cognitivas, com consequências a médio e longo prazo para o funcionamento global do indivíduo (Carneiro et al., 2022).

1.3.1 A saúde mental no panorama global e nacional

A depressão, consoante a Classificação Internacional de Doenças (CID-11), manifesta-se por um humor deprimido, perda de interesse, dificuldades de concentração, distúrbios de sono e alimentação, sentimentos de inutilidade, culpa, desesperança, agitação ou lentificação psicomotora, pensamentos suicidas, entre outros sintomas (WHO, 2023). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-5) complementa esta definição com alterações de carácter cognitivo e somático, destacando a apatia e a irritabilidade (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Em 2019, estimava-se que 193 milhões de pessoas sofriam de depressão. Com a pandemia de COVID-19, este número aumentou para aproximadamente 298 milhões, correspondendo a um crescimento de 26% (WHO, 2020). Atualmente, a depressão é a segunda maior causa de incapacidade mundialmente, afetando cerca de 11% da população global ao longo da vida. Este aumento acentuado pode ser explicado pelo isolamento social, perda de rendimentos, dificuldades de acesso aos cuidados de saúde e insegurança generalizada, com especial impacto nos grupos mais vulneráveis (WHO, 2022a).

As perturbações de ansiedade são caracterizadas por preocupação excessiva, medo, tensão, inquietação e sintomas físicos como taquicardia, suores, tremores, entre outros (WHO, 2023). A WHO (2023) estima que 3,6% da população mundial sofre de perturbações de ansiedade. Estas perturbações são mais prevalentes em mulheres, indivíduos com doenças crónicas e populações expostas a fatores socioeconómicos (Gaspar et al., 2019).

O stresse, compreendido como uma resposta adaptativa a desafios do meio, pode adquirir um carácter patológico quando se prolonga no tempo ou quando excede os recursos de coping do indivíduo. O stresse crónico está associado a alterações neurofisiológicas, disfunção imunológica e agravamento de doenças físicas e mentais (Guimarães, 2019). A OMS (2022b) classifica o stresse como uma “epidemia de saúde do século XXI”, reconhecendo os seus efeitos generalizados sobre a qualidade de vida e a produtividade.

Na Europa, estima-se que cerca de 14,2% da população sofra de perturbações mentais, com um impacto significativo na funcionalidade e qualidade de vida dos indivíduos. As perturbações de humor e ansiedade figuram entre as mais prevalentes. Vários estudos salientam o aumento das taxas de sofrimento psicológico em jovens, particularmente do sexo feminino, o que se associa a desigualdades sociais, pressões académicas e maior exposição a fatores de risco psicossociais (WHO, 2022a).

A pandemia de COVID-19 acentuou estas tendências, com um aumento notório de sintomas de depressão e ansiedade em toda a Europa, especialmente nos primeiros anos da vida adulta. Adicionalmente, observou-se uma distribuição desigual do sofrimento psicológico entre diferentes regiões, com aspetos associados à resposta dos sistemas nacionais de saúde e proteção social em cada país (Baarck et al., 2021).

Portugal apresenta uma das mais elevadas prevalências de perturbações mentais na Europa, estimando-se que cerca de 22,9% da população sofra de alguma condição psicológica. O país destaca-se também pelo elevado consumo de psicofármacos, nomeadamente hipnóticos, ansiolíticos e antidepressivos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2022; INFARMED, 2014; Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental [SPPSM], 2020; Peixinho, 2023).

Em 2021, 13,3% da população portuguesa percecionava o seu estado de saúde como “mau” (INE, 2022). Adicionalmente, cerca de 27% da população apresentava sintomas de ansiedade, e quatro em cada dez portugueses encontravam-se em sofrimento psicológico moderado ou grave (Instituto de Saúde Ambiental, 2021). Estudos indicam ainda que as mulheres, os jovens adultos (18–29 anos), os desempregados e os indivíduos com baixos rendimentos são os grupos mais vulneráveis (Almeida et al., 2013; Paulino et al., 2021).

As dificuldades no acesso a serviços de saúde mental persistem. O país conta com somente 2,5 psicólogos por 100.000 utentes no Serviço Nacional de Saúde, quando o recomendado seria um por cada 5.000 (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2021). Esta realidade compromete a prevenção e o tratamento eficaz de perturbações mentais, nomeadamente em grupos de risco.

Em termos de fatores de risco e protetores, a saúde mental resulta de uma interação complexa entre fatores individuais, familiares, sociais e estruturais. Entre os fatores de risco incluem-se: antecedentes familiares, experiências adversas (trauma, negligência, violência), baixo suporte social, isolamento, pobreza, insónia, doenças crónicas e mudanças súbitas no contexto de vida (Briere et al., 2012; Cooke et al., 2019; Höltge et al., 2023; WHO, 2022a).

Por outro lado, os fatores protetores incluem: acesso à educação e cuidados de saúde, emprego digno, estabilidade familiar, sentido de pertença, suporte social, relações interpessoais positivas e resiliência individual. Estes fatores funcionam como barreiras contra o impacto dos stressores externos e internos, promovendo maior estabilidade emocional e ajustamento psicológico (WHO, 2022a).

1.3.2 A saúde mental entre jovens adultos

A população adulta jovem (18–35 anos) é particularmente suscetível a perturbações mentais, sobretudo devido às exigências sociais, académicas e laborais decorrentes do processo de transição para a vida adulta (Matthews et al., 2019). Estudos demonstram que esta população apresenta níveis elevados de solidão, sofrimento psicológico e uso de estratégias de coping pouco adaptativas (Bu et al., 2020; Mayorga et al., 2022). Este grupo evidencia uma propensão acrescida para experimentar níveis superiores de ansiedade e stresse, particularmente em contextos de instabilidade financeira e laboral, e em períodos de transição, tais como a entrada no ensino superior ou no mercado de trabalho (Caba Machado et al., 2023).

A pandemia de COVID-19 acentuou estas fragilidades, particularmente entre estudantes universitários, que viram a sua rede de suporte social limitada, enfrentaram dificuldades económicas e incerteza quanto ao futuro (Carneiro et al., 2022; Machado et al., 2023). Estudos

portugueses recentes apontam para a existência de 26,9% de casos de ansiedade, 26,1% de casos de depressão e 27,6% de casos de stresse (Aguilar et al., 2022).

As mulheres jovens apresentam uma maior vulnerabilidade, evidenciada por níveis significativamente superiores de depressão, ansiedade e stresse em comparação com os homens (Paulino et al., 2021). Esta diferença é atribuída a uma dupla carga social e emocional, a um menor acesso a recursos económicos e a uma maior internalização do sofrimento.

1.3.3 A saúde mental entre jovens adultos com histórico de automutilação

A automutilação constitui um comportamento que, embora habitualmente não resulte em consequências letais, apresenta uma forte associação com sofrimento psicológico intenso e um aumento do risco de suicídio (Moraes et al., 2020; Peh et al., 2017). A literatura indica que os jovens adultos que se automutilam apresentam frequentemente sintomas depressivos, ansiosos e elevados níveis de stresse (Matthews et al., 2019; Quadt et al., 2020).

Vários fatores estão associados à prática da automutilação, incluindo solidão, baixa autoestima, histórico de trauma e fraco suporte social (Khan & Ungar, 2021; Snir et al., 2018). A automutilação apresenta uma maior prevalência no sexo feminino, com as jovens a reportarem uma maior incidência de comportamentos autolesivos e uma maior influência de experiências interpessoais negativas (McAllister et al., 2021). A pandemia agravou estes comportamentos, devido à intensificação da solidão, do isolamento social e da limitação no acesso a apoio psicológico (Ernst et al., 2022).

1.4 Os recursos de suporte social

O conceito de suporte social emergiu nas décadas de 1960 e 1970, com psicólogos a explorarem a relação entre redes sociais e adaptação ao stresse (Rodriguez & Cohen, 1998; Silva, 2015). O suporte social é definido como a presença ou acessibilidade de uma rede de relações sociais que proporciona recursos emocionais, instrumentais e informacionais, essenciais para auxiliar os indivíduos a lidarem com adversidades (Nunes et al., 2021; Zimet et al., 1988;). Conforme esta perspetiva, o suporte social pode assumir uma natureza multidimensional, classificada em três tipologias principais: a dimensão emocional, manifestada por meio de empatia e afeto; a dimensão instrumental, que abarca a assistência prática; e a dimensão informacional, que engloba o aconselhamento e a orientação (Barrera, 1986; Lagdon et al., 2018). A teoria do suporte social distingue ainda entre suporte estrutural, que se refere ao número de contactos ou à densidade das redes sociais, e suporte funcional, que trata da qualidade e da natureza do apoio oferecido (Lagdon et al., 2018).

No âmbito do presente estudo, foi utilizada a Escala de Suporte Social Multidimensional de Zimet et al. (1988), que avalia três dimensões de apoio: o suporte social familiar, o suporte social entre amigos e o suporte social por outras pessoas significativas. Esta diferenciação é pertinente, uma vez que, ao focar cada uma dessas fontes de suporte individualmente, a investigação pode analisar o impacto específico de cada uma sobre o bem-estar de indivíduos com diferentes características, como os jovens adultos com histórico de automutilação.

Em termos de dimensões específicas, o suporte familiar, de amigos e de outras figuras significativas assume uma importância distinta no processo de adaptação psicológica e no impacto sobre o bem-estar. O suporte familiar é especialmente significativo durante a infância e adolescência, por estabelecer as bases para o desenvolvimento emocional e a construção da identidade (Ferreira et al., 2023). Em jovens adultos, o suporte proveniente de amigos torna-se crucial para o bem-estar psicológico, uma vez que essas relações permitem a expressão de sentimentos e experiências, além de fortalecer a identidade pessoal (Silva, 2015; Tomé & Matos, 2012).

Outras fontes de apoio, como colegas de trabalho ou mentores, também desempenham um papel importante na promoção do sentido de pertença e integração social (Caetano, 2013). O estudo detalhado destas fontes de apoio é fundamental para compreender o impacto do suporte social na vida de jovens adultos, especialmente aqueles com comportamentos de risco, como os que têm histórico de automutilação.

1.4.1 Suporte social como fator de proteção

O suporte social está associado a diversos benefícios para a saúde mental. Indivíduos que percebem um alto nível de suporte social apresentam menores níveis de sintomas depressivos e ansiosos, bem como uma maior capacidade de adaptação ao stress (Heinrich & Gullone, 2006; Hutten et al., 2021; Wang et al., 2018). A distinção entre suporte social percebido e suporte real é particularmente relevante em contextos de solidão. Estudos demonstram que, embora o suporte social real (efetivamente recebido) seja importante, a percepção de que o apoio está disponível, mesmo que não seja utilizado diretamente, tem um impacto mais significativo sobre o bem-estar psicológico do que a quantidade de suporte real oferecida (Rodrigues & Madeira, 2009). O suporte social, especialmente quando percebido (mesmo que não recebido ativamente), constitui um fator relevante para a proteção contra a solidão, um dos principais preditores de distúrbios emocionais, como a depressão e a ansiedade (Rodrigues & Madeira, 2009).

O suporte social exerce um impacto significativo no bem-estar psicológico, com efeitos mediadores que envolvem a regulação emocional e os mecanismos neuroendócrinos que promovem sentimentos de segurança e bem-estar (De la Fuente et al., 2023). Esses mecanismos fisiológicos são de suma importância, por auxiliarem a enfrentar situações de stresse e na regulação emocional, contribuindo para a diminuição do risco de desenvolvimento de perturbações como a ansiedade e a depressão (Rodriguez et al., 2019). Adicionalmente, o suporte social emerge como uma fonte substancial de proteção contra os efeitos nocivos do stresse. A percepção de que o apoio está disponível, mesmo que não seja utilizado frequentemente, está associada a menores níveis de solidão, depressão e ansiedade, bem como a uma maior autoestima e qualidade de vida (Rodrigues & Madeira, 2009; Taylor, 2011). Em períodos de crise, como a pandemia de COVID-19, mesmo as redes de apoio digitais desempenharam um papel crucial no alívio do sofrimento psicológico, uma vez que facilitaram a ligação e o compartilhamento de experiências em tempos de distanciamento social (Entringer & Gosling, 2022).

1.4.2 Suporte social entre jovens adultos

A fase da vida adulta jovem é frequentemente marcada por desafios significativos, como a busca pela independência e a adaptação ao mercado de trabalho ou ao ensino superior. Tais desafios podem acentuar a sensação de solidão, sobretudo quando os jovens adultos se encontram distantes das suas famílias ou em circunstâncias de vulnerabilidade emocional (Caba Machado et al., 2023). Nesse sentido, a participação em grupos sociais e a criação de uma rede de pares assume um papel crucial na adaptação ao stresse e no fortalecimento da identidade pessoal. A integração em grupos sociais e a partilha de experiências contribuem para a construção de uma identidade mais forte nos jovens adultos, o que pode gerar um efeito protetor contra o stresse e promover um bem-estar psicológico mais robusto (Caba Machado et al., 2023).

1.4.3 Suporte social entre jovens adultos com histórico de automutilação

O suporte social pode atuar de maneira multifacetada, sendo considerado tanto um fator de proteção quanto de risco, especialmente em indivíduos com comportamentos autolesivos. Conforme referido por Snir et al. (2018), a diminuição do apoio por parte dos familiares e amigos encontra-se associada ao aumento de comportamentos autolesivos. Em contraste, o apoio empático pode atuar como um fator protetor. No entanto, a automutilação pode paradoxalmente funcionar como um mecanismo de procura de apoio, criando uma dinâmica na

qual o indivíduo recorre ao comportamento autolesivo para atrair atenção ou assistência. Esta ambiguidade torna o papel do suporte social particularmente complexo, na medida em que pode atuar como um apoio ou como um fator de risco, consoante a situação (Brown et al., 2018; Jacob et al., 2017). Os indivíduos afetados podem procurar suporte em redes sociais online, cujo papel é ambivalente no que diz respeito ao apoio social. Por um lado, esses espaços podem fornecer suporte emocional e psicológico. Por outro, também podem servir para reforçar os ciclos de automutilação (Brown et al., 2018; Lavis & Winter, 2020). Além disso, é importante destacar que as interações virtuais, embora constituam uma alternativa ao suporte social presencial, frequentemente não substituem a necessidade de apoio interpessoal, que pode ser mais eficaz para prevenir a automutilação em indivíduos com distúrbios psicológicos graves, como a depressão severa (Bu et al., 2020).

A dinâmica do suporte social para jovens adultos com histórico de automutilação deve, portanto, ser entendida como multifacetada e dependente de contextos específicos. Em muitos casos, o suporte social familiar e de amigos próximos continua a ser o mais eficaz. No entanto, é importante ter em conta as redes sociais, que podem ter um efeito complementar, com consequências positivas ou negativas, dependendo da forma como os indivíduos as utilizam e do contexto em que se encontram (Lavis & Winter, 2020).

A importância do suporte social na promoção da saúde mental é um conceito amplamente aceite, especialmente entre jovens adultos em situações de vulnerabilidade emocional, como aqueles com histórico de automutilação (Snir et al., 2018; Wang et al., 2018). Embora a maioria da investigação se centre nas relações interpessoais humanas, como as familiares, de amizade ou com outras figuras significativas, é importante reconhecer que o sentimento de conexão e pertença pode também surgir de vínculos estabelecidos com seres não humanos. Os animais de estimação, ao oferecerem companhia constante, afeto incondicional e rotinas estruturadas, podem desempenhar um papel relevante na vida emocional dos indivíduos. Assim, considerando os benefícios reconhecidos do suporte social na redução da solidão, na regulação emocional e na proteção contra distúrbios psicológicos (Wang et al., 2018), torna-se pertinente explorar também a contribuição dos vínculos com animais de estimação como uma forma complementar de suporte, particularmente em populações que enfrentam dificuldades emocionais ou sociais.

1.5 A vinculação a animais de estimação

A vinculação entre seres humanos e animais de estimação tem despertado crescente interesse na psicologia, sobretudo na área da saúde mental. O vínculo afetivo estabelecido com

os animais de companhia pode ter um impacto significativo como forma alternativa ou complementar de suporte social, especialmente para indivíduos que enfrentam dificuldades emocionais ou sociais, como os que apresentam histórico de comportamentos autolesivos. Nestes contextos, os animais de estimação podem atuar como fontes estáveis de apoio emocional, conforto e companhia, contribuindo para a mitigação de sentimentos de solidão e para a promoção do bem-estar.

A Teoria da Vinculação, desenvolvida por Bowlby (1969), descreve a formação de laços emocionais entre seres humanos como um processo fundamental para o desenvolvimento psicológico saudável. Inicialmente centrada nas relações entre bebês e cuidadores primários, esta teoria foi subsequentemente expandida para incluir outros tipos de relações significativas ao longo do ciclo vital. Recentemente, tem-se observado uma ampliação deste conceito para os laços estabelecidos entre humanos e animais de estimação. Embora não sejam recíprocos da mesma forma que os vínculos humanos, os laços entre humanos e animais de estimação podem apresentar funções semelhantes em termos de apoio afetivo (Kurdek, 2008).

Os animais de companhia, como os cães e os gatos, são muitas vezes tidos em conta como elementos familiares, desempenhando funções emocionais significativas na vida dos seus donos. A aceitação incondicional, a ausência de julgamentos e a presença constante dos animais contribuem para sentimentos de segurança e conforto. Para os indivíduos com um histórico de automutilação, que frequentemente experienciam sentimentos de vergonha, culpa e rejeição, a relação com um animal de estimação pode proporcionar uma forma de ligação segura e não ameaçadora, funcionando como uma figura de apoio em contextos de vulnerabilidade emocional (McConnell et al., 2011).

1.5.1 Os animais de estimação como fonte de suporte social

Estudos demonstram que os animais de estimação podem proporcionar suporte emocional comparável ao oferecido por seres humanos, ainda que de forma singular. A presença de um animal pode diminuir sentimentos de solidão, aumentar a autoestima e proporcionar uma sensação de pertença. A relação com o animal pode ser particularmente significativa quando as relações humanas são percebidas como complexas, exigentes ou potencialmente ameaçadoras, sendo valorizada pela sua previsibilidade e pela ausência de exigências interpessoais (Beetz et al., 2012).

McConnell et al. (2011) observaram que os indivíduos com laços afetivos significativos com os seus animais de estimação relatavam níveis mais elevados de bem-estar psicológico. No caso de pessoas com histórico de autolesão, o suporte proporcionado pelo animal pode ser

útil na regulação de estados emocionais intensos, reduzindo impulsos autodestrutivos e oferecendo uma alternativa saudável para lidar com o stress. Adicionalmente, o cuidado com o animal pode fomentar um sentido de responsabilidade, propósito e previsibilidade, promovendo rotinas estruturadas que favorecem a estabilidade emocional.

Em contextos clínicos, a presença de animais tem sido reconhecida pelo seu potencial terapêutico. Estudos demonstram que o vínculo com animais de estimação pode reduzir os níveis de ansiedade, promover a regulação emocional e aumentar a percepção de suporte social, especialmente em populações vulneráveis. Este tipo de vínculo assume particular relevância para indivíduos com dificuldades em estabelecer relações humanas próximas, funcionando como uma fonte de apoio afetivo menos hierárquica, mais acessível e emocionalmente segura. A intervenção assistida por animais (IAA) tem vindo a ganhar destaque como uma abordagem complementar no tratamento de perturbações psicológicas, tais como a depressão, a ansiedade e as perturbações de personalidade. Apesar de a IAA ir além da presença de um animal de estimação, ambos os contextos partilham o reconhecimento da importância da presença animal na melhoria do funcionamento psicológico e no reforço das competências emocionais e sociais (Beetz et al., 2012).

Neste sentido, a vinculação a animais de estimação tem sido explorada como uma forma alternativa ou complementar de suporte emocional. A literatura revela resultados contraditórios, existindo um conjunto de evidências que apontam para o papel positivo dos animais na redução da solidão e na promoção do bem-estar psicológico, através da oferta de companhia constante e de uma base segura a nível emocional (Beetz et al., 2012; Brooks et al., 2018; Zilcha-Mano et al., 2011). Contudo, a investigação sobre esta temática requer uma análise crítica, dada a identificação de potenciais efeitos adversos associados a esta vinculação. Em circunstâncias específicas, a relação com o animal pode resultar numa dependência emocional excessiva, dificultando o investimento em relações interpessoais humanas e promovendo, em vez de mitigar, o isolamento social (Douglas et al., 2023; Giumelli & Santos, 2016; Herzog, 2018; McConnell et al., 2011; Park et al., 2022; Poresky, 1990; Ratschen et al., 2020; Sousa et al., 2022; Zilcha-Mano et al., 2012).

Apesar dos múltiplos benefícios, é necessário reconhecer os limites desta forma de suporte. Os animais de estimação não podem substituir o suporte humano, sobretudo em termos de reciprocidade emocional, comunicação complexa ou apoio prático em situações que exigem tomada de decisão. A dependência excessiva do animal pode, em alguns casos, dificultar o investimento em relações interpessoais humanas, promovendo o isolamento social (Poresky, 1990). Adicionalmente, a perda de um animal pode ter consequências emocionais

significativas, especialmente em indivíduos com laços afetivos profundos. O luto pela morte de um animal pode intensificar sentimentos de tristeza, abandono e instabilidade emocional, sendo particularmente difícil para indivíduos com história de trauma ou de fragilidade afetiva pré-existente (McConnell et al., 2011).

A literatura evidencia uma relação estreita entre solidão, saúde mental, suporte social e vinculação a animais de estimação, especialmente na população jovem adulta. A solidão emerge como um fator de risco substancial para o desenvolvimento de sintomas depressivos, ansiosos e de stresse, sendo exacerbada pela percepção reduzida de suporte social. Por outro lado, a presença de suporte social, seja este familiar, de pares ou de outras figuras significativas, revela-se protetora, promovendo a regulação emocional e o bem-estar psicológico.

Recentemente, o papel dos animais de estimação como fonte de suporte emocional tem recebido destaque, promovendo sentimentos de pertença e estabilidade em indivíduos vulneráveis. Estas interações multifatoriais entre as variáveis apontam para a necessidade de modelos teóricos integradores. Neste sentido, e com base na fundamentação teórica apresentada, foram delineadas hipóteses que visam explorar estas relações, as quais serão detalhadas na secção de Metodologia.

Parte II – Metodologia

2.1 Desenho do estudo

O presente estudo adota um desenho quantitativo transversal comparativo, adequado aos objetivos e hipóteses em análise (Creswell, 2014). A recolha de dados foi efetuada online, sem custos, num único momento entre abril de 2023 e setembro de 2024, com uma amostra de dois grupos para comparação (Shadish et al., 2002). A metodologia quantitativa permite obter resultados rigorosos, recorrendo a escalas psicométricas padronizadas para correlacionar as variáveis solidão e saúde mental (DeVellis, 2016; Sullivan & Feinn, 2012).

A automutilação constitui um problema de saúde pública, com fortes associações a um risco elevado de suicídio e a consequências negativas para a saúde física e mental (Haney, 2020; Jacob et al., 2017; Khan & Ungar, 2021; Lavis & Winter, 2020; Moraes et al., 2020; Peh et al., 2017), sendo a quarta causa de morte entre jovens dos 15 aos 19 anos (WHO, 2021). Em Portugal, apesar da escassez de estudos recentes, os dados disponíveis indicam taxas preocupantes de automutilação, especialmente entre mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos (Cordovil et al., 2009), e uma associação significativa entre sentimentos de solidão e comportamentos autolesivos (Reis et al., 2012). Estudos recentes indicam que o aumento da solidão durante a pandemia não só agravou problemas de saúde mental entre os jovens adultos, como também aumentou o risco de automutilação, salientando a urgência de investigar e prevenir tais comportamentos (Chen et al., 2023). Estes dados sublinham a relevância da presente investigação no contexto dos jovens adultos portugueses.

O objetivo geral da presente investigação consiste em caracterizar o papel da solidão, suporte social, saúde mental e vinculação entre jovens adultos com e sem histórico de automutilação em Portugal.

De forma a dar resposta ao objetivo geral foram identificados os seguintes objetivos específicos: 1) investigar a correlação entre solidão e saúde mental, suporte social e vinculação a animais entre indivíduos com e sem histórico de automutilação; 2) examinar se existem diferenças significativas nos níveis de solidão, saúde mental, suporte social e vinculação a animais a estimação entre jovens adultos com e sem histórico de automutilação; 3) investigar se existem diferenças significativas entre homens e mulheres nos níveis de solidão, saúde mental, suporte social, bem como na vinculação a animais de estimação; 4) investigar se existem diferenças nos níveis de solidão, saúde mental e suporte social entre jovens adultos com e sem animais de estimação, entre indivíduos com e sem histórico de automutilação; 5) analisar papel mediador da solidão entre as dimensões de suporte social e sintomas de depressão; 6) analisar o papel mediador da solidão entre vinculação a animais de estimação e

sintomas de depressão. Em conformidade com os objetivos delineados, a presente investigação propõe as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: O suporte social percebido está negativamente associado aos níveis de solidão e saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e stresse) entre jovens adultos, independentemente do histórico de automutilação.

Hipótese 2: A solidão apresenta uma correlação positiva com os níveis de saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e stresse) em jovens adultos, independentemente do histórico de automutilação.

Hipótese 3: A vinculação com animais de estimação apresenta uma correlação negativa com os níveis de solidão e saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e stresse).

Hipótese 4: Existem diferenças significativas entre os grupos com e sem histórico de automutilação nos níveis de solidão, saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e stresse), suporte social (família, amigos e pessoas significativas) e na vinculação com animais de estimação.

Hipótese 5: Existem diferenças significativas nos níveis de solidão, saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e stresse) e suporte social (família, amigos e pessoas significativas) entre os homens e mulheres, independentemente do histórico de automutilação.

Hipótese 5a: Existem diferenças significativas nos níveis de solidão, saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e stresse) e suporte social (família, amigos e pessoas significativas) entre os homens e mulheres com histórico de automutilação.

Hipótese 5b: Existem diferenças significativas nos níveis de solidão, saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e stresse) e suporte social (família, amigos e pessoas significativas) entre os homens e mulheres sem histórico de automutilação.

Hipótese 6a: Existem diferenças significativas nos níveis de solidão, saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e stresse) e suporte social (família, amigos e pessoas significativas) entre jovens adultos com histórico de automutilação, considerando a presença ou ausência de animais de estimação.

Hipótese 6b: Existem diferenças significativas nos níveis de solidão, saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e stresse) e suporte social (família, amigos e pessoas significativas) entre jovens adultos sem histórico de automutilação, considerando a presença ou ausência de animais de estimação.

Hipótese 7: A solidão medeia a relação entre suporte social (família, amigos e pessoas significativas) e sintomas de depressão entre jovens adultos, independentemente do histórico de automutilação. A presente hipótese será subdividida em três

modelos, correspondentes às dimensões do suporte social: família, amigos e pessoas significativas, com o intuito de analisar cada uma delas.

Hipótese 7a: A solidão medeia a relação entre suporte social da família e sintomas de depressão entre jovens adultos, independentemente do histórico de automutilação.

Hipótese 7b: A solidão medeia a relação entre suporte social dos amigos e sintomas de depressão entre jovens adultos, independentemente do histórico de automutilação.

Hipótese 7c: A solidão medeia a relação entre suporte social de pessoas significativas e sintomas de depressão entre jovens adultos, independentemente do histórico de automutilação.

Hipótese 8: A solidão medeia a relação entre vinculação com animais de estimação e sintomas de depressão entre jovens adultos.

Figura 1. Modelo de mediação da solidão entre o suporte social e os sintomas de depressão

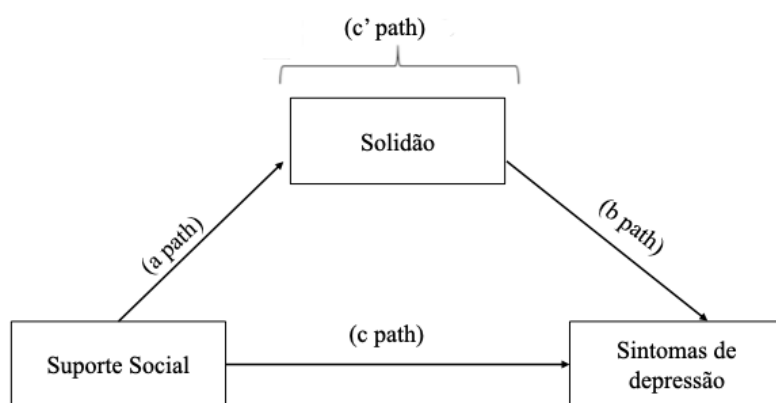
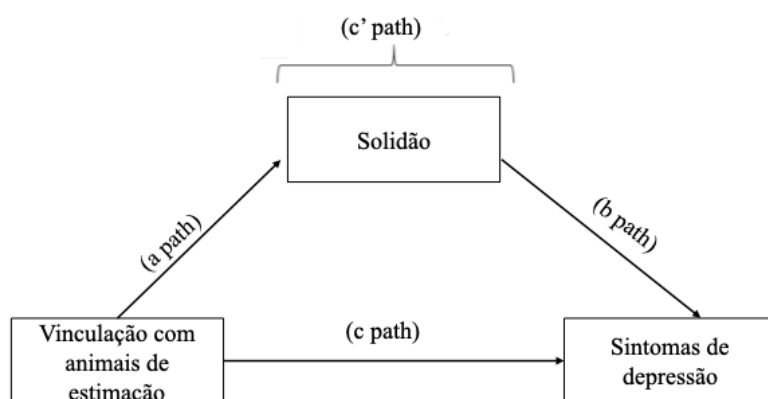


Figura 2. Modelo de mediação da solidão entre a vinculação a animais de estimação e os sintomas de depressão



2.2 Participantes

A amostra do estudo foi constituída por 320 participantes, divididos em dois grupos: 160 com histórico de automutilação (pelo menos um episódio ao longo da vida) e 160 sem esse histórico. Os critérios de inclusão estabelecidos para o grupo com histórico de automutilação foram os seguintes: (a) idade compreendida entre os 18 e os 35 anos; (b) presença de histórico de automutilação pelo menos um episódio ao longo da vida; (c) residência em Portugal no momento da recolha de dados. Os critérios de inclusão para o grupo sem histórico de automutilação incluíram: (a) idade compreendida entre os 18 e os 35 anos; b) a ausência de histórico de automutilação; (c) residência em Portugal no momento da recolha de dados. O recrutamento foi realizado por amostragem não probabilística de conveniência, através na plataforma *Google Forms*, e respeitou todas as normas éticas, incluindo a obtenção de consentimento informado.

A maioria dos participantes era do sexo feminino ($n = 263$; 82,2%), enquanto os restantes se identificaram como do sexo masculino ($n = 57$; 17,8%). Esta distribuição foi observada em ambos os grupos: no grupo com histórico de automutilação ($n = 134$; 83,8% do sexo feminino) e no grupo sem histórico ($n = 129$; 80,6% do sexo feminino). A faixa etária dos participantes variou entre os 18 e os 35 anos, com uma média de 24,18 anos ($DP = 4,177$). A média de idades no grupo com histórico de automutilação foi de 23,88 anos ($DP = 4,090$), e no grupo sem histórico foi de 24,48 anos ($DP = 4,254$).

2.3 Instrumentos

Variáveis sociodemográficas

O questionário sociodemográfico (Anexo B) recolheu informações sobre sexo, idade, nacionalidade, distrito de residência, nível educacional, situação profissional, estado civil, número de filhos, perdas familiares, presença de animais de estimação e despesas associadas. Adicionalmente, foram incluídas questões sobre automutilação, com base no protocolo de Gratz (2001) (Anexo C), que inquiriam a idade do primeiro episódio, a frequência e o tipo de comportamentos.

Escala de Solidão UCLA

Variável mediadora: A Escala de Solidão da UCLA (*UCLA Loneliness Scale, Version 3*; Russell, 1996; versão portuguesa: Pocinho et al., 2005) é uma escala de autorrelato composta por 20 itens, dos quais 16 são utilizados no cálculo da pontuação total (os itens 3, 6, 14 e 20 são

excluídos da cotação). Os itens são avaliados numa escala de *Likert* de 1 (nunca) a 4 (sempre), com pontuações totais que variam entre 16 e 64 pontos. Pontuações mais elevadas indicam níveis mais altos de solidão. A escala apresenta boas propriedades psicométricas, com um alfa de Cronbach de .90.

Escala Multidimensional de Apoio Social Percebido (MSPSS)

Variável independente: A Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support* – MSPSS; Zimet et al., 1988; versão portuguesa: Carvalho et al., 2011) avalia o suporte social percebido em três dimensões: família, amigos e pessoas significativas. A escala é composta por 12 itens, distribuídos equitativamente pelas três subescalas. Cada item é avaliado numa escala de *Likert* de 1 (discorda completamente) a 7 (concorda completamente). A cotação de cada subescala resulta da média dos respetivos quatro itens; a pontuação total é a média dos 12 itens. A escala demonstrou elevada consistência interna, com um alfa de Cronbach geral de .92. Os valores de Alfa de *Cronbach* observados para cada subescala foram de .92 para a família, .91 para amigos e .89 para outras pessoas significantes.

Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse (DASS-21)

Variável dependente: A Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse (*Depression, Anxiety and Stress Scale* – DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa: Pais-Ribeiro et al., 2004) é um instrumento de autorrelato composto por 21 itens, divididos em três subescalas de sete itens cada. Os itens são avaliados numa escala de *Likert* de 0 (não se aplicou nada a mim) a 4 (aplicou-se a mim a maior parte das vezes). Cada subescala mede, respetivamente, sintomas de depressão, ansiedade e stresse. Os valores de Alfa de *Cronbach* observados para cada subescala foram de .85 para a depressão, .74 para a ansiedade e .81 para o stresse.

Lexington Attachment to Pets Scale (LAPS)

Variável independente: A *Lexington Attachment to Pets Scale* (LAPS; Johnson et al., 1992; versão portuguesa: Gomes, 2017) avalia o grau de vinculação emocional com animais de estimação. A sua composição inclui 23 itens, organizados em três dimensões: "*Ligação geral a animais de estimação*" (11 itens), "*Substituição de pessoas*" (7 itens) e "*Direitos e bem-estar dos animais*" (5 itens). Os itens são avaliados através de uma escala de *Likert*, em que pontuações mais elevadas indicam um maior vínculo emocional. A escala exhibe uma excelente consistência interna, com um Alfa de *Cronbach* de .93.

Tabela 1. *Consistência interna das escalas UCLA, MSPSS, DASS-21 e LAPS*

Dimensões	Itens	Faixa da escala	Descrição	α . tradução	α . presente estudo
UCLA Total	16	1–4 (Nunca – Frequentemente)	<i>Sente que é insuportável estar só</i>	.90	.952
MSPSS Total	12	1–7		.92	.943
MSPSS Família	4	1–7	<i>Posso falar dos meus problemas com a minha família</i>	.92	.956
MSPSS Amigos	4	1–7	<i>Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas</i>	.91	.962
MSPSS Pessoas significativas	4	1–7 (Discordo completamente – Concordo completamente)	<i>Tenho uma pessoa que é verdadeiramente uma fonte de conforto para mim</i>	.89	.953
DASS-21 Depressão	7	0–3 (Não se aplica nada a mim – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes)	<i>Senti-me desanimado e melancólico</i>	.85	.923
DASS-21 Ansiedade	7	0–3	<i>Senti-me quase a entrar em pânico</i>	.74	.892
DASS-21 Stresse	7	0–3	<i>Tive dificuldade em me acalmar</i>	.81	.909
LAPS Total	23	1–5 (Discordo totalmente – Concordo totalmente)	<i>O meu animal de estimação faz-me sentir feliz</i>	.93	.930

Nota: α . tradução = alfa de Cronbach da versão traduzida; α . presente estudo = alfa de Cronbach no presente estudo; UCLA = UCLA *Loneliness Scale*; MSPSS = Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido; DASS-21 = Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse e LAPS = *Lexington Attachment to Pets Scale*.

2.4 Procedimentos

O estudo em questão está inserido no projeto de investigação alargado intitulado “Solidão, uma nova pandemia após a COVID-19”, desenvolvido pelo Centro de Investigação em Psicologia (CIP) da Universidade Autónoma de Lisboa. Deste modo, o estudo encontra-se devidamente abrangido pela aprovação da Comissão de Ética da Universidade Autónoma de Lisboa. Foi igualmente garantida a autorização dos autores dos instrumentos utilizados para efeitos de avaliação das variáveis em estudo.

A recolha de dados decorreu entre abril de 2023 e setembro de 2024, tendo sido realizada integralmente *online*. O questionário foi elaborado na plataforma *Google Forms* e divulgado por meio de um *link* único, partilhado nas redes sociais, de modo a alcançar uma amostra mais abrangente.

Para assegurar o cumprimento dos princípios éticos da investigação em Psicologia, foi elaborado um consentimento informado (Anexo A), apresentado na primeira página do questionário. Este incluía informações sobre os objetivos do estudo, os procedimentos envolvidos, a duração prevista da participação (cerca de 30 minutos), a natureza voluntária da participação, os direitos dos participantes (incluindo o direito de recusar ou abandonar o estudo sem quaisquer consequências) e as garantias de confidencialidade e anonimato dos dados. Após a devida leitura e aceitação do consentimento, através da seleção da opção “Sim, quero continuar”, os participantes poderiam prosseguir com a finalização do inquérito.

A recolha de dados decorreu num único momento temporal, através da aplicação de um único questionário. O questionário era composto por duas secções principais: (1) questionário sociodemográfico, seguido de (2) aplicação dos instrumentos psicométricos (Escala de Solidão UCLA, Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse — DASS-21, Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido — MSPSS, e a *Lexington Attachment to Pets Scale* — LAPS).

2.5 Tratamento e análise de dados

O tratamento e análise dos dados foi realizado com recurso ao *software IBM SPSS Statistics*, versão 29.0. Para esse efeito, foi criada uma base de dados específica. Após a conclusão da recolha de dados, estes foram sujeitos a tratamento estatístico, recorrendo-se a técnicas de estatística descritiva e inferencial, visando dar resposta as hipóteses da presente investigação.

A análise descritiva envolveu o cálculo de frequências absolutas e relativas, médias, desvios padrão, assimetria, curtose e coeficientes Alfa de *Cronbach*, com o intuito de caracterizar a amostra e verificar a fiabilidade interna dos instrumentos utilizados. Todos os instrumentos demonstraram níveis de consistência interna considerados satisfatórios ($\alpha > .90$), assegurando a qualidade psicométrica das escalas aplicadas.

Com o intuito de avaliar o pressuposto da normalidade das distribuições, foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) às variáveis principais (Marôco, 2018). Os resultados obtidos indicaram valores de significância inferiores a $p < .001$ em todas as variáveis, rejeitando a hipótese nula de normalidade e, consequentemente, recomendando a utilização de testes não paramétricos nas análises subsequentes.

Em resposta à violação do pressuposto de normalidade, foram privilegiados testes não paramétricos nas análises inferenciais. Para a comparação entre grupos independentes foi utilizado o teste de Mann-Whitney *U*, nomeadamente nas comparações entre homens e

mulheres e entre participantes com e sem animais de estimação, tendo em consideração o desequilíbrio na dimensão dos grupos e a natureza não normal das distribuições.

No entanto, nas comparações entre participantes com e sem histórico de automutilação, foi aplicado o teste *t* para amostras independentes, uma vez que os grupos apresentavam dimensões equilibradas ($n = 160$). Num enquadramento como o descrito, a aplicação do teste *t* demonstrou ser apropriada, apresentando uma robustez consistente contra a ocorrência de desvios à normalidade em amostras com dimensões adequadas.

Para a análise da mediação simples, recorreu-se ao modelo 4 do PROCESS macro para SPSS, versão 4.2 (Hayes, 2018), com 5.000 amostragens de *bootstrap* e intervalos de confiança de 95%. Esta análise teve como objetivo verificar o efeito mediador da solidão na relação entre diferentes variáveis independentes e os sintomas de depressão. Foram testadas cinco mediações distintas, nas quais a solidão foi considerada variável mediadora (*M*) e os sintomas de depressão a variável dependente (*Y*). As variáveis independentes (*X*) incluíram o suporte social total, o suporte social da família, o suporte social dos amigos, o suporte social de pessoas significativas e a vinculação a animais de estimação (LAPS total). O objetivo principal destas análises foi compreender se a solidão atua como um mecanismo explicativo na relação entre os diferentes tipos de suporte social recebido e a ligação afetiva com animais de estimação, bem como os níveis de sintomatologia depressiva.

O nível de significância adotado para todas as análises estatísticas foi de $p < .05$, sendo considerados estatisticamente significativos os resultados com valores de *p* inferiores a esse limiar.

Parte III – Resultados

3.1 Análise descritiva

Dados Sociodemográficos

A análise dos dados da Tabela 2 revela que a maioria dos participantes é do sexo feminino ($n = 263$; 82,2%), enquanto os restantes são do sexo masculino ($n = 57$; 17,8%). Esta distribuição mantém-se nas populações com histórico de automutilação (C-HA) ($n = 134$; 83,8%) e sem histórico de automutilação (S-HA) ($n = 129$; 80,6%). A amostra inclui indivíduos com idades compreendidas entre 18 e 35 anos, com uma média de 24,18 anos ($DP = 4,177$). A média de idades na população com histórico de automutilação é de 23,88 anos ($DP = 4,090$) e na população sem histórico de automutilação é de 24,48 anos ($DP = 4,254$). A faixa etária predominante situa-se entre os 18 e 25 anos ($n = 222$; 69,4%). Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes é solteira ($n = 272$; 85%) e não tem filhos ($n = 288$; 90%).

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra (idade, sexo, número de filhos)

Variável	Total		C-HA		S-HA	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	24.18	4.177	23.88	4.090	24.48	4.254
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexo						
Feminino	263	82.2	134	83.8	129	80.6
Masculino	57	17.8	26	16.3	31	19.4
Prefiro não dizer	—	—	—	—	—	—
Total	320	100	160	50	160	50
Estado Civil						
Solteiro(a)	272	85	135	84.4	137	85.6
Casado(a)	19	5.9	9	5.6	10	6.3
União de Facto	27	8.4	14	8.8	13	8.1
Divorciado(a)	2	.6	2	1.3	—	—
Viúvo(a)	—	—	—	—	—	—
Total	320	100	160	50	160	50
Número de filhos(as)						
Não tenho filhos	288	90	147	91.9	141	88.1
1 filho	19	5.9	8	5	11	6.9
2 filhos	10	3.1	4	2.5	6	3.8
3 filhos	2	.6	1	.6	1	.6
4 filhos	1	.3	—	—	1	.6
Total	320	100	160	50	160	50

Nota: *M* = média; *DP* = desvio padrão; *N* = amostra total; *n* = número de participantes por grupo; % = percentagem; C-HA = com histórico de automutilação; S-HA = sem histórico de automutilação.

A Tabela 3 indica que a maioria dos participantes vive com três pessoas ($n = 99$; 30.9%), o mesmo se verifica na população com histórico de automutilação ($n = 55$; 34.4%), enquanto na população sem histórico de automutilação é mais comum viver com duas pessoas ($n = 45$; 28,1%), geralmente a mãe ($n = 191$; 59,7%), o pai ($n = 163$; 50,9%) e/ou outros familiares ($n =$

133; 41,6%). Em termos de contacto familiar, quase todos mantêm contacto com a mãe ($n = 302$; 94,4%), pai ($n = 280$; 87,5%), outros familiares ($n = 273$; 85,3%) e avós ($n = 239$; 74,7%).

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica da amostra (coabitação e contato com parentes)

Variável	Total		C-HA		S-HA	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Número de pessoas com quem partilha casa						
Vivo sozinho(a)	19	5.9	10	6.3	9	5.6
1 pessoa	64	20	32	20	32	20
2 pessoas	83	25.9	38	23.8	45	28.1
3 pessoas	99	30.9	55	34.4	44	27.5
4 pessoas	33	10.3	15	9.4	18	11.3
5 pessoas	12	3.8	7	4.4	5	3.1
6 pessoas	7	2.2	2	1.3	5	3.1
7 pessoas	1	.3	1	.6	—	—
9 pessoas	1	.3	—	—	1	6
10 pessoas	1	.3	—	—	1	6
Total	320	100	160	50	160	50
Com quem partilha casa						
Pai	163	50.9	86	53.8	77	48.1
Mãe	191	59.7	100	62.5	91	56.9
Companheiro(a)	73	22.8	28	17.5	45	28.1
Avós	18	5.6	10	6.3	8	5
Outros familiares	133	41.6	69	43.1	64	40
Amigos	17	5.3	8	5	9	5.6
Vivo sozinho(a)	15	4.7	8	5	7	4.4
Outros	38	11.9	18	11.3	20	12.5
Total	320	100	160	50	160	50
Familiares com quem mantém contacto						
Pai	280	87.5	141	88.1	139	86.9
Mãe	302	94.4	149	93.1	153	95.6
Avós	239	74.7	121	75.6	118	73.8
Outros familiares	273	85.3	133	83.1	140	87.5
Total	320	100	160	50	160	50

Nota: *M* = média; *DP* = desvio padrão; *N* = amostra total; *n* = número de participantes por grupo; % = percentagem; C-HA = com histórico de automutilação; S-HA = sem histórico de automutilação.

A Tabela 4 revela uma pequena diferença no nível de formação, com uma proporção mais elevada de licenciados na população sem histórico de automutilação ($n = 73$; 45,6%) em comparação com a população com histórico de automutilação ($n = 51$; 31,9%). Em relação à ocupação, a maioria são estudantes ($n = 161$; 50,3%), e a taxa de desemprego é elevada, ligeiramente superior na população com histórico de automutilação ($n = 87$; 54,4%) em relação à população sem histórico de automutilação ($n = 76$; 47,5%). A maioria dos participantes é de nacionalidade portuguesa ($n = 294$; 91,8%) e reside no distrito de Lisboa ($n = 167$; 52,2%).

Tabela 4. Caracterização sociodemográfica da amostra (escolaridade, profissão/ocupação, contrato de trabalho, nacionalidade e distrito de residência)

Variável	Total		C-HA		S-HA	
	N	%	n	%	n	%
Formação Escolar						
Ensino básico (1º ciclo)	—		—		—	
Até 9º ano de escolaridade (3º ciclo)	12	3.8	8	5	4	2.5
Até 12º ano de escolaridade (secundário)	70	21.9	40	25	30	18.8
Frequência universitária	68	21.3	35	21.9	33	20.6
Licenciatura ou bacharelato	124	38.8	51	31.9	73	45.6
Mestrado	43	13.4	25	15.6	18	11.3
Doutoramento	3	.9	1	.6	2	1.3
Total	320	100	160	50	160	50
Profissão/Ocupação						
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	31	9.7	13	8.1	18	11.3
Técnicos e profissionais de nível intermédio	35	10.9	16	10	19	11.9
Pessoal dos serviços e vendedores	34	10.6	16	10	18	11.3
Estudantes	161	50.3	79	49.5	82	51.2
Desempregado	12	3.8	8	5	4	2.5
Outros	47	14.7	28	17.7	19	11.9
Total	320	100	160	50	160	50
Contrato de Trabalho						
Desempregado	163	50.9	87	54.4	76	47.5
Recibos Verdes/trabalhador independente	24	7.5	12	7.5	12	7.5
Contrato a termo certo	58	18.1	28	17.5	30	18.8
Contrato sem termo/quadro	75	23.4	33	20.6	42	26.3
Total	320	100	160	50	160	50
Nacionalidade						
Portuguesa	294	91.8	145	90.6	149	93.2
Outros	26	8.2	15	9.3	11	6.8
Total	320	100	160	50	160	50
Distrito de Residência						
Lisboa	167	52.2	85	53.1	82	51.2
Setúbal	44	13.8	26	16.3	18	11.3
Porto	23	7.2	11	6.9	12	7.5
Coimbra	15	4.7	5	3.1	10	6.3
Outros	71	31.2	33	20.8	38	30
Total	320	100	160	50	160	50

Nota: M = média; DP = desvio padrão; N = amostra total; n = número de participantes por grupo; % = percentagem; C-HA = com histórico de automutilação; S-HA = sem histórico de automutilação.

Conforme demonstrado na Tabela 5, da amostra total de 320 participantes, 65% ($n = 208$) relataram a presença de animais de estimação, enquanto 35% ($n = 112$) afirmaram não os ter. No que diz respeito aos participantes com animais, foi observado que 27,5% ($n = 88$) tem somente um animal e 20,6% ($n = 66$) têm dois. Foi ainda observada uma diferença entre os grupos: a população com histórico de automutilação apresenta uma proporção superior de participantes em que 11,3% têm até três animais ($n = 18$), em comparação com a população sem histórico de automutilação, na qual apenas 3,8% ($n = 6$) se encontram nessa categoria.

Relativamente à espécie, os cães são os mais comuns, com 45,3% dos participantes ($n = 145$) a relatar essa espécie, seguidos pelos gatos, com 43,8% ($n = 140$). Quanto ao esforço financeiro associado aos cuidados com os animais, a maioria dos participantes classificou-o como “médio” (43,4%, $n = 139$). Esta percepção foi mais pronunciada no grupo sem histórico de automutilação (48,1%, $n = 77$) do que no grupo com histórico (38,8%, $n = 62$). Por fim, observou-se que a maioria significativa dos participantes, 82,2% ($n = 263$), relatou ter tido animais de estimação durante a infância ou adolescência.

Tabela 5. Caracterização sociodemográfica da amostra (número e espécie de animais, esforço financeiro e presença de animais na infância/adolescência)

Variável	Total		C-HA		S-HA	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Tem animais de estimação						
Sim	208	65	105	65.6	103	64.4
Não	112	35	55	34.4	57	35.6
Número de Animais de Estimação						
Não tem animais	112	35	55	34.4	57	35.6
1 Animal	88	27.5	43	26.9	45	28.1
2 Animais	66	20.6	28	17.5	38	23.8
3 Animais	24	7.5	18	11.3	6	3.8
4 Animais	15	4.7	6	3.8	9	5.6
5 Animais	8	2.5	6	3.8	2	1.3
6 Animais	2	.6	2	1.3	—	—
7 Animais	3	.9	1	.6	2	1.3
10 Animais	1	.3	1	.6	—	—
11 Animais	1	.3	—	—	1	.6
Total	320	100	160	50	160	50
Espécie dos animais de estimação						
Não tenho animais	112	35	55	34.4	57	35.6
Cão	140	43.8	71	44.4	69	43.1
Gato	109	34.1	54	33.8	55	34.4
Outros	47	14.7	31	19.4	16	10
Total	320	100	160	50	160	50
Esforço Financeiro						
Nenhum	81	25.3	43	26.9	38	23.8
Pequeno	59	18.4	29	18.1	30	18.8
Médio	139	43.4	62	38.8	77	48.1
Grande	41	12.8	26	16.3	15	9.4
Total	320	100	160	50	160	50
Animais na Infância/Adolescência						
Sim	263	82.2	129	80.6	134	83.8
Não	57	17.8	31	19.4	26	16.3
Total	320	100	160	50	160	50

Nota: *M* = média; *DP* = desvio padrão; *N* = amostra total; *n* = número de participantes por grupo; % = percentagem; C-HA = com histórico de automutilação; S-HA = sem histórico de automutilação.

A Tabela 6 apresenta os comportamentos autolesivos mais reportados na população com histórico de automutilação, incluindo “*bater em si intencionalmente*” ($n = 114$; 71,3%), “*cortar-*

se” ($n = 98$; 61,3%) e “coçar-se até causar cicatrizes ou sangramento” ($n = 76$; 47,5%). Em alguns casos, foi necessária hospitalização ou tratamento médico ($n = 20$; 11,8%).

Tabela 6. Caracterização da amostra segundo os comportamentos autolesivos mais comuns na população com histórico de automutilação

Variável	C-HA	
	<i>n</i>	%
Automutilação		
Alguma vez bateu em si intencionalmente?	114	71.3
Alguma vez se cortou intencionalmente em alguma área do corpo?	98	61.3
Alguma vez se coçou intencionalmente, a ponto de causar cicatrizes ou sangramento?	76	47.5
Alguma vez bateu com a cabeça intencionalmente?	66	41.3
Alguma vez gravou intencionalmente palavras, imagens, desenhos ou outras marcas na pele?	61	38.1
Alguma vez impediu intencionalmente que feridas cicatrizassem?	57	35.6
Alguma vez se mordeu intencionalmente, a ponto de rasgar a pele?	45	28.1
Alguma vez introduziu intencionalmente objetos pontiagudos, como agulhas, alfinetes, agrafos na pele (exceto tatuagens, piercings, agulhas para uso de drogas)?	37	23.1
Alguma vez se queimou intencionalmente com um cigarro, isqueiro ou fósforo?	26	16.3
Alguma vez esfregou vidro intencionalmente na pele?	18	11.3
Alguma vez esfregou intencionalmente uma lixa no corpo?	11	6.9
Alguma vez utilizou intencionalmente lixívia ou outros produtos de limpeza para esfregar a pele?	4	2.5
Alguma vez aplicou ácido intencionalmente na pele?	1	.6
Este comportamento alguma vez resultou em hospitalização ou numa lesão suficientemente grave para requerer tratamento médico?	20	11.8
Total	160	50

Nota: n = número de participantes por grupo; % = percentagem; C-HA = com histórico de automutilação.

A Tabela 7 organiza as respostas dos participantes com histórico de automutilação sobre comportamentos autolesivos em categorias específicas, destacando-se comportamentos como “ingestão inadequada de medicação” ($n = 6$; 1,9%), “puxar ou arrancar cabelos” ($n = 5$; 1,6%), “socar objetos” ($n = 4$; 1,3%) e “cravar as unhas na pele” ($n = 4$; 1,3%), sugerindo uma variedade de práticas autolesivas com diferentes propósitos, como autopunição ou alívio emocional.

Tabela 7. Caracterização da amostra segundo as categorias específicas de comportamentos autolesivos reportados pela população com histórico de automutilação

Variável	C-HA	
	n	%
Automutilação		
Alguma vez fez algo intencionalmente para se magoar que não foi questionado acima?	35	21.9
Apertar o pescoço	2	.6
Remoção das cutículas	2	.6
Arranhar-se	1	.3
Beliscar-se	3	.9
Exposição a situações de abuso como forma de autopunição	1	.3
Cravar as unhas na pele	4	1.3
Auto-esfaqueamento	1	.3
Esfregar objetos na pele	2	.6
Socar objetos	4	1.3
Exercício físico em excesso	1	.3
Ingestão inadequada de medicação	6	1.9
Jejum prolongado	2	.6
Privação de sono	1	.3
Indução do vômito	1	.3
Puxar ou arrancar os cabelos	5	1.6
Total	160	50

Nota: n = número de participantes; % = percentagem; C-HA = com histórico de automutilação.

A Tabela 8 indica que a maioria dos participantes da população com histórico de automutilação teve o primeiro episódio de automutilação entre os 13 e os 17 anos ($n = 101$; 31,5%), sobretudo aos 13 ($n = 32$; 10%) e 14 anos ($n = 26$; 8,1%).

Tabela 8. Caracterização da amostra segundo a idade do primeiro episódio de automutilação na população com histórico de automutilação

Variável	C-HA	
	n	%
Que idade tinha quando se magoou intencionalmente pela primeira vez?		
6-12 anos	36	11.3
13-17	101	31.5
18-25	11	3.4
Não me recordo	12	3.8
Total	160	50

Nota: n = número de participantes; % = percentagem; C-HA = com histórico de automutilação.

A Tabela 9 descreve a idade do último episódio de automutilação, predominando entre os 18 e os 24 anos ($n = 69$; 21,6%), especialmente aos 18 ($n = 20$; 6,3%) e 19 anos ($n = 14$; 4,4%). Observa-se também a faixa etária dos 13-17 anos, com ênfase nos 16 ($n = 15$; 4,7%) e 17 anos ($n = 16$; 5%).

Tabela 9. Caracterização da amostra segundo a idade do último episódio de automutilação na população com histórico de automutilação

Variável	C-HA	
	n	%
Que idade tinha quando se magoou intencionalmente pela última vez?		
10-12 anos	6	1.8
13-17	51	16
18-24	69	21.6
25-35	21	6.4
Não me recordo	13	4.1
Total	160	50

Nota: n = número de participantes; % = percentagem; C-HA = com histórico de automutilação.

A Tabela 10 aborda a duração dos comportamentos autolesivos na população com histórico de automutilação, indicando que a maioria dos participantes ($n = 124$; 38,8%) já não pratica automutilação. Entre os que continuam, as durações mais comuns são de 11 anos ($n = 5$; 1,6%), 10 anos ($n = 4$; 1,3%) e 7 anos ($n = 4$; 1,3%). Estes dados refletem uma variabilidade significativa na duração dos comportamentos autolesivos, abrangendo tanto casos de curta como de longa duração.

Tabela 10. Caracterização da amostra segundo a duração dos comportamentos autolesivos na população com histórico de automutilação

Variável	C-HA	
	n	%
Há quantos anos se magoa intencionalmente?		
2 anos	2	.6
4	2	.6
5	3	.9
6	3	.9
7	4	1.3
8	2	.6
10	4	1.3
11	5	1.6
12	3	.9
13	1	.3
14	2	.6
19	1	.3
20	1	.3
21	1	.3
22	1	.3
27	1	.3
Não me recordo	124	38.8
Total	160	50

Nota: n = número de participantes; % = percentagem; C-HA = com histórico de automutilação.

Descrição dos valores dos itens das subescalas

As Tabelas 11 a 14 apresentam a distribuição dos valores dos itens que compõem as escalas utilizadas no presente estudo, relativas à solidão (UCLA — Tabela 11), ao suporte social percebido (MSPSS — Tabela 12), à saúde mental (DASS-21 — Tabela 13) e à vinculação com animais de estimação (LAPS — Tabela 14). Os dados apresentados referem-se à amostra total ($N = 320$), com exceção da Tabela 14, que inclui apenas os participantes que referiram ter animais de estimação ($n = 208$). A apresentação dos itens segue uma ordem numérica.

Tabela 11. Mínimos, máximos, médias, desvio-padrão, assimetria, curtose e α dos itens da escala UCLA

<i>Item</i>	<i>N</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>SK</i>	<i>K</i>	<i>α</i>
UCLA 1	320	1	4	2.55	.898	-.076	-.746	.952
UCLA 2	320	1	4	2.58	.970	-.149	-.943	.950
UCLA 4	320	1	4	2.47	.930	-.097	-.867	.950
UCLA 5	320	1	4	2.63	.977	-.159	-.966	.949
UCLA 7	320	1	4	2.08	1.015	.481	-.938	.948
UCLA 8	320	1	4	2.11	1.103	.453	-1.189	.950
UCLA 9	320	1	4	2.34	1.092	.187	-1.269	.948
UCLA 10	320	1	4	2.07	1.056	.560	-.949	.947
UCLA 11	320	1	4	1.98	1.011	.606	-.849	.948
UCLA 12	320	1	4	1.96	.966	.579	-.795	.950
UCLA 13	320	1	4	2.32	.995	.203	-1.009	.951
UCLA 15	320	1	4	2.60	1.052	-.087	-1.196	.949
UCLA 16	320	1	4	2.39	1.014	.146	-1.074	.947
UCLA 17	320	1	4	2.29	.957	.159	-.951	.948
UCLA 18	320	1	4	2.34	1.022	.136	-1.124	.952
UCLA 19	320	1	4	2.19	1.010	.308	-1.048	.949

Nota: N = tamanho da amostra; *Min* = mínimo; *Max* = máximo; *DP* = desvio-padrão; *SK* = assimetria; *K* = curtose; α = alfa de *Cronbach*; Erro padrão de assimetria = .136 para todos os itens; Erro padrão de curtose = .272 para todos os itens da amostra.

Tabela 12. Mínimos, máximos, médias, desvio-padrão, assimetria, curtose e α dos itens da escala MSPSS

<i>Item</i>	<i>N</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>SK</i>	<i>K</i>	<i>α</i>
MSPSS 1	320	1	7	5.60	1.572	-1.195	1.026	.930
MSPSS 2	320	1	7	5.73	1.532	-1.400	1.738	.931
MSPSS 3	320	1	7	5.09	1.687	-.730	-.198	.942
MSPSS 4	320	1	7	4.70	1.770	-.448	-.662	.936
MSPSS 5	320	1	7	5.58	1.717	-1.217	.694	.945
MSPSS 6	320	1	7	5.00	1.617	-.712	-.109	.956
MSPSS 7	320	1	7	4.99	1.629	-.744	-.040	.942
MSPSS 8	320	1	7	4.45	1.888	-.319	-.953	.949
MSPSS 9	320	1	7	5.27	1.612	-.950	.440	.943
MSPSS 10	320	1	7	5.61	1.683	-1.327	1.085	.950
MSPSS 11	320	1	7	4.98	1.792	-.690	-.414	.940
MSPSS 12	320	1	7	5.19	1.619	-.924	.338	.957

Nota: N = tamanho da amostra; *Min* = mínimo; *Max* = máximo; *DP* = desvio-padrão; *SK* = assimetria; *K* = curtose; α = Alfa de *Cronbach*; Erro padrão de assimetria = .136 para todos os itens; Erro padrão de curtose = .272 para todos os itens da amostra.

Tabela 13. Mínimos, máximos, médias, desvio-padrão, assimetria, curtose e α dos itens da escala DASS-21

<i>Item</i>	<i>N</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>SK</i>	<i>K</i>	<i>α</i>
DASS 1	320	0	3	1.06	.920	.514	-.586	.904
DASS 2	320	0	3	.88	.944	.741	-.518	.889
DASS 3	320	0	3	.76	.867	.944	.095	.915
DASS 4	320	0	3	.65	.862	1.134	.302	.879
DASS 5	320	0	3	1.33	1.000	.282	-.965	.925
DASS 6	320	0	3	1.17	.980	.407	-.852	.899
DASS 7	320	0	3	.87	1.022	.822	-.615	.883
DASS 8	320	0	3	1.23	.961	.298	-.876	.889
DASS 9	320	0	3	.95	1.039	.715	-.763	.879
DASS 10	320	0	3	.92	1.040	.776	-.683	.907
DASS 11	320	0	3	1.26	.998	.234	-1.030	.890
DASS 12	320	0	3	1.48	.992	-.037	-1.039	.887
DASS 13	320	0	3	1.36	.998	.202	-1.006	.909
DASS 14	320	0	3	.99	.979	.677	-.574	.906
DASS 15	320	0	3	.83	1.005	.860	-.554	.865
DASS 16	320	0	3	.94	1.049	.720	-.789	.907
DASS 17	320	0	3	.94	1.081	.739	-.850	.906
DASS 18	320	0	3	1.53	.985	-.001	-1.017	.894
DASS 19	320	0	3	1.04	1.053	.545	-.991	.870
DASS 20	320	0	3	.87	.992	.822	-.498	.865
DASS 21	320	0	3	.76	1.050	1.075	-.254	.907

Nota: *N* = tamanho da amostra; *Min* = mínimo; *Max* = máximo; *DP* = desvio-padrão; *SK* = assimetria; *K* = curtose; α = Alfa de Cronbach; Erro padrão de assimetria = .136 para todos os itens; Erro padrão de curtose = .272 para todos os itens da amostra.

Tabela 14. Mínimos, máximos, médias, desvio-padrão, assimetria, curtose e α dos itens da escala LAPS

<i>Item</i>	<i>n</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>SK</i>	<i>K</i>	<i>α</i>
LAPS 1	208	1	5	3.42	1.252	-.208	-.986	.925
LAPS 2	208	1	5	3.41	1.316	-.491	-.869	.925
LAPS 3	208	1	5	3.88	1.177	-.886	-.103	.924
LAPS 4	208	1	5	3.64	1.358	-.654	-.826	.922
LAPS 5	208	1	5	3.54	1.292	-.578	-.696	.928
LAPS 6	208	1	5	3.82	1.213	-.819	-.276	.924
LAPS 7	208	1	5	4.31	1.027	-1.592	1.925	.926
LAPS 8	208	1	5	1.92	1.229	1.219	.384	.944
LAPS 9	208	1	5	3.77	1.221	-.750	-.419	.928
LAPS 10	208	1	5	4.02	1.097	-1.091	.508	.925
LAPS 11	208	1	5	4.00	1.157	-1.030	.207	.924
LAPS 12	208	1	5	3.62	1.210	-.623	-.457	.924
LAPS 13	208	1	5	4.27	.935	-1.386	1.762	.925
LAPS 14	208	1	5	4.57	.745	-2.160	5.576	.926
LAPS 15	208	1	5	4.26	.984	-1.443	1.580	.924
LAPS 16	208	1	5	4.43	.865	-1.641	2.434	.924
LAPS 17	208	1	5	4.25	.944	-1.483	2.043	.926
LAPS 18	208	1	5	4.54	.850	-2.334	5.761	.924
LAPS 19	208	1	5	4.60	.768	-2.331	5.956	.925
LAPS 20	208	1	5	4.61	.760	-2.416	6.442	.925
LAPS 21	208	1	5	1.63	1.143	1.881	2.482	.941
LAPS 22	208	1	5	4.37	.934	-1.665	2.531	.924
LAPS 23	208	1	5	4.36	.948	-1.535	1.805	.923

Nota: *n* = número de participantes; *Min* = mínimo; *Max* = máximo; *DP* = desvio-padrão; *SK* = assimetria; *K* = curtose; α = Alfa de Cronbach; Erro padrão de assimetria = .169 para todos os itens; Erro padrão de curtose = .336 para todos os itens da amostra.

3.2 Análise das hipóteses

Visando testar as hipóteses formuladas nesta investigação, foram conduzidas análises de correlação, testes de comparação de grupos e análises de mediação. As variáveis estudadas incluem solidão, suporte social percebido (família, amigos e outras pessoas significativas), saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e stresse) e vinculação a animais de estimação. As análises foram realizadas consoante a natureza das variáveis e os pressupostos estatísticos, conforme descrito na secção de metodologia.

Correlações entre variáveis

As correlações entre as variáveis em estudo encontram-se apresentadas na Tabela 15. Foi observada uma associação negativa significativa entre o suporte social total e a solidão ($r = -.671, p < .001$), bem como entre o suporte social e os sintomas de depressão ($r = -.482, p < .001$), ansiedade ($r = -.303, p < .001$) e stresse ($r = -.306, p < .001$), confirmando a Hipótese 1 (H1).

A solidão demonstrou correlações positivas e estatisticamente significativas com os sintomas de depressão ($r = .612, p < .001$), ansiedade ($r = .425, p < .001$) e stresse ($r = .475, p$

< .001), confirmando a Hipótese 2 (H2). Estes resultados sugerem uma associação entre os níveis mais elevados de solidão e uma pior saúde mental.

No que diz respeito à relação com animais de estimação, os resultados obtidos demonstraram correlações positivas, ainda que fracas, com os sintomas de depressão ($r = .152, p < .05$), ansiedade ($r = .236, p < .05$) e stresse ($r = .248, p < .05$), não corroborando a Hipótese 3 (H3), que previa uma correlação negativa. Desta forma, no presente estudo, a relação com animais de estimação não se revelou como um fator protetor.

Tabela 15. Correlações entre as variáveis do estudo

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Solidão	1								
2. SS Família	-.574**	1							
3. SS Amigos	-.565**	.508**	1						
4. SS Outros	-.538**	.498**	.632**	1					
5. SS Total	-.671**	.814**	.848**	.843**	1				
6. SD	.612**	-.479**	-.349**	-.371**	-.482**	1			
7. Ansiedade	.425**	-.315**	-.214**	-.223**	-.303**	.673**	1		
8. Stresse	.475**	-.343**	-.220**	-.194**	-.306**	.764**	.796**	1	
9. LAPS	.112	-.047	.131	.076	.061	.152*	.236**	.248**	1

Nota: ** = correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades); * = correlação significativa no nível 0.05 (2 extremidades); SS = suporte social; SS Outros = suporte social de pessoas significativas; SD = sintomas de depressão; LAPS = *Lexington Attachment to Pets Scale*.

Diferenças entre o histórico de automutilação e as variáveis em estudo

Este tópico apresenta os resultados da quarta hipótese (H4), onde se propõe que existam diferenças estatisticamente significativas nos níveis de solidão, saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e stresse), suporte social (família, amigos e pessoas significativas) e vinculação com animais de estimação entre jovens adultos com e sem histórico de automutilação. Conforme demonstrado na Tabela 16, os resultados indicam que os participantes com histórico de automutilação apresentaram níveis significativamente mais elevados de ansiedade ($M = 7.20; p = .015; t = 3.796$), enquanto os participantes sem histórico reportaram maior suporte social proveniente de outras pessoas significativas ($M = 5.89; p = .003; t = -3.017$). Não foram detetadas diferenças estatisticamente significativas nas restantes variáveis submetidas a análise. Desta forma, a hipótese H4 foi parcialmente corroborada.

Tabela 16. Amostra total com histórico de automutilação ($n = 160$) e sem histórico de automutilação ($n = 160$)

Variáveis	C-HA		S-HA		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Solidão	40.59	12.466	33.22	10.953	5.622	.052
SS Família	4.29	1.713	5.32	1.475	-5.770	.096
SS Amigos	4.91	1.611	5.32	1.429	-2.377	.290
SS Outros	5.38	1.679	5.89	1.309	-3.017	.003
SS Total	4.86	1.349	5.51	1.204	-4.533	.446
SD	8.59	5.895	5.43	5.419	4.996	.073
Ansiedade	7.20	5.735	4.96	4.797	3.796	.015
Stresse	9.73	5.408	7.69	5.387	3.387	.969
LAPS	91.86	14.208	86.58	15.347	2.479	.315

Nota: C-HA = com histórico de automutilação; S-HA = sem histórico de automutilação; *M* = média; *DP* = desvio padrão; *t* = valor do teste *t* de Student; *p* = valor de *p* (nível de significância); SS = suporte social; SS Outros = suporte social de pessoas significativas; SD = sintomas de depressão; LAPS = *Lexington Attachment to Pets Scale*.

Diferenças entre o sexo e as variáveis em estudo

No que diz respeito à quinta hipótese (H5), na qual se propõe que existam diferenças significativas entre homens e mulheres nos níveis de solidão, saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e stresse) e suporte social (família, amigos e pessoas significativas), independentemente do histórico de automutilação. Conforme demonstrado pelos dados apresentados na Tabela 17, as mulheres apresentaram níveis significativamente mais elevados de ansiedade ($M = 168.20$; $n = 263$; $U = 5470.500$; $z = -3.209$; $p = .001$) e stresse ($M = 169.08$; $n = 263$; $U = 5238.000$; $z = -3.571$; $p < .001$). Adicionalmente, reportaram maior suporte social proveniente de outras pessoas significativas ($M = 166.48$; $n = 263$; $U = 5923.000$; $z = -2.535$; $p = .011$). Não foram identificadas diferenças significativas nas restantes variáveis, confirmando-se parcialmente a hipótese H5.

Tabela 17. Amostra total dividida por sexo feminino ($n = 263$) e masculino ($n = 57$)

Variáveis	Masculino	Feminino	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>M</i>			
Solidão	150.04	162.77	6899.500	-.942	.346
SS Família	152.64	162.20	7047.500	-.709	.478
SS Amigos	141.55	164.61	6415.500	-1.713	.087
SS Outros	132.91	166.48	5923.0000	-2.535	.011
SS Total	139.38	165.08	6291.500	-1.902	.057
SD	141.81	164.55	6430.000	-1.687	.092
Ansiedade	124.97	168.20	5470.500	-3.209	.001
Stresse	120.89	169.08	5238.000	-3.571	<.001
LAPS	64.22	113.22	1673.000	-4.492	<.001

Nota: *M* = média; *U* = Estatística *U* de Mann-Whitney; *Z* = Estatística *Z*; *p* = Valor de *p* (nível de significância); SS = suporte social; SS Outros = suporte social de pessoas significativas; SD = sintomas de depressão; LAPS = *Lexington Attachment to Pets Scale*.

Diferenças entre o sexo e as variáveis em estudo no grupo com histórico de automutilação

A hipótese 5a (H5a) propõe que existam diferenças significativas entre homens e mulheres com histórico de automutilação nos níveis de solidão, saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e stresse) e suporte social (família, amigos e pessoas significativas). Conforme demonstrado pelos dados apresentados na Tabela 18, as mulheres revelaram níveis significativamente mais elevados de ansiedade ($M = 84.62$; $n = 134$; $U = 1190.000$; $z = -2.560$; $p = .010$) e stresse ($M = 85.36$; $n = 134$; $U = 1090.500$; $z = -3.018$; $p = .003$) em comparação com os homens. Adicionalmente, as mulheres também reportaram maior suporte social proveniente de outras pessoas significativas ($M = 83.65$; $n = 134$; $U = 1671.500$; $z = -1.979$; $p = .048$). Não se observaram diferenças nas restantes variáveis, pelo que se confirma parcialmente a hipótese H5a.

Tabela 18. População com histórico de automutilação por sexo feminino ($n = 134$) e masculino ($n = 26$)

Variáveis	Masculino	Feminino	U	Z	p
	M	M			
Solidão	77.65	81.05	1668.000	-.342	.732
SS Família	71.75	82.20	1514.500	-1.054	.292
SS Amigos	69.17	82.70	1447.500	-1.366	.172
SS Outros	64.29	83.65	1671.500	-1.979	.048
SS Total	66.15	83.28	1720.000	-1.726	.084
SD	78.44	80.90	2039.500	-.248	.804
Ansiedade	59.27	84.62	1190.000	-2.560	.010
Stresse	55.44	85.36	1090.500	-3.018	.003
LAPS	31.60	56.57	354.000	-2.941	.003

Nota: M = média; U = Estatística U de Mann-Whitney; Z = Estatística Z; p = Valor de p (nível de significância); SS = suporte social; SS Outros = suporte social de pessoas significativas; SD = sintomas de depressão; LAPS = *Lexington Attachment to Pets Scale*.

Diferenças entre o sexo e as variáveis em estudo no grupo sem histórico de automutilação

A hipótese 5b (H5b) propõe que existam diferenças significativas entre homens e mulheres sem histórico de automutilação nos níveis de solidão, saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e stresse) e suporte social (família, amigos e pessoas significativas). Conforme demonstrado pelos dados apresentados na Tabela 19, as mulheres apresentaram níveis significativamente mais elevados de sintomas de depressão ($M = 84.26$; $n = 129$; $U = 1515.000$; $z = -2.102$; $p = .036$) e stresse ($M = 84.10$; $n = 129$; $U = 1535.500$; $z = -2.008$; $p = .045$) em comparação com os homens. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas restantes variáveis, pelo que se confirma parcialmente a hipótese H5b.

Tabela 19. População sem histórico de automutilação por sexo feminino ($n = 129$) e masculino ($n = 31$)

Variáveis	Masculino	Feminino	U	Z	p
	M	M			
Solidão	74.79	81.87	1822.500	-.765	.444
SS Família	79.52	80.74	1969.000	-.132	.895
SS Amigos	72.29	82.47	1745.000	-1.105	.269
SS Outros	67.16	83.71	1586.000	-1.837	.066
SS Total	71.47	82.67	1719.500	-1.210	.226
SD	64.87	84.26	1515.000	-2.102	.036
Ansiedade	67.55	83.61	1598.000	-1.744	.081
Stresse	65.53	84.10	1535.500	-2.008	.045
LAPS	33.30	57.08	479.500	-3.313	<.001

Nota: M = média; U = Estatística U de Mann-Whitney; Z = Estatística Z; p = Valor de p (nível de significância); SS = suporte social; SS Outros = suporte social de pessoas significativas; SD = sintomas de depressão; LAPS = *Lexington Attachment to Pets Scale*.

Diferenças entre a presença de animais de estimação e as variáveis em estudo no grupo com histórico de automutilação

A hipótese 6a (H6a) propõe a existência de diferenças nos níveis de solidão, saúde mental e suporte social entre participantes com histórico de automutilação, consoante a presença ou ausência de animais de estimação. Conforme demonstrado na Tabela 20, os participantes sem animais de estimação reportaram níveis significativamente mais elevados de suporte social familiar ($M = 93.83$; $n = 54$; $U = 2142.000$; $z = -2.603$; $p = .009$) e níveis mais baixos de sintomas de depressão ($M = 65.96$; $n = 54$; $U = 2077.000$; $z = -2.837$; $p = .005$). Não se observaram diferenças nas restantes variáveis. Deste modo, a hipótese H6a é parcialmente confirmada.

Tabela 20. População com histórico de automutilação com animais ($n = 105$) e sem animais ($n = 55$)

Variáveis	Animais	Sem animais	U	Z	p
	M	M			
Solidão	84.63	72.40	2424.500	-1.579	.114
SS Família	73.71	93.83	2142.000	-2.603	.009
SS Amigos	79.71	82.06	2778.000	-.304	.761
SS Outros	80.99	79.55	2810.500	-.189	.850
SS Total	76.25	88.85	2411.000	-1.628	.103
SD	87.91	65.96	2077.000	-2.837	.005
Ansiedade	83.70	74.21	2522.500	-1.228	.219
Stresse	85.71	70.27	2309.500	-1.997	.046

Nota: M = média; U = Estatística U de Mann-Whitney; Z = Estatística Z; p = Valor de p (nível de significância); SS = suporte social; SS Outros = suporte social de pessoas significativas; SD = sintomas de depressão.

Diferenças entre a presença de animais de estimação e as variáveis em estudo no grupo sem histórico de automutilação

Por fim, a hipótese 6b (H6b) propõe a existência de diferenças nos níveis de solidão, saúde mental e suporte social entre participantes sem histórico de automutilação, consoante a presença ou ausência de animais de estimação. Conforme demonstrado na Tabela 21, não se observaram diferenças estatisticamente significativas nas variáveis analisadas. De acordo com os dados obtidos, a hipótese H6b não foi corroborada.

Tabela 21. População sem histórico de automutilação com animais ($n = 103$) e sem animais ($n = 57$)

Variáveis	Animais	Sem animais	U	Z	p
	M	M			
Solidão	78.12	85.17	2610.000	-.910	.363
SS Família	79.18	83.08	2722.500	-.505	.613
SS Amigos	82.12	77.32	2690.500	-.623	.534
SS Outros	82.83	75.93	2615.000	-.917	.359
SS Total	80.86	79.79	2823.500	-.139	.889
SD	80.29	80.91	2840.000	-.080	.936
Ansiedade	77.17	87.05	2508.500	-1.284	.199
Stresse	78.30	84.82	2628.500	-.845	.398

Nota: M = média; U = Estatística U de Mann-Whitney; Z = Estatística Z; p = Valor de p (nível de significância); SS = suporte social; SS Outros = suporte social de pessoas significativas; SD = sintomas de depressão.

Resultados do modelo de mediação

De acordo com os critérios (1), (2) e (3) de mediação estabelecidos por MacKinnon (2008), verifica-se que, no presente estudo, todas as relações entre as variáveis analisadas são estatisticamente significativas, exceto a Hipótese 8. Os resultados apresentados nas Tabelas 22 a 26 foram organizados para examinar a mediação do sentimento de solidão na relação entre suporte social (total e por dimensões) e sintomas de depressão, bem como entre vinculação com animais de estimação e sintomas de depressão.

A Hipótese 7 propõe que a solidão medeia a relação entre o suporte social total (família, amigos e pessoas significativas) e os sintomas de depressão em jovens adultos, independentemente do histórico de automutilação. Esta hipótese foi subdividida em três modelos (H7a, H7b, H7c), com o propósito de analisar individualmente o papel das três dimensões do suporte social. Os resultados gerais do modelo total encontram-se apresentados na Tabela 22.

Para a Hipótese 7, apresentada na Tabela 22, verificou-se que o suporte social total apresentou efeito significativo e negativo na solidão ($\beta = -6.2562$, $t = -16.1249$, $p < .001$), explicando 45% da variância da solidão ($F_{(1, 318)} = 260.0112$, $p < .001$, $R^2 = .450$). Em seguida,

a solidão teve efeito positivo significativo nos sintomas de depressão ($\beta = .2506$, $t = 8.8224$, $p < .001$) e o suporte social total manteve efeito direto negativo sobre esses sintomas ($\beta = -.5810$, $t = -2.1925$, $p = .0291$), de modo que solidão e suporte social total explicaram conjuntamente 38% da variância dos sintomas de depressão ($F_{(2, 317)} = 98.6874$, $p < .001$, $R^2 = .384$). O efeito indireto do suporte social total sobre sintomas de depressão, via solidão, foi significativo ($b = -1.5680$; IC 95% $[-2.0901, -1.0687]$), apoiando a Hipótese 7.

Tabela 22. *Análise de mediação do suporte social nos sintomas de depressão via solidão*

Relação	B	SE	t	p	95% IC	
					LL	UL
SS à Solidão (a)	-6.2562	.3880	-16.1249	.0000	-7.0195	-5.4928
Solidão à SD (b)	.2506	.0284	8.8224	.0000	.1947	.3065
SS à SD (c)	-.5810	.2650	-2.1925	.0291	-1.1024	-.0596
Efeito indireto		b	SE		LL	UL
SS à Solidão à SD (c')		-1.5680	.2616		-2.0901	-1.0687

Nota: SS = suporte social; SD = sintomas de depressão; IC = intervalo de confiança; SE = erro padrão; B = coeficiente de regressão; b = coeficiente do efeito indireto; LL = limite inferior; UL = limite superior.

A Hipótese 7a propõe que a solidão medeia a relação entre o suporte social da família e os sintomas de depressão. Conforme demonstrado na Tabela 23, o suporte social familiar mostrou efeito negativo significativo na solidão ($\beta = -4.2057$, $t = -12.5125$, $p < .001$), explicando 33% da variância da solidão ($F_{(1, 318)} = 156.5617$, $p < .001$, $R^2 = .330$). A solidão, por sua vez, exerceu efeito positivo significativo nos sintomas de depressão ($\beta = .2401$, $t = 9.4443$, $p = .0004$) e o suporte social familiar manteve efeito direto negativo sobre esses sintomas ($\beta = -.6663$, $t = -3.5787$, $p < .001$), de modo que solidão e suporte social familiar explicaram 40% da variância dos sintomas de depressão ($F_{(2, 317)} = 105.0811$, $p < .001$, $R^2 = .399$). O efeito indireto via solidão foi significativo ($b = -1.0100$; IC 95% $[-1.3167, -0.7201]$), confirmando a Hipótese 7a.

Tabela 23. *Análise de mediação do suporte social da família nos sintomas de depressão via solidão*

Relação	B	SE	t	p	95% IC	
					LL	UL
Família à Solidão (a)	-4.2057	.3361	-12.5125	.0000	-4.8670	-3.5444
Solidão à SD (b)	.2401	.0254	9.4443	.0000	.1901	.2902
Família à SD (c)	-.6663	.1862	-3.5787	.0004	-1.0326	-.3000
Efeito indireto		b	SE		LL	UL
Família à Solidão à SD (c')		-1.0100	.1523		-1.3167	-.7201

Nota: Família = suporte social da família; SD = sintomas de depressão; IC = intervalo de confiança; SE = erro padrão; B = coeficiente de regressão; b = coeficiente do efeito indireto; LL = limite inferior; UL = limite superior.

A Hipótese 7b propõe que a solidão medeia a relação entre o suporte social proveniente de amigos e os sintomas de depressão. Conforme indicado na Tabela 24, o suporte social de amigos apresentou efeito negativo significativo na solidão ($\beta = -4.5248$, $t = -12.2075$, $p < .001$), explicando 32% da variância da solidão ($F_{(1, 318)} = 149.0235$, $p < .001$, $R^2 = .319$). A solidão teve efeito positivo significativo nos sintomas de depressão ($\beta = .2912$, $t = 11.3189$, $p < .001$), enquanto o efeito direto do suporte social de amigos sobre esses sintomas não foi significativo ($\beta = -.0168$, $t = -0.0817$, $p = .9350$), e juntos explicaram 37% da variância ($F_{(2, 317)} = 94.8508$, $p < .001$, $R^2 = .374$). O efeito indireto via solidão foi significativo ($b = -1.3177$; IC 95% [-1.6902, -.9805]), apoiando a Hipótese 7b.

Tabela 24. *Análise de mediação do suporte social dos amigos nos sintomas de depressão via solidão*

Relação	B	SE	t	p	95% IC	
					LL	UL
Amigos à Solidão (a)	-4.5248	.3707	-12.2075	.0000	-5.2540	-3.7955
Solidão à SD (b)	.2912	.0257	11.3189	.0000	.2406	.3418
Amigos à SD (c)	-.0168	.2061	-.0817	.9350	-.4223	.3887
Efeito indireto		b	SE		LL	UL
Amigos à Solidão à SD (c')		-1.3177	.1813		-1.6902	-.9805

Nota: Amigos = suporte social de amigos; SD = sintomas de depressão; IC = intervalo de confiança; SE = erro padrão; B = coeficiente de regressão; b = coeficiente do efeito indireto; LL = limite inferior; UL = limite superior.

A Hipótese 7c propõe que a solidão medeia a relação entre o suporte social de pessoas significativas e sintomas de depressão. De acordo com os dados apresentados na Tabela 25, o suporte social de pessoas significativas mostrou efeito negativo significativo na solidão ($\beta = -4.3336$, $t = -11.3761$, $p < .001$), explicando 29% da variância da solidão ($F_{(1, 318)} = 129.4146$, $p < .001$, $R^2 = .289$). A solidão teve efeito positivo significativo nos sintomas de depressão ($\beta = .2771$, $t = 11.0247$, $p < .001$), enquanto o efeito direto do suporte social de pessoas significativas não foi significativo ($\beta = -.2298$, $t = -1.1345$, $p = .2574$); juntos explicaram 38% da variância ($F_{(2, 317)} = 95.8742$, $p < .001$, $R^2 = .377$). O efeito indireto via solidão foi significativo ($b = -1.2008$; IC 95% [-1.5485, -.8712]), confirmando a Hipótese 7c.

Tabela 25. *Análise de mediação do suporte social de pessoas significativas nos sintomas de depressão via solidão*

Relação	B	SE	t	p	95% IC	
					LL	UL
Significativas à Solidão (a)	-4.3336	.3809	-11.3761	.0000	-5.0831	-3.5842
Solidão à SD (b)	.2771	.0251	11.0247	.0000	.2276	.3265
Significativas à SD (c)	-.2298	.2025	-1.1345	.2574	-.6282	.1687
Efeito indireto		b	SE		LL	UL
Significativas à Solidão à SD (c')		-1.2008	.1732		-1.5485	-.8712

Nota: Significativas = suporte social de pessoas significativas; SD = sintomas de depressão; IC = intervalo de confiança; SE = erro padrão; B = coeficiente de regressão; b = coeficiente do efeito indireto; LL = limite inferior; UL = limite superior.

Por fim, a Hipótese 8 propõe que a solidão medeia a relação entre a vinculação com animais de estimação e os sintomas de depressão. Contudo, conforme demonstrado na Tabela 26, o efeito indireto via solidão não foi significativo ($b = .0256$; IC 95% $[-.0089, .0599]$), não corroborando a Hipótese 8.

Tabela 26. *Análise de mediação da vinculação a animais de estimação nos sintomas de depressão via solidão*

Relação	B	SE	t	p	95% IC	
					LL	UL
Animais à Solidão (a)	.0872	.0538	1.6199	.1068	-.0189	.1932
Solidão à SD (b)	.2941	.0255	11.5187	.0000	.2437	.3444
Animais à SD (c)	.0302	.0198	1.5236	.1291	-.0089	.0693
Efeito indireto		b	SE		LL	UL
Animais à Solidão à SD (c')		.0256	.0177		-.0089	.0599

Nota: Animais = vinculação a animais de estimação; SD = sintomas de depressão; IC = intervalo de confiança; SE = erro padrão; B = coeficiente de regressão; b = coeficiente do efeito indireto; LL = limite inferior; UL = limite superior.

Parte IV – Discussão dos resultados

4.1 Discussão dos resultados

O presente estudo teve como principal objetivo aprofundar a compreensão do impacto do sentimento de solidão na saúde mental dos jovens adultos, considerando o papel do suporte social percebido e da vinculação com animais de estimação. A investigação foi inovadora ao propor uma abordagem comparativa entre indivíduos com e sem histórico de automutilação. Nesta abordagem, explorou-se o papel mediador da solidão na relação entre o suporte social e os sintomas de depressão. Também se estudou o papel da vinculação a animais de estimação como fator de proteção relativamente à solidão e à saúde mental. Estes são aspetos que ainda não foram devidamente estudados na literatura científica nacional e internacional.

A relevância do tema é sustentada por evidências que apontam a solidão como um fator de risco significativo para o desenvolvimento de sintomas depressivos, ansiosos e de stresse, especialmente entre jovens adultos (Beutel et al., 2021; Ernst et al., 2022; Mayorga et al., 2022). Em Portugal, a prevalência da automutilação entre jovens é particularmente preocupante, com maior incidência em mulheres e associada a elevados níveis de sofrimento psicológico (Cordovil et al., 2009; Marques, 2021). Adicionalmente, a pandemia de COVID-19 contribuiu para o agravamento dos sentimentos de isolamento e das dificuldades emocionais nesta população (Bone et al., 2023; Bu et al., 2020).

Neste contexto, o presente estudo procurou analisar a relação entre solidão, suporte social e saúde mental, e também examinou o papel particular de variáveis como o género, o histórico de automutilação e a presença de vínculos afetivos com animais. Estudos recentes sugerem que o suporte social pode funcionar como um importante fator de proteção, atenuando os efeitos negativos da solidão e promovendo o bem-estar psicológico (Bone et al., 2023; Hutten et al., 2021). Contudo, os resultados sobre o papel dos animais de estimação continuam ambíguos e contextuais, sendo necessário aprofundar o seu impacto em populações vulneráveis (Douglas et al., 2023; Herzog, 2018).

A amostra do estudo foi composta por 320 participantes residentes em Portugal, com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, maioritariamente do sexo feminino, solteiros, sem filhos e com curso superior. A maioria dos participantes vivia com familiares ou colegas e tinha animais de estimação. Esta caracterização é consistente com outras investigações sobre jovens adultos portugueses (Marques, 2021; Ferreira et al., 2022).

A primeira hipótese (H1) deste estudo propôs que o suporte social estaria negativamente associado à solidão e à saúde mental (sintomas depressão, ansiedade e stresse). Esta hipótese foi confirmada, uma vez que se observaram correlações negativas e estatisticamente significativas entre o suporte social total e a solidão, bem como entre o suporte social e os

sintomas de saúde mental. Tais resultados são consistentes com os achados de estudos prévios que destacam o suporte social como um fator protetor para a saúde mental (Bone et al., 2023; Wang et al., 2018).

De acordo com Barrera (1986), o suporte social pode ser compreendido como um recurso interpessoal que atenua os efeitos do stresse e favorece a regulação emocional. Este efeito protetor torna-se particularmente relevante ao se considerar que a solidão é reconhecida como um preditor significativo de sofrimento psicológico (Cacioppo & Cacioppo, 2018). Assim, níveis mais baixos de suporte social tendem a estar associados a sentimentos mais intensos de isolamento e a uma pior saúde mental (Heinrich & Gullone, 2006; Hutten et al., 2021).

Além disso, os dados deste estudo apoiam os pressupostos da teoria da vinculação de Bowlby (1969), segundo a qual vínculos afetivos seguros e relações interpessoais próximas funcionam como uma “base segura” que promove a regulação emocional e protege contra o sofrimento psíquico. Marques (2021) também salienta o papel do suporte social percebido como fator moderador da solidão em jovens adultos, perfil que corresponde ao da amostra analisada.

Estudos recentes demonstram que indivíduos que percebem níveis elevados de suporte social experienciam menores níveis de solidão e melhores indicadores de saúde psicológica (Bu et al., 2020; Lee et al., 2018). Essa relação é mediada, em parte, pela forma como os indivíduos interpretam a qualidade e a disponibilidade das suas redes de apoio (Taylor, 2011; Rodriguez & Cohen, 1998). A confiança de que se pode contar com alguém em momentos de adversidade contribui para amortecer o impacto de fatores de risco, como o isolamento ou acontecimentos stressantes (Rodrigues & Madeira, 2009).

No presente estudo, recorreu-se à Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Carvalho et al., 2011; Zimet et al., 1988), com o objetivo de avaliar diferentes fontes de apoio — nomeadamente família, amigos e outras pessoas significativas. Esta escala é reconhecida pela sua sensibilidade em captar a percepção subjetiva de apoio e tem sido amplamente utilizada para compreender o papel do suporte social em contextos de vulnerabilidade emocional.

Por fim, é importante salientar que, embora fatores individuais, como traços de personalidade, possam também influenciar a solidão (Buecker et al., 2020), a presença de redes de suporte significativas tende a atenuar os seus efeitos, funcionando como um recurso essencial para o bem-estar emocional.

A segunda hipótese (H2) deste estudo previa uma correlação positiva da solidão com a saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e stresse). Esta hipótese foi confirmada, com os dados a revelarem correlações positivas e estatisticamente significativas entre a solidão e

todas as dimensões da saúde mental analisadas. Tais achados sugerem uma associação entre a experiência de solidão e o aumento do sofrimento psicológico.

A literatura científica tem documentado amplamente a ligação entre solidão e saúde mental. Estudos demonstram que a solidão está fortemente associada a sintomas de depressão e ansiedade, sendo considerada um fator de risco relevante para a saúde psicológica (Beutel et al., 2021; Ernst et al., 2022; Mann et al., 2022). Esta associação é particularmente marcante em jovens adultos, considerados um grupo mais vulnerável ao sofrimento emocional (Buecker et al., 2020; Marques, 2021; Matthews et al., 2019).

A solidão tem sido associada a tristeza, desesperança e tensão emocional (Heinrich & Gullone, 2006), sendo considerada um fator de risco agravado durante contextos como a pandemia de COVID-19, quando o isolamento social intensificou sintomas depressivos e ansiosos (Bu et al., 2020; Mayorga et al., 2022; Peh et al., 2017). Mesmo em contextos não pandêmicos, a solidão permanece fortemente associada a reações emocionais negativas. A ausência de suporte social adequado agrava a percepção de vulnerabilidade e reduz a capacidade de lidar com os desafios do quotidiano (Hutten et al., 2021). Em casos mais extremos, a solidão pode evoluir para quadros clínicos mais graves, como ideação suicida (Gomboc et al., 2022).

Assim, os dados obtidos neste estudo reforçam a compreensão da solidão como uma experiência emocional crítica, intimamente ligada à saúde mental dos jovens adultos. Intervenções que visem prevenir ou reduzir a solidão podem, portanto, representar uma via eficaz para promover o bem-estar psicológico nesta população.

A terceira hipótese (H3) propunha que a vinculação a animais de estimação estaria negativamente com a saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e stresse), sugerindo um possível papel protetor desta relação. No entanto, os resultados obtidos não corroboraram esta hipótese. As correlações observadas entre o vínculo com animais e os sintomas de saúde mental foram positivas, ainda que fracas, indicando que níveis mais elevados de vinculação a animais estiveram associados a maiores níveis de sofrimento psicológico.

Este achado contraria grande parte da literatura que aponta para os benefícios da convivência com animais de estimação, nomeadamente a redução da solidão, do stresse e da sintomatologia depressiva (Beetz et al., 2012; Brooks et al., 2018; McConnell et al., 2011). No entanto, autores como Herzog (2011) e Douglas et al. (2023) alertam para a necessidade de uma visão mais crítica e contextualizada desta relação. Segundo Herzog (2011), muitos estudos sobre os efeitos dos animais de estimação na saúde mental carecem de rigor metodológico, sendo comuns a ausência de grupos de controlo, a utilização exclusiva de medidas de autorrelato e a não consideração de variáveis moderadoras.

De forma semelhante, Bone et al. (2023) identificaram que, durante a pandemia, alguns participantes com animais reportaram níveis mais elevados de solidão, o que reforça a ideia de que a presença de um animal não é, por si só, um fator protetor universal. Douglas e Finlay (2023) argumentam que, em alguns casos, uma vinculação emocional intensa com o animal pode intensificar sentimentos de responsabilidade, dependência emocional ou sofrimento — especialmente em situações de perda ou dificuldade nos cuidados. Nestes casos, a relação com o animal pode não aliviar o sofrimento psicológico, mas antes exacerbá-lo.

Adicionalmente, Park e Jeong (2022) sublinham que o tipo de vínculo estabelecido com o animal é um fator-chave. Uma vinculação segura tende a ser promotora de bem-estar, ao passo que uma vinculação insegura pode estar associada a stresse, ansiedade ou sofrimento emocional. O estilo de vinculação do tutor, as estratégias de regulação emocional e a forma como lida com a separação podem influenciar substancialmente o impacto psicológico da relação com o animal.

Assim, no presente estudo, os resultados da H3 parecem refletir esta complexidade. Em vez de funcionar como fator protetor, a vinculação aos animais mostrou-se ligeiramente associada a maiores níveis de sofrimento emocional, o que pode indicar a existência de estilos de vinculação inseguros ou experiências de vida emocionalmente exigentes por parte dos participantes. Estes dados reforçam a necessidade de abordagens mais diferenciadas na análise da relação humano-animal, tendo em conta os contextos emocionais e as características individuais dos tutores.

A quarta hipótese (H4) propunha que existiriam diferenças estatisticamente significativas nos níveis de solidão, saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e stresse), suporte social (família, amigos e pessoas significativas) e vinculação com animais de estimação entre jovens adultos com e sem histórico de automutilação. Os resultados obtidos indicaram que os participantes com histórico de automutilação apresentaram níveis significativamente mais elevados de ansiedade, enquanto os participantes sem histórico reportaram níveis mais elevados de suporte social proveniente de outras pessoas significativas. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas nas restantes variáveis analisadas, pelo que a hipótese H4 foi apenas parcialmente corroborada.

Estes resultados vão ao encontro de estudos prévios que indicam perfis psicológicos diferenciados entre indivíduos com e sem histórico de comportamentos autolesivos. Segundo Bone et al. (2023), indivíduos que recorrem à automutilação tendem a apresentar maior sofrimento psicológico e menor perceção de suporte social. A menor perceção de suporte, sobretudo proveniente de figuras significativas, pode refletir dificuldades interpessoais ou

padrões de vinculação inseguros, frequentemente associados à história de automutilação (Marques, 2021; Nock, 2010).

Além disso, a maior prevalência de ansiedade entre os participantes com histórico de automutilação corrobora os dados da literatura que indicam uma elevada comorbilidade entre sintomas ansiosos e comportamentos autolesivos (Haney, 2020; Lima et al., 2021). A automutilação é, frequentemente, utilizada como uma estratégia desadaptativa de regulação emocional perante sentimentos de angústia, desespero ou percepção de falta de controlo (Gratz, 2001; Lloyd-Richardson et al., 2007), o que poderá justificar os níveis mais elevados de ansiedade observados neste grupo.

Adicionalmente, a menor percepção de suporte social, especialmente no que diz respeito a outras pessoas significativas, reforça a ideia de que relações interpessoais frágeis ou disfuncionais podem estar associadas à presença de comportamentos autolesivos (Morgan et al., 2017; Rodriguez et al., 2019). Marques (2021) refere que jovens adultos com histórico de automutilação tendem a experienciar um maior sentimento de incompreensão por parte dos outros, o que pode agravar o sentimento de isolamento e impactar negativamente a sua saúde mental.

No entanto, apesar da evidência empírica apontar para diferenças consistentes entre grupos quanto à solidão e sintomas depressivos (Cordovil et al., 2009; Matthews et al., 2022), os dados do presente estudo não revelaram diferenças significativas nestas dimensões. Tal discrepância poderá estar relacionada com especificidades contextuais da amostra, com o tempo decorrido desde o comportamento de automutilação, ou mesmo com a existência de mecanismos de resiliência desenvolvidos por alguns participantes. Alguns estudos sugerem que indivíduos com experiências de automutilação podem, com o tempo, desenvolver redes de suporte eficazes que atenuam os efeitos negativos esperados (Gorodetsky et al., 2016; Khan & Ungar, 2021).

Relativamente à vinculação com animais de estimação, também não foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos. Este resultado reflete a natureza ambígua da vinculação com animais, que pode representar conforto emocional (Snir et al., 2018), mas também ser fonte de exigências e responsabilidades, sobretudo em contextos de vulnerabilidade (Giumelli & Santos, 2016; Herzog, 2018).

Neste sentido, para algumas pessoas, o vínculo com o animal pode funcionar como um substituto afetivo em contextos de relações interpessoais frágeis (Snir et al., 2018), mas tal benefício depende da qualidade do vínculo, das expectativas depositadas na relação e do contexto emocional e relacional de cada indivíduo. A ausência de diferenças nesta variável pode,

portanto, refletir uma grande diversidade de experiências e motivações em relação à presença de animais, o que poderá ser mais bem explorado em investigações futuras.

Em suma, os resultados da H4 reforçam a complexidade das interações entre histórico de automutilação, saúde mental, suporte social e vínculo com animais de estimação. Embora parcialmente confirmada, esta hipótese destaca a importância de intervenções centradas na promoção da regulação emocional e no fortalecimento das redes de apoio de jovens com experiências de automutilação.

A quinta hipótese (H5) propunha a existência de diferenças significativas entre homens e mulheres nos níveis de solidão, suporte social percebido (família, amigos e pessoas significativas) e saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e stresse), independentemente do histórico de automutilação. Os resultados revelaram que as mulheres apresentaram níveis significativamente mais elevados de sintomas de ansiedade e stresse, bem como uma percepção mais acentuada de suporte social proveniente de outras pessoas significativas. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas restantes variáveis, o que confirma parcialmente a hipótese formulada.

Estes dados corroboram a literatura existente, que aponta para uma maior prevalência de sofrimento psicológico no sexo feminino. Estudos realizados em Portugal indicam que as mulheres apresentam níveis mais elevados de sintomas de ansiedade e depressão (Aguiar et al., 2022; Almeida et al., 2013; Ferreira et al., 2022; Peixinho, 2023), tendência também observada em nível internacional, segundo dados da OMS (OMS, 2022a, WHO, 2022a). Diversos fatores contribuem para esta maior vulnerabilidade, como a sobrecarga emocional, as expectativas sociais, os papéis de género e a desigualdade estrutural (Carneiro et al., 2022; Gaspar et al., 2019).

Relativamente à solidão, embora os resultados não tenham demonstrado diferenças significativas entre sexos, estudos anteriores sugerem que as mulheres, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade — como o vivido durante a pandemia —, tendem a experienciar sentimentos de solidão com maior frequência (Beutel et al., 2021; Entringer & Gosling, 2022). Marques (2021) identificou níveis mais elevados de solidão entre mulheres jovens adultas, sugerindo que fatores culturais, sociais e relacionais podem contribuir para esta diferença.

Quanto ao suporte social percebido, os dados demonstraram que as mulheres reportaram níveis significativamente mais elevados de apoio por parte de pessoas significativas. Este resultado está em consonância com investigações anteriores que sugerem que as mulheres tendem a valorizar mais as relações interpessoais e a manter redes sociais mais próximas e

afetivas (Bone et al., 2023; Marques, 2021). Estudos sobre gênero e relações sociais apontam para um maior envolvimento das mulheres em laços emocionais de proximidade, o que pode explicar essa percepção mais elevada de suporte (Bu et al., 2020; Paulino et al., 2021).

Complementarmente, dados provenientes de inquéritos populacionais (INE, 2022) e estudos com adolescentes e jovens adultos em Portugal (Carneiro et al., 2022; Gaspar et al., 2019) reforçam a observação de que as mulheres não só apresentam maior vulnerabilidade psicológica, como também tendem a recorrer com mais frequência às suas redes de apoio emocional.

Desta forma, embora os resultados da presente investigação confirmem apenas parcialmente a H5, eles alinham-se com a literatura científica, reforçando a necessidade de políticas de saúde mental sensíveis ao gênero, que considerem as especificidades das experiências emocionais e das estratégias de coping entre homens e mulheres.

A hipótese H5a (H5a) propôs a existência de diferenças significativas entre homens e mulheres com histórico de automutilação nos níveis de solidão, saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e stresse) e suporte social. Os resultados indicaram que as mulheres deste grupo apresentaram níveis significativamente mais elevados de ansiedade e stresse, bem como uma maior percepção de suporte proveniente de outras pessoas significativas, em comparação com os homens. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas restantes variáveis, confirmando-se parcialmente a hipótese.

Estes dados estão de acordo com a literatura, que identifica uma maior vulnerabilidade das mulheres para sintomas de ansiedade e depressão, especialmente quando em contextos de sofrimento emocional intenso, como é o caso de experiências de automutilação (Aguiar et al., 2022; Marques, 2021; Ferreira et al., 2022). Esta vulnerabilidade pode estar associada a fatores psicossociais e culturais, bem como ao modo como o sofrimento é processado e expresso por mulheres e homens (Bone et al., 2023).

Apesar de apresentarem níveis mais elevados de ansiedade e stresse, as mulheres reportaram percepções mais positivas relativamente ao suporte de pessoas significativas. Tal resultado pode refletir uma estratégia de coping mais orientada para a comunicação emocional e o envolvimento relacional, mais comum no sexo feminino (Marques, 2021). No entanto, essa percepção de suporte não pareceu ser suficiente para mitigar completamente os níveis de sofrimento psicológico observados.

Embora a presente investigação não tenha identificado diferenças significativas nos níveis de solidão entre homens e mulheres com histórico de automutilação, estudos anteriores sugerem que as mulheres tendem a relatar sentimentos de solidão com maior frequência (Beutel

et al., 2021; Entringer & Gosling, 2022; Matthews et al., 2022). A ausência de diferenças nesta amostra específica pode dever-se a particularidades do subgrupo analisado, como o tempo decorrido desde os comportamentos autolesivos, a qualidade atual das relações interpessoais ou a existência de estratégias de enfrentamento mais eficazes em ambos os sexos.

A hipótese H5b (H5b) propôs a existência de diferenças entre homens e mulheres sem histórico de automutilação nos níveis de solidão, saúde mental e suporte social. Os resultados demonstraram que as mulheres deste grupo apresentaram níveis significativamente mais elevados de sintomas de depressão e stresse, em comparação com os homens. As restantes variáveis, nomeadamente solidão e suporte social percebido, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, pelo que a hipótese foi apenas parcialmente confirmada.

Os dados obtidos estão de acordo com diversos estudos que indicam uma maior prevalência de perturbações depressivas e sintomas de stresse entre mulheres jovens (Almeida et al., 2013; OMS, 2022a; Paulino et al., 2021). Esta realidade tem sido amplamente documentada em estudos populacionais nacionais e internacionais, sendo explicada por fatores como a pressão social, os papéis de género, os contextos relacionais e as exigências emocionais impostas às mulheres (Carneiro et al., 2022; Gaspar et al., 2019; Peixinho, 2023).

Por outro lado, a ausência de diferenças significativas na perceção de suporte social nesta amostra contraria a tendência geral observada na literatura, onde as mulheres tendem a relatar redes de apoio emocional mais próximas e mais utilizadas (Bone et al., 2023; Marques, 2021). Uma possível explicação para essa discrepância poderá estar relacionada com características homogêneas da amostra, como o contexto académico, a faixa etária ou o tipo de relações estabelecidas, que poderão ter reduzido as diferenças habitualmente observadas entre os sexos.

Quanto à solidão, apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas, a literatura tem apontado que as mulheres tendem a manifestar uma maior sensibilidade à ausência de apoio emocional (Beutel et al., 2021; Mann et al., 2022; Marques, 2021). Mesmo com redes sociais objetivamente presentes, essa sensibilidade pode gerar solidão, reforçando a importância de considerar a perceção subjetiva de apoio social.

A hipótese 6a (H6a) propôs a existência de diferenças nos níveis de solidão, saúde mental e suporte social entre jovens adultos com histórico de automutilação, consoante a presença ou ausência de animais de estimação. Os resultados revelaram que os participantes sem animais apresentaram níveis significativamente mais baixos de sintomas de depressão e níveis significativamente mais elevados de suporte social proveniente da família, em comparação com aqueles que tinham animais de estimação. Não se verificaram diferenças

significativas nas restantes variáveis analisadas. Deste modo, a hipótese H6a foi apenas parcialmente confirmada.

Este resultado vai contra a expectativa inicial de que a presença de um animal de estimação funcionasse como um fator protetor da saúde mental e promotor do suporte social, sobretudo em populações emocionalmente vulneráveis. Pelo contrário, os dados sugerem que, no grupo com histórico de automutilação, a ausência de um animal de estimação está associada a melhores indicadores de saúde mental, nomeadamente menos sintomas depressivos, e a uma percepção mais positiva do apoio familiar.

Alguns autores têm chamado a atenção para a natureza ambivalente da relação com os animais de estimação, especialmente em indivíduos com história de trauma ou sofrimento emocional. Douglas et al. (2023) defendem que, em determinadas circunstâncias, uma vinculação emocional muito intensa ao animal pode aumentar o sofrimento psicológico, particularmente quando o animal é visto como a principal ou única fonte de conforto. Nesses casos, podem emergir sentimentos de sobrecarga, dependência ou medo da perda, que intensificam o mal-estar psicológico.

De igual modo, Park e Jeong (2022) demonstram que, quando o vínculo com o animal se estabelece como uma estratégia de regulação emocional desadaptativa, este pode reforçar emoções negativas, em vez de as atenuar. Esta dinâmica pode ser especialmente pertinente em indivíduos com dificuldades na gestão emocional e nos vínculos interpessoais — características frequentemente presentes em pessoas com história de automutilação.

Por outro lado, o facto de os participantes sem animais de estimação reportarem maior suporte social familiar sugere que, neste subgrupo, as redes humanas podem estar mais presentes e disponíveis, tornando a presença de um animal menos necessária como fonte de apoio. Tal como salientado por Marques (2021), o suporte familiar continua a ser uma dimensão central do bem-estar em jovens adultos, e pode funcionar como um amortecedor emocional mais eficaz do que a vinculação animal, especialmente em contextos de sofrimento psíquico.

Em suma, os dados obtidos sugerem que, entre jovens adultos com histórico de automutilação, a presença de animais de estimação não se associou a melhores resultados em termos de saúde mental ou suporte social. Pelo contrário, a ausência de animais esteve associada a níveis inferiores de depressão e maior suporte familiar, contrariando a hipótese formulada. Estes resultados reforçam a necessidade de compreender as condições e motivações associadas à adoção de animais, bem como o papel subjetivo que estes ocupam na vida emocional dos tutores.

A hipótese 6b (H6b) propunha que, entre os jovens adultos sem histórico de automutilação, existiriam diferenças nos níveis de solidão, saúde mental (sintomas de depressão, ansiedade e stresse) e suporte social (família, amigos e pessoas significativas) consoante a presença ou ausência de animais de estimação. No entanto, os resultados obtidos não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis analisadas. Desta forma, a hipótese 6b não foi corroborada.

Este resultado sugere que, neste grupo da amostra, a presença de um animal de estimação não se associou a benefícios ou prejuízos significativos em termos de saúde mental, percepção de solidão ou suporte social. Tal como salientado por Herzog (2018), embora muitos estudos realcem os efeitos positivos da convivência com animais, a evidência empírica permanece inconsistente e, por vezes, contraditória, sendo fortemente influenciada por fatores contextuais e individuais.

Ratschen et al. (2020) sublinham que o impacto emocional da presença de um animal pode variar amplamente entre indivíduos, dependendo das suas circunstâncias de vida, motivação para ter um animal, qualidade das relações interpessoais e estilos de vinculação. Assim, é possível que, para alguns jovens adultos sem histórico de automutilação, os animais desempenhem um papel afetivo importante, enquanto para outros representem apenas uma companhia neutra ou mesmo uma responsabilidade acrescida, sem efeitos diretos na sua saúde psicológica.

Além disso, o facto de este grupo não apresentar histórico de automutilação poderá indicar uma maior estabilidade emocional ou redes de suporte mais consolidadas, que atenuam a influência da vinculação com animais sobre o bem-estar. Estudos como os de Bone et al. (2023) e Douglas et al. (2023) defendem que o efeito dos animais de estimação na saúde mental depende fortemente do nível de dependência emocional da pessoa em relação ao animal e do contexto relacional em que essa ligação ocorre.

A ausência de diferenças significativas também pode ser interpretada à luz do modelo teórico de Zilcha-Mano et al. (2011), que distingue entre diferentes estilos de vinculação aos animais, variando entre vínculos seguros, ansiosos ou evitantes. Em jovens adultos com perfis de vinculação mais seguros, o impacto da presença do animal poderá ser neutro ou não determinante, sobretudo se coexistirem fontes humanas de apoio emocional.

Neste sentido, os resultados da H6b reforçam a ideia de que a relação com animais de estimação não deve ser encarada como um fator de proteção universal, mas sim como uma experiência subjetiva e dependente de múltiplas variáveis. Investigações futuras poderão

beneficiar da inclusão de medidas que avaliem o tipo de vínculo estabelecido com o animal, as motivações para a sua adoção e a interação com outras fontes de suporte emocional.

A hipótese 7 (H7) propôs que a solidão atuasse como variável mediadora na relação entre o suporte social total e os sintomas de depressão em jovens adultos, independentemente do histórico de automutilação. Os resultados obtidos confirmaram esta hipótese, revelando um efeito indireto estatisticamente significativo. Verificou-se que níveis mais elevados de suporte social estavam associados a níveis inferiores de solidão, os quais, por sua vez, se associaram a níveis mais baixos de sintomas depressivos. Este padrão sugere que o suporte social influencia indiretamente a saúde mental, em parte através da redução da solidão percebida.

Estes dados estão em consonância com a literatura recente que conceptualiza a solidão como um mecanismo psicológico relevante na ligação entre suporte social e bem-estar mental. Hutten et al. (2021) identificam a solidão como um mediador robusto desta relação, apontando que o suporte social percebido pode apenas ser eficaz na medida em que é capaz de mitigar sentimentos de isolamento. De forma semelhante, Bone et al. (2023) destacam que a solidão funciona como um fator psicológico central, regulando a forma como os efeitos protetores do suporte social se manifestam em diferentes indivíduos.

Além disso, Barrera (1986) salientou que a perceção de apoio — e não apenas a existência objetiva de relações sociais — é fundamental para o bem-estar. A qualidade, disponibilidade e sentido de utilidade atribuído às relações parecem ser mais determinantes para a saúde mental do que o número de contactos sociais. Este princípio está bem representado na Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Zimet et al., 1988), utilizada no presente estudo, que avalia não só a presença de redes de apoio, mas também a perceção subjetiva da sua eficácia.

Os resultados encontrados estão também alinhados com os dados de Marques (2021), que referem que, entre jovens adultos portugueses, o suporte social percebido contribui significativamente para a diminuição da solidão e, em consequência, para uma redução dos sintomas de depressão. Nesta faixa etária, os laços sociais não só estruturam a identidade pessoal, como funcionam como âncoras emocionais fundamentais para o bem-estar psicológico.

Adicionalmente, os resultados obtidos são consistentes com o modelo de mediação parcial descrito por MacKinnon (2008), operacionalizado com base nos procedimentos estatísticos de Hayes (2018). Verificou-se que, embora a solidão exerça um papel mediador significativo, o efeito direto do suporte social sobre a depressão manteve-se significativo após o controlo da variável mediadora. Este padrão reforça a ideia de que o suporte social influencia

a saúde mental tanto direta quanto indiretamente, sendo a solidão uma das vias explicativas — mas não a única.

Em síntese, os dados da H7 destacam a importância de considerar intervenções que atuem simultaneamente sobre o fortalecimento do suporte social e a redução da solidão enquanto estratégia preventiva eficaz contra a depressão em jovens adultos.

A hipótese 7a (H7a) propôs que a solidão atuasse como variável mediadora na relação entre o suporte social familiar e os sintomas de depressão. Os resultados obtidos confirmaram esta hipótese, revelando um efeito indireto estatisticamente significativo. Verificou-se que níveis mais elevados de suporte familiar estavam associados a níveis mais baixos de solidão, os quais, por sua vez, se associaram a níveis mais baixos de sintomas depressivos. Adicionalmente, o suporte familiar manteve um efeito direto significativo sobre a depressão, indicando uma mediação parcial.

Estes resultados são consistentes com os achados de Zimet et al. (1988), que identificaram o suporte familiar como uma das dimensões mais robustas e fiáveis da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido. A presença de apoio familiar percebido tende a assumir um papel particularmente protetor em contextos de maior vulnerabilidade emocional, como o vivenciado por muitos jovens adultos.

Marques (2021) reforça esta perspetiva ao salientar que, em jovens adultos portugueses, o apoio familiar continua a representar uma base de segurança e estabilidade emocional, mesmo em fases marcadas por uma maior autonomia ou pela transição para a vida adulta. Esta perceção de apoio por parte da família parece contribuir diretamente para a diminuição da solidão, o que, por sua vez, se traduz numa redução dos sintomas depressivos.

Estes achados encontram eco em investigações como a de Bone et al. (2023), que referem que jovens com relações familiares mais próximas e de confiança apresentam menores níveis de solidão e melhor ajustamento psicológico. A qualidade da relação com figuras familiares de referência parece, assim, mediar de forma significativa os efeitos do suporte social sobre o bem-estar mental.

Para além disso, os dados obtidos refletem os pressupostos dos modelos teóricos de mediação de MacKinnon (2008), segundo os quais uma mediação parcial se verifica quando tanto o efeito direto como o efeito indireto (via mediador) são estatisticamente significativos. Neste caso, embora parte da influência do suporte familiar sobre os sintomas de depressão se explique pela redução da solidão, outra parte decorre de efeitos diretos e independentes desse caminho.

Assim, os resultados da H7a sublinham a importância do contexto familiar no apoio psicológico dos jovens adultos, sugerindo que intervenções que promovam a qualidade das relações familiares e a percepção de apoio por parte da família poderão contribuir para a redução da solidão e, consequentemente, para a melhoria da saúde mental.

A hipótese 7b (H7b) propôs que a solidão atuasse como variável mediadora na relação entre o suporte social proveniente de amigos e os sintomas de depressão. Os resultados obtidos confirmaram esta hipótese, evidenciando um efeito indireto estatisticamente significativo e uma mediação completa. Ou seja, o suporte de amigos não apresentou um efeito direto significativo sobre os sintomas de depressão, mas influenciou esta variável através da sua relação com a solidão. Assim, níveis mais elevados de apoio por parte dos amigos estiveram associados a níveis mais baixos de solidão, os quais, por sua vez, se associaram a menores níveis de sintomatologia depressiva.

Estes dados sustentam a relevância das amizades enquanto fontes de suporte emocional durante a juventude. Zimet et al. (1988) destacam que o suporte de amigos constitui uma dimensão distinta e particularmente significativa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido, desempenhando um papel crucial em fases de desenvolvimento caracterizadas por redefinição de papéis sociais e afastamento progressivo das figuras parentais.

Neste sentido, Marques (2021) afirma que, em jovens adultos, os laços de amizade adquirem um papel central na construção da identidade, no sentimento de pertença e no ajustamento emocional. Esta importância das relações de pares está também documentada em estudos recentes, como o de Bone et al. (2023), que demonstram que a qualidade das amizades está fortemente associada a níveis inferiores de solidão e a melhor saúde mental. As amizades próximas podem assim funcionar como amortecedoras do sofrimento emocional, não apenas pela sua presença, mas pela capacidade de reduzir o sentimento de isolamento subjetivo.

O modelo de mediação completo encontrado neste estudo sugere que o suporte social de amigos protege contra a depressão exclusivamente através da diminuição do sentimento de solidão. Este resultado reforça a noção de que o impacto protetor das amizades depende da forma como estas contribuem para o sentimento de conexão social. Quando os jovens percebem os seus amigos como emocionalmente disponíveis e presentes, tendem a sentir-se menos sós — o que, por sua vez, está associado a um melhor ajustamento emocional.

Assim, a hipótese H7b salienta a importância das relações de amizade na promoção da saúde mental de jovens adultos e reforça a pertinência de estratégias de intervenção que valorizem o desenvolvimento de vínculos interpessoais de qualidade como forma de mitigar os efeitos negativos da solidão.

A hipótese 7c (H7c) propôs que a solidão funcionasse como uma variável mediadora na relação entre o suporte social proveniente de outras pessoas significativas e os sintomas de depressão. Os resultados obtidos confirmaram esta hipótese, revelando um efeito indireto estatisticamente significativo. Tal como na H7b, o suporte social de pessoas significativas influenciou os sintomas de depressão apenas através do seu impacto na solidão, uma vez que o efeito direto não se revelou estatisticamente relevante. Assim, verifica-se uma mediação completa ou quase completa, na qual a solidão explica a associação entre estas duas variáveis.

Zimet et al. (1988) caracterizam o apoio de pessoas significativas como uma dimensão única do suporte social, distinta da família e dos amigos, muitas vezes representando figuras com quem se estabelece uma relação de confiança, intimidade e partilha emocional, como parceiros românticos, mentores, colegas próximos ou cuidadores. Este tipo de vínculo é particularmente importante em contextos de transição, como o início da vida adulta, em que as figuras de referência podem variar de forma significativa consoante o contexto relacional do indivíduo.

Segundo Bone et al. (2023), jovens com vínculos fortes com pessoas significativas — ainda que fora da família nuclear ou círculo de amigos — tendem a reportar níveis mais baixos de solidão e melhores indicadores de saúde mental. Estes vínculos oferecem suporte emocional, estabilidade e sentido de pertença, funcionando como amortecedores do sofrimento psicológico.

Além disso, Zilcha-Mano et al. (2012) sugerem que as relações com figuras significativas podem constituir “bases seguras” do ponto de vista emocional, atuando como elementos de proteção em momentos de dificuldade. Mesmo quando não têm impacto direto nos sintomas depressivos, essas relações podem reduzir o sentimento de solidão — fator reconhecido como preditor central da depressão (Ernst et al., 2022; Hutten et al., 2021).

Os dados obtidos neste estudo corroboram este entendimento, sugerindo que o suporte proveniente de outras pessoas significativas contribui para a saúde mental dos jovens adultos na medida em que reduz o seu sentimento de solidão. Assim, a ausência de um efeito direto não diminui a relevância desta dimensão, mas antes evidencia a importância da solidão enquanto elo explicativo fundamental entre suporte e bem-estar psicológico.

Desta forma, os resultados da H7c reforçam a pertinência de considerar diferentes fontes de suporte na compreensão da saúde mental. Intervenções que promovam a criação e manutenção de laços significativos, para além dos vínculos familiares e de amizade, poderão contribuir para a redução da solidão e, consequentemente, para a diminuição do risco de sintomatologia depressiva.

A Hipótese 8 (H8) propunha que a solidão funcionasse como variável mediadora na relação entre a vinculação com animais de estimação e os sintomas de depressão. Contudo, os resultados obtidos não corroboraram esta hipótese, uma vez que o efeito indireto observado não foi estatisticamente significativo. Assim, em oposição ao esperado, a solidão não se revelou um elo explicativo da relação entre o vínculo com animais e os sintomas de depressão nesta amostra.

Este resultado está em consonância com algumas investigações recentes que destacam o carácter ambíguo do impacto da convivência com animais de estimação na saúde mental. Embora vários estudos reconheçam os benefícios do vínculo humano-animal — como a redução da solidão ou do stresse (Beetz et al., 2012; McConnell et al., 2011) —, outras investigações revelam que esse impacto não é universal nem garantido (Herzog, 2018; Sousa et al., 2022).

Segundo Ratschen et al. (2020), a relação com animais pode ser altamente individualizada e os seus efeitos dependem de múltiplos fatores, como o contexto emocional do tutor, o tipo de vínculo estabelecido, o apoio social disponível e até a motivação para ter o animal. Por exemplo, Douglas et al. (2023) alertam para o facto de que, em determinadas circunstâncias, o vínculo com um animal pode representar uma fonte adicional de responsabilidade ou até de sofrimento emocional, sobretudo quando o animal é percecionado como a única fonte de apoio disponível.

Este risco é particularmente elevado quando o vínculo é marcado por uma elevada dependência afetiva ou por expetativas idealizadas quanto ao papel do animal na vida do tutor. Nestes casos, a presença do animal pode não aliviar a solidão, podendo mesmo reforçar sentimentos de isolamento, sobretudo em situações de perda, doença do animal ou dificuldades práticas associadas ao cuidado (Douglas et al., 2023; Park & Jeong, 2022).

Adicionalmente, Herzog (2011) salienta as limitações metodológicas frequentemente encontradas em estudos que exploram os efeitos positivos dos animais na saúde mental, como o uso de instrumentos de autorrelato, ausência de grupos de controlo e amostras reduzidas. Estes fatores dificultam a generalização dos resultados e podem explicar, em parte, a inconsistência dos achados na literatura.

Importa ainda considerar que a qualidade do vínculo com o animal pode variar substancialmente entre indivíduos. Estudos como os de Zilcha-Mano et al. (2011, 2012) propõem que os estilos de vinculação ao animal (segura ou insegura) influenciam significativamente o bem-estar do tutor. Contudo, no presente estudo, não foi realizada uma avaliação diferenciada da qualidade do vínculo, o que poderá ter condicionado os resultados.

Em suma, os dados da H8 sublinham a importância de adotar uma perspectiva crítica e contextualizada na análise da relação entre vínculo com animais e saúde mental. Embora este vínculo possa ser benéfico para muitos indivíduos, não constitui, por si só, um fator protetor universal contra a solidão ou a depressão. Futuras investigações poderão beneficiar da inclusão de variáveis moderadoras e mediadoras adicionais, como os estilos de vinculação ao animal, os motivos da adoção, a intensidade do envolvimento emocional e o suporte humano disponível, de modo a clarificar as condições sob as quais esta relação contribui efetivamente para o bem-estar psicológico.

4.2 Implicações teóricas e práticas do estudo

Implicações teóricas

Os resultados desta investigação contribuem significativamente para o alargamento do conhecimento científico sobre a relação entre solidão, suporte social, saúde mental e vínculo a animais de estimação em jovens adultos, especialmente em contexto português. Uma das contribuições teóricas mais relevantes prende-se com a confirmação da associação negativa entre suporte social e solidão, reforçando evidências anteriores de que as relações interpessoais significativas funcionam como fatores protetores contra o sofrimento emocional (Bone et al., 2023; Hutten et al., 2021; Marques, 2021). Este estudo corrobora ainda a ideia de que a solidão é um preditor robusto de sintomas de depressão, ansiedade e stresse (Beutel et al., 2021; Ernst et al., 2022), acrescentando uma perspetiva comparativa entre jovens com e sem histórico de automutilação, um aspeto ainda escassamente explorado na literatura.

Outra contribuição inovadora é a inclusão da vinculação a animais de estimação como variável mediadora no modelo teórico. Embora os resultados não tenham confirmado todas as hipóteses esperadas, a análise permitiu destacar a complexidade desta relação e identificar possíveis fatores contextuais que influenciam os efeitos do vínculo humano-animal (Douglas et al., 2023; Herzog, 2018). Esta abordagem multidimensional é relevante para aprofundar os mecanismos psicológicos envolvidos na perceção de suporte emocional, alargando a compreensão atual dos fatores que modulam a solidão em jovens adultos.

Além disso, a confirmação de estratégias de intervenção focadas na solidão destaca a sua importância como fator essencial para compreender a deterioração da saúde mental, indicando que esta pode funcionar como uma ligação crucial entre a perceção de suporte social (familiar, de amigos ou de pessoas significativas) e os sintomas depressivos (Hutten et al., 2021; Marques, 2021; Wang et al., 2018).

Implicações práticas

Do ponto de vista prático, os dados obtidos permitem orientar a criação de programas de intervenção psicológica e de promoção da saúde mental adaptados às necessidades específicas dos jovens adultos, especialmente daqueles que têm um histórico de automutilação. A capacidade de detetar antecipadamente sentimentos de solidão e de valorizar o suporte social percebido pode ser crucial na prevenção de comportamentos autolesivos.

Os resultados apontam também para a importância de se promoverem redes de apoio significativas, incluindo não só relações humanas, mas também vínculos afetivos com animais, desde que os riscos e os contextos de vulnerabilidade emocional sejam considerados. Esta perspetiva pode ser útil para serviços de saúde mental, contextos educativos, universidades e associações juvenis, que procuram novas formas de apoio emocional mais próximas da realidade vivida pelos jovens adultos.

Além disso, a evidência de diferenças entre géneros e entre jovens com e sem histórico de automutilação pode auxiliar na personalização das abordagens terapêuticas, tornando as intervenções mais eficazes e sensíveis às particularidades de cada subgrupo.

4.3 Limitações e futuros estudos

O presente estudo apresenta diversas contribuições relevantes para a compreensão da solidão e da saúde mental em jovens adultos, ao integrar o suporte social, a vinculação a animais de estimação e o histórico de automutilação num modelo comparativo. No entanto, importa reconhecer algumas limitações que poderão ter influenciado os resultados obtidos.

Uma das principais limitações resulta do desenho metodológico de natureza transversal, que não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis analisadas. Apesar de terem sido identificadas associações significativas e efeitos mediadores estatisticamente relevantes, não é possível afirmar com segurança a direção das relações entre o suporte social, a solidão e os sintomas de depressão. Investigações futuras com desenhos longitudinais poderão contribuir para um entendimento mais aprofundado e rigoroso das relações causais subjacentes a estas variáveis.

Adicionalmente, a amostra foi obtida por uma amostragem não probabilística por conveniência, recorrendo à divulgação online em redes sociais. Esta estratégia pode comprometer a generalização dos resultados à população jovem adulta portuguesa. A composição da amostra, maioritariamente feminina e composta por estudantes e residentes em áreas urbanas, poderá introduzir enviesamentos ao nível da representatividade sociodemográfica. Estudos futuros deverão procurar incluir amostras mais diversificadas em

termos de género, estatuto socioeconómico e localização geográfica, de modo a reforçar a validade externa dos resultados e a ampliar o seu alcance.

No que diz respeito às variáveis estudadas, destaca-se que a solidão foi considerada variável mediadora em todos os modelos de mediação testados. A vinculação a animais de estimação foi incluída como variável independente, visando compreender o seu papel na explicação dos sintomas depressivos, mediada pela solidão. Todavia, os resultados não evidenciaram um efeito mediador significativo da solidão nesta relação, sugerindo que o vínculo com os animais, embora relevante do ponto de vista relacional e emocional, poderá não exercer uma influência indireta sobre os níveis de depressão através da solidão, pelo menos na amostra em questão.

A presente investigação destaca-se pelo seu carácter inovador ao comparar jovens adultos com e sem histórico de automutilação, uma abordagem ainda pouco explorada na literatura nacional e internacional. Além disso, o estudo introduz uma perspetiva original ao integrar a vinculação com animais de estimação como variável com potencial relevância na saúde mental, numa área que permanece emergente no domínio da psicologia da saúde e da intervenção.

Tendo em conta os resultados obtidos e as limitações identificadas, sugere-se que investigações futuras recorram a estudos longitudinais ou experimentais, que permitam examinar o impacto de intervenções centradas no reforço do suporte social e no envolvimento com animais de estimação na redução da solidão e dos sintomas depressivos. Além disso, poderá ser pertinente explorar o papel de outras variáveis mediadoras ou moderadoras, como o afeto positivo, a autoestima ou a resiliência, que possam contribuir para uma compreensão mais abrangente dos fatores de proteção contra o sofrimento psicológico.

Do mesmo modo, estudos futuros poderão beneficiar da análise da qualidade da relação com os animais, em vez de se limitarem à sua presença ou ausência, considerando também a interação com traços de personalidade e o histórico clínico dos participantes. Finalmente, será pertinente replicar este estudo em populações clínicas ou em risco. Por exemplo, jovens institucionalizados, estudantes universitários em situação de burnout ou indivíduos com antecedentes psicopatológicos. Deste modo, será possível aprofundar os resultados aqui obtidos. Além disso, será também viável contribuir para a construção de intervenções psicológicas mais eficazes e sensíveis às necessidades emocionais dos jovens adultos.

Parte V – Considerações Finais

5.1 Conclusão

O presente estudo teve como objetivo principal compreender o impacto da solidão na saúde mental de jovens adultos, tendo em conta o papel do suporte social, da vinculação a animais de estimação e do histórico de automutilação. Os resultados obtidos evidenciaram associações significativas entre o suporte social e a solidão, bem como entre a solidão e os sintomas de depressão, ansiedade e stresse, corroborando a relevância destas variáveis no bem-estar psicológico dos jovens.

Adicionalmente, foi possível verificar diferenças relevantes entre os grupos com e sem histórico de automutilação, bem como entre homens e mulheres, realçando a importância de considerar fatores individuais na análise dos resultados. Embora a vinculação a animais de estimação não tenha demonstrado um efeito mediador consistente, a sua inclusão revelou-se pertinente, dado o crescente interesse social e científico nas relações entre seres humanos e animais.

Este estudo reforça a importância de investir na promoção do suporte social e na prevenção da solidão em jovens adultos, particularmente em contextos de vulnerabilidade emocional. A abordagem adotada, que integra variáveis psicossociais e afetivas num modelo comparativo, contribui para um entendimento mais abrangente da saúde mental dos jovens adultos e aponta caminhos para futuras investigações e intervenções direcionadas a esta população.

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, 100294. <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>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Baarck, J., Balahur-Dobrescu, A., Cassio, L. G., D'hombres, B., Pasztor, Z., & Tintori, G. (2021). *Loneliness in the EU: Insights from surveys and online media data* [Review]. European Commission, Publications Office of the European Union. <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC125873>
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413–445. <https://doi.org/10.1007/BF00922627>
- Beetz, A., Uvnäs-Moberg, K., Julius, H., & Kotrschal, K. (2012). Psychosocial and psychophysiological effects of human–animal interactions: The possible role of oxytocin. *Frontiers in Psychology*, 3, 234. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00234>
- Beutel, M. E., Hettich, N., Ernst, M., Schmutzer, G., Tibubos, A. N., & Brähler, E. (2021). Mental health and loneliness in the German general population during the COVID-19 pandemic compared to a representative pre-pandemic assessment. *Scientific Reports*, 11, Article 94434. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-94434-8>
- Bone, J. K., Bu, F., Fluharty, M., Paul, E., & Fancourt, D. (2023). *Pet ownership and loneliness during the COVID-19 pandemic in the UK: A longitudinal analysis using data from the UK COVID-19 Social Study*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2535. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032535>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.
- Brennan, C., Saraiva, S., Mitchell, E., Melia, R., Campbell, L., King, N., & House, A. (2022). Self-harm and suicidal content online, harmful or helpful? A systematic review of the recent evidence. *Journal of Public Mental Health*, 21(1), 57–69. <https://doi.org/10.1108/JPMH-09-2021-0118>

- Briere, J., Godbout, N., & Runtz, M. (2012). The Psychological Maltreatment Review (PMR): Initial reliability and association with insecure attachment in adults. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(3), 300–320. <https://doi.org/10.1080/10926771.2012.659801>
- Brooks, H. L., Rushton, K., Lovell, K., Bee, P., Walker, L., Grant, L., & Rogers, A. (2018). The power of support from companion animals for people living with mental health problems: A systematic review and narrative synthesis of the evidence. *BMC Psychiatry*, 18, Article 31. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1613-2>
- Brown, R. C., Fischer, T., Goldwisch, A. D., Keller, F., Young, R., & Plener, P. L. (2018). #cutting: Non-suicidal self-injury (NSSI) on Instagram. *Psychological Medicine*, 48(2), 337–346. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001751>
- 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 & Medicine*, 265, 113521. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113521>
- Buecker, S., Maes, M., Denissen, J. J. A., & Luhmann, M. (2020). Loneliness and the Big Five personality traits: A meta-analysis. *European Journal of Personality*, 34(1), 8–28. <https://doi.org/10.1002/per.2229>
- Caba Machado, V., Mcilroy, D., Padilla Adamuz, F. M., Murphy, R., & Palmer-Conn, S. (2023). The associations of use of social network sites with perceived social support and loneliness. *Current Psychology*, 42(17), 14414–14427. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02673-9>
- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). The growing problem of loneliness. *The Lancet*, 391(10119), 426. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30142-9)
- Caetano, S. (2013). *Solidão e rede de apoio social nos idosos (percepção e caracterização)* [Dissertação de mestrado, Fundação Bissaya Barreto]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28909/1/Solid%C3%A3o%20e%20Rede%20d%20Apoio%20Social%20Perce%C3%A7%C3%A3o%20e%20caracteriza%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Carneiro, L., Oliveira, A. L., Cunha, F., Castro, L., Lima, J., Simões, C., & Ribeiro, C. (2022). Saúde mental em jovens adultos: O impacto da pandemia COVID-19. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 8(1), 6–11. <https://doi.org/10.51338/rppsm.248>
- 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.

- Chen, X., Chen, X., & Li, L. (2023). Loneliness and mental health among adolescents and young adults during COVID-19. *Journal of Affective Disorders*, 318, 376–383. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.024>
- Cooke, J. E., Racine, N., Plamondon, A., Tough, S., & Madigan, S. (2019). Maternal adverse childhood experiences, attachment style, and mental health: Pathways of transmission to child behavior problems. *Child Abuse & Neglect*, 93, 27–37. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/j.chiabu.2019.04.011>
- Cordovil, R., Cruz, O., & Silveira, J. (2009). Comportamentos autolesivos em adolescentes: Uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 27(2), 33–42.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). Sage Publications.
- Davis, S., & Lewis, C. A. (2019). Impassioned communication and virtual support roles of online posting: The case of self-harmers. *Illness, Crisis, & Loss*, 27(1), 19–35. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1177/1054137318780585>
- De la Fuente, R., Sánchez-Queija, I., & Parra, Á. (2023). A longitudinal study on the stability and predictors of flourishing among emerging adults. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 55(3), 210–219. <https://doi.org/10.1037/cbs0000327.supp>
- DeVellis, R. F. (2016). *Scale development: Theory and applications* (4th ed.). Sage Publications.
- Douglas, K. M., & Finlay, J. M. (2023). How attachment to dogs and to other humans relate to mental health. *Animals*, 13(19), 2773. <https://doi.org/10.3390/ani13192773>
- Dyson, M. P., Hartling, L., Shulhan, J., Chrisholm, A., Milne, A., Sundar, P., Scott, S. D., & Newton, A. S. (2016). A systematic review of social media use to discuss and view deliberate self-harm acts. *PLOS ONE*, 11(5), e0155813. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1371/journal.pone.0155813>
- Entringer, T. M., & Gosling, S. D. (2022). Loneliness during a nationwide lockdown and the moderating effect of extroversion. *Social Psychological and Personality Science*, 13(3), 769–780. <https://doi.org/10.1177/19485506211037871>
- Ernst, M., Niederer, D., Werner, A. M., Czaja, S. J., Mikton, C., Ong, A. D., Rosen, T., Brähler, E., & Beutel, M. E. (2022). Loneliness before and during the COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis. *American Psychologist*, 77(5), 660–677. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1037/amp0001005>

- Ferreira, P., Gameiro, F., & Pedro, A. (2023). Suporte social percebido em crianças e jovens portugueses em diferentes tipologias familiares e acolhimento residencial. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 9(1), 1–12. <https://doi.org/10.31211/rpics.2023.9.1.291>
- Gaspar, T., Tomé, G., Gómez-Baya, D., Guedes, F. B., Cerqueira, A., Coelho, A. B., & Matos, M. G. (2019). O bem-estar e a saúde mental dos adolescentes portugueses. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 10(1), 119–132. <http://hdl.handle.net/10451/38058>
- Gomboc, V., Krohne, N., Lavrič, M., Podlogar, T., Poštuvan, V., Zadravec Šedivy, N., & De Leo, D. (2022). Emotional and social loneliness as predictors of suicidal ideation in different age groups. *Community Mental Health Journal*, 58(2), 311–320. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00823-8>
- Gomes, D.F. C. P. (2017). *O comportamento do consumidor face aos animais de estimação: expectativa dos serviços prestados*. [Master's Thesis, Instituto Politécnico do Porto]. https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/13004/1/Daniel_Gomes_MGO_GestaodeEmpresas.pdf
- Gorodetsky, E., Carli, V., Sarchiapone, M., Roy, A., Goldman, D., & Enoch, M. A. (2016). Predictors for self-directed aggression in Italian prisoners include externalizing behaviors, childhood trauma and the serotonin transporter gene polymorphism 5-HTTLPR. *Genes, Brain and Behavior*, 15, 465–473.
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 253–263. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1023/A:1012779403943>
- Gregory, M. A., Legg, N. K., Senay, Z., Barden, J.-L., Phiri, P., Rathod, S., Turner, B. J., & Paterson, T. S. E. (2021). Mental health and social connectedness across the adult lifespan in the context of the COVID-19 pandemic. *Canadian Journal on Aging*, 40(4), 554–569. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1017/S0714980821000477>
- 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: Cross-sectional results from the COVID-19 Psychological Wellbeing Study. *PLOS ONE*, 15(9), e0239698. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239698>
- 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>

- Haney, A. M. (2020). Nonsuicidal self-injury and religiosity: A meta-analytic investigation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(1), 78–89. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1037/ort0000395>
- Hayes, A.F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis. A regression-based approach* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). *The clinical significance of loneliness: A literature review*. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695–718. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>
- Herzog, H. (2011). The impact of pets on human health and psychological well-being: Fact, fiction, or hypothesis? *Current Directions in Psychological Science*, 20(4), 236–239. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1177/0963721411415220>
- Hetrick, S. E., Subasinghe, A., Anglin, K., Hart, L., Morgan, A., & Robinson, J. (2020). Understanding the needs of young people who engage in self-harm: A qualitative investigation. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 2916. <https://b-on.ual.pt:2238/10.3389/fpsyg.2019.02916>
- Höltge, J., Rohner, S. L., Heim, E. M., Nater, U., & Thoma, M. V. (2023). Differential pathways from child maltreatment types to insecure adult attachment styles via psychological and social resources: A Bayesian network analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(11–12), 7089–7114. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1177/08862605221140039>
- Hutten, E., Jongen, E. M., Vos, A., Hout, A., & Lankveld, J. (2021). Loneliness and mental health: The mediating effects of perceived social support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 11963. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211963>
- INFARMED. (2014). *Psicofármacos: Evolução do consumo em Portugal Continental (2000–2012)*. [https://justnews.pt/documentos/file/psicofarmacos_relatorio2013\(1\).pdf](https://justnews.pt/documentos/file/psicofarmacos_relatorio2013(1).pdf)
- Instituto de Saúde Ambiental. (2021). *Sofrimento psicológico dos portugueses no contexto da pandemia*. Instituto de Saúde Ambiental. <http://isamb.medicina.ulisboa.pt/en/sofrimento-psicologico-dos-portugueses-no-contexto-da-pandemia/>
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Estatísticas da saúde 2020*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESTipo=ea&PUBLICACOEScolecao=107773&xlang=pt
- Jacob, N., Evans, R., & Scourfield, J. (2017). The influence of online images on self-harm: A qualitative study of young people aged 16–24. *Journal of Adolescence*, 60, 140–147. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/j.adolescence.2017.08.001>

- 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>
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Khan, A., & Ungar, M. (2021). Resilience to self-harm: A scoping review of protective factors that aid in recovery among marginalized young people. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1027/0227-5910/a000831>
- Kurdek, L. A. (2008). Pet dogs as attachment figures. *Journal of Social and Personal Relationships*, 25(2), 247–266. <https://doi.org/10.1177/0265407507087958>
- Lagdon, S., Ross, J., Robinson, M., Contractor, A. A., Charak, R., & Armour, C. (2018). Assessing the mediating role of social support in childhood maltreatment and psychopathology among college students in Northern Ireland. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(3–4), NP2112–NP2136.
- Lavis, A., & Winter, R. (2020). Online harms or benefits? An ethnographic analysis of the positives and negatives of peer-support around self-harm on social media. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(8), 842–854. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1111/jcpp.13245>
- Lee, C.-Y. S., Goldstein, S. E., & Dik, B. J. (2018). The relational context of social support in young adults: Links with stress and well-being. *Journal of Adult Development*, 25(1), 25–36. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1007/s10804-017-9271-z>
- Lima, D. dos S., Oliveira, E. N., França, S. da S., Sobrinho, N. V., Santos, L. A., & Prado, F. A. (2021). Self-mutilation and its determinants factors: An integrative review. *Research, Society and Development*, 10(9), e45510918155. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18155>
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychiatry Research*, 149(1–3), 59–68. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.04.007>
- 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)
- Machado, B. C., Pinto, E., Silva, M., Veiga, E., Sá, C., Kuhz, S., Silva, P. O., Pimenta, A., Gomes, A., Almeida, A., Sá, L., & Correia, M. (2023). Impact of the COVID-19 pandemic on the mental and physical health and overall wellbeing of university students in Portugal. *PLOS ONE*, 18(5), e0285317. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285317>

- MacKinnon, D. 2008. *An Introduction to Statistical Mediation Analysis*. (NY): Taylor & Francis Group.
- 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(11), 2161–2178. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02261-7>
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics 25* (7.^a ed.). ReportNumber.
- Marques, J. P. (2021). *Vínculo afetivo com animais de estimação: Estudo com adultos portugueses* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Madeira]. Repositório Científico da Universidade da Madeira. <https://digituma.uma.pt/handle/10400.13/3716>
- Matthews, T., Danese, A., Caspi, A., Fisher, H. L., Goldman-Mellor, S., Kepa, A., Moffitt, T. E., Odgers, C. L., & Arseneault, L. (2019). Lonely young adults in modern Britain: Findings from an epidemiological cohort study. *Psychological Medicine*, 49(2), 268–277. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1017/S0033291718000788>
- Matthews, T., Fisher, H. L., Bryan, B. T., Danese, A., Moffitt, T. E., Qualter, P., Verity, L., & Arseneault, L. (2022). This is what loneliness looks like: A mixed-methods study of loneliness in adolescence and young adulthood. *International Journal of Behavioral Development*, 46(1), 18–27. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1177/0165025420979357>
- Mayorga, N. A., Smit, T., Garey, L., Gold, A. K., Otto, M. W., & Zvolensky, M. J. (2022). Evaluating the interactive effect of COVID-19 worry and loneliness on mental health among young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 46(1), 11–19. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1007/s10608-021-10252-2>
- McAllister, C., Hisler, G. C., Blake, A. B., Twenge, J. M., Farley, E., & Hamilton, J. L. (2021). Associations between adolescent depression and self-harm behaviors and screen media use in a nationally representative time-diary study. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 49(12), 1623–1634. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1007/s10802-021-00832-x>
- McConnell, A. R., Brown, C. M., Shoda, T. M., Stayton, L. E., & Martin, C. E. (2011). Friends with benefits: On the positive consequences of pet ownership. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(6), 1239–1252. <https://doi.org/10.1037/a0024506>
- Moraes, D. X., Moreira, É. S., Sousa, J. M., Vale, R. R. M., Pinho, E. S., Dias, P. C. S., & Caixeta, C. (2020). “Caneta é a lâmina, minha pele o papel”: Fatores de risco da automutilação em adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Suppl 1), 1–9.

- Morgan, C., Webb, R. T., Carr, M. J., Kontopantelis, E., Green, J., Chew-Graham, C. A., & Ashcroft, D. M. (2017). Incidence, clinical management, and mortality risk following self-harm among children and adolescents: Cohort study in primary care. *BMJ*, 359, j4351.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An exploration of differentiating features of nonsuicidal self-injury and suicide attempts in a sample of adolescents. *Psychiatry Research*, 127(1–2), 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.04.021>
- Muehlenkamp, J. J., & Williams, L. M. (2009). Non-suicidal self-injury. In T. L. Schepp & M. L. Saywitz (Eds.), *The Oxford handbook of adolescent psychology* (pp. 285–306). Oxford University Press.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339–363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nunes, C., Martins, C., Ayala-Nunes, L., Matos, F., Costa, E., & Gonçalves, A. (2021). Parents perceived social support and children's psychological adjustment. *Journal of Social Work*, 21(3), 497–512. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1177/1468017320911614>
- Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Bridge, J. A., Liu, S. M., & Blanco, C. (2018). Suicide after deliberate self-harm in adolescents and young adults. *Pediatrics*, 141(4), e20173517. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3517>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2021). *Desenvolvimento sustentável e sustentabilidade dos cuidados de saúde primários*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_cuidadosdesaudeprimarios_documento.pdf
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2022a). *Agências da ONU lançam guia para garantir proteção dos trabalhadores de saúde*. <https://news.un.org/pt/story/2022/02/1780372>
- 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
- Park, H. J., & Jeong, G.-C. (2022). Relationship between attachment to pet and post-traumatic growth after pet loss: Mediated moderating effect of cognitive emotion regulation strategy through separation pain. *Behavioral Sciences*, 12(8), Article 291. <https://doi.org/10.3390/bs12080291>
- 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>

- Pavri, S. (2015). Loneliness: The cause or consequence of peer victimization in children and youth. *The Open Psychology Journal*, 8, 78–84.
- Peh, C. X., Shahwan, S., Fauziana, R., Mahesh, M. V., Sambasivam, R., Zhang, Y., Ong, S. H., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2017). Emotion dysregulation as a mechanism linking child maltreatment exposure and self-harm behaviors in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 67, 383–390. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.013>
- Peixinho, A. (2024, janeiro 18). Consumo de ansiolíticos e antidepressivos a crescer. *Lusiadas*. <https://www.lusiadas.pt/blog/doencas/sintomas-tratamentos/consumo-ansioliticos-antidepressivos-crescer>
- 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. Obtido de <https://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/304>
- Poresky, R. H. (1990). The young children's companion animal bonding scale. *Psychological Reports*, 67(1), 51–56. <https://doi.org/10.2466/pr0.1990.67.1.51>
- Quadt, L., Esposito, G., Critchley, H. D., & Garfinkel, S. N. (2020). Brain-body interactions underlying the association of loneliness with mental and physical health. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 116, 283–300. <https://b-on.ual.pt/2238/10.1016/j.neubiorev.2020.06.015>
- 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), e0239397. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239397>
- Reis, M., Matos, M. G., Ramiro, L., & Figueira, I. (2012). Comportamentos autolesivos em adolescentes portugueses: Uma perspetiva emocional e relacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 115–122.
- Reputation Circle. (2021). *O impacto da “pandemia” da solidão na saúde da sociedade e das empresas*. <https://reputationcircle.pt/o-impacto-da-pandemia-da-solidao-na-saude-da-sociedade-e-das-empresas/>
- Richmond-Rakerd, L. S., Caspi, A., Arseneault, L., Baldwin, J. R., Danese, A., Houts, R. M., Matthews, T., Wertz, J., & Moffitt, T. E. (2019). Adolescents who self-harm and commit violent crime: Testing early-life predictors of dual harm in a longitudinal cohort study. *The American Journal of Psychiatry*, 176(3), 186–195. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18060740>

- Rodrigues, R. (2018). Solidão, um fator de risco. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 34, 334–338. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i5.12073>
- Rodrigues, V., & Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: Revisão de literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 390–399. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1293/2/390-399_FCS_06_-6.pdf
- Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). Social support. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (3rd ed., pp. 535–544). Academic Press.
- Rodriguez, N., Flores, R. T., London, E. F., Bingham Mira, C., Myers, H. F., Arroyo, D., & Rangel, A. (2019). A test of the main-effects, stress-buffering, stress-exacerbation, and joint-effects models among Mexican-origin adults. *Journal of Latinx Psychology*, 7(3), 212–229. <https://doi.org/10.1037/lat0000116.supp>
- 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
- Saraiva, B. S., & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria fundamental*. Lidel.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Houghton Mifflin.
- Shoestul, 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), e0229087. <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>
- Snir, A., Apter, A., Barzilay, S., Feldman, D., Rafaeli, E., Carli, V., Wasserman, C., Hadlaczky, G., Hoven, C. W., Sarchiapone, M., & Wasserman, D. (2018). Explicit motives, antecedents, and consequences of direct self-injurious behaviors: A longitudinal study in a community sample of adolescents. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 39(4), 255–266. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1027-5910/a000493>
- Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. (2020). *Perturbação mental em números*. <https://www.sppsm.org/informemente/perturbacao-mental-em-numeros/>
- Sousa, C., Esperança, J., & Gonçalves, G. (2022). Pets at work: Effects on social responsibility perception and organizational commitment. *Psychology of Leaders and Leadership*, 25(2), 144–163. <https://doi.org/10.1037/mgr0000128>

- Sullivan, G. M., & Feinn, R. (2012). Using effect size—Or why the p value is not enough. *Journal of Graduate Medical Education*, 4(3), 279–282. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-12-00156.1>
- Surkalim, D. L., Luo, M., Eres, R., Gebel, K., van Buskirk, J., Bauman, A., & Ding, D. (2022). The prevalence of loneliness across 113 countries: Systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 376, e067068. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067068>
- Taylor, S. E. (2011). Social support: A review. In H. S. Friedman (Ed.), *The Oxford handbook of health psychology* (pp. 189–214). Oxford University Press.
- Tomé, G., & Matos, M. G. (2012). Relação positiva com o grupo de pares na adolescência. In M. G. Matos & G. Tomé (Eds.), *Aventura social: Promoção de competências e do capital social para um empreendedorismo com saúde na escola e na comunidade – Volume 1: Estado da arte: Princípios, actores e contextos* (pp. 112–125). Placebo Editora.
- Vang, C., Sieng, M., & Zheng, M. (2023). Conceptualizing loneliness among a Hmong older adult group: Using an intersectionality framework. *Asian American Journal of Psychology*. <https://doi.org/10.1037/aap0000307.supp>
- 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(1), Article 156. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1186/s12888-018-1736-5>
- Whitlock, J. L., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939–1948. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2722>
- World Health Organization (WHO). (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- World Health Organization (WHO). (2022a). *A world mental health report: Transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- World Health Organization (WHO). (2023). *International classification of diseases eleventh revision*. https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release
- Zilcha-Mano, S., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2011). An attachment perspective on human–pet relationships: Conceptualization and assessment of pet attachment orientations. *Journal of Research in Personality*, 45(4), 345–357. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/j.jrp.2011.04.001>

- Zilcha-Mano, S., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (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 A

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, que a informação por mim fornecida será mantida confidencial e apenas utilizada de forma anónima para fins de investigação científica. Compreendi que em qualquer momento posso abandonar a minha participação neste estudo e solicitar junto do investigador a eliminação da informação por mim fornecida. Compreendi que a participação neste estudo, ou a recusa em o fazer, em nada me irá afetar. Tive oportunidade de colocar e esclarecer todas as dúvidas que tinha sobre esta investigação.

1- IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO DOS DADOS

Cooperativa de Ensino Universitário, C.R.L. (CEU, C.R.L.) entidade instituidora da Universidade Autónoma de Lisboa

Rua de Santa Marta 47 2º 1150-293 Lisboa

NIF: 501641238

investigacao.privacidade@autonoma.pt

Investigador Responsável: Inês Vides Ferreira, inesferreira2008@hotmail.com

2- QUEADOS RECOLHEMOS E CATEGORIAS DE TITULARES DOS DADOS

Dados dos participantes: Sociodemográficos - Sexo, 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, stresse, suporte social, vínculo com o animal de estimação.

3- FUNDAMENTO JURÍDICO

Consentimento.

4- O QUE FAZEMOS COM OS SEUS DADOS (FINALIDADES)

Investigação sobre “As Marcas da Solidão: A Saúde Mental entre jovens adultos com episódios de automutilação”, 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.

6 – TRANSFERÊNCIA PARA PAÍSES TERCEIROS

A Cooperativa de Ensino Universitário garante o cumprimento do regulamento.

7 – TRATAMENTO DOS DADOS

Não serão objeto de tratamento para decisões individuais automatizadas, nem para definição de perfis.

8 – MEDIDAS IMPLEMENTADAS PARA PROTEÇÃO DOS SEUS DADOS CONTRA O ACESSO, A ALTERAÇÃO OU A DESTRUIÇÃO NÃO AUTORIZADA

A Cooperativa de Ensino Universitário 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.

9 – 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 investigacao.privacidade@autonoma.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 endereço investigacao.privacidade@autonoma.pt

O Titular dos Dados tem o direito de apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados ou a qualquer outra autoridade de controlo.

DATA: ____/____/____

ASSINATURA: _____

O Investigador Responsável: Inês Vides Ferreira

Anexo B
Questionário Sociodemográfico

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Prefiro não dizer

Idade (anos): ☐

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

Nº de filhos: ☐ **Nº pessoas com quem partilha casa:** ☐

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

☐ Pai ☐ Mãe ☐ Companheiro/a
☐ Avós ☐ Outros familiares

Assinale os familiares vivos com quem mantém algum contacto:

☐ Mãe ☐ Pai ☐ Avô/ Avó
☐ Outros

Nacionalidade (País): ☐

Nº animais de estimação (atual): ☐

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

☐ Cão ☐ Gato ☐ Outra (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

Profissão/ Ocupação:

- ☐ Quadros superiores de admin. pública, dirigentes e quadros superiores de empresas
- ☐ Especialistas das profissões intelectuais e científicas
- ☐ Técnicos e profissionais de nível intermédio
- ☐ Pessoal administrativo e similares
- ☐ Pessoal dos serviços e vendedores
- ☐ Agricultores e trabalhadores qualificados de agricultura e pescas
- ☐ Operários, artífices e trabalhadores similares
- ☐ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem
- ☐ Trabalhadores não qualificados
- ☐ Membros das forças armadas
- ☐ Estudantes
- ☐ Trabalhadores domésticos/ donas de casa
- ☐ Reformado/ aposentado
- ☐ Desempregado

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

Anexo C

Automutilação:

Assinale tantos quantos se apliquem

1. Alguma vez se magoou intencionalmente (ou seja, de propósito) em alguma área do corpo (sem a intenção de se matar)?
2. Alguma vez se cortou intencionalmente em alguma área do corpo?
☐ Sim ☐ Não
3. Alguma vez se queimou intencionalmente com um cigarro, isqueiro ou fósforo?
☐ Sim ☐ Não
4. Alguma vez gravou intencionalmente palavras, imagens, desenhos ou outras marcas na pele?
☐ Sim ☐ Não
5. Alguma vez se coçou intencionalmente, a ponto de causar cicatrizes ou sangramento?
☐ Sim ☐ Não
6. Alguma vez se mordeu intencionalmente, a ponto de rasgar a pele?
☐ Sim ☐ Não
7. Alguma vez esfregou intencionalmente uma lixa no corpo?
☐ Sim ☐ Não
8. Alguma vez aplicou ácido intencionalmente na pele?
☐ Sim ☐ Não
9. Alguma vez utilizou intencionalmente lixívia ou outros produtos de limpeza para esfregar a pele?
☐ Sim ☐ Não
10. Alguma vez introduziu intencionalmente objetos pontiagudos, como agulhas, alfinetes, agrafos na pele (exceto tatuagens, piercings, agulhas para uso de drogas)?
☐ Sim ☐ Não
11. Alguma vez esfregou vidro intencionalmente na pele?
☐ Sim ☐ Não
12. Alguma vez bateu com a cabeça intencionalmente?
☐ Sim ☐ Não
13. Alguma vez bateu em si intencionalmente?
☐ Sim ☐ Não

14. Alguma vez impediu intencionalmente que feridas cicatrizassem?

☐ Sim

☐ Não

15. Alguma vez fez algo intencionalmente para se magoar que não foi questionado acima?

16. Se sim, o que fez para se magoar?

Em caso afirmativo, a alguma das questões anteriores, responda às seguintes questões:

17. Que idade tinha quando se magoou intencionalmente pela primeira vez?

18. Quando foi a última vez que se magoou intencionalmente?

19. Há quantos anos se magoa intencionalmente?

20. Este comportamento alguma vez resultou em hospitalização ou numa lesão suficientemente grave para requerer tratamento médico?