



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DO ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUÍS DE CAMÕES”

LONELINESS, RELIGIOSITY AND MENTAL HEALTH IN YOUNG ADULTS /
SOLIDÃO, RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL NOS JOVENS ADULTOS

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

Autora: Elza Isabel Gonçalves Fraga

Orientadora: Professora Doutora Maria Luísa Marques Peralta Ribeiro

Número do Candidata: 30002754

Dezembro de 2024

Lisboa

To my savior, Jesus Christ.

Agradecimentos

A conclusão desta etapa representa um marco importante na minha vida, tanto a um nível acadêmico como pessoal. Sem o apoio, incentivo e motivação por parte de todas as pessoas que se cruzaram durante esta fase da minha vida, teria sido muito mais difícil, por isso o meu obrigado.

Um agradecimento especial à minha orientadora, Professora Doutora Luísa Ribeiro, cuja empatia e sentido de humor tornaram este percurso muito mais leve. A sua orientação foi fundamental durante este período desafiador, no qual o seu apoio e paciência fez toda a diferença na conclusão deste trabalho.

Aos meus pais, sou eternamente grata pela oportunidade, apoio incondicional e motivação que me transmitiram, para que eu pudesse ultrapassar todas as dificuldades associadas a este processo. Sem vocês, este sonho não era possível. Aos meus avós, exemplos de trabalho e sacrifício, apologistas pelo conhecimento e educação, agradeço pelos incontáveis conselhos que me moldaram e que hoje me definem. À minha avó Maria e ao meu avô António, espero que estejam orgulhosos de mim. Um até já.

‘When you go through deep waters, I will be with you. When you go through rivers of difficulty, you will not drown. When you walk through the fire of oppression, you will not be burned up; the flames will not consume you’ – Isaías 43:2

Resumo

A solidão é uma das principais preocupações no âmbito da saúde pública, dado o aumento da prevalência na população mundial, e do seu impacto na saúde física e mental (Allen, 2020; Buecker et al., 2021; Farghassemi & Joffe, 2022; Francesco, 2023). De acordo com Diez e colaboradores (2024), a ansiedade, depressão e *stress* são dos problemas de saúde mental mais prevalentes na população geral. Contudo, existem estudos que observam um aumento de sintomas de depressão e ansiedade nos jovens adultos, período este que é caracterizado por instabilidade e transição entre a adolescência e vida adulta (Buecker et al., 2021; Huang & Zhao, 2020; Wang et al., 2020; Westberg et al., 2022).

Após a propagação do vírus SARS-CoV-2, dados indicam um aumento dos níveis de ansiedade, depressão e *stress*, principalmente entre a população mais jovem (Matic et al., 2022; Angela et al., 2022; Lucchetti et al., 2021). Durante períodos de maior instabilidade, a religiosidade e motivação inerente podem mediar a associação entre a solidão e a saúde mental, uma vez que é considerada um fator de proteção e de manutenção da saúde mental (Bonelli et al., 2012; Dein et al., 2020; Ellison et al., 2012; Krause, 2003; Melo et al., 2015; Soares Gomes & Dal Forno, 2014). Dada a escassez de estudos realizados em Portugal, e de a maior parte se focar em países com culturas distintas (e.g. Eslovénia, Japão, Estados Unidos da América), torna-se importante estudar a relação entre variáveis numa população maioritariamente religiosa (87.4%) e afetada pelo contexto pandémico (Dlugosz et al., 2022; INE, 2022; Jankowski et al., 2022; Lavrič & Flere, 2008).

Posto isto, o presente estudo teve como principal objetivo investigar o efeito da solidão na saúde mental, analisar o impacto da solidão na religiosidade e ainda, verificar se a religiosidade assume um papel mediador nos jovens adultos em Portugal. Os resultados revelam que a solidão é um preditor significativo de níveis mais baixos de saúde mental (ansiedade, depressão, *stress*), bem como da experiência religiosa. Contudo, os dados sugerem que a religiosidade do tipo intrínseco ou extrínseco, uma prática religiosa frequente e a integração em comunidades de fé entre jovens adultos religiosos, assumiram um papel de proteção, tendo mediado a relação entre a solidão e a saúde mental.

Palavras-chaves: Solidão, Religiosidade, Depressão, Ansiedade, *Stress*, Jovens Adultos.

Abstract

Loneliness is a major public health concern, given its increasing prevalence in the world population and its impact on physical and mental health (Allen, 2020; Buecker et al., 2021; Farghassemi & Joffe, 2022; Francesco, 2023). According to Diez and colleagues (2024), anxiety, depression and stress are among the most prevalent mental health problems in the general population. However, there are studies that observe an increase in symptoms of depression and anxiety in young adults, a period characterized by instability and transition between adolescence and adulthood (Buecker et al., 2021; Huang & Zhao, 2020; Wang et al., 2020; Westberg et al., 2022).

Following the spread of the SARS.CoV-2 virus, data indicates an increase in levels of anxiety, depression and stress, especially among the younger population (Angela et al., 2022; Lucchetti et al., 2021; Matic et al., 2022). During periods of greater instability, religiosity and inherent motivation can mediate the association between loneliness and mental health, as it is a factor in protecting and maintaining mental health (Bonelli et al., 2012; Dein et al., 2020; Ellison et al., 2012; Krause, 2003; Melo et al., 2015; Soares Gomes & Dal Forno, 2014). Given the scarcity of studies carried out in Portugal, and the fact that most focus on countries with different cultures (e.g. Slovenia, Japan, United States of America), it is important to study the relationship between variables in a population that is mostly religious (87.4%) and affected by the pandemic context (Dlugosz et al., 2022; INE, 2022; Jankowski et al., 2022; Lavrič & Flere, 2008).

Therefore, the general purpose of this study is to analyse the effect of loneliness on mental health, to analyze the impact of loneliness on religiosity and, to verify whether religiosity plays a mediating role in young adults in Portugal. The results show that loneliness is a significant predictor of lower levels of mental health (anxiety, depression, stress), as well as religious experience. However, the results show that intrinsic or extrinsic religiosity, frequent religious practice and the integration of faith communities among young adults, had a protective role, mediating the relationship between loneliness and mental health.

Keywords: Loneliness, Religiosity, Depression, Anxiety, Stress, Young Adults

Índice

Introdução	15
Parte I – Enquadramento Teórico	17
1.1 Solidão.....	17
1.1.1 Definição	17
1.1.2 Perspetivas e Abordagens Teóricas sobre a Conceptualização da Solidão	19
1.2 Saúde Mental.....	22
1.2.1 Ansiedade, Depressão e <i>Stress</i>	24
1.3 Solidão nos Jovens Adultos e o Impacto na Saúde Mental.....	25
1.4 Religiosidade.....	27
1.4.1 Definição: Religião, Espiritualidade e Religiosidade	28
1.4.2 Religiosidade Segundo a Perspetiva de Gordon Allport	30
1.5 Religiosidade e o Impacto na Saúde Mental	32
1.6 Solidão e Religiosidade.....	34
Parte II – Método	36
2.1 Objetivos Gerais e Hipóteses	36
2.2 Desenho de Investigação.....	37
2.3 Participantes	37
2.4 Instrumentos	40
2.4.1 Questionário Sociodemográfico	40
2.4.2 Escala de Solidão UCLA	40
2.4.3 Escala de Orientação Religiosa I/E – R	41
2.4.4 Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (EADS-21)	41
2.5 Procedimentos	42
Parte III – Resultados	44
3.1 Estatística Descritiva	44

3.2 Normalidade da Distribuição das Variáveis.....	44
3.3. Correlações.....	45
3.4 Mediação	46
Parte IV – Discussão	54
4.1 Discussão dos Resultados	54
4.2 Limitações do Estudo e Aplicabilidade Futura	57
4.3 Conclusão	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Definições de Solidão

Tabela 2 – Identificação Religiosa da População Portuguesa com idade igual ou superior a 15 anos.

Tabela 3 – Características da Religiosidade Intrínseca e Extrínseca, de acordo com Valle (1998)

Tabela 4 – Caracterização da Amostra Segundo o Sexo, Idade, Estado Civil

Tabela 5 – Caracterização da Amostra Segundo a Formação Escolar e Profissão/ Ocupação

Tabela 6 – Caracterização da Amostra de acordo com o Distrito de Residência

Tabela 7 – Caracterização da Amostra Segundo a sua Posição Religiosa, Participação Religiosa, Frequência e Inserção numa Comunidade de Jovens

Tabela 8 – Estatística descritiva das variáveis em estudo ($n = 301$)

Tabela 9 – Normalidade da Distribuição das Variáveis em Estudo

Tabela 10 – Correlações entre variáveis ($n = 301$)

Tabela 11 – Correlação entre a Variável Solidão e Idade

Tabela 12 – Modelo de Mediação

Tabela 13 – Diferenças relativamente à Solidão entre Jovens Adultos Religiosos e Não Religiosos

Tabela 14 – Diferenças relativamente à Ansiedade entre Jovens Adultos Religiosos e Não Religiosos

Tabela 15 – Diferenças relativamente à Depressão entre Jovens Adultos Religiosos e Não Religiosos

Tabela 16 – Diferenças relativamente ao *Stress* entre Jovens Adultos Religiosos e Não Religiosos

Tabela 17 – Diferenças relativamente à Solidão entre Jovens Adultos Religiosos Segundo a Prática Religiosa

Tabela 18 – Diferenças relativamente à Ansiedade entre Jovens Adultos Religiosos Segundo a Prática Religiosa

Tabela 19 – Diferenças relativamente à Depressão entre Jovens Adultos Religiosos Segundo a Prática Religiosa

Tabela 20 – Diferenças relativamente ao *Stress* entre Jovens Adultos Religiosos Segundo a Prática Religiosa

Tabela 21 – Diferenças relativamente à Solidão entre Jovens Adultos Religiosos Segundo a Frequência

Tabela 22 – Diferenças relativamente à Ansiedade entre Jovens Adultos Religiosos Segundo a Frequência

Tabela 23 – Diferenças relativamente à Depressão entre Jovens Adultos Religiosos Segundo a Frequência

Tabela 24 – Diferenças relativamente ao *Stress* entre Jovens Adultos Religiosos Segundo a Frequência

Tabela 25 – Diferenças relativamente à Solidão entre Jovens Adultos Religiosos que pertencem em Grupos de Jovens

Tabela 26 – Diferenças relativamente à Ansiedade entre Jovens Adultos Religiosos que pertencem em Grupos de Jovens

Tabela 27 – Diferenças relativamente à Depressão entre Jovens Adultos Religiosos que pertencem em Grupos de Jovens

Tabela 28 – Diferenças relativamente ao *Stress* entre Jovens Adultos Religiosos que pertencem em Grupos de Jovens

Lista de Figuras

Figura 1 – Modelo de Investigação

Lista de Abreviaturas e Siglas

APA – American Psychological Association

CE & CUE – Conselho Europeu & Conselho da União Europeia

ESS – European Social Survey

FFMS – Fundação Francisco Manuel dos Santos

OECD – Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico

PRC – Pew Research Center

UE – União Europeia

WHO – World Health Organization

Índice de Anexos

Anexo 1 – Questionário Sociodemográfico

Anexo 2 – Escala de Solidão UCLA

Anexo 3 – Escala de Orientação Religiosa I/E – R

Anexo 4 – Escala de Depressão, Ansiedade e *Stress* (EADS-21)

Índice de Apêndices

Apêndice 1 – Pedido de autorização para a utilização da Escala de Orientação Religiosa I/E – R

Apêndice 2 – Panfleto

Introdução

Atualmente, a solidão é considerada um problema emergente de saúde pública dado o seu impacto na saúde física e mental (Beutel et al., 2017; Cacioppo & Hawkley, 2010; Heinrich & Gullone, 2006; Masi, 2011; Matthews et al., 2019; Negosanu & Reid, 2021). Distinta de um isolamento social objetivo, a solidão é definida como uma experiência angustiante, que surge quando as relações interpessoais são insuficientes, quer a um nível quantitativo ou qualitativo. Dado que as relações sociais assumem um papel importante entre as várias necessidades individuais, como o sentimento de pertença e ligação emocional (Aziz et al., 2021; Steptoe et al., 2013), indivíduos que apresentem elevados níveis de solidão estão mais propensos em desenvolver problemas de saúde mental (Cacioppo & Hawkley, 2010; Godfrey, 2021). Neste sentido, estudos indicam que a experiência de solidão intensa e prolongada no tempo, contribuem para uma saúde mental prejudicada, estando positivamente associada à depressão, ansiedade e *stress* (Baarck & Kovacic, 2022; Buecker et al., 2021; Eccles & Qualter, 2021; Mann et al., 2017; Matthews et al., 2019; McWhirter, 1990; Trout, 1980; Wenz, 1977; Yaghoubi, 2020).

Após a propagação do vírus SARS-CoV-2, em 2020, seguido pela implementação de medidas de contenção (e.g. isolamento obrigatório, trabalho e educação à distância) (Kovacs et al., 2021; Macdonald & Hülür, 2021; Ersnt et al., 2022), verificou-se um aumento de 13% dos níveis de solidão (Baarck et al., 2021; Baarck & Kovacic, 2022), bem como um aumento da prevalência da ansiedade, depressão e *stress*, entre os jovens adultos (Afrashtehfar et al., 2023; Ettman et al., 2020; Francesco, 2023; Twenge & Joiner, 2020). Considerando os desafios inerentes ao processo de transição entre a adolescência e vida adulta, Baarck & Tintori (2021), apontam que os jovens adultos, com idades compreendidas entre os 18 e 25 anos, foram os mais afetados durante o período pandémico. Em situações de crise, ameaça e incerteza, como vivenciado durante a pandemia, a religiosidade, pode assumir um papel importante na gestão de dificuldades, como o isolamento social e a solidão experienciada (Banerjee & Rai, 2020; Luccheti et al., 2021).

De acordo com Moberg (2008), a religiosidade e espiritualidade assumem papéis significativo na vida de muitos indivíduos, por se tratar de uma experiência intrínseca à índole humana. A espiritualidade, intimamente associada à religiosidade, é distinguida como a quarta dimensão fundamental para a saúde física e mental (WHO, 2013), dada a influência no bem-estar individual (Melo et al., 2015; Soares Gomes & Dal Forno, 2014). A espiritualidade e religiosidade agrupam um conjunto de fatores (e.g. sistema de crenças, suporte social, práticas

religiosas, orientação espiritual, comunidades de fé) que promovem a manutenção da saúde física e mental (Bonelli et al., 2012; Dein et al., 2020; Ellison et al., 2012; Krause, 2003).

De acordo com Allport, teórico que defendeu uma perspetiva pluralista e multifatorial para a compreensão da religiosidade, defende que a motivação permite observar e compreender a veracidade da experiência religiosa. Allport & Ross (1967), defendem que a religiosidade pode ser motivada por diferentes fatores, assumindo um papel protetor em situações de maior dificuldade. Apesar de muitos investigadores indicarem esta variável como fator de proteção, existem vários estudos que revelam correlações positivas entre o tipo de orientação religiosa (intrínseca, extrínseca) e problemáticas do foro mental (e.g. depressão e ansiedade), sendo a cultura o fator diferenciador (Kuyel et al., 2012; Smith et al., 2003).

Durante o período pandémico, estudos indicam que a religiosidade, nomeadamente as crenças e a prática de rituais religiosos, foram fundamentais (Banerjee & Rai, 2020; Jankowski et al., 2022; Luccheti et al., 2021), tendo sido constatado melhores níveis de saúde mental entre participantes com uma afiliação religiosa e prática ativa (Luccheti et al., 2021; Peneycad et al., 2024). Ainda que existam estudos que revelam a influência positiva da religiosidade na saúde mental (Mokha, 2023; Yaghoubi, 2020), denota-se um declínio religioso na Europa (Pew Research Center, 2018). Dada a escassez de estudos realizados em Portugal, e de a maior parte se focar em países com culturas distintas, torna-se pertinente estudar o impacto de uma variável considerada como um fator de proteção, num contexto pós pandémico em uma população maioritariamente religiosa (87.4%) (Melo et al., 2015; Nelson, 2009; Papanikolopoulos & Kaprinis, 2021).

Neste sentido, o presente estudo procura investigar o efeito da solidão na saúde mental, analisar o impacto da solidão na religiosidade e ainda, verificar se a religiosidade assume um papel mediador nos jovens adultos em Portugal.

Parte I – Enquadramento Teórico

1.1 Solidão

Atualmente a solidão é uma das principais preocupações no âmbito da saúde pública, devido ao aumento da prevalência na população mundial, e do seu impacto na saúde física e mental (Allen, 2020; Buecker et al., 2021; Farghassemi & Joffe, 2022; Francesco, 2023). Segundo o Inquérito Europeu sobre a Qualidade de Vida, em 2016, revela que 12% dos cidadãos da União Europeia (EU) reportam sentirem-se sozinhos a maior parte do tempo. De acordo com os dados do inquérito EU-LS 2022, 13% dos inquiridos relatam sentir-se sozinhos na maior parte do tempo, enquanto 35% afirmam sentir-se sozinhos ocasionalmente. Segundo este inquérito, dados revelam que a prevalência da solidão na Irlanda é de 20%, demonstrando ser o país com o maior índice de solidão na Europa. Em Portugal, os resultados indicam que 13% a 14% dos inquiridos indicam sentir-se sós. Nos países como o Luxemburgo, Bulgária, Países Baixos e Croácia, revelam níveis mais baixos de solidão, com resultados abaixo dos 10% (Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico, OCDE, 2024).

Segundo a OECD (2024), a prevalência da solidão difere entre os países, justificado pelas diferenças culturais, demográficas e de amostragem. De acordo com a OECD (2024), estes resultados foram semelhantes aos dados recolhidos no período pandémico. Contudo, estudos indicam que a pandemia e as medidas de contenção (e.g. isolamento obrigatório, trabalho e educação à distância) potenciaram o aumento da solidão (Kovacs et al., 2021; Macdonald & Hülür, 2021; Ersnt et al., 2022). Dado o aumento linear da prevalência desta problemática, o seu estudo torna-se pertinente, considerando o impacto na saúde dos indivíduos.

1.1.1 Definição

“Então o Senhor Deus declarou: “Não é bom que o homem esteja só; farei para ele alguém que o auxilie e lhe corresponda” – Génesis 2:18

A Bíblia e a Ciência, enfatizam a necessidade intrínseca do ser humano em construir e estabelecer relações positivas (Rubenstein, et al., 1979), de modo a colmatar o sentimento de pertença e ligação emocional (Aziz et al., 2021; Steptoe et al., 2013). A solidão, considerada como uma resposta natural do ser humano às experiências relacionais (Bevvin, 2011; Weiss, 1973), é descrita por um sentimento subjetivo de insatisfação ou de angústia emocional, consequente de um défice nas relações interpessoais (McWhirter, 1990; Perlman & Peplau, 1981). Devido à subjetividade da solidão, existem várias definições que estão alicerçadas em

diferentes abordagens teóricas, como apresenta a Tabela 1 (Peplau & Perlman, 1982; Pocinho et al., 2010).

Tabela 1 – Definições de Solidão (Peplau & Perlman, 1982)

Autor	Definição
de Jong-Gierveld (1978)	Vivência indesejada, devido à diferença entre as relações interpessoais e desejadas, essencialmente quanto o indivíduo é consciente das suas dificuldades sociais.
Derlega & Margulis (1982)	Ausência de apoio social e pessoal no alcance de objetivos importantes para o indivíduo, de forma contínua no tempo.
Flanders (1976)	A solidão comporta-se como um mecanismo de <i>feedback</i> adaptativo, que leva os indivíduos que possuem um contacto social insuficiente, a procurar quantitativamente uma rede de apoio.
Gordon (1976)	A solidão resulta da privação de uma rede de apoio esperada; é sentir-se só.
Leiderman (1980)	A solidão é um estado afetivo, no qual o indivíduo tem consciência do distanciamento entre as suas relações, revelando uma necessidade de construir e conhecer novos contactos.
Lopata (1969)	A solidão traduz-se num sentimento de insatisfação perante as suas relações interpessoais, não indo de encontro com o desejado.
Perlman & Peplau (1981)	Insatisfação pela rede de contactos sociais, quanto à quantidade e/ou qualidade das mesmas.
Sadler & Johnson (1980)	Experiência contrária à desejada. A forma e a interação não vão ao encontro das expectativas individuais.
Sermat (1978)	A solidão traduz-se pela discrepância entre as relações interpessoais reais, atuais ou prévias a estas, e as relações idealizadas.
Sullivan (1953)	A solidão é uma experiência desagradável, resultante de uma necessidade interpessoal de intimidade relacional.
Weiss (1973)	A solidão resulta da ausência de relações íntimas e de uma rede de apoio, não tendo como origem o isolamento social intencional.
Young (1982)	A solidão é definida pela ausência ou ausência percebida de relações interpessoais satisfatórias, com um impacto psicológico. Considera as interações sociais como reforços importantes de apoio emocional. Neste sentido, a solidão é resultado da privação de conexões sociais.

Entre as diferentes definições e perspetivas conceptuais, é importante sublinhar que a solidão não é sinónimo de isolamento social objetivo ou intencional. Apesar da sua subjetividade, é evidenciado a possibilidade de os indivíduos se sentirem socialmente isolados, entre diferentes grupos e contextos sociais (Cacioppo et al., 2010; Baarck & Kovacic, 2022; Barjaková & Garnero, 2022; Cacciopo et al., 2015; Hawkey & Cacioppo, 2010; Perlman &

Peplau, 1984). Pessoas que voluntariamente se isolam não estão necessariamente solitárias, assim como o inverso não acontece. Contudo, o isolamento pode ser um fator contributivo para a solidão (Ersnt et al., 2022; Gomboc et al., 2020; Hawkley & Cacioppo, 2010; Leonova et al., 2021).

De acordo com McWhirter (1990), a solidão surge pela incompreensão, rejeição ou distância sentida por parte dos outros, em experiências que dariam oportunidades de intimidade emocional e integração social. No sentido de compreender as particularidades da solidão, Tiwari (2013) categoriza esta experiência em três tipos, segundo a sua causalidade: solidão situacional; solidão evolutiva; solidão interna. De acordo com o autor, o contexto envolvente de um indivíduo (e.g. nível socioeconómico e cultural, conflitos interpessoais, acidentes, catástrofes naturais), pode influenciar o desenvolvimento da solidão, sendo por isto considerada situacional. Enquanto seres sociais, a necessidade relacional ou o desejo natural de intimidade, é fundamental para um bom desenvolvimento individual. A discrepância entre as necessidades inerentes ao ser humano, resulta no desinteresse pela vida e consequente solidão evolutiva. A perceção de se estar só, torna a pessoa solitária. Pessoas que revelam uma baixa autoestima ou uma visão de si negativa, sentem-se mais sós comparativamente com os seus pares. Neste sentido, a solidão interna resulta de fatores como, a personalidade, baixa autoestima e estratégias de *coping* desadaptativas (Tiwari, 2013).

Como experiência subjetiva, esta pode ser acompanhada por sentimentos de tristeza, ansiedade, angústia, rejeição ou marginalização (Ersnt et al., 2022; Emir Öksüz et al., 2021; Kovacs et al., 2021; Leonova et al., 2021). Pode assumir uma característica temporal transitória, ou em situações mais graves revelar ser persistente (McWhirter, 1990). Quando a solidão é permanente no tempo, manifesta repercussões psicológicas significativas (Cacioppo et al., 2010; Baarck & Kovacic, 2022).

1.1.2 Perspetivas e Abordagens Teóricas sobre a Conceptualização da Solidão

Entre as várias definições, o desafio conceptual da solidão, resulta das diferentes perspetivas e abordagens teóricas (Peplau & Perlman, 1982; Pocinho et al., 2010). A influência da linha de pensamento de cada modelo, permite uma ampla compreensão do conceito solidão (Perlman & Paplau, 1982).

À luz do modelo psicodinâmico, Zilboorg (1938) e Sullivan (1953) enfatizam que a solidão vivenciada na idade adulta, tem origem na infância e nas experiências iniciais (cit. Perlman & Peplau, 1982). Para Zilboorg, a solidão é um “estado de espírito normal” e “transitório”, consequente da ausência de uma figura significativa. Relacionada com traços de narcisismo,

megalomania e hostilidade, vinculados a sentimentos infantis de onipotência pessoal, é justificada pela necessidade de centrar em si mesma a atenção desejada. A dependência inicial do indivíduo, enquanto bebê, para a satisfação das suas necessidades pode levar à orientação narcísica. Resultado de uma gratificação tardia, este fator terá como origem do ódio, hostilidade e agressividade por parte de um indivíduo solitário (cit. Perlman & Peplau, 1982).

Sullivan (1953), destaca a necessidade intrínseca de intimidade do ser humano (cit. Perlman & Peplau, 1982). Este desejo natural surge na infância e, procede-se pela procura de alguém com quem possa construir uma relação íntima. De acordo com Sullivan, jovens que apresentem dificuldades sociais, espelham interações insuficientes com as figuras paternas na infância. A incapacidade de satisfação desta necessidade, deve-se a um déficit interacional nas relações, levando a um estado de solidão persistente. De acordo com os teóricos do modelo psicodinâmico, a solidão é o resultado de experiências precoces insatisfatórias que influenciaram fatores internos dos indivíduos, manifestando-se pelas dificuldades nos relacionamentos interpessoais (cit. Perlman & Peplau, 1982).

De acordo com a perspectiva humanista, Carl Rogers refere que a pressão social e expectativas associadas, impulsionam a discrepância entre *self* real e idealizado. Neste sentido, a solidão é vista como consequência de uma disparidade fenomenológica do autoconceito. Numa perspectiva dissemelhante aos teóricos psicodinâmicos, que identificam a origem da solidão na infância, Rogers vê esta experiência subjetiva como resultado de um desajustamento social da situação circundante (cit. Perlman & Peplau, 1982).

Numa perspectiva existencial, a solidão é um pressuposto natural do ser humano. Neste sentido, cada indivíduo vivencia uma solidão intrínseca, pois não há outro que consiga compreender totalmente as suas experiências individuais (e.g. sentimentos, pensamentos). Segundo Moustakas (1961 cit. Perlman & Peplau, 1982), é necessário distinguir a ansiedade-solidão e a solidão. A ansiedade-solidão, considerada como um mecanismo de defesa, funciona como um sistema que impede os indivíduos de analisar questões sobre a vida. Ao mesmo tempo, promove a procura por situações que fomentem a criação de relações interpessoais. A solidão real, surge da confrontação com a realidade de estar só e dos acontecimentos de vida (e.g. morte, tragédias, mudanças), que é considerado por Moustakas uma força criativa (cit. Perlman & Peplau, 1982).

De acordo com os existencialistas, a solidão pode ser considerada uma oportunidade de aprendizagem e superação do medo. Nesta perspectiva, não existe uma procura pela origem da solidão, uma vez que é considerada uma experiência humana esperada (cit. Perlman & Peplau, 1982). Moustakas foi o primeiro teórico a considerar a solidão como uma vivência positiva,

refere que esta se trata de uma experiência promotora do desenvolvimento individual e da criatividade (cit. Perlman & Peplau, 1982).

A abordagem cognitiva e a perspectiva interacionista, são atualmente as duas abordagens teóricas predominantes na investigação científica. Perlman & Peplau (1982), principais defensores de uma abordagem cognitiva, enfatizam a cognição como o fator preponderante entre o déficit relacional e a vivência da solidão. Deste modo, a solidão resulta de uma discrepância e/ou insatisfação entre as relações desejadas e reais, que podem ser compreendidas pela deficiência da qualidade ou quantidade das mesmas (McWhirter, 1990; Perlman & Paplau, 1982). Esta discrepância, resulta numa experiência negativa, de angústia e isolamento, mesmo em situações de convivência entre família, amigos ou conhecidos (Hawkey & Cacioppo, 2010; Perlman & Paplau, 1982; Pocinho et al., 2010). De acordo com esta perspectiva, a solidão é vista como uma experiência unidimensional, que varia de acordo com a intensidade, afetando todas as facetas da experiência individual (e.g. psicológica, interpessoal, social, cultural) (McWhirter, 1990; Russell, 1996).

No sentido de transpor esta conceptualização, Weiss (1957), pioneiro nos estudos centrados na solidão e teórico da perspectiva interacionista, considera a solidão como uma reação normativa. Influenciada pela interação de fatores internos e externos (e.g. experiências individuais, traços de personalidade, expectativas sociais, normas culturais), a solidão está interligada à percepção e avaliação dos indivíduos, quanto às relações interpessoais e ao aparecimento dos sentimentos de solidão, podendo existir uma influência pela história de vida (Ersnt et al., 2022; Emir Öksüz et al., 2021; Kovacs et al., 2021; Leonova et al., 2021; McWhirter, 1990; Perlman & Paplau, 1982).

Weiss (1957) revela que a solidão apresenta uma etiologia multidimensional, caracterizado em dimensões sociais e emocionais. A solidão social surge da insatisfação ou ausência de uma vasta rede de contactos sociais (e.g. amigos, colegas, vizinhos), enquanto a solidão emocional decorre da ausência de figuras íntimas, com quem possuam uma relação íntima e pessoal (de Jong Gieverld et al., 2006).

Assim como Sullivan (1953), Weiss enfatiza a intimidade como uma necessidade inerente ao ser humano. Refere ainda, que a vulnerabilidade à solidão é resultado de uma herança evolutiva (cit. Perlman & Paplau, 1982). Com base no trabalho de Bowlby (1973 cit Perlman & Paplau, 1982), sobre o comportamento de vinculação para a sobrevivência individual, Weiss identificou seis características fundamentais nas relações: vinculação; integração social; prestação de cuidados ao companheiro; reconhecimento pessoal; aliança segura; orientação.

Como consequência da insatisfação destas necessidades sociais, pode tornar-se manifesta na vida dos indivíduos a solidão.

Entre as diferentes perspetivas e abordagens teóricas sobre a conceptualização da solidão, foram identificadas três características em comum: a solidão é uma experiência subjetiva; é caracterizada por uma vivência desagradável e angustiante; e resulta da discrepância entre relações sociais idealizadas e reais (Peplau & Perlman, 1982). Considerando as diferentes abordagens, são identificados fatores que permitem uma compreensão alargada sobre a solidão. Experiências na infância, características pessoais (e.g. timidez) (Perlman & Peplau, 1981), o género e estado social (Weiss, 1973) são fatores que possivelmente podem justificar a solidão experienciada (Cosan, 2014). Posto isto, estudos identificam que a solidão intensa e prolongada no tempo, contribui para uma saúde mental prejudicada (Beutel et al., 2017; Eccles & Qualter, 2021; Matthews et al., 2019).

1.2 Saúde Mental

De acordo com a World Health Organization (2024), a saúde mental, na sua definição, é caracterizada por um estado de bem-estar físico, mental, social e espiritual. Contrariamente à ideia de ausência de doença, a saúde mental também é descrita por um bem-estar subjetivo que permite a gestão de *stress*, associado a uma perceção de autonomia, competência e autoeficácia, aliado a um potencial intelectual e emocional que integra um contributo individual e social (WHO, 2003; 2024). De acordo com Bhurga e colaboradores (2013), a saúde mental é vulnerável a diversos fatores sendo estes internos e externos, agrupados por fatores biológicos, psicológicos, ambientais e sociais, que assumem um papel importante no bem-estar individual, assim como no desenvolvimento de patologias do foro mental.

De acordo com a WHO (2024), cerca de 970 milhões de pessoas no mundo apresentam um problema de saúde mental, sendo a ansiedade, depressão e *stress* as mais prevalentes (Díez et al., 2024). Em Portugal, os dados mais recentes apontam que 22.7% da população portuguesa sofre de uma perturbação do foro mental, ultrapassando a média da UE que é de 16.7% (European Commission, 2023). Entre 2020 e 2023, a propagação do vírus SARS-CoV-2 promoveu uma crise de saúde pública, resultando num total de 7.05 milhões de mortes e 775 milhões de casos positivos (Lucchetti et al., 2021; WHO, 2024).

Apesar do impacto que os dados revelam, a pandemia teve repercussões significativas ao nível socioeconómico e político, nomeadamente na saúde mental e psicossocial dos indivíduos (Banerjee & Rai, 2020; Champion et al., 2020; Emir Öksüz et al., 2021; Tull et al., 2020; Zhu

& Upenieks, 2022). Através de protocolos rígidos e do distanciamento social, implementados para reduzir a propagação do vírus, obrigaram bilhões de pessoas a adaptar as suas rotinas a um novo contexto. Em consequência às restrições impostas, estudos revelam uma degradação da saúde física e mental (Banerjee & Rai, 2020; Emir Öksüz et al., 2021; Torales et al., 2020; Tull et al., 2020; Zhu & Upenieks, 2022).

De acordo com a literatura, em situações de crise como catástrofes naturais ou epidemias, existe uma elevada probabilidade de os indivíduos desenvolverem problemas de saúde mental como stress pós-traumático, ansiedade generalizada, depressão, fobias, bem como abuso de substâncias (Lucchetti et al., 2021). Após a propagação do vírus SARS-CoV-2, estudos identificam um aumento dos níveis de ansiedade, depressão e *stress* (Banerjee & Rai, 2020; Champion et al., 2020; Emir Öksüz et al., 2021; Ettman et al., 2020; Ryk et al., 2023; Tull et al., 2020; Twenge & Joiner, 2020; Zhu & Upenieks, 2022), em todos os países da EU, nomeadamente em Portugal (Frade et al., 2021; OECD, 2022; SM-COVID19, 2020).

No primeiro ano de pandemia, os níveis de ansiedade e depressão aumentaram 25% em todo o mundo, sendo os jovens adultos o grupo mais afetado (Conselho Europeu & Conselho da União Europeia, CE & CUE, 2024). Comparativamente aos adultos mais velhos, os jovens apresentam níveis elevados de ansiedade, depressão e ideação suicida, nomeadamente adultos com idades compreendidas entre os 18 e 29 anos (O'Connor et al., 2021; Huang & Zhao, 2020). Estudos também constatarem que os jovens adultos, comparativamente com os adultos mais velhos, apresentavam uma prevalência significativa da perturbação de ansiedade generalizada e sintomatologia depressiva (Huang & Zhao, 2020; Wang et al., 2020).

Embora adultos mais velhos tenham um maior risco de infeção ou morte pelo vírus SARS-CoV-2, os jovens adultos experienciaram situações de vida (e.g. instabilidade económica e de emprego) que promoveram elevados níveis de *stress*. Em consequência, manifestam uma saúde mental mais prejudicada (Birditt et al., 2021; De Bruin, 2021; Hawes et al., 2021; Lee et al., 2021). Ainda que o vírus SARS-CoV-2 não tenha afetado significativamente os jovens, quando comparado com os adultos mais velhos, estes demonstram ser os mais afetados a um nível da saúde mental, existindo uma preocupação com o aumento da prevalência dos níveis de ansiedade, depressão e *stress* (Matic et al., 2022; Angela et al., 2022; Lucchetti et al., 2021), conforme revelam alguns estudos (Daly & Robinson, 2021; Ettman et al., 2020; Kujawa et al., 2020; Twenge & Joiner, 2020).

1.2.1 Ansiedade, Depressão e Stress

Segundo Clark & Beck (2010), “*Anxiety is ubiquitous to the human condition.*” (p. 3). Definida como uma experiência subjetiva de medo ou pânico, é caracterizada pela angústia e medo excessivo, do qual surge uma resposta associada a um foco de apreensão (American Psychological Association, APA, 2014; Pinto et al., 2015). Entendida como uma resposta adaptativa do organismo, face a uma hipotética situação de perigo futura, é frequentemente associada a alterações fisiológicas, comportamentais e cognitivas, uma vez que os indivíduos se encontram num estado de vigilância ou alerta (APA, 2014; Pinto et al., 2015).

Contudo, a ansiedade deixa de ser adaptativa quando existe uma resposta desproporcional a um perigo inexistente ou a um acontecimento experienciado, sendo então considerada como patológica (APA, 2014; Pinto et al., 2015). De acordo com o DSM-V (2013), a perturbação de ansiedade contempla diferentes tipos de perturbações, tais como ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, perturbação de ansiedade social (fobia social), perturbação de pânico, agorafobia, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de ansiedade induzida por substâncias/medicamento e perturbação de ansiedade devida a outra condição médica.

A depressão, é caracterizada por um humor depressivo, anedonia, aumento ou perda de peso, alterações do sono (e.g. insónia, hipersónia), baixa autoestima, desaceleração ou agitação psicomotora, libido reduzida, concentração diminuída, pensamentos de inutilidade e ideação suicida. Esta sintomatologia depressiva, promove uma angústia significativa que prejudica as várias áreas da vida do indivíduo (e.g. profissional, familiar, social) (APA, 2010; Devita et al., 2022; WHO, 2018). Segundo o DSM-V (2013), as perturbações depressivas subdividem-se em perturbação de desregulação do humor disruptivo, perturbação depressiva major, perturbação depressiva persistente (distímia), perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação depressiva induzida por substância/medicamento e perturbação depressiva devida a outra condição médica.

De acordo com Lovibond & Lovibond (1995), acontecimentos de vida stressantes potenciam episódios de ansiedade e depressão (cit. Pinto et al., 2015). O *stress* enquanto experiência humana é definida por um estado de preocupação, potenciado por uma situação de maior dificuldade. Enquanto uma resposta normativa, leva a alterações fisiológicas (e.g. tensão muscular, sudorese, taquicardia, hiperatividade), comportamentais e cognitivas dada a perceção de um fator stressor. Em níveis moderados, o stress permite aos indivíduos a gestão de situações adversas, proporcionando uma melhor visão sobre a circunstância e suas

consequências. Do mesmo modo, permite uma melhor resposta aumentando os níveis de produtividade e motivação (Friedrich et al., 2015; Pinto et al., 2015; WHO, 2024). Quando os níveis de stress são elevados, existem consequências reais no bem-estar dos indivíduos. A sua frequência, leva a uma dificuldade de concentração, cansaço mental, perda de memória imediata, alterações de humor e períodos de ansiedade (Pinto et al., 2015).

A ansiedade e depressão são fenomenologicamente e conceptualmente distintas, contudo são difíceis de diferenciar empiricamente dada a elevada comorbilidade entre ambas (Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro et al., 2004; Watson et al., 1995). O conceito *stress*, dificulta o estudo das dimensões afetivas negativas, pois não só pode desencadear episódios de ansiedade e depressão, como as respostas a situações de vida stressantes, podem se revelar por uma excitação crónica e uma função prejudicada (Lovibond & Lovibond, 1995).

Na tentativa de transpor esta questão, Clark & Watson (1991), propuseram um modelo tripartido que se subdivide em três dimensões distintas: distress ou afeto negativo, relacionado com sintomatologia não específica da ansiedade e depressão, permite compreender a comorbilidade, associação e sobreposição dos sintomas (e.g. insónia, irritabilidade, humor deprimido e ansioso, inquietação, dificuldade de concentração); anedonia ou baixos níveis de afeto positivo, específicos da depressão; excitação somática, dimensão associada à ansiedade, apresenta sintomas como a hiperatividade (Watson et al., 1995). Através do modelo de Lovibond & Lovibond (1995), foi possível identificar que os sintomas da ansiedade e depressão (e.g. irritabilidade, agitação), agrupavam-se numa terceira categoria – o *stress*. No sentido de operacionalizar o modelo tripartido, surgiram várias medidas, sendo uma delas a *Depression, Anxiety and Stress Scale*, a qual foi utilizada para operacionalizar as variáveis em estudo (DASS-42; Lovibond & Lovibond, 1995).

1.3 Solidão nos Jovens Adultos e o Impacto na Saúde Mental

A transição entre a adolescência e vida adulta, revela um conjunto de desafios normativos a este período de vida (Buecker et al., 2021), caracterizados por: *identity exploration* (período de exploração e desenvolvimento pessoal, assente na construção do seu valor individual e posição social), *instability* (resultado da mudança entre o percurso educacional e laboral, relações de carácter amoroso, circunstâncias situacionais), *in-between* (descrito como sentimento de “intermediário” na transição de vida, para a independência e responsabilidade), *self-focus* (período centrado no desenvolvimento pessoal) e *possibilities* (fase de exploração e abertura a oportunidades, podendo contribuir para sentimentos de otimismo para com o futuro) (Arnett, 2004). De acordo com estas características e desafios inerentes, as mudanças que ocorrem

durante esta fase de vida podem revelar instabilidade em diferentes áreas (e.g. educacional, laboral, rede de apoio), potenciando situações de vulnerabilidade para a experiência da solidão (Angela et al., 2022; Buecker et al., 2021).

A solidão, enquanto experiência universal, é predominantemente conhecida por afetar adultos mais velhos, dado o seu impacto no processo de envelhecimento (Baarck & Kovacic, 2022; Wright & Silard, 2022). Ainda que esta problemática tenha sido consecutivamente estudada entre populações mais velhas, estudos recentes têm identificado um aumento crescente da prevalência da solidão entre os jovens adultos (Baarck et al., 2021; Francesco, 2023; Matthews et al., 2019; Negosanu & Reid, 2021; Wright & Silard, 2022). Neste sentido, uma meta-análise que agrupou 345 estudos entre 1976 e 2019, verificou esta tendência, dado que os resultados indicaram um aumento linear e significativo da solidão entre os jovens nos últimos 43 anos (Buecker et al., 2021).

A solidão tem sido globalmente reconhecida como uma problemática que tem um impacto significativo sobre a saúde física e mental (Negosanu & Reid, 2021). Vários estudos relevam uma associação entre a solidão e ansiedade, nomeadamente ansiedade social, *stress*, depressão, ideação suicida e declínio cognitivo (Cacioppo & Hawkley, 2010; Eccles & Qualter, 2021; Masi, 2011; Matthews et al., 2019). Nos jovens adultos, estudos indicam uma associação entre a solidão e alterações do sono (e.g. insónia), estratégias de *coping* não adaptativas (e.g. isolamento social), sedentarismo e comportamentos de risco (e.g. tabagismo) (Beutel et al., 2017; Buecker et al., 2021). Além da influência negativa sobre a saúde mental, existem estudos que também confirmam o impacto da solidão na saúde física dos indivíduos (e.g. doenças cardiovasculares, distúrbios alimentares) (Cacioppo & Hawkley, 2010; Heinrich & Gullone, 2006).

Ainda que seja uma problemática maioritariamente associada a adultos mais velhos, a solidão foi considerada como uma problemática que emergiu durante o período pandémico, tendo afetado várias faixas etárias (Lim et al., 2020). Após a propagação do vírus SARS-CoV-2, estudos revelam um aumento significativo das taxas de prevalência da depressão, ansiedade e *stress* (Ettman et al., 2020; Twenge & Joiner, 2020), demonstrando que entre os vários grupos etários, os jovens adultos são os que revelam níveis de saúde mental mais baixos (Daly & Robinson, 2021; Kujawa et al., 2020). As investigações mais recentes, indicam que este novo paradigma e as medidas impostas, tiveram um impacto significativo na saúde mental dos indivíduos. Contudo, é importante salientar que estudos prévios à pandemia, indicam que nos jovens adultos a solidão resulta da comparação e pressão social, que maioritariamente advém das redes sociais, bem como a transição entre a adolescência e vida adulta (Cosan, 2014). Posto

isto, em situações de crise e ameaça, estudos indicam que a religião pode assumir um papel protetor, reduzindo o impacto do isolamento social e da solidão experienciada (Banerjee & Rai, 2020; Lucchetti et al., 2021).

1.4 Religiosidade

Ao longo da história da humanidade, a religiosidade tem desempenhado um papel significativo na experiência humana (Nelson, 2009; Paloutzian & Park, 2005). Apesar da divergência histórica entre as ciências da saúde e a religião, nas últimas décadas tem vindo a aumentar o interesse pelo estudo da relação entre a religiosidade e a saúde mental (Freire et al., 2016; Hackney & Sanders, 2003; Lucchetti et al., 2021). Durante o século XIX e início do século XX, a religiosidade era observada como uma experiência potencialmente patológica, tendo uma influência predominantemente negativa sobre a saúde mental (Papanikolopoulos & Kaprinis, 2021).

Atualmente, grande parte dos estudos reportam uma associação positiva entre a religiosidade e o bem-estar individual (Villani et al., 2019), indicando níveis mais baixos de depressão e ansiedade (Koenig, 2012), além de um aumento da resiliência em situações de *stress* (Moreira-Almeida et al., 2006). Neste sentido, estudos indicam que existe uma associação entre crenças e práticas religiosas com uma melhor saúde física e mental (AbdAleat et al., 2018; Koenig et al., 2012; Krause et al., 2017; Panzini et al., 2017; Pargament, 2009).

Portugal, enquanto um estado laico e não confessional (Fundação Francisco Manuel dos Santos, FFMS, 2024), é um país predominantemente religioso a um nível cultural e social, influenciado pela relação histórica entre Portugal e a Igreja Católica e Apostólica Romana (Freire & Moleiro, 2015; Freire et al., 2016). Dados revelam que 87.4% da população portuguesa apresenta uma afiliação religiosa (e.g. ortodoxa, protestante/evangélica), sendo que 80.19% da população se identifica como Católica Romana (Instituto Nacional de Estatística, INE, 2023). Considerando os dados recolhidos nos Censos 2011 e Censos 2021, como revela a Tabela 2, verifica-se um aumento de grupos cristãos, não cristãos e não religiosos (Freire et al., 2016; INE, 2023).

Tabela 2 – *Identificação Religiosa da População Portuguesa com idade igual ou superior a 15 anos*

Religião – Portugal	N (2011-2021)	% (2011-2021)
	8.989.849 – 8.781.900	100.00 – 100.00 (-2.4%)
Católica	7.281.887 – 7.043.016	81.00 – 80.19

Ortodoxa	56.550 – 60.381	0.63 – 0.69
Protestante/Evangélica	75.571 – 186.832	0.84 – 2.13
Testemunhas do Jeová	0* – 63.609	0* – 0.72
Outra Cristã	163.338 – 90.948	1.82 – 1.04
Budista	0* – 16.757	0* – 0.19
Hindu	0* – 19.471	0* – 0.22
Judaica	3.061 – 2.910	0.034 – 0.033
Muçulmana	20.640 – 36.480	0.23 – 0.42
Outra não Cristã	28.596 – 24.366	0.32 – 0.23
Sem Religião	615.332 – 1.237.130	6.84 – 14.09

Adaptação da tabela do INE, com base nos Censos 2011 e 2021. *Não foram recolhidos dados.

De acordo com o European Social Survey (2020), 93.6% ($n = 1202$) dos participantes em Portugal identifica como afiliação religiosa Católica Romana. O relatório indica que na questão “*Regardless of whether you belong to a particular religion, how religious would you say you are?*”, 71.7% dos participantes encontram-se acima do ponto de corte, sugerindo que parte significativa se considera bastante religiosa. “*Apart from special occasions such as weddings and funerals, about how often do you attend religious services nowadays?*”, 33.1% dos participantes revela uma frequência religiosa assídua, sendo que 27.3% indica uma prática diária. Estes dados, sugerem uma fragmentação entre a afiliação religiosa e a componente prática na população portuguesa, podendo ser justificada pelo “crescente processo de individualização social” que constrói uma separação entre a religião e práticas associadas (Menéndez, 2007, p.19).

Adicionalmente, o relatório do Pew Research Center (PRC) de 2018, confirma esta diminuição entre os vários países da Europa (e.g. Suécia, Dinamarca, Finlândia, Alemanha, França, Portugal), nomeadamente entre jovens adultos. De acordo com este relatório, existe uma influência por parte de fatores culturais, educacionais e do desenvolvimento económico dos diferentes países, promovendo uma diminuição generalizada de práticas religiosas, bem como da crença associada ao sagrado ou transcendente. Perante um quadro de declínio religioso e dada a escassez de estudos que procurem compreender a influência da religiosidade sobre a saúde mental em Portugal, torna-se pertinente estudar o impacto de uma variável considerada como um fator de proteção, numa população maioritariamente religiosa após um contexto pandémico (Melo et al., 2015; Nelson, 2009; Papanikolopoulos & Kaprinis, 2021).

1.4.1 Definição: Religião, Espiritualidade e Religiosidade

A religião é conceptualizada como um sistema organizado e multidimensional que engloba um sistema de crenças, rituais, práticas e símbolos que facilitam o contacto com o sagrado ou

transcendente (Koenig et al., 2015). Este conceito está intimamente interligado a instituições que possuem dogmas, doutrinas e valores, fundamentais para a prática litúrgica e ritual de uma comunidade. Estas instituições auxiliam as pessoas a conectarem-se com uma realidade divina, por meio de ensinamentos e símbolos sagrados e de práticas como a meditação, oração e rituais coletivos (APA, 2018; dos Santos Costa et al., 2022; Koenig, 2015; Papanikolopoulos & Kaprinis, 2021).

A experiência religiosa é individual, podendo ser experienciada socialmente, dentro de uma comunidade que partilha o mesmo sistema de crenças. Considerada como um fenômeno social, existem alguns autores que contemplam a religião como uma atividade cultural, que confere uma estrutura que facilita a procura pelo significado e sentido existencial (Nelson, 2009). De acordo com vários psicólogos, a religião enquanto um espectro largo, contém em si dois conceitos – espiritualidade e religiosidade (Paloutzian & Park, 2005). Historicamente, a espiritualidade e religiosidade têm revelado ser uma parte significativa da experiência humana. Dentro da psicologia, vários teóricos (Zinnbauer et al., 1997; Zinnbauer et al., 1999; Zinnbauer & Pargament, 2002) definiram ambos os conceitos de formas distintas (cit. Paloutzian & Park, 2005), existindo um consenso quanto à característica multidimensional de ambas (Paloutzian & Park, 2005).

A espiritualidade, definida pela procura do sagrado ou transcendente, para a compreensão do significado da vida e o propósito existencial, pode conduzir aos indivíduos a explorar práticas (e.g. estudo de escrituras, rituais sagrados), que facilitem a conexão com o divino, não estando necessariamente vinculada a um contexto ou instituição religiosa (Jodeleit, 2013; Koenig et al., 2001; Koenig et al., 2012; dos Santos Costa et al., 2022). Reconhecida como uma experiência tanto individual como de grupo, está intimamente relacionada com a religiosidade, sendo descrita como *“heart and soul of religiousness, the core function of religious life”* (Paloutzian & Park, 2005, p.36).

A religiosidade, descrita pelo compromisso e relação com o divino, caracteriza-se pelo envolvimento religioso num contexto tradicional e institucional, de fé organizada. Embora associada ao conceito religião, a religiosidade compreende a dimensão pessoal da experiência religiosa e identidade inerente, sendo considerada como uma extensão de práticas (e.g. oração, leitura), crenças religiosas e devoção à própria fé, com influência nos hábitos e relações interpessoais (Araújo et al., 2021; dos Santos Costa et al., 2022; Gomes et al. 2014; Koenig et al., 2001; Koenig et al., 2012; Vitorino et al., 2018). Neste sentido, compreende-se que *“Spirituality is defined as a personal or group search for the sacred. Religiousness is defined*

as a personal or group search for the sacred that unfolds within a traditional sacred context” (Paloutzian & Park, 2005, p.35).

1.4.2 Religiosidade Segundo a Perspetiva de Gordon Allport

Em 1950, Gordon Allport publicou *The Individual and his Religion*, que se destacou na Psicologia da Religião pela perspetiva pluralista na qual abordou a religiosidade. De acordo com Allport, não existe uma teoria universal que explique a forma como cada indivíduo adere a uma religião ou experiência a mesma. Defende que existem vários fatores explicativos de uma motivação religiosa, como traços de personalidade, concretização de desejos, índole, identificação e integração de valores religiosos, a procura por uma resposta existencial, assim como a cultura envolvente num contexto social e familiar (Zangari & Machado, 2022).

Posto isto, Allport desenvolveu teoricamente o conceito de orientação religiosa (Jaumes et al., 2013; Kuyel et al., 2012), inicialmente denominado por religiosidade (Khan & Aftab, 2019). De acordo com Allport, a ideia de orientação religiosa corresponde a uma conduta ou reflexo de uma vida motivada por crenças religiosas (Jaumes et al., 2013; Linares, 2012; Zangari & Machado, 2022), que mais tarde e em colaboração com Michael Ross (1967), ampliou o estudo deste conceito para compreender presença de preconceito e discriminação entre indivíduos religiosos. Ainda que seja considerado um paradoxo, dado que comportamentos discriminatórios são contraditórios aos ensinamentos religiosos, Allport identifica que a orientação religiosa é motivada por valores extrínsecos e intrínsecos (Allport, 1966).

De acordo com Allport & Ross (1967), indivíduos que revelam uma motivação religiosa extrínseca, utilizam a religião como um meio para adquirir objetivos pessoais ou sociais (e.g. integração num grupo, posição e/ou estatuto social). Identificados por moldar e manipular as suas crenças a um nível pessoal e social, revelam ter um vínculo com Deus na base do benefício individual, sem existir um olhar voltado para o *Self*. Indivíduos com uma orientação ou religiosidade extrínseca são tendencialmente preconceituosas quando comparadas com indivíduos com uma orientação religiosa intrínseca (Gondal et al., 2023; Jaumes et al., 2013; Kuyel & Cesur, 2012). Indivíduos que interpretam a religião como um fim em si mesmo, sendo parte central da sua identidade, revelam uma fé internalizada, indicando ter uma orientação ou religiosidade intrínseca. Neste sentido, são consideradas como sinceras na sua forma de se relacionar com Deus, tendo uma posição de compromisso genuíno para com a sua religião (Gondal et al., 2023; Jaumes et al., 2013; Kuyel & Cesur, 2012; Linares, 2012). Na Tabela 3, podemos observar de forma sucinta as diferenças entre a religiosidade intrínseca e extrínseca.

Tabela 3 – *Características da Religiosidade Intrínseca e Extrínseca, de acordo com Valle (1998)*

Religiosidade Intrínseca	Religiosidade Extrínseca
Devoção; forte compromisso pessoal; universal; ético; amor ao próximo.	Religião de conveniência; surgimento em momento de crise e necessidade.
Altruísta; humanista; não-egocêntrica.	Etnocêntrica; exclusivista; fechada grupalmente.
Influência a vida diária e dá sentido à mesma.	Não se integra no quotidiano.
A fé possui importância central; é aceita sem reservas; o credo é seguido inteiramente.	Fé e crenças são superficiais; as crenças sofrem uma seleção subjetiva.
As pessoas são vistas como indivíduos.	Vê as pessoas de acordo com o sexo, idade e <i>status</i> .
Autoestima elevada.	Autoestima baixa ou confusa.
Vê Deus como amoroso e misericordioso.	Deus é visto com duro e punitivo.
Aberta às experiências religiosas intensas; vê positivamente a morte; sentimentos de poder e capacidade própria	Visão negativa da morte; sentimentos de importância e controlo externo.

Versão adaptada de R.W.Hood Jr., reproduzida por Valle (1998, p. 270), cit. Linares, 2012

Como identificado, Allport dividiu a religiosidade em duas dimensões, afirmando que indivíduos “extrínsecos” utilizam a religião, enquanto os “intrínsecos” vivem a religião (Moradi & Langroudi, 2013). Kirkpatrick & Hood (1989), nos estudos que realizaram, identificaram que a religiosidade extrínseca se subdividia em dois fatores distintos: religiosidade extrínseca pessoal; religiosidade extrínseca social. Na sua definição, a dimensão extrínseca pessoal é referente à segurança e conforto experienciado por meio da religião, enquanto a dimensão extrínseca social centra-se nos benefícios da comunidade religiosa (Buzdar et al., 2015; Dias, 2011; Gondal, 2023; Linares, 2012). De acordo com os autores, a orientação religiosa extrínseca pode revelar um caráter positivo quando as motivações são altruístas. Contudo, o fundamentalismo religioso apresenta ser um fator impulsionador do preconceito estudado por Allport & Ross (Pargament, 2002 cit Dias, 2011).

Os autores, sublinham que qualquer indivíduo religioso que pratique de acordo com a sua fé e religião, irá oscilar num *continuum* entre as duas dimensões. Neste sentido, é incomum existir indivíduos que se encontrem exclusivamente num determinado polo da orientação religiosa, dada a existência de fatores (e.g. sociais, culturais) que influenciam direta ou indiretamente a religiosidade de cada indivíduo.

De modo a avaliar o conceito definido, Allport & Ross (1967) construíram o instrumento *Religious Orientation Scale* (ROS), que ao longo de vários estudos foi sofrendo algumas

alterações de modo a melhorar a sua eficácia (Linares, 2012). Gorsuch & Venable (1989), procuraram reformular os itens do instrumento, de modo a simplificar a sua linguagem, para que todos os participantes com diferentes níveis educacionais pudessem responder, tendo assim surgido a versão “*Age Universal*” *I-E Scale* (Linares, 2012).

Gorsuch & McPherson (1989), reavaliaram as medidas que compreendem a religiosidade intrínseca e extrínseca, procurando identificar e diferenciar a dimensão extrínseca entre os itens relacionados com a extrínseca social e pessoal. Através de análises fatoriais, foi possível confirmar a distinção que Kirkpatrick apresentou, de modo que os autores desenvolveram novas escalas, agora denominadas *I/E-R*. Comparativamente com as escalas originais, estas apresentam uma maior fiabilidade, avaliando efetivamente as dimensões propostas. Atualmente, “*Age Universal*” *I/E-R Scale* é o instrumento predominante em estudos que procuram compreender a associação entre religiosidade/orientação religiosa e saúde mental (Darvyi et al., 2014).

1.5 Religiosidade e o Impacto na Saúde Mental

A religiosidade, de acordo com vários estudos, assume um papel de proteção e de manutenção da saúde mental (Bonelli et al., 2012; Dein et al., 2020; Ellison et al., 2012; Krause, 2003; Melo et al., 2015; Soares Gomes & Dal Forno, 2014), promovendo elevados níveis de satisfação para com a vida, sentido de propósito e pertença, esperança, otimismo e resiliência, contrastando baixos níveis de depressão, ansiedade e *stress* (Koenig, 2012; Lucchetti et al., 2021; Moreira-Almeida et al., 2006; Panzini et al., 2017; Pargament, 2009).

Frequentemente associada a melhores níveis de saúde mental, é considerada como um fator de proteção a um nível psicológico, social e comportamental (AbdAleat et al., 2014; Dyer & Erickson, 2023; Peneycad et al., 2024). Estudos sugerem que a religiosidade tem um papel influente na perceção do mundo, na construção da identidade e da autoimagem de cada indivíduo afiliado a uma religião (Koenig, 2015; dos Santos Costa et al., 2022), promovendo práticas saudáveis e facilitando estratégias para lidar com situações de maior dificuldade (e.g. morte, doença) ou *stress* (dos Santos Costa et al., 2022; Dyer & Erickson, 2023).

Socialmente, a religiosidade é um facilitador de apoio psicossocial, promovendo o sentimento de pertença e companheirismo em situações de sofrimento, tristeza e *stress* (Moreira-Almeida et al., 2006; Dyer & Erickson, 2023), incentivando de igual modo, a prática de comportamentos pró-sociais, como a compaixão e gratidão (Berthold & Ruch, 2014; Dyer & Erickson, 2023). Mokha (2023) identifica que as experiências individuais, o contexto

cultural e a orientação religiosa, são fatores que permitem compreender o impacto da religiosidade na saúde mental.

De acordo com Durkheim (1912), a prática religiosa satisfaz uma necessidade humana de afiliação, complementado por crenças partilhadas numa comunidade de fé (cit. Cappellen et al., 2017). Através deste meio, facilita-se um processo de coesão social que permite criar e fortalecer laços com vários indivíduos. A procura individual pelo aspeto espiritual da religiosidade, proporciona um envolvimento social que permite a amplificação da rede de apoio e consolidação dos vínculos previamente estabelecidos (Cappellen et al., 2017). De acordo com vários autores (Ellison & George, 1994; Hayward & Krause, 2014; Idler, 1987), a participação em práticas religiosas e comunidades de fé proporcionam um sentido de pertencimento, fundamental para a saúde mental e social (cit. Cappellen et al., 2017).

Uma meta-análise, que analisou estudos publicados entre 2000 e 2012, teve como principal objetivo examinar os resultados e eficácia de crenças e práticas religiosas na saúde mental, nomeadamente depressão, ansiedade, ideação suicida e abuso de substâncias em diferentes faixas etárias. Os resultados identificaram que as crenças como as práticas religiosas (e.g. frequência de serviços religiosos), funcionou como uma estratégia de *coping* durante períodos de maior *stress*, revelando níveis mais baixos de ansiedade, depressão e ideação suicida. Assim como na literatura, o presente estudo indica que a religiosidade funciona como um fator de proteção contra problemas de saúde mental (AbdAleat et al., 2014).

Entre jovens e adultos, uma vida congruente com as práticas e crenças religiosas, está positivamente associada a uma maior satisfação com a vida, autoestima, uma maior gestão dos níveis de *stress* e baixos níveis de ansiedade e depressão (Kuyel & Cesur, 2012; Lucchetti et al., 2021; Hwang et al., 2022). A relação entre a religiosidade e um estado completo de bem-estar, depende do tipo e da frequência da prática religiosa (Yonker et al., 2012 cit Hwang et al., 2022). Yonker e colaboradores (2012), identificaram que entre adolescentes e jovens adultos existe uma relação positiva entre a frequência religiosa e a saúde mental, sugerindo funcionar como um promotor de saúde mental numa comunidade que valoriza os seus elementos (Hayward & Krause, 2014; Yonker et al., 2012 cit Hwang et al., 2022).

Stavrova e colaboradores (2013), indicam que indivíduos religiosos tendem a apresentar melhores níveis de felicidade e satisfação para com a vida, comparativamente a indivíduos não religiosos, nomeadamente em países onde há normas sociais positivas quanto à religiosidade. Neste sentido, este estudo sugere que o contexto social e cultural influencia de forma significativa da relação entre o bem-estar e a religiosidade, uma vez que existe um incentivo ativo para a prática religiosa.

Berthold & Ruch (2014), procuraram comparar a satisfação com a vida entre indivíduos não religiosos, indivíduos religiosos que praticam a sua religião e indivíduos afiliados a uma religião que não a praticam. Resultados indicaram diferenças entre indivíduos não religiosos, religiosos praticantes e afiliados. De acordo com os dados, indivíduos religiosos praticantes indicam maiores níveis de satisfação para com a vida, gratidão, esperança e perdão quando comparados com os outros dois grupos de participantes. Ainda, não foram encontradas diferenças significativas entre indivíduos não religiosos e indivíduos afiliados a uma religião, sugerindo que a afiliação religiosa sem uma prática ativa não releva ser um fator diferenciador (Berthold & Ruch, 2014).

Considerando a influência significativa da religiosidade na saúde mental, estudos indicam que esta relação está intimamente associada à orientação religiosa (Mokha, 2023; Yaghoubi, 2020). Kuyel & Cesur (2012), afirmando que a orientação religiosa intrínseca e extrínseca assumem influências distintas na saúde mental. Dada a particularidade da orientação religiosa, estudos constataram que indivíduos extrinsecamente motivados apresentam uma maior tendência em desenvolver problemas de saúde mental (e.g. depressão, ansiedade, abuso de substância, suicídio), enquanto indivíduos intrinsecamente motivados apresentam ferramentas de proteção contra estas problemáticas (Moreira-Almeida et al., 2006; Khan et al., 2008; Kuyel et al., 2012; Smith et al., 2003).

Em contrapartida, no Paquistão, foi realizado um estudo que procurou compreender a associação entre a orientação religiosa e saúde mental (depressão, ansiedade e *stress*), entre estudantes universitários. Através de uma regressão múltipla, os resultados indicaram um impacto significativo da orientação religiosa extrínseca pessoal e sintomas de ansiedade ($\beta = -.133$, $t = -2.742$, $p < .001$) e *stress* ($\beta = -.185$, $t = -3.862$, $p < .001$). Contrariamente a vários estudos, a orientação religiosa intrínseca teve uma correlação não significativa para com a ansiedade ($\beta = .061$, $t = 1.253$) e *stress* ($\beta = .007$, $t = .145$). De acordo com os resultados, a religiosidade extrínseca pessoal foi identificada como um importante fator no combate de sintomatologia depressiva ($t = -4.082$, $p < .001$). De acordo com os autores, estes dados podem ter sido influenciados pelo fator cultural, uma vez que o Paquistão é um país culturalmente influenciado pela religião (Buzdar & Nadeem, 2015).

1.6 Solidão e Religiosidade

Como constatado inicialmente, a necessidade de estabelecer relações interpessoais é fundamental para o ser humano (Reynolds et al., 2022). A ausência de ligações sociais facilita a promoção de estados de solidão, tendo consequências negativas sobre a saúde física e mental

(Hawkley & Cacioppo, 2010). Quando as redes de apoio são insuficientes ou inexistentes, os indivíduos religiosos tendem a procurar com frequência as suas crenças religiosas e o sagrado ou transcendente, como relação substituta (Chan, et al., 2018).

Berger (1967), menciona que as crenças religiosas expressam uma visão do mundo mais ampla, ajudando os indivíduos a compreender determinados acontecimentos (e.g. morte, catástrofe), que se inserem num contexto maior que foi designado por uma entidade Divina (cit. Chan et al., 2018). Assim, as crenças religiosas facilitam uma interpretação de um evento difícil como parte de um propósito futuro, dando uma alternativa de significado e sentido à experiência (Bsumeister, 1991 cit. Chan et al., 2018).

A religiosidade pode ser um aliado no combate ao isolamento social, solidão e perda do sentido da vida. Enquanto facilitador de experiências sociais significativas entre comunidades e grupos religiosos, pode existir uma diminuição dos efeitos negativos do isolamento social objetivo ou percebido. Do mesmo modo, as crenças religiosas podem ressignificar a solidão sentida, uma vez que proporciona um novo sentido de objetivo no mundo, dada a relação sentida com uma entidade Divina (Reynolds et al., 2022). Indivíduos que não têm uma rede de apoio, revelam uma relação significativa com o Sagrado, apresentando níveis mais baixos de solidão (Kirkpatrick et al., 1999 cit. Chan et al., 2018). Ainda que indivíduos religiosos possuam ferramentas para lidar com a experiência da solidão, não foram encontrados estudos que procurassem analisar a relação entre a solidão e a religiosidade.

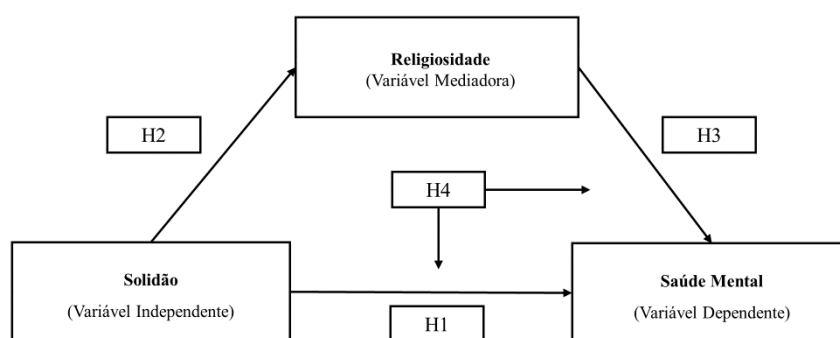
Parte II – Método

2.1 Objetivos Gerais e Hipóteses

Considerando a revisão de literatura, o presente estudo procura verificar se a solidão influencia a saúde mental dos jovens adultos em Portugal, nomeadamente os níveis de ansiedade, depressão e *stress*. Além disso, verificar se a religiosidade ou orientação religiosa desempenha um papel mediador nesta associação.

Figura 1

Modelo proposto e variáveis em estudo



Neste sentido, o presente estudo procura responder à questão “Será que a saúde mental é influenciada pela solidão, e esta relação mediada pela religiosidade?”. Tem-se como objetivos específicos: (1) investigar o efeito da solidão na saúde mental, especificamente na depressão, ansiedade e *stress*; (2) analisar o impacto da solidão na religiosidade; (3) estudar o papel mediador da religiosidade entre a solidão e a saúde mental, nos jovens portugueses. Deste modo formulam-se as seguintes hipóteses:

H1: Elevados níveis de solidão influenciam negativamente a saúde mental (depressão, ansiedade, *stress*).

H2: Elevados níveis de solidão influenciam positivamente a religiosidade.

H3: A religiosidade está negativamente correlacionada com a saúde mental (depressão, ansiedade, *stress*).

H4: A religiosidade tem um papel mediador entre a solidão e a saúde mental (depressão, ansiedade, *stress*).

H5: Existem diferenças significativas da solidão e níveis de saúde mental, entre jovens adultos religiosos e não religiosos.

2.2 Desenho de Investigação

O presente estudo consiste numa análise quantitativa e num corte transversal. Os dados foram recolhidos num só momento, através da técnica de *snowball sampling*, se tratando de uma amostra não-probabilística por conveniência. A recolha dos dados foram através de um questionário de autorrelato, que continha o acordo de consentimento informado, o questionário sociodemográfico e os três instrumentos que operacionalizaram as variáveis em estudo. Tendo em conta a população-alvo do presente estudo, considera-se os intervalos cronológicos definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para os jovens adultos, e a definição por parte da Organização das Nações Unidas (ONU), tendo sido delineado como critério de inclusão, ter idade compreendida entre os 18 e 24 anos (INE, 2014; ONU, 2023) e nacionalidade portuguesa.

2.3 Participantes

Num total de 326 participantes, não foram considerados 25, por não preencherem o critério idade. A amostra deste estudo contempla um total de 301 participantes de nacionalidade portuguesa, em que 33.2% dos participantes são do sexo masculino ($n = 100$) e 66.8% do sexo feminino ($n = 201$), sendo que a totalidade dos participantes ($n = 301$) identifica como estado civil “solteiro”.

Tabela 4 – *Caracterização da Amostra Segundo o Sexo, Idade, Estado Civil*

Variáveis	N	%	Média	Desvio-Padrão	Min-Max
Idade			21.36	2.04	18-24
Sexo					
Masculino	100	33.2			
Feminino	201	66.8			
Estado Civil					
Solteiro(a)	303	100			
Divorciado(a)	0	0			
Viúvo(a)	0	0			
União de Facto(a)	0	0			

Na tabela 5, verifica-se que grande parte dos participantes ($n = 101$), tem como habilitações literárias o 12º ano de escolaridade. No entanto, parte da amostra ($n = 200$) revela uma frequência universitária (29.6%), ter uma licenciatura ou bacharelato (31.2%) e mestrado

(5.6%). De acordo com a profissão/ocupação, a maior parte dos participantes revela ser estudante (39.5%).

Tabela 5 – *Caracterização da Amostra Segundo a Formação Escolar e Profissão/ Ocupação*

Variáveis	N	%
Formação Escolar		
Ensino Básico (1º Ciclo)	0	0
Até ao 9º ano de escolaridade (3º Ciclo)	0	0
Até ao 12º ano de escolaridade (Escolaridade)	101	33.6
Frequência Universitária	89	29.6
Licenciatura ou Bacharelato	94	31.2
Mestrado	17	5.6
Doutoramento	0	0
Profissão/ Ocupação		
Estudante	119	39.5
Trabalhador	89	29.6
Trabalhador/Estudante	85	28.2
Desempregado	8	2.7

Através da recolha online foi possível obter participantes de 15 distritos diferentes, em Portugal Continental e Ilhas, como revela a Tabela 6. A grande maioria dos participantes, 65.4% reside no distrito de Lisboa ($n = 197$), 6.3% em Braga ($n = 19$) e 5.6% no Porto ($n = 17$).

Tabela 6 – *Caracterização da Amostra de acordo com o Distrito de Residência*

Variável	N	%
Aveiro	2	0.7
Braga	19	6.3
Bragança	5	1.7
Castelo Branco	3	1.0
Coimbra	6	2.0
Évora	2	0.7
Faro	4	1.3
Leiria	4	1.3
Lisboa	197	65.4
Porto	17	5.6
Santarém	6	2.0
Setúbal	11	3.7
Vila Real	8	2.7
Viseu	4	1.3
Açores	7	2.3
Madeira	6	2.0

De acordo com a afiliação religiosa 71.8% dos participantes identificaram uma religião ($n = 216$), enquanto 28.2% dos participantes identificaram como “Não tenho Religião” ($n = 85$). A tabela 7, apresenta a caracterização da amostra segundo a posição religiosa, participação de práticas religiosas, frequência das mesmas e a inserção numa comunidade de jovens religiosos.

Tabela 7 – *Caracterização da Amostra Segundo a sua Posição Religiosa, Participação Religiosa, Frequência e Inserção numa Comunidade de Jovens*

Variáveis	N	%
Posição Religiosa		
Católica	176	58.5
Ortodoxa	1	0.3
Evangélica	25	8.3
Outra Protestante	4	1.3
Outra Cristã	0	0
Judaica	0	0
Testemunha de Jeová	1	0.3
Budista	3	1.0
Hindu	0	0
Muçulmana	0	0
Outra Religião Não Cristã	6	2.0
Não tenho Religião	85	28.2
Participa em práticas religiosas?		
Sim	114	37.9
Não	187	62.1
Se sim, com que frequência?		
Todos os dias	12	4.0
Regularmente	59	19.6
Pontualmente	24	8.0
Raramente	17	5.6
Não respondeu	104	34.6
<i>Not Applied</i>	85	28.2
Está inserido em alguma comunidade de jovens?		
Sim	65	21.6
Não	236	78.4

Na Tabela 7, 28.2% dos participantes identificou não ter uma posição religiosa ($n = 85$). Considerando este dado, é importante salientar que à questão “Participa em práticas

religiosas?” e “Está inserido em alguma comunidade de jovens?”, os mesmos participantes responderam a estas questões como “Não”. Neste sentido, entre os jovens adultos que identificaram anteriormente uma posição religiosa, 33.9% responderam como “Não” à questão “Participa em práticas religiosas?” ($n = 102$). À questão “Está inserido em alguma comunidade de jovens?”, 50.2% responderam como “Não” ($n = 151$).

2.4 Instrumentos

2.4.1 Questionário Sociodemográfico

Na secção inicial do questionário, foram incluídas questões sociodemográficas que permitiram caracterizar a amostra. As questões colocadas, compreenderam: sexo; idade; estado civil; formação escolar; profissão/ocupação; distrito de residência. Considerando os objetivos do estudo, também foram colocadas questões sobre a posição religiosa dos participantes, prática de atividades religiosas, frequência das mesmas, e por último, a participação em comunidades de jovens.

2.4.2 Escala de Solidão UCLA

A Escala de Solidão UCLA (*UCLA Loneliness Scale*; Russel, 1996; versão portuguesa: Pocinho & Farate, 2005) é um instrumento de autorrelato que tem como objetivo avaliar sentimentos associados à solidão ou isolamento social (Anexo B). Inicialmente composta por 20 itens, Pocinho e colaboradores (2010) realizaram uma nova validação e adaptação da Escala de Solidão UCLA. Através de análises estatísticas, verificaram que os itens 3, 6, 14 e 20 não apresentam uma correlação significativa com as dimensões avaliadas, tendo sido retiradas de modo que não diminua a confiabilidade da escala. A versão utilizada possui 16 itens, que avalia duas dimensões, a afinidade (5 itens; exemplo de item: “*Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho?*”) e o isolamento social (11 itens; exemplo de item: “*Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses?*”), através de uma escala de *Likert* de 1 (*nunca*) a 4 (*frequentemente*).

A cotação total corresponde à soma da pontuação obtida, podendo variar entre 16 e 64 pontos. O resultado corresponde ao nível de solidão sentida, indicando que, quanto maior a pontuação, maior o sentimento de solidão. Uma pontuação total > 32 é indicativa de sentimentos negativos de solidão. O Alfa de Cronbach na versão portuguesa é de .90, sendo que a subescala afinidade é de .81 e a de isolamento social é de .87, evidenciando boas

propriedades psicométricas (Pocinho et al., 2010; Russel, 1996). No presente estudo o Alfa da escala geral é de .95, sendo que a subescala afinidade é de .87 e a de isolamento social é de .94.

2.4.3 Escala de Orientação Religiosa I/E – R

A Escala de Orientação Religiosa I/E – R (*'Age Universal' I/E-R Scale*; Gorsuch & McPherson, 1989; versão portuguesa de Linares, 2012), é um instrumento de autorrelato que tem como objetivo avaliar a orientação religiosa (Anexo D). É composto por 14 itens, que avalia três subescalas: orientação religiosa intrínseca (8 itens; exemplo de item: “*Tenho muitas vezes uma percepção forte da presença de Deus*”); orientação religiosa extrínseca pessoal (3 itens; exemplo de item: “*A oração é para a paz e a felicidade*”); orientação religiosa extrínseca social (3 itens; exemplo de item: “*Vou à Igreja porque me ajuda a fazer amigos*”). Os itens são avaliados numa escala de *Likert* de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), contudo os itens 3, 10 e 14 por terem sido formulados de modo inverso, a cotação é invertida.

A cotação da subescala orientação religiosa intrínseca corresponde à soma dos 8 itens (1, 3, 4, 5, 7, 10, 12, 14), podendo variar entre 8 e 40 pontos. As subescalas orientação religiosa extrínseca pessoal (6, 8, 9) e extrínseca social (2, 11, 13), podem obter uma cotação que varia entre 3 e 15 pontos, respetivamente. Na versão original, a consistência interna da subescala orientação religiosa intrínseca obteve um Alfa de Cronbach de .83 e a subescala orientação religiosa extrínseca de .65. A subescala orientação religiosa extrínseca pessoal e social obtiveram um Alfa de .57 e .58, respetivamente. Na versão portuguesa, a subescala orientação religiosa intrínseca e orientação religiosa extrínseca pessoal, revela um Alfa de Cronbach de .87 enquanto a subescala orientação religiosa extrínseca social demonstra um Alfa de .71 (de Andrade, 2015; Linares, 2012). No presente estudo o Alfa da escala geral é de .89, sendo que a subescala orientação religiosa intrínseca é de .86, a subescala de orientação religiosa extrínseca pessoal é de .89 e a subescala orientação religiosa extrínseca social é .76.

2.4.4 Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (EADS-21)

A Escala de Depressão, Ansiedade e *Stress* (*Depression, Anxiety, Stress Scale* (DASS-21); Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa: Pais-Ribeiro et al., 2004) é uma escala de autorrelato que avalia a depressão, ansiedade e *stress*, segundo o modelo tripartido (Anexo C). É composto por três subescalas, num total de 21 itens: sintomatologia negativa de ansiedade (7 itens; exemplo de item: “*Senti-me quase a entrar em pânico.*”); depressão (7 itens; exemplo de item: “*Senti que a vida não tinha sentido.*”); *stress* (7 itens; exemplo de item: “*Tive dificuldades*”).

em me acalmar”). Os itens são avaliados numa escala de *Likert* de 0 (*não se aplicou nada a mim*) a 3 (*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*).

A cotação de cada subescala é feita pela soma dos 7 itens, obtendo três resultados diferentes, que variam entre 0 e 21 pontos. O resultado de cada subescala indica os níveis do estado afetivo. O Alfa de Cronbach na versão original da subescala de depressão é de .91, a de ansiedade é de .81 e de *stress* é de .89. Na versão portuguesa, a subescala de depressão é de .85, a de ansiedade é de .74, e de *stress* é de .81. A EADS-21 revela boas propriedades psicométricas (Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro et al., 2004). No presente estudo o Alfa da subescala ansiedade é de .90, a subescala de depressão é de .91 e a subescala *stress* é .94.

2.5 Procedimentos

Após a aprovação do projeto de dissertação pela Comissão de Ética do CIP, deu-se início à revisão de literatura e recolha de dados por um *survey* online. De modo a alcançar o maior número de participantes, foi criado um questionário na plataforma *Google Forms*, que posteriormente foi divulgado entre várias redes sociais (e.g. Facebook, Instagram, WhatsApp), nomeadamente entre páginas de grupos de jovens, grupos associados a instituições religiosas e não religiosas. Também foi partilhado por e-mail entre diferentes instituições religiosas, de norte a sul de Portugal. A divulgação também se deu em espaços públicos, através de uma abordagem mais direta, com a partilha de um panfleto (Apêndice 2) que continha informações sobre o estudo, bem como um QR Code que direcionava para o questionário online.

Numa primeira parte do questionário, constavam várias informações relativas ao estudo, como objetivo, critérios de inclusão e o consentimento informado (Apêndice 1), que salientava a confidencialidade e anonimato dos participantes, bem como o carácter voluntário da sua participação, podendo desistir a qualquer momento sem nenhuma penalização. Após a leitura destas informações, os participantes tinham que seleccionar a opção “Aceito Participar”, para que pudessem ter acesso à segunda parte, que continha o questionário sociodemográfico e os três instrumentos anteriormente identificados.

Através de quatro questões direccionadas à posição e participação religiosa, foi possível diferenciar os jovens adultos religiosos dos jovens adultos não religiosos. Respostas que identificassem o participante como “Não tenho uma religião”, impediam que o mesmo respondesse à Escala de Orientação Religiosa I/E – R. Após a recolha dos dados, estes foram introduzidos e analisados no programa de análise estatística *Statistical Package for Social*

Sciences (SPSS) versão 29.02.0 para Windows, com o PROCESS Macro 4.2 para análise do modelo de mediação entre as variáveis.

Parte III – Resultados

3.1 Estatística Descritiva

A tabela 8 apresenta a estatística descritiva das variáveis em estudo.

Tabela 8 – Estatística descritiva das variáveis em estudo ($n = 301$)

Variáveis	N	Min-Max	Média	Desvio-Padrão
UCLA – Solidão	301	16-64	30.8	11.7
UCLA – Afinidades	301	5-20	10.3	3.7
UCLA – Isolamento Social	301	11-44	20.5	8.3
Religiosidade Intrínseca	216	8-40	26.4	5.1
Religiosidade Extrínseca Pessoal	216	3-15	11.2	3.5
Religiosidade Extrínseca Social	216	3-15	5.8	2.9
EADS-21 – Ansiedade	301	0-21	3.6	4.6
EADS-21 – Depressão	301	0-21	4.1	4.8
EADS-21 – Stress	301	0-21	6.1	5.2

Nota. EOR I/E-R – Escala de Orientação Religiosa I/E – R; EADS-21 – Escala de Depressão, Ansiedade e Stress.

3.2 Normalidade da Distribuição das Variáveis

Para verificar os pressupostos da normalidade, e considerando o tamanho da amostra ($n = 301$), foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Na tabela 9, podemos verificar que o valor de significância é inferior a .05 em todos os casos, o que nos revela que nenhuma das variáveis em causa apresenta uma distribuição normal, sendo necessário a utilização de testes não paramétricos.

Tabela 9 – Normalidade da Distribuição das Variáveis em Estudo

Variáveis	Estatística	<i>p</i>
Solidão	.137	.001
Afinidades	.110	.001
Isolamento Social	.127	.001
Religiosidade		
Intrínseca	.107	.001
Extrínseca Pessoal	.201	.001
Extrínseca Social	.199	.001
Saúde Mental		

Ansiedade	.210	.001
Depressão	.224	.001
<i>Stress</i>	.144	.001

3.3. Correlações

Considerando o objetivo do estudo, e de forma a compreender como é que as variáveis se correlacionam, foram calculados os coeficientes de correlação de *Spearman* como revela a Tabela 10.

Tabela 10 – *Correlações entre variáveis (n =301)*

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7
1.Solidão	–	–	–	–	–	–	–
2.Religiosidade Intrínseca	-.029	–	–	–	–	–	–
3.Religiosidade Extrínseca Pessoal	-.170*	.581**	–	–	–	–	–
4.Religiosidade Extrínseca Social	-.105	.492**	.460**	–	–	–	–
5.Ansiedade	.518**	-.243**	-.261**	-.231**	–	–	–
6.Depressão	.607**	-.151**	-.202**	-.198**	.638**	–	–
7.Stress	.480**	-.143*	-.120	-.155*	.712**	.674**	–

Nota. * $p < .05$; ** $p < .001$

Observando os resultados obtidos, verifica-se que existem correlações significativas e positivas entre a solidão e as várias dimensões de saúde mental analisadas, como ansiedade ($r = .518, p < .001$), depressão ($r = .607, p < .001$) e *stress* ($r = .480, p < .001$). De acordo com estes dados, quanto maior for os níveis de solidão maior será as pontuações nas dimensões ansiedade, depressão e *stress*, indicando menor saúde mental. A correlação entre a solidão e religiosidade intrínseca não é significativa ($r = -.029$), bem como a correlação entre a solidão e a religiosidade extrínseca social ($r = -.105$), ainda que revelem uma direção inversa. Contudo, foi possível verificar que entre a solidão e religiosidade extrínseco pessoal existe uma correlação negativa e significativa ($r = -.170, p < .05$), indicando que quanto maior for a orientação religiosa extrínseca do tipo pessoal, menor são os níveis de solidão. Por último, os dados indicam correlações negativas e significativas entre as diferentes orientações religiosas e dimensões de saúde mental, sendo apenas observado uma correlação negativa e não significativa entre a religiosidade extrínseca social e *stress* ($r = -.120$).

Dado o interesse em estudar a solidão nos jovens adultos, considerando estudos prévios (Baarck et al., 2021; Francesco, 2023; Matthews et al., 2019; Negosanu & Reid, 2021; Wright & Silard, 2022), a tabela 11 revela como a variável solidão e idade se correlacionam.

Tabela 11 – *Correlação entre a Variável Solidão e Idade*

Variáveis	1
1. Solidão	–
2. Idade	-.079

Nota. * $p < .05$; ** $p < .001$

De acordo com os dados, nesta amostra não existe uma relação significativa entre a variável solidão e idade, ainda que seja negativa ($r = -.079$).

3.4 Mediação

Para analisar o papel mediador da religiosidade entre a solidão e saúde mental, foram realizadas análises de mediação através do PROCESS Macro 4.2, bem como o método de Bootstrap com uma reamostragem de 5000 para que se obtivesse resultados e intervalos de confiança mais precisos, como revela a Tabela 12.

Tabela 12 – *Modelo de Mediação*

Direct and Total Effects	B	SE B	<i>t</i>	p	LLCI	ULCI
Path a	-.167	.069	-2.42	.016	-.303	-.031
Solidão > Religiosidade						
Path b	-.143	.062	-2.31	.022	-.264	-.021
Religiosidade > Saúde Mental						
Path c – Total Effect	.685	.062	10.8	.001	.561	.809
Path c' – Direct Effect	.662	.063	10.5	.001	.536	.786
Indirect Effect (5000 Bootstrap)	.024	.015			.001	.052

Nota. LLCI – *Lower Limit Confidence Interval* 95%; ULCI – *Upper Limit Confidence Interval* 95%.

Considerando os dados, verificamos que o impacto da solidão na religiosidade é significativo ($B = -.167$, $p = .016$), sugerindo que quanto maiores forem os níveis de solidão, menores são os níveis de religiosidade. De acordo com o caminho b, verifica-se que a associação religiosidade e saúde mental é significativa ($B = -.143$, $p = .022$), indicando que maiores níveis de religiosidade estão associados a melhores níveis de saúde mental. Os efeitos totais ($B = .685$, $p = .001$) e direto ($B = .662$, $p = .001$), indicam que a associação solidão e

saúde mental é significativa, sugerindo que a solidão é um preditor fundamental de saúde mental. De acordo com o efeito indireto ($B = .024$), nomeadamente pelo intervalo de confiança (LLCI = .001, ULCI = .052), compreende-se que o efeito mediador da religiosidade entre a solidão e saúde mental é significativo, ainda que seja diminuta.

3.5 Diferença Entre Grupos

Dado o interesse em compreender se jovens adultos religiosos apresentam melhores resultados quando comparado a jovens não religiosos, procedeu-se à utilização do teste Mann-Whitney U, uma vez que as variáveis em estudo não apresentam uma distribuição normal.

Tabela 13 – *Diferenças relativamente à Solidão entre Jovens Adultos Religiosos e Não Religiosos*

Grupo	N	PM	<i>p</i>
Não Religiosos	85	130.18	-
Religiosos	216	159.19	-
Total	301	-	.009

Nota. PM – Posto Médio

De acordo com os valores tabelados, existe uma diferença estatisticamente significativa ($U = 7410.00$, $Z = -2.606$, $p = .009$) entre jovens adultos religiosos e não religiosos, quanto aos níveis de solidão. Os resultados indicam que jovens adultos religiosos apresentam um posto médio (PM = 159.19) superior, sugerindo que jovens adultos não religiosos que apresentam um posto médio mais baixo (PM = 130.18) revelam níveis mais baixos de solidão.

Tabela 14 – *Diferenças relativamente à Ansiedade entre Jovens Adultos Religiosos e Não Religiosos*

Grupo	N	PM	<i>p</i>
Não Religiosos	85	137.42	-
Religiosos	216	156.34	-
Total	301	-	.084

Nota. PM – Posto Médio

De acordo com os valores tabelados, não existe uma diferença estatisticamente significativa entre jovens adultos religiosos e não religiosos, quanto aos níveis de ansiedade. Através dos dados apresentados, compreende-se que indivíduos religiosos apresentam um posto médio maior (PM = 156.34) indicam existir piores níveis de ansiedade quando comparados com jovens não religiosos (PM = 137.42), no entanto estes dados não são significativos ($U = 8026.00$, $Z = -1.730$, $p = .084$).

Tabela 15 – *Diferenças relativamente à Depressão entre Jovens Adultos Religiosos e Não Religiosos*

Grupo	N	PM	p
Não Religiosos	85	138.52	-
Religiosos	216	155.91	-
Total	301	-	.115

Nota. PM – Posto Médio

Através dos dados apresentados, compreende-se que indivíduos religiosos apresentam um posto médio maior (PM = 155.91) indicam existir piores níveis de depressão quando comparados com jovens não religiosos (PM = 138.52), no entanto estes dados não são significativos ($U = 8026.00$, $Z = -1.730$, $p = .084$). Deste modo verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas quanto aos níveis de depressão, entre jovens adultos religiosos e não religiosos.

Tabela 16 – *Diferenças relativamente ao Stress entre Jovens Adultos Religiosos e Não Religiosos*

Grupo	N	PM	p
Não Religiosos	85	142.11	-
Religiosos	216	154.50	-
Total	301	-	.264

Nota. PM – Posto Médio

De acordo com os dados, verifica-se que não existe uma diferença estatisticamente significativa ($U = 8424.50$, $Z = -1.116$, $p = .084$), entre jovens adultos religiosos e não religiosos, quanto aos níveis de *stress*.

Considerando a questão pertencentes ao questionário sociodemográfico, “Participa em práticas religiosas?” foi analisado entre jovens adultos religiosos se existiam diferenças significativas na solidão e saúde mental (ansiedade, depressão e *stress*), entre jovens que praticam a sua fé e jovens não praticantes.

Tabela 17 – *Diferenças relativamente à Solidão entre Jovens Adultos Religiosos Segundo a Prática Religiosa*

Grupo	N	PM	p
Não Praticante	102	113.13	-
Praticante	114	104.37	-
Total	216	-	.304

Nota. PM – Posto Médio

De acordo com os resultados obtidos, não existe diferenças estatisticamente significativa ($U = 5343.000$, $Z = -1.028$, $p = .304$) entre jovens adultos religiosos e não religiosos, quanto aos níveis de solidão. Os resultados indicam que jovens adultos religiosos apresentam um posto médio (PM = 104.37) inferior, sugerindo que jovens adultos não religiosos que apresentam um posto médio mais alto (PM = 113.13) revelam níveis mais altos de solidão.

Tabela 18 – *Diferenças relativamente à Ansiedade entre Jovens Adultos Religiosos Segundo a Prática Religiosa*

Grupo	N	PM	<i>p</i>
Não Praticante	102	120.00	-
Praticante	114	98.21	-
Total	216	-	.009

Nota. PM – Posto Médio

Considerando estes dados, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($U = 4641.00$, $Z = -2.598$, $p = .009$), sugerindo que jovens adultos que não participem em práticas religiosas (PM = 120.00) revelam elevados níveis de ansiedade quando comparados com jovens que participam em práticas religiosas (PM = 98.21).

Tabela 19 – *Diferenças relativamente à Depressão entre Jovens Adultos Religiosos Segundo a Prática Religiosa*

Grupo	N	PM	<i>p</i>
Não Praticante	102	117.80	-
Praticante	114	100.18	-
Total	216	-	.037

Nota. PM – Posto Médio

Os resultados tabelados, revelam que existem diferenças estatisticamente significativas ($U = 4865.50$, $Z = -2.807$, $p = .037$), sugerindo que jovens adultos religiosos que não pratiquem (PM = 117.80) apresentam elevados níveis de depressão quando comparados com jovens que participam em práticas religiosas (PM = 100.18).

Tabela 20 – *Diferenças relativamente ao Stress entre Jovens Adultos Religiosos Segundo a Prática Religiosa*

Grupo	N	PM	<i>p</i>
Não Praticante	102	115.54	-
Praticante	114	102.20	-
Total	216	-	.116

Nota. PM – Posto Médio

De acordo com os valores tabelados, não existe uma diferença estatisticamente significativa entre jovens adultos religiosos segundo a prática religiosa, quanto aos níveis de *stress* ($U = 5095.50$, $Z = -1.573$, $p = .116$). De acordo com a questão “Se sim, com que frequência?”, foi analisado entre jovens adultos com uma afiliação religiosa, a existência de diferenças relativamente à solidão e saúde mental (ansiedade, depressão e *stress*), entre jovens que praticam frequentemente e jovens que não.

Tabela 21 – *Diferenças relativamente à Solidão entre Jovens Adultos Religiosos Segundo a Frequência*

Grupo	N	PM	<i>p</i>
Não Frequente	145	115.42	-
Frequente	71	94.37	-
Total	216	-	.020

Nota. PM – Posto Médio

Os resultados indicam que existe uma diferença estatisticamente significativa ($U = 4144.500$, $Z = -2.327$, $p = .020$) entre jovens adultos religiosos que não praticam frequentemente atividades religiosas (PM = 115.42) e jovens adultos religiosos que o fazem (PM = 94.37).

Tabela 22 – *Diferenças relativamente à Ansiedade entre Jovens Adultos Religiosos Segundo a Frequência*

Grupo	N	PM	<i>p</i>
Não Frequente	104	121.07	-
Frequente	112	96.83	-
Total	216	-	.004

Nota. PM – Posto Médio

Os resultados indicam que existe uma diferença estatisticamente significativa ($U = 4706.50$, $Z = -2.456$, $p = .004$) entre jovens adultos religiosos que não praticam frequentemente atividades religiosas (PM = 121.07) e jovens adultos religiosos que o fazem (PM = 96.83), sugerindo que jovens religiosos descritos por “Não Frequente”, apresentam níveis de ansiedade significativamente mais elevados.

Tabela 23 – *Diferenças relativamente à Depressão entre Jovens Adultos Religiosos Segundo a Frequência*

Grupo	N	PM	<i>p</i>
Não Frequente	104	119.25	-

Frequente	112	98.52	-
Total	216	-	.014

Nota. PM – Posto Médio

Através dos resultados, verifica-se uma diferença significativa ($U = 4706.50$, $Z = -2.456$, $p = .014$) entre jovens adultos religiosos que não praticam frequentemente atividades religiosas (PM = 119.25) e jovens adultos religiosos que o fazem (PM = 98.52), revelando que jovens religiosos descritos por “Não Frequente”, apresentam níveis de depressão significativamente mais elevados.

Tabela 24 – *Diferenças relativamente ao Stress entre Jovens Adultos Religiosos Segundo a Frequência*

Grupo	N	PM	<i>p</i>
Não Frequente	104	116.63	-
Frequente	112	100.96	-
Total	216	-	.065

Nota. PM – Posto Médio

Nestes resultados, não se verifica uma diferença significativa ($U = 4979.00$, $Z = -1.849$, $p = .065$) entre jovens adultos religiosos que não praticam frequentemente atividades religiosas (PM = 116.63) e jovens adultos religiosos que o fazem (PM = 100.96), relativamente aos níveis de *stress*. Por último, e considerando a questão “Está inserido em alguma comunidade de jovens?”, foi analisado entre jovens adultos religiosos se existiam diferenças relativamente à solidão e saúde mental (ansiedade, depressão e *stress*), que estivessem integrados numa comunidade e jovens que não pertencem a um grupo religioso.

Tabela 25 – *Diferenças relativamente à Solidão entre Jovens Adultos Religiosos que pertencem em Grupos de Jovens*

Grupo	N	PM	<i>p</i>
Não Participa	151	114.68	-
Participa	65	94.14	-
Total	216	-	.027

Nota. PM – Posto Médio

Jovens adultos religiosos que não pertencem a grupos de jovens apresentam um posto médio mais alto (PM = 114.68) quando comparado com jovens adultos religiosos que integram um grupo (PM = 94.14). De acordo com os resultados, verifica-se que os participantes “Não Participa” têm níveis de solidão significativamente mais elevados ($U = 3974.000$, $Z = -2.218$, $p = .027$).

Tabela 26 – *Diferenças relativamente à Ansiedade entre Jovens Adultos Religiosos que pertencem em Grupos de Jovens*

Grupo	N	PM	p
Não Participa	151	117.70	-
Participa	65	87.13	-
Total	216	-	.001

Nota. PM – Posto Médio

Considerando os resultados, observa-se que jovens adultos religiosos que não pertencem a grupos de jovens apresentam um posto médio mais alto (PM = 116.63) quando comparado com jovens adultos religiosos que integram em um grupo (PM = 116.63). Assim, os dados sugerem que os participantes “Não Participa” têm níveis de ansiedade significativamente mais elevados ($U = 3518.50$, $Z = -3.348$, $p = .001$).

Tabela 27 – *Diferenças relativamente à Depressão entre Jovens Adultos Religiosos que pertencem em Grupos de Jovens*

Grupo	N	PM	p
Não Participa	151	117.68	-
Participa	65	87.18	-
Total	216	-	.001

Nota. PM – Posto Médio

Jovens adultos religiosos que não pertencem a grupos de jovens apresentam um posto médio mais alto (PM = 117.68) quando comparado com jovens adultos religiosos que integram um grupo (PM = 87.18). De acordo com os resultados, verifica-se que os participantes “Não Participa” têm níveis de depressão significativamente mais elevados ($U = 3521.50$, $Z = -3.319$, $p = .001$).

Tabela 28 – *Diferenças relativamente ao Stress entre Jovens Adultos Religiosos que pertencem em Grupos de Jovens*

Grupo	N	PM	p
Não Participa	151	117.74	-
Participa	65	87.04	-
Total	216	-	.001

Por fim, jovens adultos religiosos que não pertencem a grupos de jovens apresentam também um posto médio mais alto (PM = 117.74) quando comparados com jovens adultos religiosos que integram em um grupo (PM = 87.04). Assim, os dados sugerem que os

participantes “Não Participa” têm níveis de *stress* significativamente mais ($U = 3512.50$, $Z = -3.325$, $p = .001$).

Parte IV – Discussão

4.1 Discussão dos Resultados

O presente estudo teve como principal objetivo compreender a associação entre as variáveis solidão, religiosidade e saúde mental (ansiedade, depressão e *stress*) nos jovens adultos em Portugal. De acordo com a literatura, a solidão constitui uma das principais preocupações no âmbito da saúde pública, dado o aumento da prevalência na população mundial e do seu impacto na saúde física e mental. Com a propagação do vírus SARS-CoV-2, e consequentes restrições (e.g. isolamento social), existiu um aumento dos níveis de solidão entre os jovens adultos (Kovacs et al., 2021; Macdonald & Hülür, 2021; Ersnt et al., 2022).

Durante este período, estudos revelam que este grupo etário foi um dos mais afetados pela pandemia (Birditt et al., 2021; De Bruin, 2021; Hawes et al., 2022; Lee et al., 2020), revelando elevados níveis de solidão (Matic et al., 2022; O’Conner et al., 2021), bem como uma elevada prevalência da perturbação de ansiedade generalizada e sintomatologia depressiva (Huang & Zhao, 2020; Wang et al., 2020). Considerando o papel importante que a dimensão espiritual assume, bem como a participação em atividades religiosas e a pertença em comunidades de fé, o estudo da religiosidade e motivação inerente torna-se essencial na compreensão da relação com a saúde mental (AbdAleat et al., 2014; Moreira-Almeida et al., 2006; Dyer & Erickson, 2023), dado que em períodos de maior instabilidade, a religiosidade assume potencialmente um papel de proteção (AbdAleat et al., 2014; Bonelli et al., 2012; Dein et al., 2020; Ellison et al., 2012; Krause, 2003; Melo et al., 2015; Soares Gomes & Dal Forno, 2014). Neste sentido, o presente estudo procurou observar, num contexto pós-pandémico, a relação entre a solidão, religiosidade e saúde mental entre os jovens adultos.

Após a recolha e análise dos dados obtidos, considerando as hipóteses elaboradas, verificaram-se correlações positivas significativas entre a solidão, ansiedade ($r = .518, p < .001$), depressão ($r = .607, p < .001$) e *stress* ($r = .480, p < .001$). Do mesmo modo, através do modelo de mediação verificou-se que o efeito total ($B = .685, p = .001$) e direto ($B = .662, p = .001$), indicam que a associação solidão e saúde mental é significativa, sugerindo que a solidão é um preditor fundamental de saúde mental. De acordo com os resultados, e considerando H1, elevados níveis de solidão influenciam negativamente a saúde mental conforme indicam estudos anteriores (Eccles & Qualter, 2021; Masi, 2011; Matthews et al., 2019; Negosanu & Reid, 2021), comprovando-se assim H1.

De acordo com H2, os níveis de solidão influenciam positivamente a religiosidade. Através dos resultados, verificou-se que entre a solidão e religiosidade intrínseca existe uma correlação inversa não significativa ($r = -.029$), bem como com a religiosidade extrínseca social ($r = -.105$). Ainda que não seja significativa, compreende-se que quanto maior forem os níveis de solidão, menor será a religiosidade intrínseca e a religiosidade extrínseca social. Estes resultados sugerem que jovens com maiores níveis de solidão revelam uma menor ligação para com a sua fé e relações sociais no contexto religioso. Observando individualmente os dados obtidos entre a solidão e as três dimensões de motivação religiosa, a orientação religiosa extrínseca pessoal revela uma correlação negativa e significativa ($r = -.170$, $p < .05$).

De acordos com os resultados, estes sugerem que os participantes com maiores níveis de solidão podem indicar um desinteresse pelos ganhos individuais (e.g. segurança e conforto) associados às relações sociais. Através do modelo de mediação, dados indicam que a solidão tem um impacto na religiosidade, sendo esta significativa ($B = -.167$, $p = .016$), permitindo assim concluir que H2 não se comprova. Contrariando a expectativa de que em situações de solidão existe uma procura pela conexão com o Sagrado (Chan, et al., 2018), dados sugerem uma limitação entre a relação solidão e o envolvimento religioso. Ainda que as crenças religiosas sejam consideradas como alternativas de significado e sentido à experiência humana (Bsumeister, 1991 cit. Chan et al., 2018), e a prática ou pertença a uma comunidade de fé como um suporte social, a diminuição da motivação religiosa entre os jovens com maiores níveis de solidão, pode ser justificada pelos fatores associados à experiência da solidão ou à orientação religiosa.

Segundo H3, a religiosidade está negativamente correlacionada com a saúde mental, sugerindo que quanto maior for os níveis de religiosidade menor são os níveis de ansiedade, depressão e *stress*. De acordo com os dados, confirma-se esta relação, tendo sido observado uma correlação negativa significativa entre a religiosidade intrínseca, ansiedade ($r = -.243$, $p < .001$), depressão ($r = -.151$, $p < .001$) e *stress* ($r = -.143$, $p < .001$). Através destes resultados, observa-se que quanto maior for a religiosidade intrínseca, anteriormente descrita por uma fé internalizada e central na vida de cada indivíduo, melhor serão os níveis de saúde mental, conforme indicam vários estudos (Moreira-Almeida et al., 2006; Khan et al., 2008; Kuyel et al., 2012; Smith et al., 2003).

Entre a religiosidade extrínseca pessoal, ansiedade ($r = -.261$, $p < .001$), depressão ($r = -.202$, $p < .001$) e *stress* ($r = -.120$), resultados indicam correlações negativas sendo esta última, não significativa. Considerando que a religiosidade extrínseca pessoal promove conforto e segurança, conforme indica Kirkpatrick & Hood (1989), os resultados sugerem que assume um

efeito protetor contra a ansiedade e depressão (Buzdar & Nadeem, 2015). Entre a religiosidade extrínseca social, ansiedade ($r = -.231, p < .001$), depressão ($r = -.198, p < .001$) e *stress* ($r = -.120, p < .001$), dados apresentam igualmente uma correlação negativa significativa ($r = -.231, p < .001$), sugerindo que uma prática religiosa aliada à interação social, melhora os níveis de saúde mental (AbdAleat et al., 2014; Berthold & Ruch, 2014; Buzdar & Nadeem, 2015). Contrariamente a vários estudos, que indicam que indivíduos extrinsecamente motivados apresentam uma maior tendência em desenvolver problemas de saúde mental (Moreira-Almeida et al., 2006; Khan et al., 2008; Kuyel et al., 2012; Smith et al., 2003), estes resultados indicam uma relação inversa.

Através do modelo de mediação, verificou-se que a associação religiosidade e saúde mental é significativa ($B = -.143, p = .022$), o que sugere que maiores níveis de religiosidade estão associados a melhores níveis de saúde mental. Posto isto, verifica-se que a religiosidade atua como um fator de proteção, conforme concluíram outros estudos (Bonelli et al., 2012; Dein et al., 2020; Ellison et al., 2012; Krause, 2003; Melo et al., 2015; Soares Gomes & Dal Forno, 2014), sugerindo proporcionar um apoio a um nível emocional e social (Hayward & Krause, 2014; Yonker et al., 2012 cit Hwang et al., 2022). De acordo com estes resultados, comprova-se H3.

Considerando H4, a análise de mediação entre as variáveis, nomeadamente o efeito indireto ($B = .024$), e respetivo intervalo de confiança (LLCI = .001, ULCI = .052), dados indicam que a religiosidade tem um efeito mediador entre a solidão e saúde mental, ainda que diminuta, comprova-se H4. Na tentativa de compreender a existência de diferenças entre grupos de jovens adultos religiosos e não religiosos, quanto aos níveis de solidão, ansiedade, depressão e *stress*, verificou-se que jovens religiosos apresentam um posto médio mais elevado. Ainda que estes resultados não sejam significativos, estes contrariam a expectativa de que a religiosidade assumisse um papel protetor, H5 não se comprova. No entanto, é importante salientar que entre os 216 participantes que identificaram uma afiliação religiosa, 114 afirmam participar em práticas religiosas. Entre os quais, 71 indicam fazê-lo regularmente ou diariamente. Através destes dados, observa-se que apenas 32.8% dos participantes religiosos indica uma prática ativa, semelhante aos resultados descritos no relatório *European Social Survey* (2020).

Considerando as diferenças entre a solidão e as dimensões da saúde mental, analisadas entre jovens adultos religiosos segundo a prática religiosa, observa-se que não existem diferenças significativas entre os participantes. Ainda que a prática religiosa não assuma um suporte social necessário, verifica-se que quando aliada à frequência revela ter um papel protetor. Deste modo, e considerando os resultados obtidos, observa-se que uma prática frequente de

atividades religiosas e a inserção em uma comunidade ou grupo religioso revela ter um impacto positivo na saúde mental dos jovens adultos. Estes dados são importantes, dado que a afiliação religiosa por si só, não revela ser suficiente para assegurar melhores níveis de saúde mental (depressão, ansiedade, *stress*).

Por último, dados revelaram que o envolvimento de jovens religiosos entre comunidades ou grupos de jovens, apresentam menores níveis de solidão e melhores indicadores de saúde mental, quando comparados com jovens religiosos que não pertençam a um grupo. Estes dados sugerem que a integração em comunidades de jovens com um carácter religioso, oferece um apoio social conforme indica a literatura (AbdAleat et al., 2014; Ellison & George, 1994; Hayward & Krause, 2014; Idler, 1987 cit. Cappellen et al., 2017). Deste modo, a prática ativa bem como a pertença em uma comunidade ou grupo religioso, apresentam ser fatores importantes na relação solidão e saúde mental nesta amostra de jovens adultos portugueses.

4.2 Limitações do Estudo e Aplicabilidade Futura

O presente estudo teve como principal objetivo compreender a associação entre as variáveis solidão, religiosidade e saúde mental nos jovens adultos, contudo apresenta algumas limitações. A principal limitação neste estudo, deve-se ao seu carácter transversal, o que impossibilita inferir análises de causalidade entre as variáveis analisadas. Ainda que sejam observadas associações significativas entre a solidão, religiosidade e as dimensões analisadas da saúde mental, estudos longitudinais seriam uma proposta de estudo ideal pela oportunidade de compreender a relação causa-efeito entre variáveis.

A utilização de um método exclusivamente quantitativo impossibilita compreender a perceção e motivação de cada participante nas suas respostas, particularmente em estudos que se centram em variáveis de carácter subjetivo como é a solidão e a religiosidade. Através do método qualitativo, seria possível compreender melhor as respostas dadas por cada participante. Considerando o aspeto multifatorial da religiosidade, conforme destacado por Allport, seria importante introduzir questões complementares ao instrumento aplicado, de modo a compreender a motivação individual para com a religião.

Uma outra limitação evidenciada, deve-se à amostra. Ainda que revele alguma variabilidade quanto à sua característica, a maior parte dos participantes identificam uma afiliação religiosa. Pela discrepância entre grupos, os resultados obtidos entre jovens religiosos e não religiosos pode ter sido influenciada pelo aspeto desproporcional dos dois grupos. Ainda que este estudo tenha contribuído para a compreensão da relação entre a solidão, religiosidade e saúde mental,

deveriam ser replicados outros estudos que utilizem um método distinto, com uma amostra mais extensa e proporcional. Considerando os resultados obtidos, seria importante compreender de que forma fatores individuais, culturais e sociais influenciam a relação para com a religiosidade e saúde mental, dada a individualização social que separa a religião e práticas associadas, como identifica Menéndez (2007).

4.3 Conclusão

Gradualmente a solidão tem vindo a aumentar, sendo atualmente considerada como um problema de saúde pública dado o seu impacto na saúde física e mental. Sendo uma problemática extensivamente estudada entre a população mais velha, vários estudos revelaram que a solidão afeta significativamente outros grupos etários, como os jovens adultos. Apesar de ser um período de transição que abarca um conjunto de dificuldades normativas, estudos indicam que esta população foi a mais afetada durante o período pandémico. Em consequência, os níveis de solidão aumentaram significativamente bem como a prevalência da ansiedade, depressão e *stress*.

Como estratégia para gerir situações de maior dificuldade, a religiosidade assume um papel importante na vida dos indivíduos. Considerada como um fator de proteção e manutenção da saúde mental, estudos indicam que crenças e práticas religiosas foram importantes durante períodos de grande instabilidade. Ainda, sugerem que a religiosidade pode ser um fator importante no combate à solidão e a um isolamento social objetivo, promovendo estratégias que ajudam a prevenir o desenvolvimento de problemas de saúde mental.

Considerando o objetivo deste estudo, os resultados indicam que a solidão está associada a maiores níveis de ansiedade, depressão e *stress*, confirmando assim o seu impacto negativo na saúde mental. De igual modo, e contrariando a expectativa de que a experiência da solidão pudesse estabelecer uma aproximação com a experiência individual de fé, dados indicaram uma diminuição da religiosidade ou orientação religiosa. Enquanto fator protetor, a religiosidade destacou-se positivamente entre jovens adultos religiosos que revelam uma vida ativa e congruente com a sua afiliação religiosa, contrariamente a jovens religiosos que não revelam ser.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AbdAleati, N. S., Mohd Zaharim, N., & Mydin, Y. O. (2016). Religiousness and Mental Health: Systematic Review Study. *Journal of Religion and Health*, 55(6), 1929–1937. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1007/s10943-014-9896-1>
- Afrashtehfar, K. I., Jurado, C. A., Al-Sammarraie, A., & Saeed, M. H. (2023). Consequências do COVID-19 e suas variantes: Compreendendo o impacto físico, oral e psicológico. *Revista Internacional de Investigação Ambiental e Saúde Pública*, 20(4). <https://b-on.ual.pt:2238/10.3390/ijerph20043099>
- Allen, K. A. (2020). Commentary of Lim, M., Eres, R., Gleeson, J., Long, K., Penn, D., & Rodebaugh, T. (2019). A pilot digital intervention targeting loneliness in youth mental health. *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00959>
- Allport, G. W. (1966). The Religious Context of Prejudice. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 5(3), 447–457. <https://b-on.ual.pt:2238/10.2307/1384172>
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 432–443. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1037/h0021212>
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5th ed.). Artmed Editora.
- American Psychological Association (2010). Psychology and aging: Psychologists make a significant contribution. <https://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/psychology-and%20aging>
- Angela, S., Fonseca, G., Lep, Ž., Li, L., Serido, J., Vosylis, R., Crespo, C., Relvas, A. P., Zupančič, M., & Lanz, M. (2024). Profiles of emerging adults' resilience facing the negative impact of COVID-19 across six countries. *Current Psychology*, 43(15), 14113–14125. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1007/s12144-022-03658-y>
- Araújo, P., Gomes, S., Vidal, D. G., Sousa, H. F. P. E., Dinis, M. A. P., & Leite, Â. (2021). Preliminary Validation Study of the Intrinsic Religious Motivation Scale and the Centrality of Religiosity Scale for the Portuguese Population. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 11(3), 908–922. <https://b-on.ual.pt:2238/10.3390/ejihpe11030067>

- Aziz, S., Chaudhary, A., & Ali, N. (2021). To Study the Relationship Satisfaction and Degree of Loneliness in Romantic Relationships. *Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy*, 15(4), 109–119. <https://b-on.ual.pt:2238/10.37506/ijpot.v15i4.16511>
- Baarck, J., & Kovacic, M. (2022). A relação entre a solidão e a saúde (EUR 31155 PT, JRC129972). *Serviço das Publicações da União Europeia*. ISBN 978-92-76-55055-6. doi:10.2760/90915.
- Baarck, J., Balahur-Dobrescu, A., Cassio, L. G., D'hombres, B., Pasztor, Z., & Tintori, G. (2021). A solidão na UE: Insights from surveys and online media data (EUR 30765 EN, JRC125873). *Serviço das Publicações da União Europeia*. ISBN 978-92-76-40247-3. doi:10.2760/46553.
- Baarck, J., d'Hombres, B. & Tintori, G. (2021) Loneliness in Europe before and during the COVID-19 pandemic. JRC Science for Policy Briefs Series, European Commission, Joint Research Centre.
- Banerjee, D., & Rai, M. (2020). Social isolation in Covid-19: The impact of loneliness. *The International Journal of Social Psychiatry*, 66(6), 525–527. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1177/0020764020922269>
- Barjaková, M., & Garnero, A. (2022). Factores de risco para a solidão (EUR 30970 PT, JRC127481). *Serviço das Publicações da União Europeia*. ISBN 978-92-76-46884-4. doi:10.2760/617733.
- Berthold, A., & Ruch, W. (2014). Satisfaction with life and character strengths of non-religious and religious people: It's practicing one's religion that makes the difference. *Frontiers in Psychology*, 5. <https://b-on.ual.pt:2238/10.3389/fpsyg.2014.00876>
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., Wiltink, J., Wild, P. S., Münzel, T., Lackner, K. J., & Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, 17, 1–7. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1186/s12888-017-1262-x>
- Birditt, K. S., Turkelson, A., Fingerman, K. L., Polenick, C. A., & Oya, A. (2021). Age differences in stress, life changes, and social ties during the COVID-19 pandemic: Implications for psychological well-being. *The Gerontologist*, 61(2), 205–216. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1093/geront/gnaa204>

- Bonelli, R., Dew, R. E., Koenig, H. G., Rosmarin, D. H., & Vasegh, S. (2012). Religious and Spiritual Factors in Depression: Review and Integration of the Research. *Depression Research & Treatment*, 1–8. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1155/2012/962860>
- Bruine de Bruin, W. (2021). Age Differences in COVID-19 Risk Perceptions and Mental Health: Evidence from a National U.S. Survey Conducted in March 2020. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(2), e24–e29. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1093/geronb/gbaa074>
- Buecker, S., Mund, M., Chwastek, S., Sostmann, M., & Luhmann, M. (2021). Is Loneliness in Emerging Adults Increasing Over Time? A Preregistered Cross-Temporal Meta-Analysis and Systematic Review. *Psychological Bulletin*, 147(8), 787–805. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1037/bul0000332>
- Buzdar, M., Ali, A., Nadeem, M., & Nadeem, M. (2015). Relationship Between Religiosity and Psychological Symptoms in Female University Students. *Journal of Religion & Health*, 54(6), 2155–2163. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1007/s10943-014-9941-0>
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, 25(2), 453–463. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1037/a0017216>
- Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 238–249. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1177/1745691615570616>
- Campion, J., Javed, A., Sartorius, N., & Marmot, M. (2020). Addressing the public mental health challenge of COVID-19. *The Lancet Psychiatry*, 7(8), 657–659. [https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/S2215-0366\(20\)30240-6](https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/S2215-0366(20)30240-6)
- Chan, T., Michalak, N. M., & Ybarra, O. (2019). When God is your only friend: Religious beliefs compensate for purpose in life in the socially disconnected. *Journal of Personality*, 87(3), 455–471. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1111/jopy.12401>

- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(9), 418–424. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/j.tics.2010.06.007>
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316–336. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1037/0021-843X.100.3.316>
- Conselho Europeu & Conselho da União Europeia (2024). *Saúde Mental*. <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/mental-health/>
- Cosan, D. (2014). *An Evaluation of Loneliness*. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2014.05.13>
- Daly, M., & Robinson, E. (2021). Willingness to vaccinate against COVID-19 in the US: Representative longitudinal evidence from April to October 2020. *American Journal of Preventive Medicine*, 60(6), 766–773. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/j.amepre.2021.01.008>
- De Andrade, C. C. P. (2015). *Orientação Religiosa, Vinculação a Deus e Depressão em Católicos de Meia-Idade* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. https://repositório.ul.pt/bitstream/10451/23049/1/ulfpie047632_tm.pdf
- De Jong Gierveld, J., Van Tilburg, T., & Dykstra, P. (2006). Loneliness and Social Isolation. In A. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Personal Relationships* (Cambridge Handbooks in Psychology, pp. 485-500). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511606632.027
- Dein, S., Loewenthal, K., Lewis, C. A., & Pargament, K. I. (2020). COVID-19, mental health and religion: an agenda for future research. *Mental Health, Religion & Culture*, 23(1), 1–9. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1080/13674676.2020.1768725>
- Devita, M., De Salvo, R., Ravelli, A., De Rui, M., Coin, A., Sergi, G., & Mapelli, D. (2022). Recognizing depression in the elderly: Practical guidance and challenges for clinical management. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 18, 2867–2880. <https://b-on.ual.pt:2238/10.2147/NDT.S347356>
- Dlugosz, P., Liszka, D., & Yuzva, L. (2022). The Link between Subjective Religiosity, Social Support, and Mental Health among Young Students in Eastern Europe during the COVID-19

Pandemic: A Cross-Sectional Study of Poland and Ukraine. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11). <https://b-on.ual.pt:2238/10.3390/ijerph19116446>

dos Santos Costa, L., da Conceição Ximenes, B., Anes Dutra, J. C., da Costa Fonseca, J. V., & MESAQUE MARTINS, A. (2022). Religiosidade e Espiritualidade no Enfrentamento à Pandemia de COVID-19: Revisão Integrativa. *Revista de Psicologia Da IMED*, 14(1), 157–175. <https://b-on.ual.pt:2238/10.18256/2175-5027.2022.v14i1.4511>

Dyer, W. J., & Erickson, J. J. (2023). Mental health at religious and non-religious universities: Examining the role of student religiousness and sexual/gender minority identity. *Journal of Affective Disorders*, 342, 182–191. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/j.jad.2023.09.011>

Eccles, A. M., & Qualter, P. (2021). Review: Alleviating loneliness in young people – a meta-analysis of interventions. *Child & Adolescent Mental Health*, 26(1), 17–33. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1111/camh.12389>

Einav, M., & Margalit, M. (2023). Loneliness before and after COVID-19: Sense of Coherence and Hope as Coping Mechanisms. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(10). <https://b-on.ual.pt:2238/10.3390/ijerph20105840>

Ellison, C. G., & George, L. K. (1994). Religious Involvement, Social Ties, and Social Support in a Southeastern Community. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 33(1), 46. <https://b-on.ual.pt:2238/10.2307/1386636>

Ellison, C. G., Bradshaw, M., Kuyel, N., & Marcum, J. P. (2012). Attachment to god, stressful life events, and changes in psychological distress. *Review of Religious Research*, 53(4), 493–511. <https://doi.org/10.1007/s13644-011-0023-4>

Emir Öksüz, E., Kalkan, B., Can, N., & Haktanir, A. (2021). Adult mental health and loneliness during the COVID-19 pandemic in late 2020. *European Journal of Psychology Open*, 80(1-2), 18-30. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1024/2673-8627/a000001>

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.supp> (Supplemental)

- Ettman, C. K., Abdalla, S. M., Cohen, G. H., Sampson, L., Vivier, P. M., & Galea, S. (2020). Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*, 3(9), e2019686. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1001/jamanetworkopen.2020.19686>
- Francesco, B. E. R. L. I. N. G. I. E. R. I., Marco, C. O. L. A. G. R. O. S. S. I., & Caterina, M. A. U. R. I. (2023). Loneliness and social connectedness: insights from a new EU-wide survey.
- Freire, J., & Moleiro, C. (2015). Religiosity, spirituality, and mental health in Portugal: A call for a conceptualisation, relationship, and guidelines for integration (a theoretical review). *Psicologia: Revista Da Associação Portuguesa Psicologia*, 29(2), 17–32. <https://b-on.ual.pt:2238/10.17575/rpsicol.v29i2.1006>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos (2024). Portugal tem religião oficial? <https://ffms.pt/pt-pt/direitos-e-deveres/portugal-tem-religiao-oficial>
- Gierveld, J. de J., van Tilburg, T., & Dykstra, P. A. (2006). Loneliness and Social Isolation. In A. L. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships*. (pp. 485–499). Cambridge University Press. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1017/CBO9780511606632.027>
- Hawes, M. T., Szenczy, A. K., Klein, D. N., Hajcak, G., & Nelson, B. D. (2022). Increases in depression and anxiety symptoms in adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic. *Psychological Medicine*, 52(14), 3222–3230. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1017/S0033291720005358>
- Huang, Y., & Zhao, N. (2021). “Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey”: Corrigendum. *Psychiatry Research*, 299. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/j.psychres.2021.113803>
- Hwang, W., Cheng, K. J., Brown, M. T., & Silverstein, M. (2022). Religiosity of Baby-Boomers in Young Adulthood: Associations with Psychological Well-Being over the Life Course. *Advances in Life Course Research*, 52. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/j.alcr.2022.100477>

- Instituto Nacional de Estatística (2014). Crianças e Adolescentes em Portugal. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=284013810&att_display=n&att_download=y
- Instituto Nacional de Estatística (2022). *Decenal – INE, Recenseamento da população e habitação – Censos 2021*. <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011644>
- Jaume, L., Simkin, H., & Etchezahar, E. (2013). Religious as quest and its relationship with intrinsic and extrinsic orientation. *International Journal of Psychological Research*, 6(2), 71–78. <https://doi.org/10.21500/20112084.688>
- Khan, E., & Aftab, S. (2019). Intrinsic and Extrinsic Religious Orientation and Mental Health. *Pakistan Journal of Psychology*, 50(1), 27.
- Khan, Z. H., Watson, P. J., & Cothran, D. L. (2008). Self-control in Pakistani Muslims: relationships with religious orientation, depression and anxiety. *Journal of Beliefs & Values: Studies in Religion & Education*, 29(2), 213–216. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1080/13617670802289734>
- Kirkpatrick, L. A. (1989). A psychometric analysis of the Allport-Ross and Feagin measures of intrinsic-extrinsic religious orientation. In M. L. Lynn & D. O. Moberg (Eds.), *Research in the social scientific study of religion: A research annual*, Vol. 1. (pp. 1–31). Elsevier Science/JAI Press.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry*, 1–33. <https://b-on.ual.pt:2238/10.5402/2012/278730>
- Koenig, H. G. (2015). Religion, spirituality, and health: a review and update. *Advances in Mind-Body Medicine*, 29(3), 19–26.
- Kovacs, B., Caplan, N., Grob, S., & King, M. (2021). Social networks and loneliness during the COVID-19 pandemic. *Socius: Sociological Research for a Dynamic World*, 7, Article 237802312098525. <https://doi.org/10.1177/2378023120985254>
- Krause, N. (2003). Religious meaning and subjective well-being in late life. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(3), S160–S170. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1093/geronb/58.3.S160>

- Krause, N., Hill, P. C., Emmons, R., Pargament, K. I., & Ironson, G. (2017). Assessing the Relationship between Religious Involvement and Health Behaviors. *Health Education & Behavior*, 44(2), 278–284. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1177/1090198116655314>
- Kujawa, A., Green, H., Compas, B. E., Dickey, L., & Pegg, S. (2020). Exposure to COVID-19 pandemic stress: Associations with depression and anxiety in emerging adults in the United States. *Depression & Anxiety* (1091-4269), 37(12), 1280–1288. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1002/da.23109>
- Kuyel, N., Cesur, S., & Ellison, C. G. (2012). Religious Orientation and Mental Health: A Study with Turkish University Students. *Psychological Reports*, 110(2), 535–546. <https://b-on.ual.pt:2238/10.2466/02.09.PR0.110.2.535-546>
- Lavrič, M., & Flere, S. (2008). The role of culture in the relationship between religiosity and psychological well-being. *Journal of Religion and Health*, 47(2), 164–175. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1007/s10943-008-9168-z>
- Lee, C. M., Cadigan, J. M., & Rhew, I. C. (2020). Increases in loneliness among young adults during the COVID-19 pandemic and association with increases in mental health problems. *Journal of Adolescent Health*, 67(5), 714–717. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/j.jadohealth.2020.08.009>
- Leonova, I. M., Kiz, O. B., Dobrovolska, N. A., Chyzhyk, K. O., & Hovorun, T. V. (2021). Cognitive Models of Loneliness in Women in Early and Middle Adulthood. *BRAIN: Broad Research in Artificial Intelligence & Neuroscience*, 12(4), 107–138. <https://b-on.ual.pt:2238/10.18662/brain/12.4/241>
- Lim, M. H., Eres, R., & Vasan, S. (2020). Understanding loneliness in the twenty-first century: An update on correlates, risk factors, and potential solutions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 55(7), 793–810. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1007/s00127-020-01889-7>
- Linares, R. (2012). *O Envolvimento Religioso e a Sintomatologia Depressiva em Imigrantes Brasileiros* [Doutoramento em Psicologia, Universidade de Lisboa]. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7265/1/ulsd063811_td_Rosilene_Linares.pdf

- 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://b-on.ual.pt:2238/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Lucchetti, G., Góes, L. G., Amaral, S. G., Ganadjian, G. T., Andrade, I., Almeida, P. O. de A., do Carmo, V. M., & Manso, M. E. G. (2021). Spirituality, religiosity, and the mental health consequences of social isolation during Covid-19 pandemic. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(6), 672–679. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1177/0020764020970996>
- Macdonald, B., & Hülür, G. (2021). Well-being and loneliness in Swiss older adults during the COVID-19 pandemic: The role of social relationships. *The Gerontologist*, 61(2), 240–250. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1093/geront/gnaa194>
- Marta Díez, Águeda Parra, María del Carmen García-Mendoza, & Inmaculada Queija-Sánchez. (2024). Depression, Anxiety, and Stress among Emerging Adult Undergraduates: A Longitudinal and Two-Cohort Study. *Health Education & Behavior*, 51(4), 553–561. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1177/10901981241240745>
- Masi, C. M., Chen, H.-Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219–266. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1177/1088868310377394>
- 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>
- McWhirter, B., T. (1990). Loneliness: A review of current literature, with implications for counseling and research. *Journal of Counseling & Development*, 68(4), 417-422. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1002/j.1556-6676.1990.tb02521.x>
- Menéndez, M. A. (2007). Religiosidade e valores em Portugal: comparação com a Espanha e a Europa católica. *Análise Social*, 42(184), 757–787.

- Moradi, E., & Langroudi, J. (2013). The Role of Religious Orientation, Psychological Well-Being, and Self-Esteem in Iranian EFL Learners' Language Achievement. *Open Journal of Modern Linguistics*, 03(04), 337–343. doi:10.4236/ojml.2013.34043
- Moreira-Almeida, A., Neto, F. L., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: A review = Religiosidade e saúde mental: Uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 242–250. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1590/S1516-44462006005000006>
- Nelson, J. (2009). *Psychology, Religion, and Spirituality*. Springer.
- O'Connor, R. C., Wetherall, K., Cleare, S., McClelland, H., Melson, A. J., Niedzwiedz, C. L., O'Carroll, R. E., O'Connor, D. B., Platt, S., Scowcroft, E., Watson, B., Zortea, T., Ferguson, E., & Robb, K. A. (2021). Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: Longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing study. *The British Journal of Psychiatry*, 218(6), 326–333. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1192/bjp.2020.212>
- OCDE (2022). *Health at a Glance: Europe 2022 State Of Health In The EU Cycle*. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/507433b0-en.pdf?expires=1734171416&id=id&accname=guest&checksum=7A9EA14ECD0DA3127DA9EAA0AC376BC0>
- OECD (2024). *Estado da Saúde na UE Portugal Perfil de saúde do país 2021*. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf
- Organização das Nações Unidas (2023). Juventude. <https://unric.org/pt/juventude/>
- Pais-Ribeiro, J. L. P., Honrado, A. A. J. D., & Leal, I. P. (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 & doenças*, 2229-239.
- Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (2005). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford Press.
- Papanikolopoulos, P. N., & Kaprinis, S. G. (2022). Religiosity and mental health of adolescents and young adults: A review. *Psychiatriki*, 33(2), 157–164.

- Peneycad, C., Ysseldyk, R., Tippins, E., & Anisman, H. (2024). Medicine for the soul: (Non)religious identity, coping, and mental health during the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE*, 19(1), 1–21. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1371/journal.pone.0296436>
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. Wiley, 1-18.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a Social Psychology of Loneliness. In R. Gilmour, & S. Duck (Eds.), *Personal Relationships: 3. Relationships in Disorder* (pp. 31-56). London: Academic Press.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1984). Loneliness research: A survey of empirical findings. In L. A. Peplau & S. E. Goldston (Eds.), *Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness*. (pp. 13–46). National Institute of Mental Health.
- Pew Research Gap (2018). The Age Gap in Religion Around the World. <https://www.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/20/2018/06/ReligiousCommitment-FULL-WEB.pdf>
- Pinto, J., Martins, P., Pinheiro, T., & Oliveira, A. (2015). ANXIETY, DEPRESSION AND STRESS: A STUDY OF PORTUGUESE ADULTS. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2). <https://doi.org/10.15309/15psd160202>
- Pocinho, M., Farate, C., Dias, A., C. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses, *10* (8).
- Reynolds, C. J., Smith, S. M., & Conway, P. (2022). Intrinsic religiosity attenuates the negative relationship between social disconnectedness and meaning in life. *Psychology of Religion and Spirituality*, 14(3), 390–394. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1037/rel0000318>
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40. https://b-on.ual.pt:2238/10.1207/s15327752jpa6601_2
- Smith, T. B., McCullough, M. E., & Poll, J. (2003). Religiousness and Depression: Evidence for a Main Effect and the Moderating Influence of Stressful Life Events. *Psychological Bulletin*, 129(4), 614. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1037/0033-2909.129.4.614>

- Soares Gomes, N., Farina, M., & Dal Forno, C. (2014). Espiritualidade, Religiosidade E Religião: Reflexão De Conceitos Em Artigos Psicológicos. *Revista de Psicologia Da IMED*, 6(2), 107–112. <https://b-on.ual.pt:2238/10.18256/2175-5027/psico-imed.v6n2p107-112>
- Stavrova, O., Fetchenhauer, D., & Schlösser, T. (2013). Why are religious people happy? The effect of the social norm of religiosity across countries. *Social Science Research*, 42(1), 90–105. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/j.ssresearch.2012.07.002>
- Step toe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110(15), 5797–5801. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1073/pnas.1219686110>
- Takács, J., Katona, Z. B., & Ihász, F. (2023). A large sample cross-sectional study on mental health challenges among adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic at-risk group for loneliness and hopelessness during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 325, 770–777. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/j.jad.2023.01.067>
- Tiwari, S. C. (2013). Loneliness: A disease? *Indian Journal of Psychiatry*, 55(4), 320–322. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.120536>
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, SAGE Publications Ltd 66(4), 317–320
- Trout, D. L. (1980). The role of social isolation in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 10(1), 10–23. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1111/j.1943-278X.1980.tb00693.x>
- Tull, M. T., Edmonds, K. A., Scamaldo, K. M., Richmond, J. R., Rose, J. P., & Gratz, K. L. (2020). Psychological outcomes associated with stay-at-home orders and the perceived impact of COVID-19 on daily life. *Psychiatry Research*, 289. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/j.psychres.2020.113098>
- Twenge, J. M. (2008). Review of Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties. *The American Journal of Psychology*, 121(4), 682–687. <https://b-on.ual.pt:2238/10.2307/20445494>

- Twenge, J. M., & Joiner, T. E. (2020). U.S. Census Bureau-assessed prevalence of anxiety and depressive symptoms in 2019 and during the 2020 COVID-19 pandemic. *Depression & Anxiety (1091-4269)*, 37(10), 954–956. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1002/da.23077>
- Van Cappellen, P., Fredrickson, B. L., Saroglou, V., & Corneille, O. (2017). Religiosity and the motivation for social affiliation. *Personality and Individual Differences*, 113, 24–31. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/j.paid.2017.02.065>
- Van Cappellen, P., Rice, E. L., Catalino, L. I., & Fredrickson, B. L. (2018). Positive affective processes underlie positive health behaviour change. *Psychology & Health*, 33(1), 77–97. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1080/08870446.2017.1320798>
- Villani, D., Sorgente, A., Iannello, P., & Antonietti, A. (2019). The role of spirituality and religiosity in subjective well-being of individuals with different religious status. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://b-on.ual.pt:2238/10.3389/fpsyg.2019.01525>
- Vitorino, L. M., Lucchetti, G., Leão, F. C., Vallada, H., & Peres, M. F. P. (2018). The association between spirituality and religiousness and mental health. *Scientific Reports*, 8(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-018-35380-w>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., Choo, F. N., Tran, B., Ho, R., Sharma, V. K., & Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 40–48. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/j.bbi.2020.04.028>
- Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J. S., Clark, L. A., Strauss, M. E., & McCormick, R. A. (1995). Testing a tripartite model: I Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 3–14. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1037/0021-843X.104.1.3>
- Weiss, R.S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. The MIT Press.
- Wenz, F. V. (1977). Seasonal suicide attempts and forms of loneliness. *Psychological Reports*, 40(3, Pt 1), 807–810. <https://b-on.ual.pt:2238/10.2466/pr0.1977.40.3.807>
- Werner, A. M., Tibubos, A. N., Mülder, L. M., Reichel, J. L., Schäfer, M., Heller, S., Pfirrmann, D., Edelmann, D., Dietz, P., Rigotti, T., & Beutel, M. E. (2021). The impact of lockdown stress

and loneliness during the COVID-19 pandemic on mental health among university students in Germany. *Scientific Reports*, 11(1), 1–11. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-02024-5>

Westberg, K. H., Nyholm, M., Nygren, J. M., & Svedberg, P. (2022). Mental Health Problems among Young People-A Scoping Review of Help-Seeking. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1430. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031430>

Wright, S. L., & Silard, A. G. (2022). Loneliness in Young Adult Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21). <https://b-on.ual.pt:2238/10.3390/ijerph192114462>

Yaghubi, H. (2020). A Structural Model of Relationships between Stressful Life Events and Older Adults' Loneliness: Religious Orientation as Mediator. *The Psychologist: Practice & Research Journal*, 3(2). <https://psyprjournal.com/index.php/PPRJ/article/view/86>

Zangari, W., & Machado, F. R. (2022). *Fundamentos da psicologia da religião: aspectos individuais e psicossociais*. Curitiba, 2022.

Zhu, X., & Upenieks, L. (2022). Age Differences in Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Assessing the Moderating Role of Attachment to God. *Journal of Aging & Health*, 1. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1177/08982643221112141>

Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., & Scott, A. B. (1999). The Emerging Meanings of Religiousness and Spirituality: Problems and Prospects. *Journal of Personality*, 67(6), 889–919. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1111/1467-6494.00077>

Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Cole, B., Rye, M. S., Butfer, E. M., Belavich, T. G., Hipp, K. M., Scott, A. B., & Kadar, J. L. (1997). Religion and Spirituality: Unfuzzifying the Fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36(4), 549–564. <https://b-on.ual.pt:2238/10.2307/1387689>

ANEXO 1

Sexo: Masculino _____ Feminino _____ Prefiro não dizer _____

Idade: _____

Estado Civil: Solteiro _____ Casado _____ Divorciado _____

Viúvo _____ União de facto _____

Formação Escolar: Ensino Básico _____

Até 9º ano de escolaridade (1ºCiclo) _____

Até 12º ano de escolaridade (Secundário) _____

Frequência Universitária _____

Licenciatura ou bacharelato _____

Mestrado _____

Doutoramento _____

Profissão/Ocupação: Estudante _____

Trabalhador _____

Trabalhador/Estudante _____

Desempregado _____

Posição Religiosa: Católica _____

Ortodoxa _____

Evangélica _____

Outra Protestante _____

Outra Cristã _____

Judaica _____

Testemunhas do Jeová _____

Budista _____

Hindu _____

Muçulmana _____

Outro _____

Participa em práticas religiosas: Sim _____ Não _____

Se sim, com que frequência: _____

Está inserido em alguma comunidade/grupo de jovens: Sim _____ Não _____

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 2

Escala de Solidão UCLA (Russell, 1996)

Versão Portuguesa por Margarida Pocinho e Carlos Farate (2005)

As frases a seguir descrevem como as pessoas às vezes se sentem. Para cada frase, indique **com que frequência** se sente da maneira descrita.

	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1. Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho				
2. Sente que não tem alguém com quem falar				
3. Sente que é insuportável estar só				
4. Sente que tem falta de companhia				
5. Sente como se realmente ninguém o compreendesse				
6. Já não está à espera que ninguém o (a) venha visitar, que lhe escreva ou telefone				
7. Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer				
8. Não se sente íntimo de qualquer pessoa				
9. Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses				
10. Sente-se abandonado				
11. Sente-se completamente só				
12. É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam				
13. As suas relações sociais são superficiais				
14. Sente-se com muita vontade de ter companhia				
15. Considera que na realidade ninguém o conhece bem				
16. Sente-se isolado das outras pessoas				
17. Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros				
18. É-lhe difícil fazer amigos				
19. Sente-se posto à margem e excluído (a) das outras pessoas				
20. Mesmo quando existem pessoas à sua volta, sente que elas não estão consigo				

ANEXO 3

Escala de Depressão, Ansiedade e stress (EADS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995)

Versão Portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2004)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

	Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes
1. Tive dificuldade em me acalmar				
2. Senti a minha boca seca				
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo				
4. Senti dificuldades em respirar				
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas				
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações				
7. Senti tremores (por ex., nas mãos)				
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa				
9. Preocupei-me com situações em que poderia entrar em pânico e fazer figura ridícula				
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro				
11. Dei por mim a ficar agitado				
12. Senti dificuldade em me relaxar				
13. Senti-me desanimado e melancólico				
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer				
15. Senti-me quase a entrar em pânico				
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada				
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa				
18. Senti que por vezes estava sensível				
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico				
20. Senti-me assustado sem ter uma boa razão para isso				
21. Senti que a vida não tinha sentido				

ANEXO 4

Escala de Orientação Religiosa I/E-Revista (Gorsuch e McPherson, 1989)

Versão Portuguesa por Rosilene Linares (2012)

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
1. Gosto de ler sobre a minha religião					
2. Vou à Igreja porque me ajuda a fazer amigos.					
3. Não tem grande importância aquilo em que acredito, desde que eu seja bom.					
4. É importante para mim dedicar tempo à meditação e à oração pessoal.					
5. Tenho muitas vezes uma perceção forte da presença de Deus.					
6. Rezo sobretudo para obter alívio e proteção					
7. Faço um esforço grande para viver a minha vida de acordo com as minhas crenças religiosas					
8. O que a religião mais me proporciona é conforto em alturas de problemas e de sofrimento					
9. A oração é para a paz e a felicidade					
10. Apesar de ser religioso não deixo que isso influencie a minha vida quotidiana					
11. Vou à Igreja sobretudo para estar com os meus amigos					
12. A minha abordagem à vida baseia-se na minha religião					
13. Vou à Igreja sobretudo porque me agrada encontrar lá pessoas que conheço					
14. Apesar de acreditar na minha religião, há muitas outras coisas mais importantes na vida					

ANEXO 5

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS **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: Elza Fraga, elzafragafraga@gmail.com

2- QUE DADOS RECOLHEMOS E CATEGORIAS DE TITULARES DOS DADOS

Dados dos participantes: Sociodemográficos - Sexo, Idade, Estado civil, Posição Religiosa, Profissão, Distrito de residência. Medidas de solidão, Ansiedade, Depressão, Stress, Religiosidade.

3- FUNDAMENTO JURÍDICO

Consentimento.

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

Investigação sobre “SOLIDÃO, RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL NOS JOVENS ADULTOS”, 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: Elza Fraga

APÊNDICE 1



Universidade Autónoma de Lisboa

Lisboa, 25 de Janeiro de 2023

Assunto: Pedido de autorização para a utilização da Escala de Orientação Religiosa I/E – R.

Exma. Sr^a Doutora Rosilene Linares

O meu nome é Elza Fraga e estou a realizar uma dissertação no âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica e do Aconselhamento, na Universidade Autónoma de Lisboa Luís da Camões, sob orientação da Prof^a Doutora Luísa Ribeiro. O trabalho em curso tem como objetivo principal compreender a relação entre a solidão, saúde mental e a religiosidade (Orientação Religiosa) nos jovens adultos, no contexto pandémico. Deste modo, solicito a autorização para aplicar a Escala de Orientação Religiosa I/E – R.

Agradeço desde já a disponibilidade dispensada, estando ao dispor para fornecer qualquer esclarecimento adicional.

Sem outro assunto de momento,

Com melhores cumprimentos,

Elza Fraga

Rosilene Linares

APÊNDICE 2



Solidão, Religiosidade e Saúde Mental nos Jovens Adultos

Investigadora Principal: Elza Fraga

Tens uns minutos?

SCAN ME



OBRIGADA



pela participação!

No âmbito da minha dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, estou a desenvolver um estudo intitulado: "**Solidão, Religiosidade e Saúde Mental nos Jovens Adultos**".



O presente estudo, tem como **objetivo** analisar os níveis de solidão nos jovens adultos em Portugal, compreender o impacto sobre a saúde mental, e ainda verificar se a religiosidade tem um papel protetor no contexto atual.

Durante o período pandémico existiu um aumento da solidão, contudo esta problemática já era uma preocupação de saúde pública devido ao impacto na saúde mental (e.g. depressão, ansiedade, stress). Considerando o novo paradigma, a religiosidade e orientação subjacente, pode ter um impacto positivo ou negativo na saúde mental (Bonelli et al., 2012; Dein et al., 2020; Ellison et al., 2012; Krause, 2003). Devido à escassez de estudos realizados em Portugal, será importante estudar a relação entre variáveis numa população maioritariamente religiosa (87.4%) e afetada pelo contexto pandémico (Dlugosz et al., 2022; INE, 2022; Lavrič & Flere, 2008).

Para tal, preciso do teu apoio para poder compreender os objetivos propostos. Apenas preciso que preenchas um pequeno questionário, que tem uma duração aproximada de **10 minutos**.

Mas quem é que pode participar?

- Jovens com idades compreendidas entre os 18 e 24 anos;
- Jovens com nacionalidade portuguesa.



