



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

**A EPIDEMIA DA SOLIDÃO: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE
PORTUGUESES E IMIGRANTES**

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

Autor: João Diogo Mália Sarmento

Orientadora: Professora Doutora Genta Kulari

Número do Candidato: 30003368

Abril de 2024

Lisboa

Agradecimentos

Primeiramente quero agradecer à família da Universidade Autónoma de Lisboa. O meu primeiro obrigado é dedicado à minha orientadora, Professora Doutora Genta Kulari, uma docente extraordinária e incansável, que me guiou nesta jornada dura e imprevisível, mas que é sem dúvida um desafio que voltarei a repetir. Tenho muito a agradecer também à Professora Doutora Cláudia Castro, que caminhou comigo lado a lado nesta batalha interna e externa, que sempre acreditou em mim e alimentou o meu potencial para que crescesse e me tornasse na pessoa que sou hoje. À Doutora Madalena Mira, que foi uma enorme e fantástica surpresa na fase final desta investigação, sem ela não teria conseguido chegar ao final. A todos os amigos e caras familiares que me cumprimentam à entrada e à saída desta bela e única Universidade. Estarão sempre no meu coração, tornou-se claro ao longo destes anos que terei sempre uma porta aberta com um sorriso do outro lado no palácio, e tudo isso é graças a vocês.

Todo este percurso não teria sido possível sem o apoio da minha família e amigos. Primeiramente, gostaria de agradecer aos meus pais, avós e irmãos, que me acompanharam desde o princípio. Sempre lutaram juntamente comigo para que alcançasse todos os meus objetivos e para que saciasse a minha fome de querer saber mais e de me envolver em vários projetos. Tornaram tudo isto mais leve ao serem pacientes e empáticos comigo. Aos meus amigos, obrigado pela coragem, força e determinação que me entregaram de braços abertos. Sem dúvida de que a minha vontade de mergulhar nesta investigação foi facultada pela energia que absorvi de vocês.

O meu último obrigado é dedicado às Instituições que me auxiliaram na recolha de dados e também aos participantes, por terem confiado a mim um pedaço de si mesmos para que pudesse partilhar a sua mensagem e contribuir para o conhecimento acerca deste tema tão atual e de extrema importância.

Resumo

Atualmente a sociedade depara-se com uma solidão abaladora, incapacitante e preocupante, devido ao seu impacto global, já descrito como epidémico. Considerando que na última década a população imigrante tem aumentado em Portugal, é relevante perceber a magnitude e distribuição da solidão na população portuguesa e imigrante. O objetivo do presente estudo é contextualizar a solidão na população portuguesa e imigrante em relação aos fatores de risco, como a saúde mental e fatores de proteção como o suporte social, a vinculação com os animais de estimação e os fatores sociodemográficos. Para além disso, o presente estudo propõe um modelo que analisa o papel mediador da solidão entre a relação do suporte social familiar e a saúde mental (depressão, ansiedade e stress). A amostra do estudo é composta por 300 participantes (150 portugueses e 150 imigrantes), sendo que o sexo predominante é o feminino, com idades entre os 18 e os 79 anos. O presente estudo é um estudo transversal comparativo e a recolha de dados foi realizada entre março e dezembro de 2023. Verificou-se que o suporte social tem uma correlação negativa com a solidão e uma correlação positiva com a saúde mental e com a vinculação com um animal de estimação. Verificou-se também que a população portuguesa é a que apresenta piores resultados quanto à saúde mental e suporte social. Concluiu-se que a solidão tem um papel mediador entre o suporte social familiar e a saúde mental. Esta investigação contribui para a compreensão da solidão entre a população portuguesa e imigrante em Portugal, em diferentes faixas etárias e ao mesmo tempo fornece dados empíricos sobre o efeito da solidão na relação entre o suporte social e a saúde mental (sintomas depressivos, ansiedade e stress).

Palavras-Chave: Solidão; Saúde Mental; Suporte Social; Portugueses; Imigrantes

Abstract

Nowadays, society is faced with shattering, disabling and worrisome loneliness, due to its global impact, which has already been described as epidemic. Considering that in the last decade the immigrant population has increased in Portugal, it is relevant to understand the magnitude and distribution of loneliness among Portuguese and immigrants. The aim of this study is to contextualize loneliness in the Portuguese and immigrant population in relation to risk factors such as mental health and protective factors such as social support, attachment to pets and sociodemographic factors. Furthermore, the present study proposes a model analyzing the mediation role of loneliness between the relationship of social support from family and mental health (depression, anxiety and stress). The study sample consisted of 300 participants (150 Portuguese and 150 immigrants), predominantly female, aged between 18 and 79 years. This study follows a cross-sectional study design and the data was collected between March and December 2023. Social support was found to have a negative correlation with loneliness and a positive correlation with mental health and attachment to a pet. It was also found that the Portuguese population had the worst results in terms of mental health and social support. It was concluded that loneliness plays a mediating role between family social support and mental health. This research contributes to the understanding of loneliness among the Portuguese and immigrant population in Portugal of different age groups, while providing empirical data on the effect of loneliness on the relationship between social support and mental health (depressive symptoms, anxiety and stress).

Keywords: Loneliness; Mental Health; Social Support; Portuguese; Immigrants

Índice

Introdução.....	1
Parte I – Enquadramento Teórico.....	3
1. A Solidão.....	4
1.1 A Solidão na População Portuguesa e Imigrante.....	5
1.2 A Saúde Mental.....	8
1.2.1 A Saúde Mental na População Portuguesa e Imigrante.....	10
1.3 O Suporte Social.....	14
1.3.1 Suporte Social como Fator de Proteção.....	15
1.4 A Vinculação com os Animais de Estimação (VAE).....	18
1.4.1 Fatores de Proteção e de Risco da Vinculação com os Animais de Estimação.....	21
Parte II – Metodologia.....	23
2.1 Desenho do Estudo.....	24
2.2 Participantes	30
2.3 Instrumentos	31
2.3.1 Variável Mediadora: Escala de Solidão UCLA.....	32
2.3.2 Variável Dependente: Escala Multidimensional de Apoio Social Percebido (MSPSS).....	32
2.3.3 Variável Independente: Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (EADS-21)	33
2.3.4 Lexington Attachment to Pets Scale (LAPS)	33
2.4 Procedimentos	34
2.5 Análise Estatística	35
Parte III – Resultados	37
3.1. Análise Descritiva	38
3.2 Análise das Hipóteses.....	44
Parte IV – Discussão	64
4. Discussão.....	65
4.1 Implicações Práticas e Teóricas	70
4.2 Limitações e Futuros Estudos.....	71
Parte V – Conclusão	74
5. Conclusão	75
Referências Bibliográficas	77
ANEXOS.....	93

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Descrição dos instrumentos	34
Tabela 2 Descrição dos fatores sociodemográficos	38
Tabela 3- Descrição dos fatores sociodemográficos	39
Tabela 4- Descrição dos fatores sociodemográficos	40
Tabela 5- Descrição dos Itens da Solidão	41
Tabela 6- Descrição dos Itens da Saúde Mental	42
Tabela 7- Descrição dos Itens do Suporte Social	43
Tabela 8- Descrição dos Itens da Vinculação com os Animais de Estimação	44
Tabela 9- Correlações entre as Variáveis do Estudo	45
Tabela 10- Médias da Formação Escolar da População Imigrante e Portuguesa.....	47
Tabela 11- Médias da Formação Escolar da População Imigrante e Portuguesa.....	48
Tabela 12- Médias da Formação Escolar da População Imigrante e Portuguesa.....	50
Tabela 13- Médias da Faixa Etária da População Imigrante e Portuguesa	51
Tabela 14- Médias da Faixa Etária da População Imigrante e Portuguesa	53
Tabela 15- Médias da Faixa Etária da População Imigrante e Portuguesa	54
Tabela 16- Diferenças entre a População Imigrante (N= 150) e Portuguesa (N= 150) ..	55
Tabela 17- Médias dos Níveis de Solidão da População Imigrante e Portuguesa	57
Tabela 18- Médias dos Níveis de Solidão da População Imigrante e Portuguesa	59
Tabela 19- Resultados da Solidão como variável mediadora entre as variáveis de Suporte Social (Família) e Saúde Mental (Depressão).....	61
Tabela 20- Resultados da Solidão como variável mediadora entre as variáveis de Suporte Social (Família) e Saúde Mental (Ansiedade).....	61
Tabela 21- Resultados da Solidão como variável mediadora entre as variáveis de Suporte Social (Família) e Saúde Mental (Stress).....	62

Lista de Figuras

Figura 1- Modelo de Mediação Simples	63
--	----

Lista de Siglas e Abreviaturas

SIAC: Sistema de Informação de Animais de Companhia

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

K-S: Kolmogorov-Smirnov

K-W: Kruskal-Wallis

M-W: Mann-Whitney

DGS: Direção-Geral da Saúde

Introdução

As sociedades modernas estão a enfrentar uma problemática quase epidémica conhecida como solidão (Cacioppo & Cacioppo, 2018). O mesmo estudo concluiu que uma em cada doze pessoas é afetada severamente pela solidão, sendo que em países industrializados cerca de um terço da população sofre de solidão. A solidão é definida como uma experiência emocional negativa produzida pela discrepância entre a vida social e emocional desejada e a realidade (Peplau & Perlman 1982). Com a solidão aumentam os sintomas negativos que perturbam e sufocam a população, como o aumento do risco da mortalidade prematura, a ideação suicida, sintomas depressivos e de ansiedade (Surkalim et al., 2022), irritação, entre outros, abrindo espaço para o desenvolvimento de perturbações mentais associadas como a depressão, a ansiedade e o stress (Cacioppo & Cacioppo, 2018; Wang et al., 2023; Vîslă et al., 2022). Existem vários fatores associados à solidão sendo alguns a falta de suporte social, o género feminino, a idade, estatuto socioeconómico e a escolaridade (Faísca et al., 2019). Considerando que o número de imigrantes residentes permanentes em Portugal aumentou nos últimos anos, existe uma escassez de estudos em Portugal que elaboram a perceção da solidão entre os imigrantes. Desta forma, o presente estudo pretende analisar quais são os fatores associados à solidão entre a população portuguesa e imigrante em Portugal. O Instituto Nacional de Estatística, relatou que no ano de 2023 houve um aumento de 21.3% imigrantes em Portugal (amostra de 97119 indivíduos). Pouco se sabe em relação à solidão e a saúde mental desta população. Os estudos anteriores destacam o choque cultural (Surkalim et al., 2022), a aprendizagem de uma nova língua e outros fatores socioculturais podem aumentar os níveis de ansiedade, depressão e solidão (Heu et al., 2019). Apesar da dificuldade com que os imigrantes se deparam com a nova língua e cultura, surgem outros fatores de risco como a dificuldade na procura de habitação, a perda de estatuto social e a insegurança laboral, que facilitam a prevalência da solidão. Os imigrantes estão, por isso, em alto risco de desenvolver problemas de saúde mental, devido a vários fatores económicos, socioculturais e ecológicos (Ciobanu & Fokkema 2021; Elshahat & Moffat, 2022; Krys et al., 2018). Posto isto, o presente estudo pretende analisar quais são as diferenças na perceção de solidão e os fatores associados entre a população portuguesa e imigrantes em Portugal.

Sabe-se que o suporte social exerce vários efeitos na saúde mental e nos níveis de solidão e que o tipo específico de apoio social prestado pode ser significativo (Ayala-Nunes et al., 2018). O suporte social define-se como o apoio ou disponibilidade de alguém, que nos valoriza e auxilia em situações de necessidade e pode ser categorizado em três tipos sendo estes o suporte social familiar, de amigos e de outros (Zimet, et al., 1988). Alguns autores que estudaram as redes de suporte social em Portugal concluíram que os portugueses optam pela criação de redes de suporte social familiar (cônjuges e filhos) invés de suporte dos amigos ou relações íntimas (Guadalupe & Vicente, 2022). Embora as famílias alargadas sirvam muitas vezes de rede de suporte, para a maioria dos imigrantes, muitos não migram com a família (Elkchirid & Motia, 2022) um fator que, juntamente com o desemprego e as condições financeiras precárias enfraquece as suas redes de suporte social (Fernández-Pacheco et al., 2022). Cummings et al. (2022), afirmam que embora o suporte social pareça estar associado ao bem-estar e à recuperação dos indivíduos, a medição inconsistente dos constructos desta variável na literatura cria uma barreira quando se visa o suporte social como uma área-chave de intervenção.

Zimet, e colaboradores (1988), colocam como hipótese estudar os animais de estimação como fonte de suporte social, tendo em conta o seu impacto na saúde mental e na solidão dos seus portadores. Um artigo publicado pelo Correio da Manhã em 2021, com dados do Sistema de Informação de Animais de Companhia (SIAC), afirma que o número de adoções de animais de estimação aumentou cerca de 78% na adoção de gatos e de 15% de cães em 2020. Ter animais de estimação tem sido associado a níveis mais baixos de solidão, ansiedade e depressão e a uma melhor perceção da saúde geral (Lass-Hennemann et al., 2022). No entanto, existem estudos que contrariam estes resultados, afirmando que os animais de estimação não influenciam ou podem até piorar o estado de saúde mental dos seus portadores (Lass-Hennemann et al., 2022). O presente estudo pretende também clarificar esta questão, esclarecendo a dúvida acerca do impacto e da importância da presença de um animal de estimação. Assim, ao esclarecer as incoerências e lacunas identificadas na literatura, este estudo contribui para o enquadramento da solidão em Portugal, visto que os estudos e dados estatísticos acerca desta variável, quer na população portuguesa quer na população imigrante, são escassos.

Parte I – Enquadramento Teórico

1. A Solidão

Atualmente, estando numa época “pós-covid”, podemos considerar que o mundo está a viver uma “epidemia da solidão” (Haslam et al., 2022). A solidão pode ser descrita como uma experiência aflitiva e pela falta de relações sociais significativas. Caracteriza-se como a incongruência entre as relações desejadas e as reais (Luz & Thomas, 2023; Peplau & Perlman 1982; Vang et al., 2023). A solidão, por outras palavras, é uma autoavaliação, que examina se uma pessoa tem relações sociais adequadas e de qualidade (Tonui et al., 2023). Esta incongruência pode gerar sentimentos negativos, como o sofrimento psicológico e o isolamento. Existem dois subtipos de solidão: a social, que está relacionada com a redução do tamanho da rede de suporte social; e a emocional, que se refere aos défices nas relações íntimas (Luz & Thomas, 2023). De acordo com estudos anteriores, a solidão afeta pessoas de todas as idades, sendo mais frequente na adolescência. Entre a idade adulta média e a tardia, a prevalência da solidão é menor em comparação com outros grupos etários (Vang et al., 2023). A solidão nas crianças e nos jovens está associada a uma pior saúde física, a perturbações no sono e ao aumento dos comportamentos de risco, como o tabagismo, o consumo de drogas e de álcool nos jovens (Eccles & Qualter, 2021; Hards et al., 2022). Quanto aos adultos, existem estudos que associam a solidão a problemas de saúde mental nesta faixa etária, sendo que a sua relação parece ser bidirecional (Hards et al., 2022; Jenkins et al., 2023). A questão da solidão entre os adultos mais velhos não deve ser ignorada, uma vez que a população idosa está a aumentar drasticamente e a prevalência da experiência de solidão tende a aumentar gradualmente com a idade.

A solidão é vista como um aspeto adaptativo e necessário durante a vida, porque o sentimento negativo associado tem um impacto positivo na motivação e assegura a nossa reconexão, que por sua vez reforça as nossas ligações sociais para nos manter a salvo dos perigos que vivemos no ambiente social que nos rodeia. No entanto, quando a solidão é crónica, pode ter efeitos prejudiciais para a saúde (Eccles & Qualter, 2021; Hards et al., 2022). Alguns fatores de risco que preveem o aumento da solidão são o rendimento do agregado familiar, o estado civil, a saúde e a frequência da socialização (Vang et al., 2023). Um estudo recente acerca do impacto da solidão referiu que a sua presença está associada a alterações na saúde mental (depressão, ansiedade), no bem-estar social (qualidade de vida) e na saúde física (incapacidade funcional). A solidão também tem sido associada a uma má qualidade do sono, fadiga crónica e ao aumento

da morbilidade e mortalidade (Alsubheen et al., 2023), e ao aumento da ideação suicida e tentativas de suicídio na população com psicopatologia prévia (Rodrigues, 2018).

A solidão é mais visível em indivíduos com redes de suporte social inferiores e que já apresentam algum tipo de limitação, seja física ou psicológica. A deterioração funcional consequente do envelhecimento é um destes fatores limitativos que “enjaula” esta população em casa e força o corte no contacto social frequente, por exemplo. Outro fator associado é a institucionalização, o seu impacto na solidão é elevado embora subjetivo, visto que também depende das condições da instituição (Rodrigues, 2018). Um indivíduo que vive e que se sente sozinho tem a tendência a tornar-se hipervigilante, especialmente socialmente. Rodrigues (2018) refere que este fenómeno contribui para a criação de vieses cognitivas e para a declínio do contacto social, visto que se focará nos aspetos negativos da interação social e que a sua perspetiva do contacto social será interpretada de forma negativa. No entanto, sabe-se que suporte social considerado “suficiente” está associado a menos sintomas psiquiátricos, ao melhor funcionamento global e à recuperação pessoal, a uma maior autoestima, empoderamento, e a uma melhor qualidade de vida (Ma et al., 2020).

O suporte social servirá como fator de proteção para todas as populações, sejam idosos institucionalizados, jovens universitários na sua integração académica ou adultos com uma carga laboral intensa e com pouco contacto social fora do trabalho (Pike & Crocker, 2020; Público, 2022; Rodrigues, 2018). Especificamente, o suporte social familiar protege as crianças da solidão e do isolamento, já que em famílias negligentes, o apoio dos vizinhos, amigos e parentes é importantíssimo, por exemplo (Nunes et al., 2021). Este tipo de suporte social tem um papel fundamental na população imigrante mais velha, outro exemplo, que se apoia nos filhos para os auxiliarem no ajuste à nova cultura e língua do país de acolhimento (Tonui et al., 2023).

1.1 A Solidão na População Portuguesa e Imigrante

Nos últimos 20 anos, a solidão emergiu como uma crise crescente de saúde pública, ultrapassando todas estas fronteiras da nacionalidade, classe, etnia, género e idade (Pike & Crocker, 2020). Primeiramente, é importante fazer a distinção entre os estatutos de imigrante, no presente estudo definem-se três estatutos: imigrante, refugiado e requerente de asilo. Um imigrante é um indivíduo que opta por se deslocar

por variadas razões, como por exemplo para prosseguir uma carreira profissional ou académica, para se reunir com a família ou por procurar melhores condições de vida. Um refugiado é um indivíduo deslocado à força do seu país para escapar à guerra, à perseguição, a catástrofes naturais, entre outros. Por fim, o pedido de asilo é um processo legal através do qual os refugiados solicitam a admissão num país de acolhimento para residência (Kameg, 2019).

Embora a literatura sobre a solidão em comunidades de imigrantes e outras comunidades deslocadas tenha maior foco sobre a falta de redes de apoio social, pouca atenção tem sido dada ao impacto emocional da perda de ligação com o país de origem, ou às formas como as barreiras estruturais nas novas sociedades de acolhimento circunscrevem as oportunidades de ligação (Pike & Crocker, 2020). Por exemplo, um estudo realizado na Suécia constatou uma maior probabilidade de desemprego, habitação e saúde precária, solidão, isolamento e rendimentos mais baixos na população imigrante, (Saasa et al., 2022), assim como discriminação por parte da comunidade de acolhimento (Brooks et al., 2022). Algumas destas condições sociais e económicas refletem-se também na saúde mental da população em Portugal, visto que atualmente existe pouca flexibilidade laboral na contratação, assim como a falta de adaptação à carga laboral imposta a partir de certa idade, pelos 50 anos, surge uma dificuldade acrescida de regressar à vida laboral (Rodrigues, 2018). Os gradientes sociais determinam o acesso à educação, ao emprego, a rendimentos adequados, à riqueza e, ao mesmo tempo, aumentam a insegurança, a ansiedade, a depressão e a solidão (Tapia-Muñoz et al., 2022). Dado que a solidão é uma resposta emocional que acompanha a perceção da desconexão, a perda primordial da ligação ao “*self*” e ao país de origem compromete a capacidade dos imigrantes se ligarem aos domínios mais amplos da comunidade, da região e do país de acolhimento (Pike & Crocker, 2020). O estudo citado indica que a imigração pode facilitar a incidência da solidão, devido ao desejo de espaços físicos com ligação ao “*self*” (identidade) e de um sentido mais amplo de pertença ao novo país. A imigração também produz solidão através de mudanças rápidas nas expectativas socialmente inscritas da possível criação de redes de suporte social.

Um estudo da Comissão Europeia, citado pelo Público (2022) constata que cerca de 21.9% portugueses se sentem sozinhos. Em 2011, um inquérito, ao qual responderam 47099 indivíduos, conclui que em Portugal a solidão aumenta com a idade, tendo

atingido a prevalência de 14.9% na população com 60 ou mais anos (Rodrigues, 2018). Outro estudo indica que a solidão em Portugal subiu para 15.3% desde 2016 o que, consequentemente, torna Portugal o sexto país europeu em que a solidão mais aumentou nos últimos anos (Público, 2022). Os jovens portugueses têm revelado sentir mais solidão nesta época pós-pandémica, em 2021, sete em dez jovens portugueses sentia-se infeliz por realizar uma tarefa só. No mesmo estudo, 33% jovens portugueses afirmam sentir-se excluídos por terceiros, afirmando que as relações são apenas meios para fins, especialmente entre os 16 e os 21 anos em que esta perceção e sentimento sobe para 41%. Em 2023, o SNS 24 realizou um estudo, que engloba cerca de 1200 pessoas, entre os 50 e os 101 anos e concluiu que 20.4% da população portuguesa que sente solidão são mulheres e que 7.3% são homens. Constata-se que uma menor escolaridade revelou estar associada a sentir mais solidão (25.8%) e também que este sentimento aumenta com a idade: 9.9% dos 50-64 anos; 26.8% com 85 anos ou mais. Por fim, pessoas viúvas (30.6%) ou solteiras (15.8%) têm uma maior percentagem e probabilidade de vir a sentir solidão do que pessoas casadas (9.2%). No entanto, Delaruelle (2023) afirma que a população imigrante tem mais tendência a sentir a solidão do que a população não imigrante, sendo uma das causas o facto de esta população ter que deixar a sua rede de suporte social para trás no seu processo de imigração, o que torna a criação de uma nova rede mais complexa. Curiosamente este estudo sugere que os imigrantes de segunda geração não aparentam ter esta dificuldade e podem ser um fator de proteção, que auxilia a primeira geração a integrar-se socialmente ao promover a criação de redes de suporte social e a participação em eventos sociais.

A solidão tem vindo a crescer e a prevalecer ao longo das décadas, isto poderá ser devido ao aumento da emigração e das taxas de divórcio, ao envelhecimento populacional e à diminuição da natalidade o que, consequentemente, causa a diminuição das famílias portuguesas (Rodrigues, 2018). A solidão nesta população parece, por um lado, estar mais relacionada com a perda do suporte social e com a diminuição progressiva do sentimento de pertença do que com o isolamento. Por outro lado, o autor argumenta que a saída dos filhos de casa (ninho vazio), a reforma, a perda do papel laboral, o facto de se sentirem um fardo para a família, o afastamento consequente da sociedade e o aumento em serviços de saúde e medicação são alguns fatores causais da solidão que prejudicam a capacidade económica dos portugueses, o que poderá limitá-los e degradar a sua saúde mental. Os estudos empíricos que exploram a maior

vulnerabilidade dos imigrantes à solidão têm-se centrado predominantemente nos imigrantes mais velhos devido ao "duplo risco" que enfrentam em termos de riscos de solidão. Para além dos desafios relacionados com a migração, também se deparam com fatores relacionados com a idade, como a falta de saúde física e com o isolamento social (Delaruelle, 2023).

Em Portugal, existem algumas tentativas de incluir a população mais velha na sociedade e parte destas políticas de envelhecimento ativo resultam, como é o caso das que aproximam os idosos dos jovens (Rodrigues, 2018). O plano para a “*Decade of Healthy Ageing*” (2020-2030) estabeleceu um item de ação para identificar e combater a solidão através de uma abordagem baseada na comunidade que oferece oportunidades iguais para atividades de lazer e sociais aos adultos mais velhos. O plano está ligado aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para a década, que apelam a uma frente unida para superar a desigualdade e garantir um envelhecimento saudável para todos os idosos, independentemente da residência, género, etnia, nível de educação, estado civil e condição de saúde (Tapia-Muñoz et al., 2022). Ora, para atingir estes objetivos torna-se vital para a adaptação e integração por parte da população imigrante, visto que o processo de imigração cria condições propícias a uma “epidemia de solidão”. O choque de mudanças drásticas nos ambientes sociais e físicos com as várias barreiras estruturais impedem o desenvolvimento de relações sociais e culturais (Pike & Crocker, 2020). Os autores deste estudo realçam ainda que a maioria da comunidade está fora do alcance dos serviços de saúde pública, devido às barreiras linguísticas e a outros fatores, incorporá-las nos sistemas de avaliação e tratamento é extremamente difícil.

1.2 A Saúde Mental

Segundo a Organização Mundial de Saúde, saúde mental é um estado de bem-estar no qual cada pessoa se apercebe do seu próprio potencial, é capaz de lidar com o stress normal do quotidiano, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir para sua comunidade (World Health Organization, 2004). Cerca de 450 milhões de pessoas sofrem com perturbações mentais, de acordo com a estimativa dada pelo relatório realizado pela Organização Mundial de Saúde em 2001, que afirma que uma em quatro pessoas serão afetadas por uma perturbação mental ao longo da sua vida (World Health Organization, 2001).

O sofrimento psicológico é o resultado da exposição a acontecimentos de vida stressantes que têm impacto na vida quotidiana dos indivíduos. É normalmente utilizado como indicador de perturbações emocionais, tais como sintomas depressivos e ansiedade. A consequência do sofrimento psicológico está associada a uma redução da atividade social e a um risco acrescido de suicídio, a população imigrante sofre frequentemente de sofrimento psicológico, por exemplo (Chang, 2019). O autor citado indica que muitos estudos demonstram que as mulheres têm uma maior prevalência de perturbações mentais e um maior sofrimento emocional do que os homens e que este fenómeno é devido a fatores ambientais.

A vulnerabilidade durante a adolescência, por exemplo, gera uma maior probabilidade de se criarem problemas de socialização que atuam como um obstáculo ao suporte social e ao aumento da solidão e do isolamento. Adolescentes que utilizem estratégias mal adaptativas podem vir a desenvolver perturbações de ansiedade ou a piorar quadros clínicos pré-existentes (Pires et al., 2020). O facto de não existirem dados nacionais acerca da prevalência de perturbações mentais nos adolescentes e jovens adultos em Portugal alerta para a intervenção precoce, especialmente em contexto escolar (Gaspar et al., 2019). A solidão é um problema comum durante a adolescência; compreende uma experiência dolorosa em que as necessidades sociais dos indivíduos não são satisfeitas. A solidão não só afeta a saúde física como também a saúde mental - por exemplo, aumentando os sintomas depressivos. A solidão é um indicador de perturbações na saúde mental, está relacionada com perturbações da personalidade e psicose (Xiong, & Xu, 2023).

As perturbações mentais afetam o funcionamento global do ser humano, resultando não só num enorme sofrimento emocional e, consequentemente, na diminuição da sua qualidade de vida, mas também auxiliam ao seu isolamento, ao estigma e à discriminação da patologia. Esse peso alarga-se à comunidade e à sociedade, visto que traz consequências económicas e sociais de longa duração. As perturbações mentais são frequentemente associadas a períodos prolongados de tratamento, o que aumenta o absentismo, o desemprego, o aumento da rotatividade de mão de obra e o declínio na produtividade, levando ao aumento geral dos custos. Além disso, como são incapacitantes e podem perdurar durante anos, acabam por impactar o bem-estar emocional e socioeconómico dos familiares que acompanham os pacientes (World Health Organization, 2001). Sabe-se que a carência de psicólogos nos cuidados

primários de saúde está mais presente que nunca e que se acentuou com a pandemia COVID-19. Em Portugal surgem cerca de 250 psicólogos o que resulta num rácio de 2,5 psicólogos para 100 000 utentes (o recomendado é 1 psicólogo por 5000 e Portugal tem 1 por cada 40000 utentes no Serviço Nacional de Saúde). Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021), “(...) os problemas de Saúde Psicológica afetam um em cada cinco portugueses (23%)”. Sabe-se que a crise que decorre atualmente também tem como consequência o declínio da saúde mental e do bem-estar dos portugueses, mais especificamente o aumento das perturbações de ansiedade e da depressão nos jovens e adultos, com maior foco nos desempregados e nos pais e mães que ficaram a cargo dos filhos em casa, limitando o equilíbrio entre a vida profissional e familiar (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2021).

Posto isto, torna-se fulcral a promoção da saúde mental, assim como a prevenção de doenças e focar a sustentabilidade dos sistemas de saúde de forma a garantir a proteção social. O Plano de Recuperação e Resiliência português acentua o investimento precário na prevenção e no diagnóstico, visto que a prioridade incide no tratamento da doença, devido à realidade pandémica em que a população ainda vive. Surge a necessidade de promulgar a capacitação de tomadas de decisão ativas e saudáveis para diminuir a incidência de doenças, sejam de foro físico ou psicológico, assim como tornar a população em parceiros ativos dos sistemas de saúde (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2021).

1.2.1 A Saúde Mental na População Portuguesa e Imigrante

A prevenção das perturbações mentais tornou-se num objetivo fundamental da psiquiatria clínica moderna (Fusar-Poli et al., 2020). A iniciativa da Organização Mundial de Saúde para a cobertura universal de saúde mental sugere que as condições de saúde mental causam uma mortalidade precoce de 10 a 20 anos. Por exemplo, há registos globais de mais de 800000 mortes anuais só devido à mortalidade por suicídio, com perdas económicas agravadas e com um impacto desproporcionado nos países de baixo e médio rendimento (WHO, 2019a, 2019b). Portugal tem uma das taxas mais altas de prevalência de perturbações mentais na Europa (Silva et al., 2022). Em 2017, a Organização Mundial de Saúde reportou que a proporção de pessoas que recebem tratamento entre as que necessitam de cuidados para as perturbações mentais graves é de 76% a 90% nos países de baixo e médio rendimento (ou seja, nos países em

desenvolvimento) (World Health Organization, 2017). Uma grande percentagem de pessoas com perturbações mentais não é tratada ou não recebe o tratamento adequado, mesmo nos países desenvolvidos, como é o caso de Portugal atualmente, o que promove o aumento da taxa de perturbações mentais (Silva et al., 2022).

Existem várias razões pelas quais um indivíduo pode não procurar ajuda profissional para problemas de saúde mental, como a acessibilidade limitada ou a falta de disponibilidade de cuidados de saúde e também a preferência pela autoajuda ou automedicação (Lien et al., 2023). Outros estudos sugerem que a idade, o sexo e o estatuto socioeconómico também influenciam a procura de ajuda profissional em Portugal (Silva et al., 2022). Apesar de uma maior consciencialização e compreensão das doenças mentais e dos benefícios da ajuda profissional, persistem barreiras à utilização dos cuidados de saúde para as doenças mentais (Lien et al., 2023). Embora esteja garantido um acesso seguro, adequado e económico às necessidades básicas, como a alimentação e o alojamento, é de extrema importância atender às necessidades de saúde mental da população imigrante, marginalizada e em risco (Spiegel et al., 2022). Estudos concluíram que a maioria dos jovens que vivem em situação de sem-abrigo têm pelo menos uma perturbação de saúde mental, e/ou apresentam um atraso académico ou de desenvolvimento, no entanto, menos de um terço desses jovens recebe tratamentos para equilibrar a sua saúde mental. Spiegel et al. (2022) alertam para as taxas desproporcionalmente elevadas de trauma vividos por jovens que se encontram em situação de sem-abrigo, é fundamental que se invista na sua saúde mental, começando por disponibilizar terapias que foquem o trauma experienciado pela população imigrante.

Um estudo realizado pela Eurostat em 2021 indica entre os países da União Europeia, Portugal (12,2%) teve a maior percentagem de população com depressão crónica em 2019 e que os níveis de depressão são superiores na população do sexo feminino (16.4%). Ainda em 2021, o Instituto de Saúde Ambiental realizou um inquérito a 6079 portugueses e este estudo revelou que 27% da população portuguesa sofre de ansiedade, devido às condições de confinamento vividas em pandemia que fomentaram o aumento do sofrimento psicológico. Segundo o Instituto de Saúde Ambiental, em 2021, quatro em cada dez portugueses estava em sofrimento psicológico moderado ou grave. Alguns fatores de risco que preveem o agravamento do estado da saúde mental incluem: ser do sexo feminino, ter entre 18 a 29 anos, estar desempregado, ter baixos rendimentos e dificuldades em conciliar o trabalho com a vida familiar

(Instituto de Saúde Ambiental, 2021). Tendo em conta os fatores de risco referidos e as dificuldades de adaptação social da população imigrante, é importante salientar que a disrupção da dinâmica familiar causa conflito entre os seus membros e diminui a perceção de suporte social familiar, aumentando os riscos de incidência de depressão e de solidão nesta população (Luz & Thomas, 2023). Os estudos acerca da relação entre a solidão e a depressão são inconclusivos (Erzen & Cikrikci, 2018), não se sabe exatamente se é a solidão que causa a depressão ou se é a depressão que causa a solidão.

Um estudo constatou que as experiências das crianças imigrantes antes e depois da migração resultam numa saúde mental empobrecida, comparativamente à população não imigrante (Fakhari et al., 2023). Por exemplo, os imigrantes são vítimas de isolamento e exclusão na escola constantemente, enfrentam discriminação com base na sua etnia, cultura, religião e língua; podem até ser intimidadas e maltratadas física e/ou verbalmente. Os rendimentos inadequados, o desemprego e o subemprego foram todos identificados como os principais obstáculos e causas de uma saúde mental deteriorada entre as famílias imigrantes (Fakhari et al., 2023). Já os jovens portugueses, embora tendo estado em menor risco de sequelas graves decorrentes da COVID-19, em 913 estudantes universitários, cerca de 37% já apresentava um agravamento de sofrimento psicológico persistente antes do início da pandemia, destacando-se como um grupo, em particular, em risco de depressão (Machado et al., 2023). Quanto aos jovens imigrantes, existem estudos que revelam uma grande preocupação com a saúde mental após a migração, porque o seu desenvolvimento é influenciado pelo seu ambiente e pelas suas experiências (Elkchirid & Motia, 2022; Fakhari et al., 2023). O ambiente e contexto pandémico aumentou a carga psicológica, a falta de segurança e predisposição para desenvolver problemas de saúde. Machado e colaboradores (2023) referem que os estudantes são particularmente afetados pelas restrições financeiras derivadas da COVID-19, pelo afastamento da sua rede de suporte emocional e pela incerteza quanto à conclusão dos estudos e ao que um futuro contaminado pela COVID-19 lhes reserva. Isto porque, para além da volatilidade natural da sua fase de desenvolvimento, a pandemia colocou, de facto, os estudantes universitários sob uma carga sem precedentes, originando taxas elevadas de ansiedade, de stress e depressão. Além disso, a literatura sugere que o sexo e a idade influenciam a saúde geral e a saúde mental dos estudantes universitários, sendo que as estudantes portuguesas apresentaram resultados mais elevadas em termos de stress, ansiedade e depressão, maiores dificuldades

financeiras, uma menor saúde mental e maiores conflitos com os pais, quando comparados com os do sexo masculino (Machado et al., 2023).

O início da guerra entre a Rússia e a Ucrânia fomentou o aumento da hostilidade internacional. Os efeitos da exposição indireta a esta guerra nos portugueses revelam um aumento de stress, ansiedade e de sintomas depressivos. O estudo citado refere que os portugueses utilizam o suporte social instrumental como fator de proteção contra estes sintomas (Castro et al, 2023). Após a chegada ao país de acolhimento, torna-se fulcral estimular o contacto social entre os imigrantes, que é um fator crítico para a sua resiliência e bem-estar. Ser incapaz de comunicar facilmente devido a barreiras linguísticas pode ter um impacto negativo no bem-estar mental, ao aumentar a frustração entre os imigrantes que se esforçam para formar laços sociais, estar a par dos recursos disponíveis e das suas opções de cuidados de saúde existentes (Abrams et al., 2022). O estudo citado afirma que aqueles que herdaram ligações através da sua família ou comunidade (invés de criarem novas redes) possuem um acesso superior a recursos e apoio social, o suporte social percebido e a coesão social são fatores de proteção contra a deterioração da saúde mental dos imigrantes. Muitos imigrantes asiáticos mais velhos que vivem nos Estados Unidos têm uma prevalência relativamente maior de sofrimento psicológico devido aos desafios do processo de imigração, por exemplo (Chang, 2019).

Outro exemplo são as taxas de perturbações mentais entre a comunidade latina, que têm vindo a aumentar, devido aos fatores de stress adicionais relacionados com a COVID-19 (Ryan et al., 2021). O suporte social e as redes sociais de apoio podem reduzir a exposição aos fatores de stress, assim como atenuar o seu impacto na saúde mental. O facto de terem suportes e redes sociais diminuiu os seus sintomas de depressão e de ansiedade, assim como a solidão que sentiam (Ryan et al., 2021). Estas realidades brutais colocam esta população em risco de sofrer de stress crónico e de problemas de saúde mental, que podem afetar o seu bem-estar psicológico e físico (Perez et al., 2023). Os autores citados afirmam que o stress psicológico associado à retórica anti-imigrante e às políticas em constante mudança é inegável, com estudos que indicam que o stress relacionado com a imigração está associado a uma saúde mental precária e à ansiedade, ao trauma e à depressão entre os imigrantes. As políticas de integração podem ser consideradas como fatores de proteção e de risco, sendo que estão dependentes de país para país. Estes fatores contextuais podem influenciar a capacidade dos imigrantes para estabelecerem relações sociais, as suas perceções da qualidade das suas ligações sociais e o seu sentimento de pertença, ou seja, podemos afirmar que

impacta a sua vivência com a solidão e com a possibilidade de desenvolver outras dificuldades relacionadas com a saúde mental (Delaruelle, 2023). De um modo geral, compreender as experiências sociais, políticas, culturais e migratórias é fundamental para contextualizar os fatores que aumentam o stress psicológico na população e para criar estratégias que permitam abolir o racismo estrutural e investir em políticas que auxiliem a integração no país de acolhimento (Perez et al., 2023).

1.3 O Suporte Social

Existem várias definições de suporte social (Rodriguez et al., 2019), sendo que no presente estudo o suporte social pode ser definido como a existência ou acessibilidade de uma rede de pessoas próximas, que nos valorizam e suportam, é categorizado em três tipos sendo estes o suporte social familiar, de amigos e de outros (Zimet, et al., 1988). O suporte social refere-se à disponibilização de recursos materiais e psicológicos através de uma rede social que facilita a capacidade do indivíduo para lidar com o stress (Nunes et al., 2021). Tem sido frequentemente estudado devido aos seus efeitos diretos e indiretos na redução do impacto negativo de alguns fatores de risco no bem-estar físico e psicológico (Cohen, 2004). Sendo um constructo multidimensional, o suporte social inclui diferentes formas de apoio como o instrumental (assistência financeira ou ajuda nas tarefas diárias), informacional (conselhos e *feedback* relativamente a diferentes aspetos da vida pessoal e familiar) e emocional (empatia e expressão de carinho) (Lagdon et al., 2018). Os mesmos autores definem o apoio funcional refere-se ao tipo de suporte recebido e o apoio estrutural ao número e aos papéis dos membros da rede de suporte social (Lagdon et al., 2018). Além disso, o suporte funcional pode ser dividido em três tipos: suporte emocional, que se refere a aspetos como intimidade, afeto, conforto e cuidado; suporte tangível, que se refere à prestação de assistência material; e suporte informativo, que se refere a conselhos, orientações ou informações relevantes (Barrera, 1986; Lagdon et al., 2018; Yanardağ et al., 2022). O suporte social percebido, inclui as interpretações e crenças do próprio indivíduo acerca do nível de suporte social sentido e observado pelo mesmo (Yanardağ et al., 2022).

O suporte pode variar em termos de estrutura, de função, de forma e de fonte. A estrutura refere-se à existência e às características das redes sociais, como a densidade da rede, a composição e a frequência do contacto com os laços sociais. A função refere-

se ao tipo de apoio prestado, efetivo ou percebido, como o suporte emocional, o suporte instrumental e o suporte informativo. Vários estudos demonstraram que o suporte social percebido, por oposição ao recebido ou ao estrutural, exerce um efeito mais vincado nos resultados de saúde mental (Eno Louden & Manchak, 2018; Flores et al., 2020; Rodriguez et al., 2019). A forma de suporte social pode ser conceptualizada como os comportamentos reais ou percepções individuais, captando assim a prestação ou utilização real de suporte social ou a percepção da disponibilidade ou receção de suporte social (Eno Louden & Manchak, 2018; Jolly et al., 2021). Esta distinção é importante, dado que alguns resultados demonstram os efeitos diferenciais da utilização efetiva do suporte por parte dos trabalhadores em relação às suas percepções de disponibilidade de apoio. Por último, o suporte social pode provir de várias fontes, como supervisores, colegas de trabalho, familiares e membros da comunidade. As fontes de apoio podem ser informais (ou seja, família, amigos e comunidade étnica) ou formais (ou seja, agências de cuidados de saúde ou centros de assentamento) (Elkchirid & Motia, 2022; Jolly et al., 2021).

Os seres humanos são seres sociais que necessitam de recursos humanos para o seu funcionamento psicológico e social, assim como para o suporte social no local de trabalho, que se refere, em termos gerais, ao apoio interpessoal de outros indivíduos no trabalho (Rodriguez et al., 2019). Estes recursos podem ter efeitos positivos diretos em resultados importantes, como o desenvolvimento ou a melhoria da qualidade das relações interpessoais e das atitudes no trabalho, ou podem servir de amortecedor entre os fatores de stress ambientais e a avaliação individual do stress e/ou a experiência de tensão (Jolly et al., 2021). O suporte social é, talvez, o fator psicossocial mais importante, neste contexto. São muitos os estudos que exploram a relação entre um forte suporte social e um elevado nível de bem-estar (Rodriguez et al., 2019; Yanardağ et al., 2022). A literatura revela que o baixo suporte social é um antecedente importante da solidão (Caba Machado et al., 2023; Lin et al., 2022).

1.3.1 Suporte Social como Fator de Proteção

Como refere Taylor (2011), o suporte social gera bem-estar através de mecanismos fisiológicos, neuroendócrinos e imunológicos. Neste sentido, o suporte social desencadeia um aumento da oxitocina, que está diretamente relacionada com sentimentos de bem-estar. O suporte social também reduz o stress, evitando as

consequências imunológicas e fisiológicas negativas associadas (De la Fuente et al., 2023). As relações proporcionam oportunidades para interações sociais comuns do dia a dia e atividades partilhadas e, principalmente através destas interações e trocas de rotina, os destinatários regulam os seus afetos, ações e pensamentos. As interações sociais que regulam com êxito os afetos contribuem para afirmar o suporte social percebido e o bem-estar psicológico (Rodriguez et al., 2019). O estudo citado demonstrou que o ajuste psicológico está positivamente associado ao suporte social. Caba Machado et al. (2023) afirmam que a solidão e o suporte social percebido têm-se mostrado negativamente correlacionados em vários estudos, sugerindo que as pessoas com elevados níveis de solidão podem também ter baixos níveis de suporte social percebido. O seu estudo acerca da faixa etária dos jovens refere que é uma das faixas que mais apresenta taxas de incidência elevadas de solidão, visto que a solidão e a falta de suporte social percebido são fatores importantes para os estudantes universitários deslocados, por exemplo.

O suporte social é muitas vezes conceptualizado como um índice de qualidade ou satisfação da relação ou como apoio emocional (por exemplo, carinho) ou instrumental (auxílio na resolução de problemas). O efeito do suporte social na procura voluntária de tratamento de saúde mental é complexo; os membros da rede social de apoio podem encorajar um indivíduo a procurar tratamento, ou um indivíduo pode contar com o apoio da sua rede social em vez de um tratamento formal (Eno Loudon & Manchak, 2018). Os autores citados referem que o controlo social atua mais diretamente sobre a procura e a adesão ao tratamento. Por exemplo, a família ou os amigos podem exercer pressão sobre o indivíduo para que se envolva em comportamentos de saúde positivos (por exemplo, fazer exercício físico) ou se abstenha de comportamentos negativos (por exemplo, fumar) (Eno Loudon & Manchak, 2018). Um outro estudo constatou que o suporte social reduzia a probabilidade de utilização de tratamentos de saúde mental, no entanto à medida que as condições de saúde mental dos indivíduos agravam, as redes de apoio aumentam, e com isso, a probabilidade de utilização dos serviços de saúde mental diminui (Xie et al., 2022).

Um estudo comprovou que aqueles que menos utilizam serviços de saúde mental tendem a ser do sexo masculino, hispânicos ou asiáticos, sem seguro e com melhores condições de saúde (Xie et al., 2022). Escolas com uma maior proporção de alunos de minorias tinham uma probabilidade significativamente menor de oferecer serviços de saúde mental, por exemplo. Foi referido no estudo citado que certas populações

imigrantes são mais suscetíveis a ter problemas de saúde mental e menos suscetíveis a procurar cuidados devido a crenças familiares ou à falta de recursos e tendem a não procurar ajuda profissional para os seus problemas de saúde mental; em vez disso, recorrem a redes de apoio pessoal - amigos próximos, pessoas significativas e comunidade religiosa.

Em Portugal, as relações com as figuras de referência são de extrema importância para o ajustamento psicoemocional e relacional desde a infância até à adolescência, visto que influenciam a estruturação do nosso autoconceito e autoestima, o nosso comportamento e também a nossa percepção de suporte social recebido (Ferreira et al., 2023). Os autores citados referem que o suporte social familiar é o mais crucial no desenvolvimento das crianças e adolescentes, pode ser positivo e estável no qual existe intimidade, afeto, empatia e privacidade. Caso seja um tipo de suporte tóxico repleto de opressão, negligência, egoísmo e hostilidade terá impacto negativo no bem-estar psicológico desta população (Ferreira et al., 2023). Estudos concluíram que as famílias em risco psicossocial em Espanha e Portugal tendem a depender de redes de suporte social disfuncionais, que incluem os seus filhos como fontes de apoio social, por exemplo (Ayala-Nunes et al., 2018). Os autores citados realçam também que estas famílias estão geralmente mais dependentes de fontes formais de apoio, como assistentes sociais e psicólogos, do que os adultos da população em geral.

A família constitui o núcleo da maioria das redes, sobretudo na velhice, e todas as tipologias de suporte social analisadas, sem exceção, revelam tipos de redes compostas ou dominadas por laços familiares (Guadalupe & Vicente, 2022). Os autores citados referem ainda que algumas tipologias destacam mesmo os subsistemas familiares, as condições de vida e a conjugalidade ou o estado civil, como é o caso das redes de agregados familiares multigeracionais. Alguns estudos sugerem que o suporte social informal, que as famílias imigrantes recebem dos círculos sociais, ajuda-as a conseguir emprego e a reforçar as ligações sociais e culturais (Fakhari et al., 2023). Em Portugal, as redes de suporte social mais diversificadas são as de amizade e de vizinhança, com maior frequência relativa de contactos entre o sujeito focal e os membros da rede do que as redes familiares (Guadalupe & Vicente, 2022). Por exemplo, num estudo sobre as experiências pós-natais de mulheres refugiadas sírias na Nova Escócia, as ligações sociais revelaram-se fundamentais, uma vez que os amigos prestaram apoio emocional após o parto e também cuidaram das crianças, limpavam a

casa e cozinham para a mãe e a sua família (Fakhari et al., 2023). A importância que as famílias imigrantes atribuem ao acesso ao suporte social informal é evidente na sua preferência por viver em cidades metropolitanas, que têm comunidades imigrantes alargadas.

Um estudo português de Rodrigues, (2018) defende que o suporte social está relacionado muitas vezes com a solidão, mesmo tendo uma rede de apoio social vasta composta por profissionais de saúde, amigos, família ou outros pontos de referência aos quais recorreremos quando mais necessitamos. Nestes casos é curioso investigar o “sentimento de dívida” e o “dar de volta” que um indivíduo pode sentir e pensar após receber qualquer tipo de suporte. Este tipo de sentimentos não diminuem a solidão e, por isso, é necessário ter em conta que o suporte social não implica necessariamente a partilha de bons momentos nem tem de partir de pessoas com as quais não estamos ligados emocionalmente. O suporte e apoio emocional tem de partir de redes de confiança que tornam o contacto seguro e viável para o alívio da solidão e “dor imediata”, através da empatia e da escuta ativa (Guadalupe & Vicente, 2022; Rodrigues, 2018). Os imigrantes estão particularmente vulneráveis a sentimentos de solidão e isolamento, uma vez que sentem a perda de relações íntimas, assim como a redução do tamanho da rede no processo de migração e de adaptação a uma nova cultura (Luz & Thomas, 2023). Alguns fatores de risco para o aumento da solidão são o contacto social reduzido, a falta de suporte social e os conflitos familiares/maritais, relações superficiais, o divórcio, a viuvez e ser do sexo feminino, que está mais vulnerável a ter sintomas depressivos, problemas de mobilidade, etc. Posto isto, todos estes fatores indicam que a falta de suporte social aumenta os níveis de solidão e impacta negativamente a saúde mental dos portugueses (Rodrigues, 2018) e da população imigrante, que numa época de pós-migração deve de investir nas redes de suporte social porque preservam e promovem a saúde mental destas famílias (Elkchirid & Motia, 2022).

1.4 A Vinculação com os Animais de Estimação (VAE)

A vinculação com um animal de estimação é a perceção da força e da qualidade da ligação a um animal de estimação (Douglas et al., 2023). Viver com animais domésticos traz inúmeros benefícios para os donos, uma vez que desempenham o papel de companheiros, fornecem suporte físico e emocional aos humanos e acrescentam

valor a muitos tipos de organizações. Algumas organizações estão a começar a descobrir os benefícios em ter animais nos seus escritórios (por exemplo, Amazon, Google). Os efeitos traduzem-se em menores taxas de absentismo, maior moral, produtividade e melhores relações entre os trabalhadores (Sousa et al., 2022).

O aumento dos agregados familiares unipessoais conduz naturalmente a um aumento dos agregados familiares que vivem com animais de estimação. Além disso, constata-se que a taxa de adoção de animais de estimação aumentou devido às mudanças na vida quotidiana e às políticas de confinamento em todo o mundo causadas pela pandemia de COVID-19 (Park & Jeong, 2022). Os meios de comunicação social e o público afirmam frequentemente que os animais de estimação podem fazer maravilhas para problemas fisiológicos ou psicológicos, desde a hipertensão à solidão (Douglas et al., 2023). A política de distanciamento social durante a pandemia aumentou o número de proprietários de animais de estimação e a relação entre ambos, alterando a perspetiva do impacto desta dinâmica. Com isto, afastaram-se do conceito de "animal de estimação", que é tomado e criado como um animal, e estabeleceu-se como um "companheiro", realçando o significado de um companheiro que vive em conjunto (Park & Jeong, 2022). Os autores citados indicam que os donos passaram a aceita-los como membros da família, partilham muitos aspetos das suas vidas e sentem-se felizes através das suas relações com os animais de estimação. No entanto, apesar de existirem estudos que assumem que a posse de um animal de estimação confere um efeito positivo "geral" e para qualquer problema de saúde que esteja em causa, especialmente problemas psiquiátricos, este efeito não tem o devido apoio empírico como se estimava (Douglas et al., 2023).

Alguns estudos concluíram que a ligação a um animal de estimação não exerce qualquer efeito: por exemplo, ao examinar a solidão em mulheres solteiras que vivem sozinhas e a solidão e depressão em adultos que vivem sozinhos. Outros estudos concluíram que o aumento da vinculação com os animais de estimação é prejudicial (Douglas et al., 2023). Uma maior ligação a um animal de estimação está associada a um aumento do humor depressivo em mulheres idosas, a níveis mais elevados de depressão e solidão em adultos que vivem sozinhos e a um aumento da depressão em idosos rurais. Pode ser o tipo de ligação, mais do que a força da ligação, que determina se os animais de estimação são úteis ou prejudiciais para a saúde mental. Um estudo propôs que os níveis de orientação para a ansiedade da ligação aos animais de estimação

ou para a evitação da ligação aos animais de estimação são melhores indicadores dos efeitos da posse de animais de estimação na saúde mental (Douglas et al., 2023).

De facto, os investigadores já começaram a estudar a ligação que os donos têm com os seus cães, por exemplo, e a forma como isso influencia os cuidados e o comportamento dos humanos em relação aos seus animais de estimação. Muitas empresas de cuidados para animais de estimação seguiram o exemplo, comercializando os seus produtos para os "pais de animais de estimação" em vez de para os donos dos animais (Brubaker & Udell, 2023). Estas mudanças significam um amplo reconhecimento do papel cada vez mais importante que as relações entre cães e humanos desempenham na vida de ambas as espécies. A convergência do comportamento do cuidador em relação às crianças humanas e aos cães, e os ambientes e experiências de vida cada vez mais partilhados, tornaram-se uma razão convincente para que os cães domésticos sejam um modelo importante para o desenvolvimento cognitivo humano (Brubaker & Udell, 2023).

Os efeitos positivos da criação de animais de estimação foram demonstrados em vários estudos anteriores (Brubaker & Udell, 2023; Park & Jeong, 2022; Sousa et al., 2022). Um autor referiu que criar animais de estimação melhora a saúde física e ajuda a comunicar com os outros. Por outras palavras, as pessoas que cuidam de animais de estimação sentem-se menos sozinhas do que as que não têm animais de estimação e as suas relações interpessoais tornam-se mais ativas (Park & Jeong, 2022). Também foi referido que os idosos que vivem com animais de estimação sofrem menos de depressão do que outros idosos. Através destes resultados, descobrimos que as relações com animais de estimação desempenham um papel importante na criação de emoções positivas. Além disso, uma vez que os animais de estimação proporcionam afeto incondicional aos seres humanos, as pessoas podem aliviar a tensão e o stress através da interação com os animais de estimação e aumentar a felicidade através da obtenção de estabilidade emocional. No entanto, apesar dos vários benefícios que os animais de estimação trazem, a sua morte pode provocar muito sofrimento (Park & Jeong, 2022).

Vários estudos têm demonstrado os efeitos positivos da presença de animais de estimação no trabalho, mostrando efeitos positivos na redução do absentismo e no aumento da produtividade (Sousa et al., 2022). Os autores esperam que também tenha impacto na perceção de responsabilidade social da empresa e que isso influencie as atitudes dos seus funcionários. Reconhecer e cultivar a ligação entre animais e humanos tem implicações potenciais para a estabilidade, a economia e a saúde. Desde os anos 80,

vários estudos têm apoiado a ideia de que os animais têm efeitos positivos na saúde das pessoas: Baixam a tensão arterial, melhoram o bem-estar psicológico e a autoestima, reduzem sintomas associados à depressão e ao stress, aumentam o número de comportamentos pró-sociais, ajudam na recuperação de doenças cardíacas e reduzem a probabilidade de as crianças desenvolverem asma ou alergias se crescerem com animais em casa (Sousa et al., 2022). O estudo citado refere que um autor demonstrou que a presença de um aquário numa sala de espera de uma clínica reduz significativamente a ansiedade antes de um procedimento médico e é por isso que a presença de aquários em consultórios dentários é tão comum. Outro estudo de caso, referido também por Sousa et al. (2022) demonstrou que as pessoas recuperavam mais rapidamente após ataques cardíacos, têm menos perturbações no sono, e fazem mais exercício físico, com o auxílio de animais de estimação. Ou seja, ter cães no escritório não traz apenas felicidade, mas também sanidade.

1.4.1 Fatores de Proteção e de Risco da Vinculação com os Animais de Estimação

O estudo das interações homem-animal é uma questão de investigação crescente nas ciências sociais e na saúde pública e tem sido relatado que a posse de animais de estimação está associada positivamente a resultados de saúde psicológicos e fisiológicos desde a infância até à idade adulta (Reis et al., 2018). Quanto à vinculação com os animais de estimação, pode ser vista como um fator protetor, uma vez que a investigação desta variável demonstrou que a relação com um cão ou com um gato, por exemplo, pode atenuar os efeitos de eventos da vida potencialmente stressantes como o luto ou o divórcio. Estudos identificaram outros efeitos na saúde mental, tais como a diminuição dos níveis de ansiedade, solidão e depressão e o aumento da autonomia e da autoestima do portador de animais de estimação (Lima et al., 2022; Maharaj, 2016; Reis et al., 2018; Wells et al., 2022). Os animais proporcionam carinho, lealdade, amor incondicional e contribuem para o bem-estar físico, psicológico e emocional do portador (Maharaj, 2016).

Existem, no entanto, estudos sobre a depressão, por exemplo, que demonstraram que ter de animais de estimação pode melhorar a sintomatologia, podem não ter qualquer efeito sobre a mesma ou até piorar a condição do portador do animal (Douglas et al., 2023). Estes resultados estendem-se a outras patologias como a ansiedade e a outros aspetos da saúde mental, como a satisfação de vida, o funcionamento humano e a

solidão (Lima et al., 2022). Outros autores afirmam que os animais podem contribuir para o aumento do stress, devido às suas necessidades e aos custos associados (Wells et al., 2022). Existem poucos estudos que investigam os motivos que originam estes resultados, sendo que um dos aspetos que impacta os resultados descritos é o suporte social percebido (Lima et al., 2022). Populações vulneráveis, como os imigrantes, tem maioritariamente um suporte social pobre, o que significa que se espera que a presença de um animal de estimação melhore a sua solidão.

De acordo com o estudo referenciado, foi possível identificar benefícios a curto prazo relacionados com sintomas de pressão arterial e/ou frequência cardíaca de pacientes expostos a uma grande variedade de fatores de stress que têm tendência a diminuir na presença de um animal, em comparação com a presença de um amigo ou cônjuge. Estudos sobre a vinculação com o animal de estimação demonstram menos sintomas de solidão, isolamento e aumento do humor (Reis et al., 2018). Investigações recentes realçam a importância de reconhecer os benefícios que os animais de estimação trazem aos adolescentes portugueses, nomeadamente: autonomia, responsabilidade e afeto/nutrição (Reis et al., 2018).

Parte II – Metodologia

2.1 Desenho do Estudo

O presente trabalho é um estudo quantitativo transversal comparativo, no qual há somente um momento de avaliação e posteriormente é realizada a análise estatística dos dados. Optou-se pela utilização de um estudo quantitativo devido à eficácia, velocidade e vantagens de custo das abordagens quantitativas (Schrock et al., 2022).

Os efeitos prejudiciais da solidão estão bem documentados na literatura, estando associados a uma série de problemas de saúde física e mental, incluindo um sistema imunitário mais fraco, perturbações no sono, maior stress psicológico, aumento dos sintomas depressivos e da ansiedade, etc. (Cacioppo et al., 2006; Mo et al., 2022). Com a solidão a ser cada vez mais definida como um problema de saúde pública (Surkalim et al., 2022), é imperativo identificar os seus fatores de risco para ajudar os decisores a enfrentar a magnitude e a distribuição deste problema através de programas de intervenção que possam manter a solidão afastada. O objetivo geral deste estudo é contextualizar a solidão na população portuguesa comparada com a população imigrante em Portugal, e analisar a associação do mesmo em relação com a saúde mental (depressão, ansiedade e stress), suporte social (família, amigos e outros), vinculação com um animal de estimação e outros fatores sociodemográficos. De forma a desenvolver o objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos: analisar a associação entre a solidão, suporte social, saúde mental, e vinculação com um animal de estimação; verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre a solidão, suporte social, saúde mental, e vinculação com um animal de estimação; e fatores sociodemográficos como a idade e a formação escolar entre a população imigrante e portuguesa; e propor um modelo de mediação no qual se estuda o papel mediador que a solidão pode desempenhar entre a saúde mental e o suporte social.

De acordo com os objetivos traçados previamente colocam-se as hipóteses seguintes:

Hipótese 1: Espera-se que o suporte social tenha uma correlação significativa negativa com a saúde mental (stress, ansiedade e depressão) e com a solidão na população portuguesa e imigrante.

O suporte social percebido refere-se a crenças sobre a quantidade e a qualidade do apoio que está potencialmente disponível nas relações e nos contactos sociais de uma pessoa (Bone et al., 2023). Diz respeito à avaliação subjetiva da forma como os indivíduos consideram que os amigos, familiares ou outros estão disponíveis para prestar apoio material, psicológico e geral, em momentos de necessidade (Grey et al., 2020). Por conseguinte, a necessidade de ligação social e de sentir um sentimento de pertença e de inclusão social é considerada uma necessidade humana universal (Card & Skakoon-Sparling 2023). Medidas para a prevenção da solidão são o treino das competências sociais e a criação de redes de suporte social, que fomentam o contacto interpessoal (Cacioppo & Cacioppo, 2018). A solidão está negativamente associada ao suporte social percebido em vários estudos, o que significa que indivíduos com elevados níveis de solidão aparentemente também têm baixos níveis de suporte social percebido (Caba Machado et al., 2023). Estudos também forneceram evidências de que o suporte social previne o risco de depressão, enquanto a preservação do apoio que ocorre naturalmente pode ser uma forma de manter a saúde mental (Maeda et al., 2013; Sonnenberg et al., 2013). As pessoas com maior suporte social nas suas vidas tendem a ser mais saudáveis do que aquelas que não têm apoio (Lin et al., 2020; Mo et al., 2022). Para além disso, o suporte social é muito distinto dos sentimentos de solidão e vários estudos demonstraram a correlação negativa entre ambos (Mo et al., 2022).

Hipótese 2: Espera-se que a solidão tenha uma correlação positiva com a saúde mental (stress, ansiedade e depressão) na população portuguesa e imigrante.

A solidão pode estar associada a um mau prognóstico, que inclui sintomas depressivos mais acentuados, ansiedade e a menor probabilidade de remissão dos sintomas (Hards et al., 2022; Jenkins et al., 2023). Os efeitos prejudiciais da solidão incluem um sistema imunitário deficiente, tensão arterial elevada, depressão, e declínio cognitivo. Além disso, a solidão está associada a uma pior qualidade de vida, a sintomas de saúde mental agravados, ao aumento da taxa de mortalidade, a uma saúde física desregulada, sintomas psicóticos agravados, sintomas depressivos e à demência (Ma et al., 2020). O stress cultural, por exemplo, é frequentemente acompanhado pelo sofrimento emocional, que inclui o desespero, o sentimento de inferioridade, solidão e a percepção de discriminação. Os imigrantes são muitas vezes privados da sua fonte tradicional de apoio emocional, de relações sociais e de meios mecânicos de

comunicação, o que pode levar ao sentimento de inadequação pessoal, o que por sua vez gera stress solidão (Luz & Thomas, 2023). Outros estudos concluem que a solidão pode contribuir para o fardo da doença entre imigrantes, que registam elevadas taxas de saúde mental precária (Pike & Crocker, 2020).

Não existem muitos estudos que meçam a relação entre a solidão e a saúde mental na população portuguesa, embora na literatura se encontrem associações transversais entre a solidão e vários problemas de saúde mental, incluindo depressão, ansiedade, perturbações da personalidade, psicose e ideação suicida (Mann et al., 2022). Os autores indicam que vários estudos demonstraram que a solidão e a depressão estão parcialmente correlacionadas, assim como a falta de suporte social e a depressão. A revisão de literatura citada concluiu também que os estudos que analisaram a relação entre a ansiedade e a solidão concluíram que existe uma associação positiva significativa com a solidão.

Hipótese 3: Existem diferenças significativas entre os níveis de formação escolar, a solidão, stress, ansiedade e depressão, suporte social e vinculação com um animal de estimação na população portuguesa e imigrante

Os países de acolhimento ficam frequentemente aquém do necessário para fornecer aos refugiados e imigrantes o apoio psicossocial e económico necessário para ultrapassar as barreiras e traumas pré-migratórios. Além disso, tanto o preconceito como a discriminação atuam como acréscimos aos traumas já existentes. A população infantil e adolescente fica muitas vezes afetada academicamente devido a problemas psicossociais que perturbam o seu desenvolvimento (Kameg, 2019). Oliveira et al., (2020) argumentam que quanto maior o nível de escolaridade de um indivíduo, melhores as suas estratégias adaptativas para lidar com situações de stress do quotidiano, o que por sua vez diminuirá a sintomatologia depressiva e de stress. Segundo o SNS 24 (2023) a menor escolaridade está associada a um aumento da solidão em Portugal. Outro estudo de Faísca et al. (2019) encontrou diferenças estatisticamente significativas entre o nível de escolaridade e a solidão.

Hipótese 4: Existem diferenças significativas entre as faixas etárias e a solidão, stress, ansiedade e depressão, suporte social e vinculação com um animal de estimação na população portuguesa e imigrante.

Apesar do estereótipo de que a idade adulta traz consigo a solidão, estes sentimentos tendem a não aumentar até mais tarde na vida (Vang et al., 2023) e, mesmo assim, não corresponde aos níveis de solidão registados na idade adulta mais jovem (Sutin et al., 2022). Dado também que a solidão é uma experiência comum para os jovens, há uma necessidade crescente de explorar a eficácia das intervenções para reduzir a solidão entre os jovens. Até à data, existem várias investigações que exploram os efeitos das intervenções destinadas a reduzir a solidão nos adultos, mas não existem investigações que tratem especificamente das intervenções para os jovens (Eccles & Qualter, 2021). Hards et al. (2022) indicam que cada vez mais crianças e jovens referem sentir-se sós. A solidão é uma experiência comum que afeta todos os grupos etários, porém, Qualter et al., (2015) afirmam que é mais frequente na adolescência. Num estudo com 42 crianças, a maioria das crianças e jovens descrevem sentir-se sozinhos pelo menos algumas vezes (Berguno et al., 2004). Outro estudo com 429 adolescentes concluiu que cerca de um quarto dos adolescentes (Vanhalst et al., 2013) relatam solidão crónica. Os jovens parecem ser particularmente propensos à solidão (Lasgaard et al., 2016). Pouco se sabe sobre as experiências de solidão em crianças e jovens com problemas de saúde mental pré-existent (Hards et al., 2022).

No entanto, estudos à cerca da população imigrante referem que para além de estarem mais propensos a estes fatores de risco relacionados à idade, comparativamente à população não-imigrante, os idosos refugiados podem também ser mais vulneráveis a sentir solidão devido à imigração e a marginalização nos países onde são reinstalados (Vang et al., 2023). Entre os idosos refugiados, as experiências de solidão são exacerbadas pelo isolamento distinto dos costumes tradicionais e das barreiras linguísticas (Tonui et al., 2023), podendo vir a agravar quadros de foro ansioso/depressivo (Fakhari et al., 2023). O estudo de Neto (2001) inicialmente afirmou que a solidão tem a tendência a diminuir com a idade e após a análise dos resultados concluiu que os níveis mais elevados de solidão se encontram nos jovens e nos idosos portugueses em idades avançadas. Outro estudo defende também que a solidão tende a ser mais elevada na idade adulta jovem, diminui durante a idade adulta média e aumenta novamente em idades mais avançadas (Sutin et al., 2022).

Hipótese 5: Existem diferenças significativas entre a população portuguesa e imigrante na manifestação de níveis elevados de solidão, stress, ansiedade e depressão, suporte social e vinculação com um animal de estimação.

Saasa & Miller (2021) consideram que existe um número de estudos considerável acerca da saúde mental dos imigrantes e das minorias étnicas e muitos destes estudos sugerem que os imigrantes e as minorias étnicas são mais vulneráveis a problemas de saúde mental devido à discriminação e ao racismo. A população imigrante tem muito menos acesso a suporte social em comparação com a população não migrante (Tonui et al., 2023) e sabe-se que quanto maior o suporte social melhor o bem-estar psicológico (Yanardağ et al., 2022). Entre os grupos de imigrantes, verificou-se que o suporte social afeta diretamente a saúde mental e modera significativamente as relações entre outros fatores de risco e o sofrimento psicológico (Saasa & Miller, 2021). Vários estudos indicam que os imigrantes tendem a estar mais vulneráveis ao sofrimento psicológico e à solidão. Saasa & Miller, (2021) referem ainda que, dada a natureza coletivista da maioria das culturas africanas, por exemplo, a solidão pode ser especialmente prejudicial para os imigrantes africanos. Os resultados de uma outra investigação empírica indicam que os potenciais efeitos negativos da solidão e do isolamento social sobre a saúde e o bem-estar podem ser mais distintos para os imigrantes chineses em fim de vida do que para os não imigrantes nos países de acolhimento, por exemplo (Zhao et al., 2023).

Hipótese 6: Existem diferenças estatisticamente significativas entre o stress, ansiedade e depressão, suporte social e vinculação com um animal de estimação e níveis baixos, médios e altos de solidão na população imigrante e portuguesa.

Indivíduos com problemas de saúde mental crónicos e/ou a receber tratamento psiquiátrico estão em maior risco de níveis de solidão "altos" (pontuações mais elevadas nas escalas de solidão) (Mann et al., 2022). Neto (2001) concluiu no seu estudo com 213 portugueses, que existem diferenças estatisticamente significativas entre solidão e desajustamento psicológico. Maes et al. (2019) indicaram uma associação transversal forte e positiva entre a solidão e os sintomas de ansiedade social. Além disso, os resultados demonstraram que a solidão e os sintomas de ansiedade estão reciprocamente associados ao longo do tempo. A literatura tem sugerido de forma consistente o papel

positivo do suporte social nos resultados da saúde mental de um indivíduo, incluindo os adultos (Ferreira et al., 2020). O mesmo se conclui quanto à população migrante, visto que Hards et al. (2022) indicam que existem estudos consistentes que associam a solidão e os problemas de saúde mental nos adultos imigrantes, por exemplo. A solidão está associada à degradação da saúde mental ao longo do tempo, incluindo o aumento de sintomas depressivos, de ansiedade e uma pior remissão da depressão (Wang et al., 2018). Analisando a literatura com adolescentes refugiados que migram sozinhos, outro exemplo, o suporte social também surge como um importante preditor de resultados positivos de saúde mental (Sierau et al., 2019). Especificamente, a literatura destaca o papel positivo das fontes de suporte social formal (por exemplo, cuidadores, mentores, funcionários do centro de asilo) no processamento de experiências de vida stressantes ou traumáticas, melhorando os resultados positivos de saúde mental.

Hipótese 7: A solidão tem um papel mediador entre na relação entre o suporte social familiar e a saúde mental. Como a saúde mental medeia três subescalas de sintomas de depressão, ansiedade e stress, a presente hipótese será dividida em três modelos:

Hipótese 7(a): A solidão tem um papel mediador na relação entre o suporte social familiar e a depressão.

Hipótese 7(b): A solidão tem um papel mediador na relação entre o suporte social familiar e a ansiedade.

Hipótese 7(c): A solidão tem um papel mediador na relação entre o suporte social familiar e nos sintomas de stress.

Considerando que Portugal é um país coletivista, assim como a população migrante, apresentam níveis mais elevados de suporte social familiar (Heu et al., 2019). Para a presente hipótese foi considerado o suporte social familiar como variável dependente. Por um lado, apesar de ser uma experiência negativa, a solidão pode ter valor funcional ao motivar a reconexão com os outros e o fortalecimento das relações sociais (Cacioppo & Hawkley, 2009; Qualter et al., 2015). No entanto, quando a solidão é crónica, ou seja, é prolongada e intensa, esta pode ter efeitos adversos na saúde (Eccles et al., 2020; Qualter et al., 2015). A solidão não só afeta a saúde física - por exemplo, aumentando a incidência de doenças cardiovasculares e afetando a função imunitária do indivíduo - como também tem um impacto grave na saúde mental - por

exemplo, aumentando os sintomas depressivos, perturbações de personalidade e psicose (Xiong, & Xu, 2023). A solidão contribui para a deterioração da saúde mental e para um sono deficiente ao longo da vida (Eccles & Qualter, 2021). Pensemos na solidão como se uma ponte para que outros sintomas (ansiedade, depressão e stress) se instalem. Por exemplo, no caso de imigrantes chineses, experienciam solidão devido às barreiras culturais, falta de suporte social e barreiras linguísticas. O facto de não conseguirem falar a língua do país de acolhimento dificulta o acesso aos serviços de saúde mental, o que os leva a sentir-se sós e a se isolarem (Zhao et al., 2023).

2.2 Participantes

Os imigrantes, em geral, são pessoas que optam por migrar, geralmente por razões económicas, educacionais ou laborais (Kameg, 2019). O fluxo migratório internacional tem acelerado ao longo das décadas (Carvalho et al., 2022). A imigração traz vários desafios para a sua população, quer a nível pessoal, social, económico e político, no país que os acolhe (Gonçalves & Matos, 2020). Em 2020, as Nações Unidas estimaram um número de 281 milhões de imigrantes em todo o mundo, sendo que na Europa, quase 10% desta população vem de fora da União Europeia. Em 2021, o número de população estrangeira com estatuto legal de residente em Portugal era 698.536 imigrantes, sendo que por comparação, em 2019 esta população correspondia a um total de 588.976 indivíduos, houve um aumento significativo na população imigrante (Pordata, 2022).

Considerando o aumento contínuo do fluxo imigrante é de extrema importância analisar os níveis de solidão, saúde mental e do suporte social, assim como da vinculação com os animais entre a população imigrante e a portuguesa e perceber se existem diferenças significativas entre elas. A amostra do presente estudo é composta por 300 participantes e está dividida em duas populações, sendo que 150 participantes são portugueses e 150 são imigrantes. Os critérios de inclusão são: (a) todos os participantes têm 18 ou mais anos de idade; (b) vivem no território de Portugal no momento da recolha de dados; e (c) a população imigrante tem um título de residência legal em Portugal (por mais de 6 meses). Com base na literatura prévia, um período de 6 meses é considerado suficiente para os imigrantes se adaptarem a uma nova cultura, e ter um título de residência legal no país de acolhimento (Parra-Cardona et al., 2017). Os

critérios de exclusão aplicados são: (a) participantes que não dominam bem a língua portuguesa ou inglesa; (b) participantes que não tiveram um período consecutivo de 6 meses a viver em Portugal; (c) indivíduos de dupla-nacionalidade; e (d) indivíduos que têm conhecimento prévio de presente estudo ou com a equipa de investigação.

A amostra seguiu um método de amostragem não probabilístico e por conveniência, tendo sido recolhida de forma mista, sendo que 33.33% ($n = 100$) foram recolhidos presencialmente e os restantes 66.67% ($n = 200$) foram recolhidos online. O sexo predominante da amostra é o feminino ($n=208$; 69.3%) enquanto os restantes são do sexo masculino ($n=85$; 28.3%). Constatase também que tanto na população imigrante ($n=94$; 62.7%) como na portuguesa ($n=114$; 76%) o sexo predominante é o feminino. A faixa etária da amostra é composta por idades entre os 18 e os 79 anos, com uma idade média de 31.20 ($DP=12.865$). A média populacional da idade dos portugueses é de 33.31 ($DP=12.148$) e a dos imigrantes é de 29.09 ($DP=13.249$), sendo que os restantes dados estão descritos na análise descritiva (tabelas 2, 3 e 4).

2.3 Instrumentos

Nesta investigação foi aplicado um protocolo constituído por cinco questionários diferentes, sendo eles: **1)** Escala de Solidão UCLA; **2)** Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21); **3)** Escala Multidimensional de Apoio Social Percebido (MSPSS); e, por fim, **4)** *Lexington Attachment to Pets Scale* (LAPS), caso o participante tivesse animais de estimação e por fim, **5)** o questionário sociodemográfico.

Os dados sociodemográficos foram obtidos através do preenchimento de um questionário sociodemográfico (ver Anexo 2), de forma a contextualizar objetivamente a amostra em estudo. O questionário sociodemográfico aplicado à população imigrante é composto por 18 itens; sexo, idade, o estado civil, o número de filhos, número de pessoas com quem partilha a casa, composição do agregado familiar, contacto com a família, país de origem, escolaridade, qual o estatuto migratório que possui, tipo de contrato de trabalho, distrito de residência em Portugal, tempo de residência em Portugal e línguas faladas. Quanto aos animais de estimação; o número de animais de estimação, a sua espécie, se teve algum animal de estimação durante a infância/adolescência e o esforço financeiro para cuidar dos animais. No questionário

sociodemográfico aplicado à população portuguesa foram removidos os itens “país de origem”, “estatuto migratório” e “tempo de residência em Portugal”.

2.3.1 Variável Mediadora: Escala de Solidão UCLA

A escala de solidão UCLA (Versão 3; Russell, 1996), traduzida para a português por Pocinho et al. (2005), é uma escala de autorrelato que contém 20 itens classificados na escala *Likert* de quatro pontos, sendo que 1 corresponde a “nunca” e 4 a “sempre”. O seu objetivo é avaliar a solidão (Pocinho et al., 2005). No presente estudo a escala de solidão apresenta um alfa de Cronbach de .953 para a população imigrante e de .946 para a população portuguesa. A cotação da escala foi feita através da soma de todos os itens (20), sendo posteriormente dividida através de três pontos de corte, dividindo a escala em três níveis: sendo o primeiro o “nível baixo” de 20 a 39 pontos, o segundo o “nível médio” de 40 a 59 pontos e o terceiro o “nível alto” de 60 a 80 pontos.

2.3.2 Variável Dependente: Escala Multidimensional de Apoio Social Percebido (MSPSS)

A Escala Multidimensional de Apoio Social Percebido (MSPSS; Zimet et al., 1988), traduzida e validada por Carvalho et al. (2011), é uma escala de 12 itens que oferece uma avaliação subjetiva do suporte social percebido em 3 subescalas distintas: família, amigos, e outros significativos. A MSPSS diferencia-se de outras escalas devido à sua administração rápida, de fácil compreensão e pela divisão de suporte social em 3 tipos, atribuindo um cariz mais subjetivo à escala (Carvalho et al., 2011). Zimet e colaboradores (1988) descrevem a escala como ideal para estudos que impliquem várias variáveis e cuja amostra ou população tenha menos tolerância a questionários longos, sendo o grau académico necessário o 4º ano de escolaridade. Os participantes respondem numa escala de 7 pontos de *Likert* (sendo 1 “discordo fortemente” e 7 “concordo fortemente”). A cotação da escala foi realizada em três partes, visto que está dividida em três subescalas, cada uma com 4 itens. No presente estudo a escala apresenta um Alfa de Cronbach de .949 para a população imigrante e de .938 para a população portuguesa.

2.3.3 Variável Independente: Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (EADS-21)

A Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21) de Lovibond & Lovibond (1995), traduzida e validada por Pais-Ribeiro et al. (2004), mede o “stress psicológico” e está dividida em 3 subescalas. Os sintomas de depressão (perda de autoestima/motivação e humor depressivo), ansiedade (medo e antecipação de eventos negativos) e stress (estado persistente de excitação excessiva, baixa tolerância à frustração e desilusão). A escala EADS-21 é uma versão reduzida da versão de 42 itens e é preferível devido ao contexto, ou seja, visto no caso de surgirem participantes com tendência à fragilidade, o objetivo é diminuir a carga emocional proporcionada pelo instrumento (Pais-Ribeiro et al., 2004). É um questionário de autorrelato com 21 itens, baseado numa escala de quatro pontos *Likert* de 0 (não se aplica a mim de todo) a 3 (aplica-se muito a mim, ou na maioria das vezes aplica-se a mim). A EADS-21 dirige-se a indivíduos idade igual ou superior a 17 anos. A cotação da escala está dividida em três partes, sendo que são três subescalas, cada uma com 7 itens. No presente estudo a escala apresenta um Alfa de Cronbach de .957 para a população imigrante e de .960 para a população portuguesa.

2.3.4 Lexington Attachment to Pets Scale (LAPS)

A *Lexington Attachment to Pets Scale* (LAPS) de Johnson et al., (1992), foi traduzida e validada por Gomes (2017), é uma escala de 23 itens distribuídos por três dimensões diferentes: a vinculação ("ligação geral com os animais de estimação") composta por 11 itens, a proximidade ("substituição de pessoas", itens correspondentes à posição central do animal de estimação na vida do entrevistado) composta por 7 itens e a importância ("direitos/bem-estar dos animais", itens relativos ao estatuto do animal de estimação dentro do agregado familiar do inquirido) composta por 5 itens. O objetivo da LAPS é avaliar e medir o vínculo entre o portador e o animal de estimação. Para a cotação da escala foi dividida em três partes, sendo que a escala é composta por subescalas. No presente estudo a escala apresenta um Alfa de Cronbach de .900 para a população imigrante e de .914 para a população portuguesa.

Tabela 1 - Descrição dos instrumentos

Instrumento	Número de Itens	Exemplo e Dimensões	α
Solidão	20 itens, com uma escala de <i>Likert</i> de 1 a 4	Dividida em 2 dimensões Ex: “Sente que é insuportável estar só.”	Original: .93 Tradução: .905
Suporte Social Percebido (MSPSS)	12 itens, com uma escala de <i>Likert</i> de 1 a 7	Dividida em 3 dimensões Ex: “Posso contar com os meus amigos quando algo corre mal.”	Original: .88 Tradução: .92
Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (EADS-21)	21 itens, com uma escala de <i>Likert</i> de 0 a 3	Dividida em 3 dimensões Ex:	
(EADS-21) Depressão	7 itens, com uma escala de <i>Likert</i> de 0 a 3	“Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.”	Original: .91 Tradução: .85
(EADS-21) Ansiedade	7 itens, com uma escala de <i>Likert</i> de 0 a 3	“Senti a boca seca.”	Original: .84 Tradução: .74
(EADS-21) Stress	7 itens, com uma escala de <i>Likert</i> de 0 a 3	“Tive dificuldades em me acalmar.”	Original: .90 Tradução: .81
Lexington Attachment to Pets Scale (LAPS)	23 itens, com uma escala de <i>Likert</i> de 0 a 5	Dividida em 3 dimensões Ex: “Eu acredito que o meu animal de estimação é o meu melhor amigo.”	Original: .928 Tradução: .95
(LAPS)Vinculação	11 itens, com uma escala de <i>Likert</i> de 0 a 5	“Eu acredito que gostar dos meus animais de estimação ajuda a manter-me saudável.”	Original: .90 Tradução: .952
(LAPS) Proximidade	7 itens, com uma escala de <i>Likert</i> de 0 a 5	“O meu animal de estimação significa mais para mim do que qualquer um dos meus amigos.”	Original: .85 Tradução: .859
(LAPS) Importância	5 itens, com uma escala de <i>Likert</i> de 0 a 5	“Eu gosto de mostrar a outras pessoas fotografias do meu animal de estimação.”	Original: .80 Tradução: .776

Nota: α = Alfa de Cronbach

2.4 Procedimentos

Esta investigação faz parte de um projeto do Centro de Investigação de Psicologia “Solidão, Uma Nova Pandemia Após a COVID-19”. O presente estudo teve a aprovação da Comissão de Ética da Universidade Autónoma de Lisboa, obtida dia 20 de abril de 2023. A recolha da amostra foi realizada presencialmente ($n=100$; 33.33%) em duas instituições públicas que trabalham diretamente com a população imigrante em Lisboa e também *online* ($n=200$; 66.67%), através de um questionário realizado através do “Google Forms”.

Foi elaborado um consentimento informado (Anexo 1), onde os participantes puderam consentir a utilização das formações recolhidas para análise única e exclusiva

deste estudo. Neste consentimento foram referidos os principais objetivos do estudo, condições de confidencialidade e anonimato das respostas obtidas, assim como a importância da participação dos participantes. O tempo determinado para a conclusão dos questionários foi em média 15 minutos. Os participantes foram informados acerca dos aspetos éticos relacionados com a realização do questionário e que poderiam desistir a qualquer momento. Os questionários foram divididos em dois blocos, o primeiro introduzia os questionários sociodemográfico e o segundo continha os instrumentos para recolha de percepção de solidão, depressão, ansiedade e stress, suporte social e vinculação com um animal de estimação.

Um email foi enviado para os recursos humanos de dois centros de apoio aos imigrantes em Lisboa, com uma descrição do projeto e a lista dos instrumentos. Após receber a aprovação dos centros, o investigador distribuiu os questionários individualmente a cada participante. Os questionários distribuídos online, foram submetidos em várias plataformas sociais como o *Facebook* e *Instagram*. Os questionários foram distribuídos em língua portuguesa e em inglês, com base na preferência dos participantes seja para os participantes portugueses e imigrantes.

2.5 Análise Estatística

Para o tratamento e análise de dados utilizou-se o SPSS V29.00 (*Statistical Package for Social Sciences*). Após feita a construção da base de dados, calcularam-se as frequências descritivas para realizar a descrição da amostra do estudo. Para verificar a consistência interna dos instrumentos, foi utilizado o alfa de *Cronbach*. De seguida foram realizadas as correlações das variáveis do estudo através da análise do coeficiente de *Pearson*. Primeiramente para testar a normalidade e homogeneidade da amostra, realizou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov* (K-S), no entanto, após verificar que a amostra não é homogénea (o valor de p é significativo), optou-se pela utilização do teste *Kruskal-Wallis* (K-W) para verificar os níveis das variáveis de cada população de acordo com os pontos de corte da Escala de Solidão. Realizou-se o K-W também para observar as diferenças estatísticas entre a formação escolar e as variáveis do estudo. Utilizou-se o mesmo teste para verificar as diferenças estatísticas entre a faixa etária e as variáveis do estudo, sendo que as idades foram distribuídas por seis faixas etárias previamente à aplicação do teste. Para analisar as diferenças estatísticas entre as

populações e as variáveis do estudo utilizou-se o teste *Mann-Whitney* (M-W). Por fim, para estudar o papel mediador da solidão, foi utilizado o “*PROCESS Hayes*” Para determinar a mediação, foi efetuado um *bootstrapping* (5000 amostras) utilizando o modelo *PROCESS* (v.3.4, SPSS; Hayes, 2019). Foram construídos CIs de 95% com correção de viés bilateral para avaliar os efeitos indiretos. Conforme recomendado pelo autor (Hayes, 2013), esses valores não são definidos nem padronizados. O *PROCESS* é um modelo *plug-in* que analisa a mediação e a moderação usando o software SPSS.

Parte III – Resultados

3.1. Análise Descritiva

Dados Sociodemográficos

Começando pelos dados sociodemográficos, fazendo uma análise geral da tabela 2, verificamos que quanto ao estado civil, sabe-se que cerca de 94 imigrantes (62.7%) são solteiros, enquanto que 109 portugueses (72.7%) são solteiros.

Tabela 2-Descrição dos fatores sociodemográficos

População	Portugueses	Imigrantes
Itens	N (%)	N (%)
Idade	150 (50%)	150 (50%)
18-25 anos	99 (66%)	48 (32%)
26-35 anos	17 (11.3%)	48 (32%)
36-45 anos	12 (8%)	31 (20.7%)
46-55 anos	12 (8%)	12 (8%)
56-65 anos	7 (4.7%)	8 (5.3%)
66-79 anos	3 (2%)	3 (2%)
Sexo	150 (50%)	150 (50%)
Masculino	32 (21.3%)	53 (35.3%)
Feminino	114 (76%)	94 (62.7%)
Outro	4 (2.7%)	2 (1.3%)
Prefiro não dizer	-	1 (.7%)
Estado Civil	150 (50%)	150 (50%)
Solteiro	109 (72.7%)	94 (62.7%)
Casado	20 (13.3%)	41 (27.3%)
Divorciado	6 (4%)	6 (4%)
Viúvo	1 (.7%)	1 (.7%)
União de Facto	14 (9.3%)	8 (5.3%)
Número de Filhos	150 (50%)	150 (50%)
0 Filhos	119 (79.3%)	102 (68%)
1 Filho	15 (10%)	19 (12.7%)
2 Filhos	11 (7.3%)	16 (10.7%)
3 Filhos	4 (2.7%)	5 (3.3%)
4 Filhos	-	3 (2%)
5 Filhos	-	1 (.7%)
6 Filhos	-	3 (2%)
7 Filhos	-	1 (.7%)
8 Filhos	-	-
9 Filhos	1 (.7%)	-
País de Origem	-	150 (50%)
Brasil	-	49 (32.7%)
Angola	-	31 (20.7%)
Cabo-Verde	-	22 (14.7%)
Ucrânia	-	9 (6.1%)
Outros	-	39 (25.8%)
Formação Escolar	150 (50%)	150 (50%)
Ensino básico (1º ciclo)	-	13 (8.7%)
Até 9º ano de escolaridade (3º ciclo)	4 (2.7%)	15 (10%)
Até 12º ano de escolaridade (secundário)	35 (23.3%)	34 (22.7%)
Frequência universitária	39 (26%)	24 (16%)
Licenciatura ou bacharelato	48 (32%)	42 (28%)
Mestrado	24 (16%)	19 (12.7%)
Doutoramento	-	3 (2%)

Nota: N = número de participantes; (%) = percentagem de participantes

Quanto ao número de filhos, 102 imigrantes (68%) e 119 portugueses (79.3%) não têm filhos. Quanto ao agregado familiar da amostra, tanto na população imigrante ($n=37$; 24.7%) como na portuguesa ($n=50$; 33.3%), a maioria vive com três pessoas. Quanto à formação académica, sabe-se que em ambas as populações o grau académico mais frequente é a Licenciatura ou Bacharelato; 42 imigrantes (28%) e 48 portugueses (32%). Outra similaridade entre as populações é quase 50% de tanto imigrantes ($n=64$; 42.7%) como portugueses ($n=70$; 46.7%) estão sem contrato de trabalho, como podemos observar na Tabela 3.

Tabela 3- Descrição dos fatores sociodemográficos

População	Portugueses	Imigrantes
Ítems	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Nº agregado familiar	150 (50%)	150 (50%)
0 pessoas	12 (8%)	16 (10.7%)
1 pessoa	23 (15.3%)	34 (22.7%)
2 pessoas	46 (30.7%)	30 (20%)
3 pessoas	50 (33.3%)	37 (24.7%)
4 pessoas	12 (8%)	17 (11.3%)
5 pessoas	6 (4%)	7 (4.7%)
6 pessoas	1 (.7%)	7 (4.7%)
7 pessoas	-	1 (.7%)
11 pessoas	-	1 (.7%)
Estatuto Migratório	-	150 (50%)
Visto	-	15 (10%)
Residência Permanente	-	67 (44.7%)
Residência Temporária	-	41 (27.3%)
Outro	-	27 (18%)
Contrato de Trabalho	150 (50%)	150 (50%)
Recibos Verdes/trabalhador independente	21 (14%)	22 (14.7%)
Contrato a termo certo	23 (15.3%)	31 (20.7%)
Contrato sem termo/quadro	36 (24%)	33 (22%)
Sem Contrato	70 (46.7%)	64 (42.7%)
Distrito de Residência	150 (50%)	150 (50%)
Lisboa	92 (61.3%)	119 (79.3%)
Setúbal	26 (17.3%)	7 (4.7%)
Leiria	8 (5.3%)	13 (8.7%)
Porto	5 (3.3%)	2 (1.3%)
Outros	19 (12.8%)	9 (6%)
Tempo de Residência em Portugal	-	150 (50%)
6 meses a 1 ano	-	32 (21.3%)
1 a 5 anos	-	37 (24.7%)
Mais do que 6 anos	-	81 (54%)

Nota: *N* = número de participantes; (%) = percentagem de participantes

Certos itens do questionário apenas se destinaram à população imigrante, tendo sido adaptada uma versão distinta deste questionário à população portuguesa. Quanto ao

país de origem da população imigrante (tabela 2.), a maioria desta população ($n=49$; 32.7%) é do Brasil e da Angola ($n=31$; 20.7%). Na tabela 3, de um total de 150 imigrantes, 67 (44.7%) têm residência permanente em Portugal. A maioria da população imigrante entrevistada reside em Portugal há mais de 6 anos ($n=81$; 54%).

Tabela 4- Descrição dos fatores sociodemográficos

População	Portugueses	Imigrantes
Itens	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Número de Animais de Estimação	150 (50%)	150 (50%)
0 Animais	63 (42%)	113 (75.3%)
1 Animal	40 (26.7%)	19 (12.7%)
2 Animais	25 (16.7%)	14 (9.3%)
3 Animais	10 (6.7%)	3 (2%)
4 Animais	6 (4%)	-
5 Animais	1 (.7%)	-
6 Animais	1 (.7%)	-
7 Animais	-	1 (.7%)
9 Animais	2 (1.3%)	-
10 Animais	2 (1.3%)	-
Animais na Infância/Adolescência	150 (50%)	150 (50%)
Sim	119 (79.3%)	97 (64.7%)
Não	31 (20.7%)	53 (35.3%)
Esforço Financeiro	150 (50%)	150 (50%)
Pequeno	23 (15.3%)	10 (6.7%)
Médio	48 (32%)	37 (24.7%)
Grande	36 (24%)	10 (6.7%)
Nenhum	43 (28.7%)	93 (62%)

Nota: *N* = número de participantes; (%) = percentagem de participantes

A parte final do questionário foca a vinculação dos animais (tabela 4), surge mais uma semelhança entre as populações, sendo que cerca de 113 imigrantes (75.3%) não tem animais de estimação, assim como 63 portugueses (42%). No entanto, tanto a população imigrante ($n=97$; 64.7%) como a portuguesa ($n=119$; 79.3%) teve animais durante a sua infância/adolescência. O último item do questionário pretende classificar o esforço financeiro para cuidar de um animal de estimação e é importante referir que apesar de muitos dos participantes não terem animais de estimação, parte desta percentagem escolheu responder à questão e avaliar este esforço financeiro. Posto isto, na população imigrante o esforço financeiro que mais se destacou foi “nenhum” ($n=93$; 62%) e na população portuguesa foi “médio” ($n=48$; 32%).

Análise dos Instrumentos

Quanto à análise dos itens das escalas utilizadas, na tabela 5 é possível verificar as médias dos itens da escala UCLA, que avalia a solidão em ambas as populações. O item que mais se salienta é o primeiro “Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho.” ($M = 2.39$; $DP = .933$) na população imigrante e ($M = 2.42$; $DP = .838$) na população portuguesa, sendo que o item 15 “Considera que na realidade ninguém o conhece bem.”, ($M = 2.38$; $DP = 1.053$) para os imigrantes e ($M = 2.41$; $DP = .977$) para os portugueses vem de seguida, tendo médias populacionais aproximadas. Apesar de a população portuguesa ter médias superiores às da população imigrante, constata-se que os itens que se destacam são semelhantes em ambas as populações, o que pode significar que poderão ter níveis semelhantes de solidão.

Tabela 5- Descrição dos Itens da Solidão

Itens	Imigrantes					Portugueses				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	α	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	α
1.	2.39	.933	1	4	.952	2.42	.838	1	4	.946
2.	2.19	.981	1	4	.950	2.25	.914	1	4	.942
3.	2.02	.930	1	4	.951	2.11	.942	1	4	.945
4.	2.29	.979	1	4	.949	2.29	.907	1	4	.942
5.	2.28	.991	1	4	.951	2.37	.916	1	4	.944
6.	2.13	.985	1	4	.951	2.11	1.084	1	4	.942
7.	1.95	.985	1	4	.950	1.82	.942	1	4	.942
8.	2.12	1.074	1	4	.950	1.90	1.073	1	4	.944
9.	2.22	.954	1	4	.949	2.23	.935	1	4	.943
10.	1.81	.939	1	4	.950	1.74	.993	1	4	.942
11.	1.79	.943	1	4	.951	1.74	.901	1	4	.941
12.	1.79	.846	1	4	.951	1.78	.818	1	4	.943
13.	2.11	.977	1	4	.951	2.19	.925	1	4	.944
14.	2.33	1.014	1	4	.950	2.53	.910	1	4	.945
15.	2.38	1.053	1	4	.950	2.41	.977	1	4	.944
16.	2.15	.965	1	4	.949	2.03	.908	1	4	.941
17.	2.03	.979	1	4	.950	2.04	.955	1	4	.942
18.	1.93	.981	1	4	.950	2.08	.987	1	4	.945
19.	2.02	1.006	1	4	.949	1.93	.935	1	4	.942
20.	2.25	.996	1	4	.950	2.17	.944	1	4	.942

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *Min* = Mínimo; *Max* = Máximo; α = Alfa de Cronbach de cada item

Ao observar a tabela 6, que descreve os itens que medem a saúde mental da amostra, é fulcral salientar a diferença entre as médias de ambas as populações. Estatisticamente, o item 18 (“Senti que por vezes estava sensível”) ($M = 1.02$; $DP = .959$) foi o que mais se destacou na população imigrante. O mesmo pode constatar-se na população portuguesa ($M = 1.37$; $DP = .958$), juntamente com os itens 12, 8, 5, 13, 6, 11

e 1; que têm médias elevadas, comparativamente à população imigrante. Posto isto, poderá especular-se que a população portuguesa apresenta níveis acentuados e superiores de stress (itens 12, 8, 6, 11 e 1) e de depressão (itens 5 e 13) comparativamente à população imigrante.

Tabela 6- Descrição dos Itens da Saúde Mental

Tabela 6. Descrição dos Itens da Saúde Mental										
Itens	Imigrantes					Portugueses				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	α	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	α
1.	.71	.832	0	3	.956	1.00	.875	0	3	.957
2.	.49	.784	0	3	.956	.67	.895	0	3	.959
3.	.37	.630	0	2	.956	.59	.804	0	3	.957
4.	.31	.657	0	3	.955	.59	.860	0	3	.958
5.	.69	.851	0	3	.955	1.10	.947	0	3	.958
6.	.69	.868	0	3	.955	1.09	.929	0	3	.960
7.	.35	.695	0	3	.955	.63	.951	0	3	.957
8.	.79	.938	0	3	.955	1.15	1.002	0	3	.957
9.	.45	.747	0	3	.954	.74	.937	0	3	.958
10.	.51	.748	0	3	.954	.77	.991	0	3	.958
11.	.69	.860	0	3	.955	1.05	.929	0	3	.957
12.	.93	.967	0	3	.955	1.27	.960	0	3	.957
13.	.79	.914	0	3	.955	1.09	.900	0	3	.957
14.	.54	.748	0	3	.955	.81	.870	0	3	.957
15.	.37	.689	0	3	.954	.65	.942	0	3	.957
16.	.49	.712	0	3	.955	.67	.887	0	3	.958
17.	.45	.719	0	3	.955	.65	.955	0	3	.958
18.	1.02	.959	0	3	.957	1.37	.958	0	3	.958
19.	.49	.792	0	3	.955	.81	1.034	0	3	.957
20.	.49	.800	0	3	.954	.56	.855	0	3	.958
21.	.45	.773	0	3	.956	.56	.908	0	3	.958

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *Min* = Mínimo; *Max* = Máximo; α = Alfa de Cronbach de cada item

Quanto às médias do suporte social (tabela 7), os resultados são semelhantes aos da saúde mental, na medida em que a população portuguesa apresenta valores superiores aos da população imigrante na maioria dos itens.

Tabela 7- Descrição dos Itens do Suporte Social

Itens	Imigrantes					Portugueses				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	α	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	α
1.	5.46	1.748	1	7	.946	5.87	1.434	1	7	.934
2.	5.57	1.624	1	7	.945	5.89	1.393	1	7	.933
3.	5.46	1.685	1	7	.945	5.58	1.516	1	7	.932
4.	5.15	1.826	1	7	.943	5.11	1.736	1	7	.934
5.	5.45	1.736	1	7	.945	5.85	1.379	1	7	.932
6.	4.94	1.735	1	7	.945	5.31	1.321	1	7	.935
7.	4.99	1.714	1	7	.942	5.35	1.409	1	7	.932
8.	5.05	1.882	1	7	.945	4.91	1.660	1	7	.933
9.	5.17	1.774	1	7	.944	5.47	1.436	1	7	.932
10.	5.63	1.599	1	7	.945	5.81	1.490	1	7	.935
11.	5.23	1.836	1	7	.943	5.41	1.580	1	7	.932
12.	5.03	1.706	1	7	.948	5.41	1.555	1	7	.933

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *Min* = Mínimo; *Max* = Máximo; α = Alfa de Cronbach de cada item

Os itens que mais se destacam na população imigrante são o 10 (“Há uma pessoa especial na minha vida que se preocupa com os meus sentimentos”) ($M = 5.63$; $DP = 1.599$) e o 2 (“Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas”) ($M = 5.57$; $DP = 1.624$), que é o que mais se destaca entre os portugueses ($M = 5.89$; $DP = 1.393$), assim como o item 1 (“Há uma pessoa especial que se encontra próximo quando necessito”) ($M = 5.87$; $DP = 1.434$). Observando o instrumento na sua totalidade, estima-se que tanto os portugueses como os imigrantes priorizem “outros” tipos de suporte social (itens 1,2,5,10), tendo como apoio de seguida a “família” (itens 3,4,8 e 11) e, por fim, os “amigos” (itens 6, 7,9 e 12).

Por fim, ao analisar a tabela 8, que descreve a vinculação com os animais da amostra, constata-se que as médias da população portuguesa (por exemplo, itens 10,11 e 12) ultrapassam as da população imigrante, que para além de ser a população que menos tem animais de estimação, é a que menos aparenta ter vínculo com os animais de estimação.

Tabela 8- Descrição dos Itens da Vinculação com os Animais de Estimação

Itens	Imigrantes					Portugueses				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	α	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	α
1.	2.91	1.156	1	5	.892	3.32	1.227	1	5	.908
2.	2.64	1.270	1	5	.898	3.25	1.379	1	5	.908
3.	3.45	1.252	1	5	.897	3.80	1.132	1	5	.908
4.	3.24	1.251	1	5	.892	3.48	1.269	1	5	.904
5.	2.82	1.424	1	5	.900	3.42	1.383	1	5	.912
6.	3.52	1.228	1	5	.893	3.60	1.284	1	5	.906
7.	3.73	1.281	1	5	.895	4.36	.911	2	5	.909
8.	2.88	1.495	1	5	.916	1.96	1.200	1	5	.934
9.	3.45	1.301	1	5	.898	3.69	1.155	1	5	.910
10.	3.82	1.158	1	5	.895	4.02	.988	1	5	.910
11.	3.61	1.298	1	5	.892	4.06	1.016	2	5	.909
12.	3.61	1.223	1	5	.890	3.59	1.158	1	5	.906
13.	3.73	.977	1	5	.891	4.21	.965	1	5	.907
14.	4.18	.950	1	5	.894	4.62	.672	2	5	.912
15.	3.91	.879	2	5	.892	4.28	.825	2	5	.906
16.	3.97	.847	2	5	.893	4.49	.766	2	5	.909
17.	3.94	.899	2	5	.896	4.32	.805	2	5	.910
18.	4.15	.795	2	5	.894	4.52	.734	2	5	.908
19.	4.12	.781	2	5	.896	4.47	.733	2	5	.909
20.	4.18	1.014	1	5	.897	4.65	.571	3	5	.911
21.	2.06	1.435	1	5	.909	1.55	1.041	1	5	.927
22.	3.91	1.011	1	5	.894	4.35	.896	1	5	.907
23.	3.88	.960	1	5	.896	4.34	.958	1	5	.910

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *Min* = Mínimo; *Max* = Máximo; α = Alfa de Cronbach de cada item

3.2 Análise das Hipóteses Correlações

Para a análise da primeira e segunda hipótese procedeu-se ao teste de correlação de *Pearson* e foram utilizados os níveis de correlação de Cohen (1988) para definir as correlações. Como referido na Tabela 9, observamos que a solidão tem uma correlação positiva significativa com o stress ($r = .475$, $p < .001$), com a ansiedade ($r = .456$, $p < .0001$) e com a depressão ($r = .557$, $p < .0001$). Isto significa que a direção é positiva, ou seja, níveis mais elevados de solidão explicam níveis mais elevados de depressão, ansiedade e de stress.

A solidão tem uma correlação negativa significativa com os recursos do suporte social: família ($r = -.353$, $p < .001$), amigos ($r = -.369$, $p < .0001$). Isto significa que a direção é negativa, ou seja, níveis mais altos de solidão explicam níveis mais baixos de suporte social. Ao realizar a correlação entre a solidão e o suporte social total,

constatamos que a correlação é significativa e negativa, sendo superior à das subescalas ($r = -.403$, $p < .0001$). Torna-se claro que níveis altos de solidão explicam níveis precários de suporte social.

Tabela 9- Correlações entre as Variáveis do Estudo

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Solidão	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ans	.456**	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Dep	.557**	.770**	1	-	-	-	-	-	-	-
Stress	.475**	.807**	.786**	1	-	-	-	-	-	-
SS	-.403**	-	-.341**	-.227**	1	-	-	-	-	-
		.268**								
SS Família	-.353**	-	-.383**	-.293**	.862**	1	-	-	-	-
		.319**								
SS Amigos	-.369**	-	-.245**	-.164**	.854**	.583**	1	-	-	-
		.191**								
SS Outros	-.315**	-	-.243**	-.118**	.861**	.614**	.625**	1	-	-
		.173**								
Prox	.248**	.333**	.243**	.270**	-.156	-.194*	-.079	-.125	1	-
Imp	.140	.162	.123	.208*	-.070	-.147	.001	-.027	.690**	1
Vinc	.086	.163	.179	.218*	.051	-.006	.095	.047	.633**	.732

**

Nota: Ans = Ansiedade; Dep = Depressão; SS = Suporte Social; Prox = Proximidade; Imp = Importância; Vinc = Vinculação; ** $p < 0.001$; N = 300

Por fim, quanto às correlações da solidão com as subescalas da LAPS; proximidade ($r = .248$, $p < .0001$), importância ($r = .140$, $p > .05$) e vinculação ($r = .086$, $p > .05$); observa-se que a única significativa e positiva, neste caso, é entre a solidão e a proximidade. Conclui-se que níveis elevados de solidão explicam níveis elevados do nível de proximidade do animal de estimação. Outros valores que justificam esta relação entre as variáveis são as correlações significativas positivas entre a proximidade e a ansiedade ($r = .333$, $p < .0001$), stress ($r = .270$, $p < .0001$) e depressão ($r = .243$, $p < .0001$).

Análise de Diferenças Estatísticas

Para análise da terceira hipótese foi realizado o teste de *Kruskal-Wallis H*, uma vez que o p value é significativo, para verificar as médias entre as variáveis do estudo e

a formação académica. Na Tabela 10, estão listadas as médias entre as variáveis de estudo e a formação académica. Segundos os dados registados, constatamos que quanto maior for o grau académico, maior a solidão. No caso da população imigrante, a maior taxa de solidão encontra-se naqueles que têm o doutoramento ($M = 94.17$; $n = 3$), enquanto que na população portuguesa está nos que têm o mestrado ($M = 85.31$; $n = 24$). Conclui-se também que as médias populacionais da população imigrante são superiores no 3º ciclo ($M = 65.00$; $n = 15$).

Quanto às médias de saúde mental, mais propriamente aos níveis de ansiedade, imigrantes ($M = 99.46$; $n = 24$) com a frequência universitária parecem sentir mais ansiedade do que portugueses ($M = 98.88$; $n = 39$). Curiosamente, o segundo grau académico que regista níveis elevados de ansiedade é o secundário, tendo a população imigrante uma média de 81.76 ($n = 34$) e a portuguesa uma média de 81.43 ($n = 35$). Relativamente às médias de depressão, o registo é semelhante ao da ansiedade, ou seja, para além da população imigrante ser a que mais apresenta sintomatologia depressiva na maioria dos graus académicos; imigrantes ($M = 95.21$; $n = 24$) com a frequência universitária parecem ter mais sintomas depressivos do que os portugueses ($M = 93.69$; $n = 39$). Nesta subescala a população portuguesa ($M = 78.31$; $n = 24$) apresenta níveis depressivos superiores aos da população imigrante ($M = 73.61$; $n = 19$) no mestrado, o que contrasta com os resultados da solidão. Por fim, quanto ao stress, portugueses ($M = 100.76$; $n = 39$) com frequência universitária aparentam sentir mais stress do que imigrantes ($M = 95.85$; $n = 24$). Nos restantes graus académicos, os imigrantes ($M = 86.71$; $n = 19$) apresentam médias superiores aos dos portugueses ($M = 68.17$; $n = 24$), sendo o que mais se destaca o mestrado. Ao observar os valores de p da saúde mental, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre a ansiedade (imigrantes: $p = <.001$; portugueses: $p = <.001$), a depressão (imigrantes: $p = <.001$; portugueses: $p = .003$), o stress (imigrantes: $p = .002$; portugueses: $p = <.001$) e a formação escolar das populações imigrante e portuguesa.

Tabela 10- Médias da Formação Escolar da População Imigrante e Portuguesa

	Imigrantes					Portugueses				
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>H</i>	<i>p</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Solidão	150	42.18	14.166	3.191	.784	150	42.14	13.222	9.706	.046
1º ciclo	13	63.08				-	-			
3º ciclo	15	65.00				4	46.00			
Secundário	34	76.76				35	79.30			
Frequência	24	78.67				39	85.26			
Universitária										
Licenciatura/ Bacharelato	42	75.63				48	62.35			
Mestrado	19	82.79				24	85.31			
Doutoramento	3	94.17				-	-			
Ansiedade	150	2.95	4.132	25.220	<.001	150	4.65	5.220	22.280	<.001
1º ciclo	13	45.23				-	-			
3º ciclo	15	42.87				4	49.13			
Secundário	34	81.76				35	81.43			
Frequência	24	99.46				39	98.88			
Universitária										
Licenciatura/ Bacharelato	42	78.45				48	58.05			
Mestrado	19	75.21				24	68.15			
Doutoramento	3	67.67				-	-			
Depressão	150	3.76	4.302	22.807	<.001	150	5.43	5.218	15.720	.003
1º ciclo	13	50.19				-	-			
3º ciclo	15	40.37				4	43.50			
Secundário	34	76.01				35	78.53			
Frequência	24	95.21				39	93.69			
Universitária										
Licenciatura/ Bacharelato	42	85.90				48	59.77			
Mestrado	19	73.61				24	78.31			
Doutoramento	3	63.67				-	-			
Stress	150	5.36	4.841	20.625	.002	150	7.74	5.231	19.940	<.001
1º ciclo	13	48.04				-	-			
3º ciclo	15	43.17				4	48.25			
Secundário	34	78.51				35	73.39			
Frequência	24	95.85				39	100.76			
Universitária										
Licenciatura/ Bacharelato	42	75.77				48	62.46			
Mestrado	19	86.71				24	68.17			
Doutoramento	3	84.33				-	-			

Nota: *N* = Número de Participantes; *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; *H* = Kruskal-Wallis *H*; *p* = significância

Após a análise teórica e estatística, confirma-se que os níveis de suporte social impactam positiva e negativamente a solidão e saúde mental de ambas as populações (tabela 11). Posto isto, ao avaliar a média geral de suporte social entre as populações e a formação escolar apercebemo-nos de que os graus académicos em que a população imigrante apresenta médias inferiores coincidem com os que mais aumentam a depressão, stress e ansiedade. Ou seja, imigrantes com a “frequência universitária” ($M = 67.96$; $n = 24$) e “licenciatura/bacharelato” ($M = 69.29$; $n = 42$) são os que menos demonstram ter suporte social. Se nos focarmos nos valores do 3º ciclo ($M = 94.47$; $n =$

15) e no secundário ($M = 76.24$; $n = 34$), observamos que o suporte social é superior aos mencionados anteriormente. Isto poderá coincidir com a altura em que os participantes migraram, visto que são os graus académicos em que o suporte social familiar é inferior são os do ensino superior. Na população imigrante, os níveis de “família” ($M = 70.75$, $n = 24$; $M = 67.61$; $n = 42$) e de “amigos” ($M = 67.71$, $n = 24$; $M = 67.55$, $n = 42$) são inferiores aos de “outros” ($M = 70.48$, $n = 24$; $M = 70.65$, $n = 42$), o que pode significar que esta população recorre mais a outros tipos de suporte social durante o ensino superior.

Tabela 11- Médias da Formação Escolar da População Imigrante e Portuguesa

	Imigrantes					Portugueses				
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>H</i>	<i>p</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Suporte Social	150	63.11	16.730	4.985	.546	150	65.96	13.868	1.713	.788
1º ciclo	13	74.58				-	-			
3º ciclo	15	94.47				4	94.50			
Secundário	34	76.24				35	80.00			
Frequência	24	67.96				39	72.27			
Universitária										
Licenciatura/ Bacharelato	42	69.29				48	75.89			
Mestrado	19	82.11				24	70.25			
Doutoramento	3	81.83				-	-			
Família	150	20.89	6.644	5.785	.448	150	21.01	6.082	3.079	.545
1º ciclo	13	73.04				-	-			
3º ciclo	15	97.03				4	101.88			
Secundário	34	78.26				35	80.20			
Frequência	24	70.75				39	77.72			
Universitária										
Licenciatura/ Bacharelato	42	67.61				48	71.86			
Mestrado	19	77.39				24	67.92			
Doutoramento	3	83.67				-	-			
Amigos	150	20.12	6.346	5.858	.439	150	21.53	5.340	1.702	.790
1º ciclo	13	82.46				-	-			
3º ciclo	15	95.23				4	77.50			
Secundário	34	77.53				35	75.87			
Frequência	24	67.71				39	68.96			
Universitária										
Licenciatura/ Bacharelato	42	67.55				48	81.00			
Mestrado	19	78.68				24	74.25			
Doutoramento	3	77.17				-	-			
Outros	150	22.11	6.007	3.471	.748	150	23.42	5.268	1.786	.775
1º ciclo	13	74.54				-	-			
3º ciclo	15	85.80				4	89.00			
Secundário	34	73.97				35	77.87			
Frequência	24	70.48				39	77.92			
Universitária										
Licenciatura/ Bacharelato	42	70.65				48	75.28			
Mestrado	19	88.21				24	66.29			
Doutoramento	3	73				-	-			

Nota: *N* = Número de Participantes; *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; *H* = Kruskal-Wallis *H*; *p* = significância

Já na população portuguesa, os resultados do suporte social que mais se destacam são os do mestrado. A média portuguesa ($M = 70.25$; $n = 24$) é surpreendente comparativamente à imigrante ($M = 82.11$; $n = 19$), mesmo analisando primeiramente as subescalas (família, amigos, outros) a população imigrante continua a ter médias superiores às dos portugueses. Pode afirmar-se que no caso dos portugueses a média de suporte social é superior durante o 3º ciclo ($M = 94.50$; $n = 4$) e secundário ($M = 80.00$; $n = 35$). Coloca-se como possibilidade o suporte social ser superior nesta fase da vida dos portugueses porque a maioria dos estudantes universitários são deslocados, estando longe da família durante o ensino superior. Estes valores vão de encontro aos níveis superiores de suporte social mencionados anteriormente, o que pode significar que a presença de um animal de estimação pode ter contribuído para o aumento de suporte social percebido nessa fase da vida quer da população imigrante quer da portuguesa.

Por fim, quanto às subescalas do LAPS (importância, proximidade e vinculação), tendo em conta a diferença entre o número de animais de estimação e as populações (33 imigrantes e 85 portugueses têm animais), assim como entre as médias apresentadas na tabela, concluímos que a população portuguesa é a que mais se vincula com os animais de estimação (tabela 12). Relativamente à proximidade, ambas as populações apresentam maiores níveis de proximidade no 3º ciclo, sendo que os imigrantes apresentam uma média de 26.00 ($n = 1$) e os portugueses de 59.00 ($n = 2$). Visto que a maioria da amostra teve animais durante a infância e adolescência esperava-se que os níveis da LAPS fossem superiores nesta fase. As médias da importância corroboram esta possibilidade, destacando-se o 1º ciclo ($M = 18.38$; $n = 4$) na população imigrante e o 3º ciclo ($M = 52.75$; $n = 2$) na população portuguesa. Por fim, a média de vinculação da população imigrantes é superior durante o secundário ($M = 21.33$; $n = 9$) enquanto que os portugueses mantêm o registo do 3º ciclo ($M = 64.50$; $n = 2$). Estes valores vão de encontro aos níveis superiores de suporte social mencionados anteriormente, o que pode significar que a presença de um animal de estimação pode ter contribuído para o aumento de suporte social percebido nessa fase da vida quer da população imigrante quer da portuguesa.

Tabela 12- Médias da Formação Escolar da População Imigrante e Portuguesa

	Imigrantes					Portugueses				
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>H</i>	<i>p</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Proximidade	33	21.45	5.167	2.385	.794	85	22.84	5.631	5.239	.264
1º ciclo	4	11.75				-	-			
3º ciclo	1	26.00				2	59.00			
Secundário	9	17.56				25	42.46			
Frequência	5	15.50				24	50.67			
Universitária										
Licenciatura/Bacharelato	11	18.18				19	36.11			
Mestrado	3	17.50				15	38.23			
Doutoramento	-	-				-	-			
Importância	33	18.21	4.833	.957	.966	85	19.73	3.971	3.064	.547
1º ciclo	4	18.38				-	-			
3º ciclo	1	13.50				2	52.75			
Secundário	9	17.50				25	41.00			
Frequência	5	14.40				24	49.40			
Universitária										
Licenciatura/Bacharelato	11	18.23				19	37.63			
Mestrado	3	14.67				15	41.60			
Doutoramento	-	-				-	-			
Vinculação	33	39.97	6.785	2.728	.742	85	44.26	6.266	5.887	.208
1º ciclo	4	14.13				-	-			
3º ciclo	1	16.50				2	64.50			
Secundário	9	21.33				25	40.88			
Frequência	5	16.60				24	49.23			
Universitária										
Licenciatura/Bacharelato	11	14.91				19	34.24			
Mestrado	3	16.33				15	44.80			
Doutoramento	-	-				-	-			

Nota: *N* = Número de Participantes; *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; *H* = Kruskal-Wallis *H*; *p* = significância

Para análise da quarta hipótese realizou-se o teste de *Kruskal-Wallis H*, uma vez que o valor de *p* era significativo, para verificar as diferenças entre as médias das variáveis do estudo e as faixas etárias da amostra. As tabelas 13, 14 e 15 permite-nos identificar as diferenças estatísticas entre a idade e as variáveis do estudo na população imigrante e portuguesa.

A literatura defende que a solidão tem maior incidência na população envelhecida e ao observar os dados da tabela, confirma-se que neste estudo a solidão tem maior incidência entre os 56 e os 65 anos na população imigrante (*M* = 95.38; *n* = 8) e entre os 66 e os 79 anos na população portuguesa (*M* = 95.00; *n* = 3). O facto de a solidão ter níveis elevados nos jovens adultos quer na população imigrante, dos 18 aos 25 anos (*M* = 71.91; *n* = 48) e dos 26 aos 35 anos (*M* = 72.46; *n* = 48), quer na população portuguesa, dos 18 aos 25 anos (*M* = 82.49; *n* = 99) e dos 26 aos 35 anos (*M*

= 86.18; $n = 17$), está em concordância com a taxas elevadas de imigração, emigração, ansiedade, depressão e de stress.

Tabela 13- Médias da Faixa Etária da População Imigrante e Portuguesa

	<i>Imigrantes</i>					<i>Portugueses</i>				
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>H</i>	<i>p</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Solidão	150	42.18	14.166	3.697	.594	150	42.14	13.222	19.166	.002
18-25 anos	48	71.91				99	82.49			
26-35 anos	48	72.46				17	86.18			
36-45 anos	31	83.16				12	47.21			
46-55 anos	12	67.38				12	46.46			
56-65 anos	8	95.38				7	40.64			
66-79 anos	3	82.00				3	95.00			
Ansiedade	150	2.95	4.132	4.560	.472	150	4.65	5.220	17.789	.003
18-25 anos	48	80.31				99	83.41			
26-35 anos	48	79.40				17	82.26			
36-45 anos	31	69.32				12	57.67			
46-55 anos	12	64.83				12	39.46			
56-65 anos	8	57.13				7	47.36			
66-79 anos	3	91.67				3	57.17			
Depressão	150	3.76	4.302	9.091	.106	150	5.43	5.218	19.817	.001
18-25 anos	48	79.79				99	83.93			
26-35 anos	48	81.15				17	83.85			
36-45 anos	31	72.65				12	45.13			
46-55 anos	12	47.13				12	45.13			
56-65 anos	8	59.63				7	45.86			
66-79 anos	3	101.83				3	62.17			
Stress	150	5.36	4.841	5.130	.400	150	7.74	5.231	15.363	.009
18-25 anos	48	80.25				99	82.62			
26-35 anos	48	79.48				17	84.76			
36-45 anos	31	74.76				12	47.29			
46-55 anos	12	53.04				12	49.04			
56-65 anos	8	66.44				7	57.79			
66-79 anos	3	57.50				3	48.17			

Nota: N = Número de Participantes; M = Média; DP = Desvio-Padrão; H = Kruskal-Wallis H; p = significância

Na população imigrante, os maiores níveis de ansiedade encontram-se na última faixa etária (66-79 anos) com uma média de 91.67 ($n = 3$), enquanto que na população portuguesa os participantes com idades entre os 18 e os 25 anos foram os que mais revelam sentir ansiedade ($M = 83.41$; $n = 99$). É de salientar a média de depressão entre

imigrantes com 65 ou mais anos ($M = 101.83$; $n = 3$), que comparativamente com os portugueses ($M = 62.17$; $n = 3$) é bastante elevada. Os maiores níveis de depressão na população portuguesa encontram-se na faixa etária dos jovens (18-25 anos) com uma média de 83.93 ($n = 99$), enquanto que os imigrantes têm uma média ligeiramente inferior de 79.79 ($n = 48$), não deixando de ser elevada. Ao observar estes resultados concluímos que enquanto que imigrantes mais velhos revelam sentir-se mais ansiosos e depressivos, enquanto que no caso da população portuguesa são os jovens.

Quanto ao suporte social, as médias que se salientam são as correspondentes à faixa etária dos 18 aos 25 anos na população imigrante ($M = 82.75$; $n = 48$) e dos 36 aos 45 anos na população portuguesa ($M = 95.46$; $n = 12$). Conclui-se que a população imigrante aparenta ter um maior suporte social do que os portugueses dos 18 aos 35 anos, apesar de posteriormente a população portuguesa apresentar níveis superiores. Já na subescala da “família”, imigrantes com idades entre os 18 e os 25 anos ($M = 80.53$; $n = 48$) são os que revelam ter maior suporte social familiar, enquanto que na população portuguesa este tipo de suporte é superior na faixa etária dos idosos, com idades entre os 66 e os 79 anos ($M = 94.17$; $n = 3$). Novamente, verificamos resultados contraditórios entre as populações, visto que na população imigrante o suporte social familiar parece diminuir com a idade, enquanto que na população portuguesa parece aumentar com a idade (exceto na faixa etária dos 46 aos 55 anos que revela uma diminuição significativa de suporte social com uma média de 66.75, $n = 12$). Quanto à subescala de suporte social “amigos”, o pico na população imigrante é dos 56 aos 65 anos ($M = 88.31$; $n = 6$) enquanto que nos portugueses é dos 36 aos 45 anos ($M = 91.00$; $n = 12$). É de salientar que embora existam níveis elevados de suporte social de amigos na faixa etária dos 56 aos 65 anos em ambas as populações, na faixa etária seguinte (66 aos 79 anos) a média das populações desce severamente, tendo a população imigrante uma média de 12.83 ($n = 3$) como na portuguesa ($M = 33.33$; $n = 3$). Podemos justificar este decréscimo dos “amigos” com o aumento do suporte social familiar nestas idades, mencionado anteriormente.

Tabela 14- Médias da Faixa Etária da População Imigrante e Portuguesa

	Imigrantes					Portugueses				
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>H</i>	<i>p</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Suporte Social	150	63.11	16.730	6.195	.288	150	65.96	13.868	4.000	.549
18-25 anos	48	82.75				99	75.02			
26-35 anos	48	72.74				17	69.59			
36-45 anos	31	73.23				12	95.46			
46-55 anos	12	75.08				12	66.67			
56-65 anos	8	78.00				7	84.07			
66-79 anos	3	22.17				3	60.33			
Família	150	20.89	6.644	5.000	.416	150	21.01	6.082	3.964	.555
18-25 anos	48	80.53				99	74.32			
26-35 anos	48	72.78				17	68.21			
36-45 anos	31	77.84				12	90.71			
46-55 anos	12	70.75				12	66.75			
56-65 anos	8	78.06				7	90.79			
66-79 anos	3	26.50				3	94.17			
Amigos	150	20.12	6.346	10.00	.075	150	21.53	5.340	4.819	.438
				8						
18-25 anos	48	84.08				99	76.12			
26-35 anos	48	71.24				17	75.38			
36-45 anos	31	69.95				12	91.00			
46-55 anos	12	79.67				12	69.58			
56-65 anos	8	88.31				7	68.71			
66-79 anos	3	12.83				3	33.33			
Outros	150	22.11	6.007	2.115	.833	150	23.42	5.268	4.306	.506
18-25 anos	48	80.50				99	76.84			
26-35 anos	48	73.13				17	63.26			
36-45 anos	31	72.81				12	91.67			
46-55 anos	12	80.67				12	63.38			
56-65 anos	8	71.44				7	78.43			
66-79 anos	3	51.50				3	77.67			

Nota: N = Número de Participantes; M = Média; DP = Desvio-Padrão; H = Kruskal-Wallis H; p = significância

Quanto à subescala de outros tipos de suporte social, imigrantes com idades entre os 46 e os 55 anos ($M = 80.67$; $n = 12$) são os que mais revelam apoiar-se noutra tipo de suporte social, enquanto que nos portugueses é dos 36 aos 45 anos ($M = 91.67$; $n = 12$).

Sendo a população portuguesa a que mais tem animais e, consequentemente a que mais respondeu ao LAPS, reporta uma média superior em todas as subescalas do instrumento comparativamente à população imigrante (tabela 14). É de salientar que na subescala de vinculação as médias são superiores na faixa etária dos jovens (18 aos 25 anos) quer na população imigrante ($M = 19.13$; $n = 15$) quer na portuguesa ($M = 47.62$; $n = 58$).

Tendo em conta o valor de p , concluímos que existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias da solidão (.002), ansiedade (.003), depressão (.001), stress (.009), e das faixas etárias na população portuguesa.

Tabela 15- Médias da Faixa Etária da População Imigrante e Portuguesa

	<i>Imigrantes</i>					<i>Portugueses</i>				
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>H</i>	<i>p</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Proximidade	33	21.45	5.167	2.891	.576	85	22.84	5.631	10.607	.060
18-25 anos	15	17.67				58	46.23			
26-35 anos	9	18.89				9	49.89			
36-45 anos	4	14.88				5	22.70			
46-55 anos	4	10.63				8	24.19			
56-65 anos	-	-				4	48.50			
66-79 anos	1	24.00				1	23.50			
Importância	33	18.21	4.833	8.318	.081	85	19.73	3.971	8.400	.136
18-25 anos	15	16.33				58	47.36			
26-35 anos	9	21.61				9	43.06			
36-45 anos	4	16.75				5	36.30			
46-55 anos	4	6.50				8	25.69			
56-65 anos	-	-				4	25.88			
66-79 anos	1	28.50				1	30.00			
Vinculação	33	39.97	6.785	5.490	.241	85	44.26	6.266	10.479	.063
18-25 anos	15	19.03				58	47.62			
26-35 anos	9	18.94				9	42.44			
36-45 anos	4	14.88				5	27.90			
46-55 anos	4	11.13				8	23.31			
56-65 anos	-	-				4	42.13			
66-79 anos	1	1.00				1	16.50			

Nota: N = Número de Participantes; M = Média; DP = Desvio-Padrão; H = Kruskal-Wallis H; p = significância

Para análise da quinta hipótese realizou-se o teste de *Mann-Whitney*, uma vez que o valor de p era significativo, para verificar as diferenças entre as médias das

variáveis do estudo e as populações portuguesa e imigrante (tabela 16). Primeiramente, verificamos que os níveis de solidão da população imigrante ($M = 151.26$) são ligeiramente superiores aos da população portuguesa ($M = 149.74$; $p = .878$). Quanto à saúde mental, os resultados contrariam a literatura, já que os portugueses têm níveis superiores de ansiedade ($M = 167.15$), depressão ($M = 165.95$) e de stress ($M = 171.33$), comparativamente aos imigrantes ($M = 133.85$, $M = 135.05$, $M = 129.67$).

Tabela 16- *Diferenças entre a População Imigrante (N= 150) e Portuguesa (N= 150)*

	Imigrantes	Portugueses		
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Solidão	151.26	149.74	11135.500	.879
Ansiedade	133.85	167.15	8752.500	<.001
Depressão	135.05	165.95	8933.000	.002
Stress	129.67	171.33	8125.500	<.001
Suporte Social	145.11	155.89	10441.500	.281
Família	151.78	149.22	11057.500	.797
Amigos	141.74	159.26	9935.500	.079
Outros	141.00	160.00	9825.000	.053
Proximidade	52.23	62.32	1162.500	.149
Importância	51.59	62.57	1141.500	.116
Vinculação	43.65	65.65	879.500	.002

Nota: *M = Média; U = Mann-Whitney U; p = significância*

O suporte social segue o mesmo registo, visto que contrariamente ao esperado, os imigrantes revelam ter níveis superiores de suporte social familiar ($M = 151.78$), sendo os dos portugueses ligeiramente inferiores ($M = 149.22$). A população portuguesa apresenta níveis superiores de suporte social geral ($M = 155.89$), suporte social de amigos ($M = 159.26$) e de outros tipos de suporte social ($M = 160.00$), comparativamente com a população imigrante ($M = 145.11$, $M = 141.74$, $M = 141.00$). Quanto às subescalas da LAPS, a população portuguesa ultrapassa os níveis da população imigrante como esperado, visto que são a população que mais tem animais e cujo número de participantes foi superior ($n = 85$), comparativamente à população imigrante ($n = 33$). Posto isto, tendo em conta o valor de p , existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias de ansiedade ($p = <.001$), depressão ($p = .002$), stress ($p = <.001$) e de vinculação ($p = .002$) as populações imigrante e portuguesa.

Para a análise da sexta hipótese, realizou-se o teste *Kruskal-Wallis H*, uma vez que verificamos que o *p*-valor é significativo, para verificar os níveis das variáveis de cada população de acordo com os pontos de corte da Escala de Solidão. Realizaram-se três pontos de corte de forma a dividir a escala em três níveis: sendo o primeiro o “nível baixo” de 20 a 39 pontos, o segundo o “nível médio” de 40 a 59 pontos e o terceiro o “nível alto” de 60 a 80 pontos (tabela 17).

Ao observar os resultados da saúde mental, começando pela ansiedade, pode concluir-se que a população portuguesa é a que apresenta níveis superiores de ansiedade, tendo médias superiores nos níveis médio ($M = 86.85$; $n = 68$) e alto ($M = 113.91$; $n = 16$) de solidão. A população imigrante apresenta uma média superior no nível baixo de ansiedade ($M = 64.29$; $n = 60$) e inferiores nos níveis médio ($M = 82.04$; $n = 68$) e alto ($M = 64.29$; $n = 60$), comparativamente com os portugueses. Quanto à depressão, a população portuguesa continua a apresentar médias superiores às da população imigrante. O nível “alto” é o que mais se destaca na população portuguesa ($M = 121.56$; $n = 16$), enquanto que os imigrantes apresentam um número elevado, mas distante da média portuguesa ($M = 90.57$; $n = 22$). A média dos níveis “médio” ($M = 93.28$; $n = 68$) e “alto” da população portuguesa permanece superior ao nível mais elevado da população imigrante, o que significa se revela preocupante. Por fim, quanto ao stress, os imigrantes apresentam uma média superior no nível “baixo” ($M = 59.93$; $n = 60$) comparativamente com a população portuguesa ($M = 53.14$; $n = 66$). Nos restantes níveis, a população portuguesa ultrapassa a população imigrante, tendo médias superiores no nível “médio” ($M = 87.44$; $n = 68$) e “alto” ($M = 117.00$; $n = 16$). A população imigrante tem um nível “médio” aproximado ($M = 83.61$; $n = 68$) à dos portugueses e o nível “alto” ($M = 92.89$; $n = 22$) ainda que seja elevado é distante da média portuguesa. Concluimos que existem diferenças estatisticamente significativas entre a ansiedade (imigrantes: $p = .025$; portugueses: $p = <.001$), a depressão (imigrantes: $p = .005$; portugueses: $p = <.001$), o stress (imigrantes: $p = .001$; portugueses: $p = <.001$) e os níveis da Escala de Solidão na população imigrante e portuguesa.

Tabela 17- Médias dos Níveis de Solidão da População Imigrante e Portuguesa

	Imigrantes					Portugueses				
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>H</i>	<i>p</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Ansiedade	150	2.95	4.132	7.417	.025	150	4.65	5.220	33.214	<.001
baixo	60	64.29				66	54.49			
médio	68	82.04				68	86.85			
alto	22	85.56				16	113.91			
Depressão	150	3.76	4.302	10.488	.005	150	5.43	5.218	60.347	<.001
baixo	60	62.14				66	46.02			
médio	68	82.41				68	93.28			
alto	22	90.57				16	121.56			
Stress	150	5.36	4.841	13.797	.001	150	7.74	5.231	37.402	<.001
baixo	60	59.93				66	53.14			
médio	68	83.61				68	87.44			
alto	22	92.89				16	117.00			
Suporte Social	150	63.11	16.730	14.588	<.001	150	65.96	13.868	27.568	<.001
baixo	60	91.48				66	95.35			
médio	68	67.45				68	63.84			
alto	22	56.82				16	43.19			
Família	150	20.89	6.644	14.902	<.001	150	21.01	6.082	20.661	<.001
baixo	60	92.12				66	92.17			
médio	68	64.53				68	66.48			
alto	22	64.09				16	45.09			
Amigos	150	20.12	6.346	9.411	.009	150	21.53	5.340	22.808	<.001
baixo	60	87.33				66	94.28			
médio	68	71.20				68	62.43			
alto	22	56.55				16	53.56			
Outros	150	22.11	6.007	10.562	.005	150	23.42	5.268	14.483	<.001
baixo	60	87.83				66	88.83			
médio	68	71.15				68	68.74			
alto	22	55.32				16	49.22			

Nota: *N* = Número de Participantes; *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *H* = Kruskal-Wallis *H*; *p* =significância

Ao observar as médias de suporte social verificamos que a população portuguesa apresenta uma média superior no nível “baixo” ($M = 95.35$; $n = 66$), tendo a população imigrante uma média de 91.48 ($n = 60$). Olhando para os restantes níveis verifica-se que a população imigrante ultrapassa as médias dos portugueses, indicando um nível de suporte social superior naqueles que apresentam níveis “médios” ($M = 67.45$; $n = 68$) e “altos” ($M = 56.82$; $n = 22$) de solidão, comparativamente com os portugueses com uma

média de 63.84 ($n=68$) no nível “médio” e de 43.19 ($n = 16$) no nível “alto” de solidão. Isto significa que portugueses com baixos níveis de solidão indicam ter mais suporte social do que portugueses com níveis médios e altos de solidão, sendo o terceiro nível aquele com a menor média. O valor de p ($<.001$) demonstra ser altamente significativo para a amostra, quer na população imigrante quer na portuguesa, por isso, conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o suporte social e os níveis da Escala de Solidão na população imigrante e portuguesa.

Ainda na Tabela 17, analisando as subescalas de suporte social, começando pela família, os resultados refletem os referidos anteriormente, visto que apesar de a média de suporte social ser bastante semelhante no nível “baixo” para a população portuguesa ($M = 92.17$; $n = 66$) e imigrante ($M = 92.12$; $n = 60$); a média portuguesa ($M = 66.48$; $n = 68$) é ligeiramente superior ($M = 64.53$; $n = 68$) no nível “médio”. O suporte social diminui para os portugueses no nível “alto” com uma média de 45.09 ($n = 16$), que comparativamente à média imigrante ($M = 64.09$; $n = 22$), é bastante inferior. Ora isto significa que, apesar de a população imigrante apresentar médias de suporte familiar ligeiramente inferiores às da população portuguesa em níveis baixos e médios de solidão, os imigrantes que sofrem de níveis altos de solidão recorrem e têm mais suporte familiar. Já a população portuguesa, demonstra ter mais suporte social familiar em níveis baixos de solidão e este suporte vai diminuindo à medida que os níveis de solidão aumentam. Estes dados estão de acordo com a literatura, demonstrando que quanto menor o suporte social, maior a solidão e vice-versa.

Quanto ao suporte social de amigos, portugueses com níveis baixos de solidão ($M = 94.28$; $n = 66$) parecem recorrer mais ao suporte social de amigos do que a população imigrante ($M = 87.33$; $n = 60$). No entanto, imigrantes com níveis médios ($M = 71.20$; $n = 68$) e altos ($M = 56.55$; $n = 22$) de solidão possuem médias de suporte social superiores aos portugueses, com médias de 62.43 ($n = 68$) e de 53.56 ($n = 16$), respetivamente. Por fim, ao analisar as médias de outros tipos de suporte social, verificamos que com exceção do nível baixo de solidão ($M = 87.83$; $n = 60$), os imigrantes têm médias superiores de outros tipos de suporte social em indivíduos com níveis médios ($M = 71.15$; $n = 68$) e altos ($M = 55.32$; $n = 22$) de solidão. Os portugueses apresentam médias inferiores nos níveis médios ($M = 68.74$; $n = 68$) e altos ($M = 49.22$; $n = 16$), tendo uma média ligeiramente superior à da população imigrante no nível baixo de solidão ($M = 88.83$; $n = 66$). Possivelmente, a população portuguesa

recorre menos a outros tipos de suporte social, visto que a literatura indica que o tipo de suporte social mais recorrente em Portugal é o familiar (Guadalupe & Vicente, 2022). Tendo em conta o valor de p , concluímos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o suporte social familiar (imigrantes: $p = <.001$; portugueses: $p = <.001$), de amigos (imigrantes: $p = .009$; portugueses: $p = .001$), de outros tipos de suporte social (imigrantes: $p = .005$; portugueses: $p = <.001$) e os níveis da Escala de Solidão na população imigrante e portuguesa.

Tabela 18- Médias dos Níveis de Solidão da População Imigrante e Portuguesa

	Imigrantes					Portugueses				
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>H</i>	<i>p</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Proximidade	33	21.45	5.167	.078	.962	85	22.84	5.631	7.266	.026
baixo	13	17.58				34	35.26			
médio	13	16.58				42	46.10			
alto	7	16.71				9	57.78			
Importância	33	18.21	4.833	1.695	.429	85	19.73	3.971	.374	.829
baixo	13	17.69				34	41.16			
médio	13	15.62				42	43.85			
alto	7	18.29				9	46.00			
Vinculação	33	39.97	6.785	.462	.794	85	44.26	6.266	.920	.631
baixo	13	59.93				34	45.90			
médio	13	83.61				42	40.54			
alto	7	92.89				9	43.56			

Nota: *N* = Número de Participantes; *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *H* = Kruskal-Wallis *H*; *p* = significância

Quanto às subescalas *Lexington Attachment to Pets Scale* (LAPS), esperava-se que as médias da população portuguesa fossem superiores, visto que número de participantes que preencheram esta escala é superior ($n = 85$) ao da população imigrante ($n = 33$). Ao observar a Tabela 18, começando pela subescala da proximidade, confirma-se de facto que as médias portuguesas são superiores, destacando-se a média de proximidade no nível alto de solidão ($M = 57.78$; $n = 9$). Isto significa que portugueses com níveis altos de solidão são os que mais procuram estar próximos do seu animal de estimação. Na população imigrante as médias são baixas, sendo a que se destaca a média que equivale ao nível baixo de solidão ($M = 17.58$; $n = 13$). Isto significa que quanto maior a média de proximidade, menor o nível de solidão nesta população. Quanto à subescala da importância, as médias portuguesas são muito superiores às da população imigrante sendo a média que se destaca a correspondente ao

nível alto de solidão quer na população portuguesa ($M = 46.00$; $n = 9$), quer na população imigrante ($M = 18.29$; $n = 7$). Por fim, quanto à subescala de vinculação, os resultados são surpreendentes. Isto porque as médias da população imigrante são bastante superiores às médias dos portugueses. A média que mais se destaca é a equivalente ao nível alto de solidão ($M = 92.89$, $n = 7$), enquanto que a média portuguesa equivale a 43.56 ($n = 9$). Tendo em conta os valores de p da subescala de proximidade (imigrantes: $p = .962$; portugueses: $p = .026$), podemos afirmar que existem diferenças significativas entre a proximidade e os níveis da Escala de Solidão na população portuguesa. As restantes subescalas não apresentam resultados estatisticamente significativos.

Análise de Mediação

Para a análise da sétima hipótese, foi efetuada uma análise de mediação independente para testar se a solidão mediava significativamente a relação entre o suporte social familiar e a saúde mental (depressão, ansiedade e stress). Os elementos descritos por MacKinnon (2008) foram testados para avaliar o efeito mediador da solidão entre o suporte social familiar e declínio da saúde mental (aumento dos sintomas de depressão, ansiedade e stress): (1) uma relação significativa entre a variável independente (suporte social familiar) e o mediador (solidão); (2) uma relação significativa entre a variável independente (suporte social familiar) e a variável dependente [saúde mental (depressão, ansiedade e stress)]; (3) uma associação significativa entre a solidão e a saúde mental (depressão, ansiedade e stress) quando o suporte social familiar foi controlado; (4) o coeficiente significativo da via indireta entre o suporte social familiar e a saúde mental (depressão, ansiedade e stress) através da solidão.

Relativamente aos critérios (1), (2) e (3) de mediação (MacKinnon, 2008), as Tabelas 17, 18 e 19 mostram que, para todos os critérios, existe uma relação significativa entre as variáveis. Os resultados da Tabela 19, 20 e 21 mostraram que o suporte social familiar estava negativamente relacionado com a solidão ($\beta = -.0380$, $p < 0.01$). O suporte social familiar foi responsável por 12.4% da variância da solidão [$F_{(1,298)} = 42.4381$, $p < 0.01$, $R^2 = .124$].

Os resultados corresponderam às expectativas, indicando um efeito positivo estatisticamente significativo da solidão na depressão ($\beta=.4874$, $p<0.01$), sendo que o suporte social, contrariamente à solidão teve um efeito estatisticamente significativo e negativo nos sintomas depressivos ($\beta=-.0232$, $p<0.01$). A solidão e o suporte social familiar foram responsáveis por 34.94% da variância da depressão [$F_{(2.297)} = 79.7348$, $p<0.01$, $R^2=.3494$].

Tabela 19- Resultados da Solidão como variável mediadora entre as variáveis de Suporte Social (Família) e Saúde Mental (Depressão)

Relação	coeff	SE	t	p	95% Bootstrapping CI	
					LL	UL
Família ► Solidão (a)	-.0380	.0058	-6.5145	.0000	-.0495	-.0265
Solidão ► Depressão (b)	.4874	.0506	9.6240	.0000	.3877	.5871
Família ► Depressão (c)	-.0232	.0054	-4.2517	.0000	-.0339	-.0124
Família ► Solidão ► Depressão (c')	-.0185	.0040	-7.1505	.0000	-.0265	-.0112
Nota: coeff = non-standardized coefficient						

Os resultados corresponderam às expectativas, indicando um efeito positivo estatisticamente significativo da solidão na ansiedade ($\beta=2.7372$, $p<0.01$), sendo que o suporte social, contrariamente à solidão teve um efeito estatisticamente significativo e negativo nos sintomas de ansiedade ($\beta=-.1356$, $p<0.01$). A solidão e o suporte social familiar foram responsáveis por 23.62% da variância da ansiedade [$F_{(2.297)} = 45.9304$, $p<0.01$, $R^2=.2362$].

Tabela 20- Resultados da Solidão como variável mediadora entre as variáveis de Suporte Social (Família) e Saúde Mental (Ansiedade)

Relação	coeff	SE	t	p	95% Bootstrapping CI	
					LL	UL
Família ► Solidão (a)	-.0380	.0058	-6.5145	.0000	-.0495	-.0265
Solidão ► Ansiedade (b)	2.7372	.3785	7.2320	.0000	1.9924	3.4821
Família ► Ansiedade (c)	-.1356	.0407	-3.3312	.0010	-.2157	-.0555
Família ► Solidão ► Ansiedade (c')	-.1040	.0242	-5.8094	.0000	-.1551	-.0613
Nota: coeff = non-standardized coefficient						

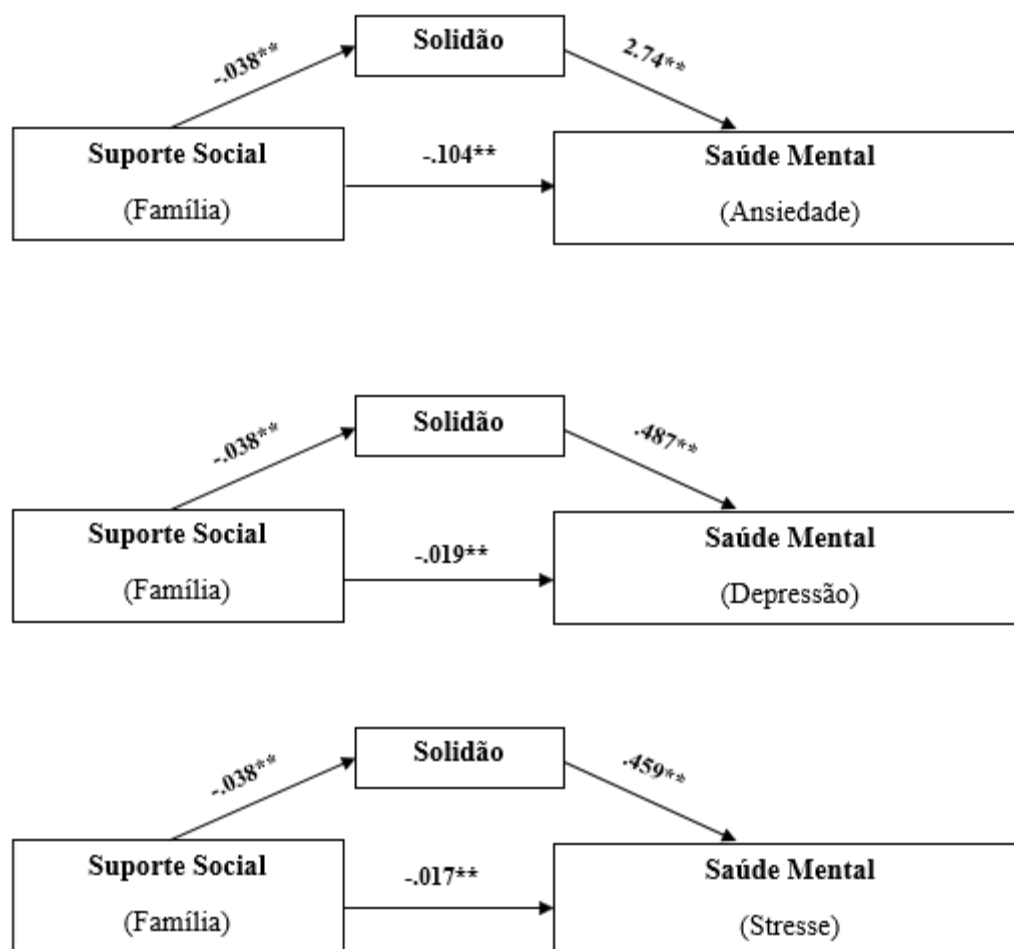
Os resultados corresponderam às expectativas, indicando um efeito positivo estatisticamente significativo da solidão no stress ($\beta=.4586$, $p<0.01$), sendo que o

suporte social, contrariamente à solidão teve um efeito estatisticamente significativo e negativo nos sintomas de stress ($\beta = -.0167$, $p = .0082$). A solidão e o suporte social familiar foram responsáveis por 24.39% da variância do stress [$F_{(2,297)} = 47.9033$, $p < 0.01$, $R^2 = .2439$].

Tabela 21- Resultados da Solidão como variável mediadora entre as variáveis de Suporte Social (Família) e Saúde Mental (Stress)

Relação	95% Bootstrapping CI					
	coeff	SE	t	p	LL	UL
Família ► Solidão (a)	-.0380	.0058	-6.5145	.0000	-.0495	-.0265
Solidão ► Stress (b)	.4586	.0582	7.8737	.0000	.3440	.5732
Família ► Stress (c)	-.0167	.0063	-2.6603	.0082	-.0290	-.0043
Família ► Solidão ► Stress (c')	-.0174	.0038	-5.2978	.0000	-.0255	-.0106
Nota: coeff = non-standardized coefficient						

Figura 1- Modelo de Mediação Simples



Parte IV – Discussão

4. Discussão

Começando pelos fatores sociodemográficos, existem mais portugueses solteiros e sem filhos do que imigrantes. Tanto os portugueses como os imigrantes vivem maioritariamente com três pessoas, tem uma licenciatura ou bacharelato e encontram-se desempregados. Relativamente à população imigrante, a maioria dos participantes são brasileiros e angolanos, têm residência permanente e vive em Portugal há mais de seis anos. Por fim, verificou-se que o número de animais de estimação é elevado na população portuguesa e muito baixo na população imigrante, uma justificação possível para esta diferença entre populações podem ser as condições socioeconómicas precárias. A presença de um animal de estimação na infância/adolescência é elevada tanto na população portuguesa como na imigrante. Verificou-se que a solidão tem uma correlação positiva e significativa com a saúde mental (depressão, ansiedade e stress), uma correlação negativa e significativa com o suporte social (família, amigos e outros) e uma correlação positiva e significativa com a proximidade. Isto significa que altos níveis de solidão explicam níveis elevados de depressão, ansiedade e stress; de proximidade com o animal de estimação e níveis baixos de suporte social.

Após realizado o modelo de mediação verifica-se que indivíduos que têm níveis elevados de solidão têm também níveis elevados de depressão, ansiedade e stress. O suporte social impacta a saúde mental (depressão, ansiedade e stress), no entanto, na presença da solidão perde força. A mediação permite sensibilizar a população geral acerca da solidão, comprovando o seu impacto, quer na saúde mental quer no suporte social, que apesar de ser um fator de proteção acaba por não ter tanto efeito nos sintomas depressivos, ansiedade e stress de indivíduos que sentem solidão.

A solidão parece aumentar consoante o grau académico e portugueses com frequência universitária aparentam sentir mais stress do que imigrantes, dados que contrariam a literatura, mas que possivelmente refletem estudos atuais portugueses acerca do declínio da saúde mental dos estudantes portugueses em época de exames, por exemplo (Lusa, 2024; Público, 2023a). No estudo citado cerca de metade dos estudantes universitários portugueses apresenta sintomas de ansiedade e depressão dentro dos quais o sexo predominante é o feminino. O mesmo se verifica no presente estudo, em que a maioria da amostra é do sexo feminino e no qual as médias de depressão, ansiedade e stress são superiores no ensino superior. Um estudo realizado pela Direção-Geral da

Saúde (DGS) realça os resultados do presente estudo e apresenta uma justificação estes níveis elevados de depressão, ansiedade e stress, visto que Portugal é o país que mais consome antidepressivos e ansiolíticos na União Europeia. Parte da população portuguesa tem fácil acesso a medicação e recorre à automedicação, sendo essas as principais causas do aumento de 6% (doses diárias por mil habitantes) do consumo de ansiolíticos e antidepressivos (Peixinho, 2024).

As portuguesas aparentam ter níveis de mal-estar psicológico acentuados em todas as dimensões, comparativamente aos restantes portugueses. Posto isto, os estudos citados corroboram os dados apresentados, já que os alunos de licenciatura revelam níveis inferiores de saúde mental comparativamente com os de mestrado (Lusa, 2024; Público, 2023a). Um outro estudo indica que a associação positiva entre a solidão e a ansiedade é mais pronunciada entre as mulheres do que entre os homens e entre os adultos mais jovens do que entre os adultos mais velhos (Hubbard et al., 2021). A média de depressão entre imigrantes com idades a partir dos 65 anos é muito superior à dos portugueses. Estudos anteriores referem que muitos imigrantes coreanos mais velhos, por exemplo, enfrentam desafios e apresentam níveis elevados de sofrimento psicológico. Uma possível explicação para este resultado pode ser que a maior frequência de sofrimento psicológico "grave" devido à falta de assistência pública e de oportunidades de emprego, produzindo consequentemente um elevado risco de desenvolvimento de sofrimento psicológico (Chang, 2019).

Imigrantes com a frequência universitária e licenciatura/bacharelato são os que menos demonstram ter suporte social. Tendo observado os valores do 3º ciclo e do secundário, está claro que o suporte social é superior nesta fase da vida da população imigrante. Estes dados poderão coincidir com a altura em que os participantes migraram, visto que são os graus académicos em que o suporte social familiar é inferior são os do ensino superior. Os dados de suporte social do atual estudo constataam que a população imigrante se apoia menos no suporte familiar/amigos e mais em “outros” tipos de suporte social, durante o ensino superior. Isto poderá significar que a população imigrante se apoiou mais em professores e noutros tipos de suporte social, por exemplo (Sierau et al., 2019). A maioria dos imigrantes viaja sem a família, o que dificulta a sua integração e criação de uma base de suporte social. Segundo a literatura, mesmo mantendo a ligação com a família, sabe-se que muitos dos participantes optaram por outro tipo de suporte social no país de acolhimento (Runge et al., 2022). A média de

suporte social portuguesa é surpreendentemente inferior à imigrante, mesmo analisando primeiramente as subescalas (família, amigos, outros), a população imigrante continua a ter médias superiores às dos portugueses. Pode afirmar-se que no caso dos portugueses a média de suporte social é superior durante o 3º e secundário e é colocada a possibilidade de ser porque a família é ativa durante esta fase do percurso académico e que o suporte social desce a partir do ensino superior porque muitos estudantes universitários estudam longe de casa e muitos emigram para continuar a estudar/trabalhar noutros países. Muitos jovens portugueses (18-34 anos) escolhem emigrar devido às dificuldades de habitação, de empregabilidade e do aumento da instabilidade financeira. Cerca de 54% dos jovens decide emigrar e 19% pondera sair do país (Público, 2023b).

Oliveira et al., (2020) argumentam que quanto maior o índice de alfabetização de um indivíduo, melhores as suas estratégias adaptativas para lidar com situações de stress do quotidiano, o que por sua vez diminuirá a sintomatologia depressiva e de stress. O presente estudo contraria estes resultados, assim como o estudo de Neto & Barros (2001), que afirma que o nível de solidão é superior entre adolescentes e idosos. Sendo que a maioria da população portuguesa é idosa e já reformada, a tendência para esta população ter comportamentos sedentários é elevada, o que fomenta o isolamento social, afastamento da família (menos suporte social) e o aumento da solidão (Ramalho et al., 2023). O estudo citado é uma possível justificação para os resultados do presente estudo, no qual a média de solidão é elevada, no entanto o suporte social parece aumentar nesta faixa etária. Camelo & Araújo (2021) argumentam que a incidência da depressão na população idosa associa-se com o sexo feminino e com a genética. O facto de morarem sozinhas, residirem em zonas rurais isoladas, de terem uma baixa escolaridade e dificuldades financeiras, torna esta população vulnerável à sintomatologia depressiva. A literatura sugere que um em cada quatro idosos sofre de pelo menos uma doença de foro psicológico, sendo a depressão a perturbação mais comum (Camelo & Araújo, 2021).

No presente estudo, a solidão tem maior incidência na população envelhecida, dos 56 aos 65 anos na população imigrante e dos 66 aos 79 anos na população portuguesa. As médias elevadas de solidão nos jovens adultos, tanto na população imigrante como na população portuguesa, estão em concordância com as taxas elevadas de imigração, emigração, ansiedade, depressão e de stress em Portugal. A

sintomatologia ansiosa e depressiva está refletida nos estudos citados, são mais evidentes na faixa etária dos 65 ou mais anos na população imigrante, enquanto que na população portuguesa é entre os jovens (18-25 anos), o mesmo se verifica no presente estudo. Quanto ao suporte social, os dados contrariam a literatura, visto que os estudos citados afirmam que a população imigrante é a que menos beneficia de suporte social e o atual estudo demonstra o contrário. No presente estudo, apresentam médias superiores de suporte social familiar, o tipo de suporte social mais evidente em Portugal. No presente estudo o suporte social familiar destaca-se entre os jovens imigrantes e entre os idosos portugueses. Verificamos resultados contraditórios entre as populações, visto que na população imigrante o suporte social familiar parece diminuir com a idade, enquanto que na população portuguesa parece aumentar com a idade. Quanto ao suporte social de amigos, o registo é semelhante ao familiar, visto que se destaca entre os imigrantes mais velhos e entre os adultos portugueses (36 aos 45 anos). Ambas as populações começam por se apoiar mais na família no início da vida, após atingir a idade adulta parecem priorizar o suporte de amigos ou noutros tipos de suporte social e ao chegar a uma idade mais avançada recorrem novamente ao suporte social familiar.

Um estudo realizado antes da pandemia concluiu que a solidão diminui com a idade e tem maior incidência nas mulheres (Hubbard et al., 2021), dados que contrariam os resultados do atual estudo, já que embora a solidão pareça estabilizar na vida adulta, retorna em idades mais avançadas. O estudo citado defende que as mulheres e os jovens adultos podem ter uma saúde mental empobrecida devido à solidão, enquanto que a saúde mental dos homens e dos adultos mais velhos é menos afetada pela solidão, devido a fatores como a idade, o género e a deterioração da saúde mental durante a pandemia da COVID-19 (aumento da solidão, por exemplo). O estudo também sugere que, se as mulheres e os jovens sentirem solidão durante a pandemia de COVID-19, é mais provável que isso tenha um impacto negativo na sua saúde mental do que se os homens e as pessoas mais velhas sentirem solidão (Hubbard et al., 2021). Esta última afirmação interliga-se com o estudo atual, visto que na população portuguesa os níveis de solidão são elevados nos jovens adultos e na população envelhecida, enquanto que na população imigrante a solidão parece aumentar com a idade, sendo que o pico se dá na idade adulta, mantendo um nível considerável de solidão posteriormente, em idades mais avançadas.

Quanto ao suporte social durante a adolescência (18 aos 25 anos), os dados apresentados salientaram que é superior na população imigrante, enquanto que na população portuguesa, o suporte social aparenta ser superior na idade adulta, entre os 36 e os 45 anos. Estudos longitudinais demonstraram que o aumento do apoio dos pares na adolescência prevê níveis mais baixos de depressão e promove a saúde mental (Sierau et al., 2019). Dada a crise política e económica em Portugal, o aumento das despesas e do stress associado, pode afirmar-se que atualmente, o estatuto socioeconómico contribui para o declínio da saúde mental dos adultos portugueses (Ayala-Nunes et al., 2018), assim como para a pressão sentida pelos jovens encontrarem um emprego para conseguirem pagar os seus estudos (Federação Académica do Porto, 2023). No entanto, o suporte social é visto como um recurso social que pode atenuar o impacto negativo das dificuldades financeiras na saúde mental.

O foco principal da intervenção na solidão, passa pelo treino de competências sociais, reforço do suporte social e/ou da cognição social, entre outros. (Eccles & Qualter, 2021). Os autores afirmam que as investigações acerca das possibilidades de intervenção apresentam resultados mistos em relação aos moderadores: não há consenso sobre o que faz uma intervenção bem-sucedida em termos das características subjacentes, embora muitas revisões refiram que as intervenções baseadas em grupos com um enfoque educacional ou de cognição social demonstram o maior potencial na redução da solidão. Para ajudar a combater a solidão é necessário investir na rede social que nos rodeia, partilhar hobbies e participar em eventos sociais, é sugerido que se mantenha o contacto através do telemóvel e que se recorra às redes sociais, promover o contacto entre os que moram sozinhos, fomentando a interação social da população portuguesa. (Público, 2022). É necessário ter em conta fatores como a cultura, que influencia o tipo de intervenção e a sua eficácia (Rodrigues, 2018). Podem explicar-se algumas das estratégias maladaptativas mais utilizadas de forma a aumentar o *insight* do indivíduo para que possa mais facilmente identifica-las e reestrutura-las. Não existem muitos estudos portugueses que identifiquem abordagens para intervir na solidão (Rodrigues, 2018). O recurso ao serviço nacional de saúde para beneficiar de suporte social por parte de um psicólogo ou às linhas telefónicas desenvolvidas em Portugal para atribuir apoio emocional imediato em situações de necessidade (Associação SOS Voz Amiga) (Público, 2022).

4.1 Implicações Práticas e Teóricas

Começando pelas **implicações teóricas**, o presente estudo contribui para o enquadramento e para o maior conhecimento da solidão em Portugal, visto que não existem muitos estudos ou dados nacionais acerca do tema. A solidão é uma problemática cada vez mais discutida e por isso, o atual estudo pretendeu abordar esta epidemia de uma forma mais subjetiva e inclusiva ao não centralizar o estudo somente na população portuguesa e contribuindo para uma visão aprofundada das condições psicológicas da população imigrante, que continua a crescer em Portugal. A sensibilização do estado da saúde mental da população portuguesa e da população imigrante é fundamental, ambas as populações demonstram estar altamente contaminadas pela solidão, por sintomas depressivos, pela ansiedade e pelo stress. O facto de o presente estudo conter várias faixas etárias permite uma visão abrangente do impacto da solidão na saúde mental, assim como no suporte social. Estudos acerca do suporte social em Portugal realçaram que a maioria dos portugueses recorre ao suporte social familiar (Guadalupe & Vicente, 2022), no entanto, o presente estudo altera esta visão, demonstrando resultados mais amplos. As diferentes faixas etárias optam por diferentes tipos de suporte social, seja por preferência ou pelo contexto em que se encontram (longe da família, por exemplo). Por fim, os estudos acerca da vinculação com os animais eram incoerentes e o presente estudo procurou esclarecer a dúvida que permanece acerca do impacto da presença de um animal de estimação na solidão e na saúde mental do seu portador. Existem estudos que nomeiam os animais de estimação como um tipo de suporte social, sendo o de Zimet et al., (1988) apenas um dos primeiros a sugerir esta possibilidade. O facto de o presente estudo estudar a solidão, a saúde mental (depressão, ansiedade e stress), o suporte social (família, amigos e outros) e a vinculação com um animal de estimação em simultâneo é inovador, visto que a maioria dos estudos citados as estuda separadamente.

Quanto às **implicações práticas**, sabe-se que a solidão é um problema geral que inclui tanto a população imigrante como a portuguesa. O presente estudo realça a importância de criar estratégias e formas de intervir nesta problemática global, como investir em grupos de apoio tanto para imigrantes como portugueses e facultar o acesso ao criar grupo presenciais e online. Visto que as barreiras linguísticas são um dos maiores obstáculos na integração e adaptação da população imigrante, recomenda-se o

aumento do suporte social, ao criar grupos que auxiliem na aprendizagem da língua do país de acolhimento, neste caso a língua portuguesa. Estas sessões de língua portuguesa seriam gratuitas e lecionadas perto destas comunidades de forma a que sejam acessíveis. É fulcral investir no apoio social, seja ele através da ação social ou no ensino superior, de forma a que cada vez mais a população geral reconheça as dificuldades da população imigrante. O presente estudo sensibiliza a comunidade científica e geral acerca dos obstáculos impostos à população imigrante no país de acolhimento. Para ultrapassar as barreiras linguísticas e para aumentar o apoio, intervenção e promoção da saúde mental dos imigrantes, o apoio de um tradutor nas consultas de apoio psicológico seria importante para facilitar o acesso aos cuidados de saúde, por exemplo.

Relativamente à população portuguesa, sabe-se que a solidão, a ansiedade, o stress e a depressão têm vindo a aumentar em Portugal, dados confirmados também pelo presente estudo. O atual estudo suporta também os estudos que sugerem que a solidão está fortemente correlacionada com o recurso da família. Portugal é um país coletivista, no entanto, o presente estudo acaba por constatar que as populações imigrantes que vivem em Portugal aparentam ser mais coletivistas e ter mais facilidade em contactar com a família e expor as suas fragilidades e vulnerabilidades.

4.2 Limitações e Futuros Estudos

Quanto às **limitações práticas**, o facto de o desenho do estudo ser transversal implica que não se apure a causalidade entre as variáveis. Recomenda-se que se realizem estudos longitudinais acerca deste tema para que se preencha esta lacuna. Os instrumentos utilizados são de autorrelato o que aumenta a desejabilidade social por parte dos participantes. A amostragem é limitada, ou seja, não é representativa dos vários distritos de Portugal. Futuramente é importante investir no estudo destas variáveis em todo o território português para que se possa tirar conclusões que representem a população portuguesa, de forma a criar intervenções e estratégias que se adequem à população geral.

A desejabilidade social pode ter influenciado a interpretação dos itens dos instrumentos, ao explicar as afirmações utilizando outras palavras, a probabilidade de enviesar as respostas dos participantes, ainda que inconscientemente, torna-se possível,

visto que a explicação dada é outra percepção dos instrumentos. Por outro lado, o participante pode responder a um item de forma a agradar ao investigador ou para que não se sinta julgado pelo mesmo. Identifica-se também a falta de homogeneidade da amostra, sendo que 208 participantes são do sexo feminino (69.3%) enquanto os restantes são do sexo masculino ($n=85$; 28.3%). Outra limitação a realçar é a discrepância entre o número de participantes de algumas das faixas etárias, mais propriamente a faixa etária dos 56 aos 65 anos (7 imigrantes e 8 portugueses) e dos 66 aos 79 anos (3 imigrantes e 3 portugueses). O número não é significativo, o que significa que os resultados não são representativos para as faixas etárias referidas. O mesmo se passa com os níveis de formação académica, especificamente o mestrado (19 imigrantes e 24 portugueses) e o doutoramento (3 imigrantes e 0 portugueses).

Quanto a **limitações teóricas**, a falta de dados nacionais acerca das variáveis do estudo resultou num maior apoio em estudos internacionais. Os estudos portugueses mencionados não são tão recentes e a maioria tem apenas uma ou duas variáveis em comum com o presente estudo, tornando difícil a comparação entre resultados. O mesmo se verifica com os estudos acerca da população imigrante, sendo que a maioria se foca na população idosa ou de sexo feminino. Não existem muitos estudos acerca da população imigrante em Portugal, consequentemente foram utilizados muitos estudos internacionais que suportam os resultados mencionados.

No futuro, recomenda-se aprofundar o estudo acerca da relação entre a solidão e as variáveis sociodemográficas, como a idade, o género, o estado civil e o nível de escolaridade, de forma a eliminar resultados inconsistentes ou não representativos. Alguns estudos confirmam que níveis mais elevados de solidão foram associados a baixos níveis de escolaridade, no entanto, outros estudos demonstram resultados contrários (Alsubheen et al, 2023). O estudo citado relata que o mesmo se passa com investigações que analisam a ligação entre a solidão e o sexo da população, embora as mulheres tenham relatado um nível mais elevado de solidão em alguns estudos, outros não demonstraram um efeito significativo do sexo na solidão. Entre todos estes fatores, o estado civil é um fator de risco importante para o aumento da solidão, especialmente no final da vida, devido à perda de um parceiro romântico. Vários estudos empíricos sublinharam a necessidade humana de intimidade e o seu efeito na solidão (Alsubheen et al, 2023). Pouco se sabe também sobre o papel dos fatores culturais e psicológicos que podem colocar os indivíduos em risco de solidão. Este conhecimento é crucial para

o desenvolvimento de intervenções destinadas a prevenir as consequências negativas da solidão em diferentes culturas (Heu et al., 2019). Visto que os resultados da LAPS se demonstraram maioritariamente não significativos, recomenda-se a investigação da vinculação com os animais de estimação e o seu papel como suporte social, de forma a clarificar o impacto da presença de um animal de estimação e o seu papel na vida do portador.

Alguns autores especulam que o aumento da solidão e da depressão entre os adolescentes pode estar relacionado com a utilização crescente das tecnologias, como os *smartphones* e as redes sociais (Twenge et al., 2021). No futuro sugere-se investigar o impacto das redes sociais na saúde mental da população geral portuguesa, não apenas nos adolescentes. Alguns estudos sugerem as redes sociais como uma estratégia de *coping*, enquanto outros realçam que embora possa aumentar o contacto entre a população, pode surgir como uma estratégia maladaptativa (Cauberghe et al., 2021).

Parte V – Conclusão

5. Conclusão

A solidão revela-se uma problemática quer na população portuguesa que na população imigrante, comprometendo os níveis e a qualidade da saúde mental (depressão, ansiedade e stress) e do suporte social de ambas as populações estudadas. Verificou-se que a solidão está positivamente correlacionada com a depressão, ansiedade e stress, assim como negativamente correlacionada com o suporte social. Ou seja, a presença da solidão explica níveis mais elevados de depressão, ansiedade e stress e baixos níveis de suporte social. A cultura portuguesa é coletivista, o que deixa os portugueses mais dependentes de suporte social.

O suporte social é uma ferramenta fundamental que auxilia na diminuição da solidão e na diminuição de sintomas depressivos, de ansiedade e de stress. O recurso da família é o tipo de suporte social de escolha em Portugal, tanto para os portugueses como para os imigrantes. Sendo ambas as populações coletivistas, procuram suportar-se na família para ultrapassar os obstáculos diários. Verificou-se que o recurso da família se destaca entre os jovens imigrantes e entre os idosos portugueses. Verificamos resultados contraditórios entre as populações, não coincidem com a literatura consultada, visto que na população imigrante o suporte social familiar parece diminuir com a idade, enquanto que na população portuguesa parece aumentar com a idade. Por um lado, no caso da população imigrante, isto justifica-se com o afastamento da família que poderá encontrar-se no país de origem, o que dificulta o contacto e a proximidade. Por outro lado, a população imigrante apresenta também níveis razoáveis de suporte social de amigos e podem recorrer a outros tipos de suporte social, como professores, no caso daqueles que frequentam o ensino superior. No caso dos portugueses, a maioria dos jovens portugueses são estudantes deslocados. Existem variados motivos para este fator, sendo um o estatuto socioeconómico, que demonstra ser um fator de stress na atualidade dos portugueses. Ao estar distantes da família, os jovens acabam por ter de se suportar nos amigos e noutros tipos de suporte social, apresentando um registo semelhante ao dos imigrantes após migrarem. Mais tarde na sua vida o recurso à família aumenta, talvez por existir a capacidade financeira para se deslocarem para mais perto ou pelo simples facto de terem terminado os estudos, regressando a casa e estimulando o contacto familiar.

A população portuguesa apresenta níveis superiores de ansiedade, de depressão e stress no nível médio e alto de solidão. Quanto ao suporte social, a população imigrante apresenta médias superiores de suporte social no nível médio de solidão, enquanto que na população portuguesa, aqueles com níveis baixos de solidão são os que mais têm suporte social. Esperava-se que a população portuguesa tivesse médias superiores nas escalas da vinculação com animais de estimação e concluiu-se que quanto maior a proximidade com o animal de estimação menor a solidão nos portugueses.

Comparando as médias gerais entre a população portuguesa e imigrante, verificamos que a solidão é superior na população imigrante e que os portugueses apresentam mais sintomas de depressão, ansiedade e de stress. Os imigrantes apresentam melhores médias de suporte social familiar, o que contraria a literatura consultada, no entanto os portugueses apresentam uma média geral de suporte social superior. Existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias populacionais de vinculação, a população portuguesa apresenta uma média bastante superior à dos imigrantes. Esperava-se este resultado, visto que o número de portugueses a responder ao LAPS foi superior ao número de imigrantes.

O presente estudo realça a importância de investir em fatores de proteção que combatam a solidão e de criar intervenções que tenham como base a promoção do suporte social e a sensibilização relativamente à saúde mental tanto da população imigrante como da portuguesa. Esta investigação coloca como possibilidade abranger a presença de animais de estimação como uma fonte de suporte social. A contextualização e o enquadramento da solidão em Portugal permitem-nos verificar que a saúde mental deve ser priorizada. Quanto maior a solidão, menor a saúde mental da população portuguesa e imigrante. A população imigrante apresenta dificuldades acrescidas na sua integração e adaptação social no país de acolhimento, as barreiras linguísticas são um dos maiores fatores de stress encontrados quer na literatura quer em conversa com os participantes entrevistados no presente estudo. Investir no apoio linguístico é fundamental para promover uma melhor integração e adaptação dos imigrantes em Portugal, assim como facilitar o acesso ao serviço nacional de saúde, especialmente aos serviços especificados para a saúde mental.

Referências Bibliográficas

- Abrams, M. P., Wharton, T., Cubillos-Novella, A., Vargas-Monroy, A. M., & Riveros, M. A. (2022). Fractured families and social networks: Identifying risk and resilience factors for supporting positive mental health in Venezuelan immigrant groups. *Families, Systems, & Health*, 40(3), 354–363. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1037/fsh0000721>
- Alsubheen, S., Oliveira, A., Habash, R., Goldstein, R., & Brooks, D. (2023). Measurement properties and cross-cultural adaptation of the De Jong Gierveld Loneliness Scale in adults: A systematic review. *European Journal of Psychological Assessment*. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1027/1015-5759/a000784>
- Ayala-Nunes, L., Jiménez, L., Jesus, S., & Hidalgo, V. (2018). Social Support, Economic Hardship and Psychological Distress in Spanish and Portuguese At-Risk Families. *Journal of Child & Family Studies*, 27(1), 176–186. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0863-9>
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413–445. <https://doi.org/10.1007/BF00922627>
- Berguno, G., Leroux, P., McAinsh, K., & Shaikh, S. (2004). Children’s experience of loneliness at school and its relation to bullying and the quality of teacher interventions. *The Qualitative Report*, 9(3), 483–499. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2004.1920>
- Bone, J. K., Fancourt, D., Fluharty, M. E., Paul, E., Sonke, J. K., & Bu, F. (2023). Cross-sectional and longitudinal associations between arts engagement, loneliness, and social support in adolescence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 58(6), 931–938. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02379-8>
- Brooks, M. A., Meinhart, M., Samawi, L., Mukherjee, T., Jaber, R., Alhomsh, H., Kaushal, N., Al Qutob, R., Khadra, M., El-Bassel, N., & Dasgupta, A. (2022). Mental health of clinic-attending Syrian refugee women in Jordan: associations between social ecological risks factors and mental health symptoms. *BMC Women’s Health*, 22(1), 1–17. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1186/s12905-021-01584-y>

- Brubaker, L., & Udell, M. A. R. (2023). Does Pet Parenting Style predict the social and problem-solving behavior of pet dogs (*Canis lupus familiaris*)? *Animal Cognition*, 26(1), 345–356. <https://doi.org/10.1007/s10071-022-01694-6>
- Caba Machado, V., Mcilroy, D., Padilla Adamuz, F. M., Murphy, R., & Palmer-Conn, S. (2023). The associations of use of social network sites with perceived social support and loneliness. *Current Psychology*, 42(17), 14414–14427. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02673-9>
- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). The growing problem of loneliness. *Lancet (London, England)*, 391(10119), 426. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30142-9)
- Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 13, 447–454. <https://doi.org/10.1016/J.TICS.2009.06.005>
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140–151. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>
- Camelo, L. C., & Fernandes de Araújo, L. (2021). Depressão em mulheres idosas: representações sociais por meio de grupos focais. *PSICO*, 52(4), 1–10. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2021.4.36107>
- Card, K. G., & Skakoon-Sparling, S. (2023). Are social support, loneliness, and social connection differentially associated with happiness across levels of introversion-extraversion? *Health Psychology Open*, 10(1), 20551029231184034. <https://doi.org/10.1177/20551029231184034>
- Carvalho, L. de A., Andrade, L. H., Ang, P. L., Santana, C. L. A. de Lotufo Neto, F., & Biazoli Junior, C. E. (2022). Perspectives on a psychiatric outpatient service for immigrants and refugees in São Paulo, Brazil over a 15-year period. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(7), 1418–1427. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1177/00207640211027207>
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Mala, D., & Mota-Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de

- Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support—MSPSS) [Psychometric properties of portuguese version for the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)]. *Psychologica*, 54, 309–358.
- Castro, M., Aires Dias, J., & Madeira, L. (2023). Does the media (also) keep the score? Media-based exposure to the Russian-Ukrainian war and mental health in Portugal. *Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1177/13591053231201242>
- Cauberghe, V., Van Wesenbeeck, I., De Jans, S., Hudders, L., & Ponnet, K. (2021). How adolescents use social media to cope with feelings of loneliness and anxiety during COVID-19 lockdown. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 24(4), 250-257. <https://doi.org/10.1089/cyber.2020.0478>
- Chang, M. (2019). Cross-cultural comparative study of psychological distress between older Korean immigrants in the United States and older Koreans in South Korea. *Aging & Mental Health*, 23(9), 1234–1245. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1484887>
- Ciobanu, R. O., & Fokkema, T. (2021). What protects older Romanians in Switzerland from loneliness? A life-course perspective. *European Journal of Ageing*, 18(3), 323–331. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1007/s10433-020-00579-2>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676–684. <https://10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Correio da Manhã (6 de abril de 2021). *Dispara número de animais de companhia no último ano*. Correio da Manhã. Disponível em: https://www.cmjornal.pt/sociedade/detalhe/dispara-numero-de-animais-de-companhia-no-ultimo-ano?ref=HP_PrimeirosDestaques
- Cummings, C., Lei, Q., Hochberg, L., Hones, V., & Brown, M. (2022). Social support and networks among people experiencing chronic homelessness: A systematic review. *American Journal of Orthopsychiatry*, 92(3), 349–363. <https://doi.org/10.1037/ort0000616>

- De la Fuente, R., Sánchez-Queija, I., & Parra, Á. (2023). A longitudinal study on the stability and predictors of flourishing among emerging adults. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 55(3), 210–219. <https://doi.org/10.1037/cbs0000327.supp>
- Delaruelle, K. (2023). Migration-related inequalities in loneliness across age groups: A cross-national comparative study in Europe. *European Journal of Ageing*, 20(1). <https://b-on.ual.pt:2238/10.1007/s10433-023-00782-x>
- 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>
- Eccles, A. M., Qualter, P., Madsen, K. R., & Holstein, B. E. (2020). Loneliness in the lives of Danish adolescents: Associations with health and sleep. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48, 877–887. <https://doi.org/10.1177/1403494819865429>
- Elkchirid PhD, A., & Motia MA, M. (2022). Condors and tigers: a literature review on arts, social support, and mental health among immigrant children in Canada. *Social Work in Mental Health*, 20(1), 92–106. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1080/15332985.2021.1980481>
- Elshahat, S., & Moffat, T. (2022). Mental Health Triggers and Protective Factors Among Arabic-Speaking Immigrants and Refugees in North America: A Scoping Review. *Journal of Immigrant & Minority Health*, 24(2), 489–505. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1007/s10903-021-01215-6>
- Eno Loudon, J., & Manchak, S. M. (2018). Social networks and treatment adherence among Latino offenders with mental illness. *Psychological Services*, 15(1), 109–118. <https://doi.org/10.1037/ser0000167>
- Erzen, E., & Çikrikci, Ö. (2018). The effect of loneliness on depression: A meta-analysis. *The International journal of social psychiatry*, 64(5), 427–435. <https://doi.org/10.1177/0020764018776349>
- EuroStat (10 de setembro 2021). 7.2% of people in the EU suffer from chronic depression. EuroStat. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20210910-1>

- Faísca, L. R., Afonso, R. M., Pereira, H., & Patto, M. A. V. (2019). Solidão e sintomatologia depressiva na velhice = Loneliness and depressive symptomatology in elderly people. *Análise Psicológica*, 37(2), 209–222. <https://doi.org/10.14417/ap.1549>
- Fakhari, N., McIsaac, J.-L. D., & Spencer, R. (2023). Child Immigrant Post-Migration Mental Health: A Qualitative Inquiry into Caregivers' Perspectives. *International Journal of Child, Youth & Family Studies*, 14(2), 68–85. <https://b-on.ual.pt:2238/10.18357/ijcyfs142202321470>
- Federação Académica do Porto (FAP) (2023). *Corrida Contra o Tempo: Uma Geração Sem Tempo Para Mais Contratemplos*. Disponível em: https://fap.pt/sites/default/files/u29/fap_2403_caderno-reivindicativo.pdf
- Fernández-Pacheco Alises, G., Torres-Jiménez, M., Martins, P. C., & Mendes, S. M. V. (2022). Analysing the Relationship Between Immigrant Status and the Severity of Offending Behaviour in Terms of Individual and Contextual Factors. *Frontiers in Psychology*, 1–14. <https://b-on.ual.pt:2238/10.3389/fpsyg.2022.915233>
- Ferreira, P., Gameiro, F., & Pedro, A. (2023). Suporte social percebido em crianças e jovens portugueses em diferentes tipologias familiares e acolhimento residencial. *Revista Portuguesa De Investigação Comportamental e Social*, 9(1), 1–12. <https://doi.org/10.31211/rpics.2023.9.1.291>
- Flores, M., Ruiz, J. M., Goans, C., Butler, E. A., Uchino, B. N., Hirai, M., Tinajero, R., & Smith, T. W. (2020). Racial-ethnic differences in social networks and perceived support: Measurement considerations and implications for disparities research. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 26(2), 189–199. <https://doi.org/10.1037/cdp0000283>
- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., & van Amelsvoort, T. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*, 31, 33–46. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>
- Gomes, D.F. C. P. (2017). *O comportamento do consumidor face aos animais de estimação: expectativa dos serviços prestados*. [Master's Thesis], Instituto

https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/13004/1/Daniel_Gomes_MGO_GestaodeEmpresas.pdf

- Gonçalves, M., & Matos, M. (2020). Mental health of multiple victimized immigrant women in Portugal: Does resilience make a difference? *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 30(3), 353–368. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1080/10911359.2019.1685423>
- Grey, I., Arora, T., Thomas, J., Saneh, A., Tohme, P., & Abi-Habib, R. (2020). The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 293, 113452. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113452>
- Guadalupe, S., & Vicente, H. T. (2022). Types of personal social networks of older adults in Portugal. *Social Indicators Research*, 160(2–3), 445–466. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1007/s11205-019-02252-3>
- Hards, E., Loades, M. E., Higson, S. N., Shafran, R., Serafimova, T., Brigden, A., Reynolds, S., Crawley, E., Chatburn, E., Linney, C., McManus, M., & Borwick, C. (2022). Loneliness and mental health in children and adolescents with pre-existing mental health problems: A rapid systematic review. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 313–334. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1111/bjc.12331>
- Haslam, S. A., Haslam, C., Cruwys, T., Jetten, J., Bentley, S. V., Fong, P., & Steffens, N. K. (2022). Social identity makes group-based social connection possible: Implications for loneliness and mental health. *Current Opinion in Psychology*, 43, 161–165. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/j.copsyc.2021.07.013>
- Hayes, A.F. (2013), *Methodology in the Social Sciences: Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. Guilford Press. New York, NY.
- Hayes, A.F. (2019), “The process macro for SPSS, SAS, and R”, available at: <https://processmacro.org/index.html>
- Heu, L. C., van Zomeren, M., & Hansen, N. (2019). Lonely Alone or Lonely Together? A Cultural-Psychological Examination of Individualism-Collectivism and

- Loneliness in Five European Countries. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 45(5), 780–793. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1177/0146167218796793>
- Hubbard, G., den Daas, C., Johnston, M., & Dixon, D. (2021). Sociodemographic and psychological risk factors for anxiety and depression: Findings from the Covid-19 health and adherence research in Scotland on mental health (CHARIS-MH) cross-sectional survey. *International Journal of Behavioral Medicine*, 28(6), 788–800. <https://doi.org/10.1007/s12529-021-09967-z>
- Instituto de Saúde Ambiental (2021). *Sofrimento psicológico dos portugueses no contexto da pandemia*. Instituto de Saúde Ambiental. Disponível em: <http://isamb.medicina.ulisboa.pt/en/sofrimento-psicologico-dos-portugueses-no-contexto-da-pandemia/>
- Instituto Nacional de Estatística (16 de novembro de 2023). *População residente em Portugal aumenta em resultado de um crescimento migratório positivo – 2022*. Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES_dest_boui=594934741&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2023). Portal do INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_tema&xpid=INE&tema_cod=1115&xlang=pt
- Jenkins, G. T., Janich, N., Wu, S., & Shafer, M. (2023). Social isolation and mental health: Evidence from adults with serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 46(2), 148–155. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1037/prj0000554>
- Johnson, T. P., Garrity, T. F., & Stallones, L. (1992). Psychometric evaluation of the Lexington Attachment to Pets Scale (LAPS). *Anthrozoös*, 5(3), 160–175. <https://doi.org/10.2752/089279392787011395>
- Jolly, P. M., Kong, D. T., & Kim, K. Y. (2021). Social support at work: An integrative review. *Journal of Organizational Behavior (John Wiley & Sons, Inc.)*, 42(2), 229–251. <https://doi.org/10.1002/job.2485>
- Kameg, B. N. (2019). Management of mental health conditions in refugee youth: An overview for the psychiatric-mental health nurse practitioner. *Journal of Child &*

- Adolescent Psychiatric Nursing*, 32(4), 179–186. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1111/jcap.12253>
- Krys, K., Świdrak, J., Kwiatkowska, A., Kosakowska-Berezecka, N., & Vedøy, G. (2018). The role of organizational and spouse support in solving work-life conflict among migrants. *International Journal of Stress Management*, 25(S1), 1–6. <https://doi.org/10.1037/str0000070.supp>
- Lagdon, S., Ross, J., Robinson, M., Contractor, A. A., Charak, R., & Armour, C. (2018). Assessing the mediating role of social support in childhood maltreatment and psychopathology among college students in Northern Ireland. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(3–4), NP2112–NP2136.
- Lasgaard, M., Friis, K., & Shevlin, M. (2016). “Where are all the lonely people?” A population-based study of high-risk groups across the life span. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51, 1373–1384. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1279-3>
- Lass-Hennemann, J., Schäfer, S. K., Sopp, M. R., & Michael, T. (2022). The relationship between attachment to pets and mental health: The shared link via attachment to humans. *BMC Psychiatry*, 22. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1186/s12888-022-04199-1>
- Lien, Y.-J., Chen, L., Cai, J., Wang, Y.-H., & Liu, Y.-Y. (2023). The power of knowledge: How mental health literacy can overcome barriers to seeking help. *American Journal of Orthopsychiatry*. <https://doi.org/10.1037/ort0000708>
- Lima, M., Mateus, T. L., & Silva, K. (2022). With or Without You: Beneficial and Detrimental Associations Between Companion Dogs and Human Psychological Adjustment During a COVID-19 Lockdown Phase. *Anthrozoos*, 35(5), 713–732. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1080/08927936.2022.2042081>
- Lin, S., Liu, D., Niu, G., & Longobardi, C. (2022). Active Social Network Sites Use and Loneliness: The Mediating Role of Social Support and Self-Esteem. *Current Psychology*, 41(3), 1279–1286. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00658-8>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck

- Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Lusa. (2024). *Maioria dos universitários do Porto sente declínio na saúde mental com exames*. Público. <https://www.publico.pt/2024/01/08/p3/noticia/maioria-universitarios-porto-sente-declinio-saude-mental-exames-2076081>
- Luz, H., & Thomas, J. (2023). Meaning making as a moderator in international students' acculturative experience. *Psychology in the Schools*. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1002/pits.23014>
- Ma, R., Mann, F., Wang, J., Lloyd-Evans, B., Terhune, J., Al-Shihabi, A., & Johnson, S. (2020). The effectiveness of interventions for reducing subjective and objective social isolation among people with mental health problems: a systematic review. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 55(7), 839–876. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1007/s00127-019-01800-z>
- Machado, B. C., Pinto, E., Silva, M., Veiga, E., Sá, C., Kuhz, S., Silva, P. O., Pimenta, A., Gomes, A., Almeida, A., Sá, L., & Correia, M. (2023). Impact of the COVID-19 pandemic on the mental and physical health and overall wellbeing of university students in Portugal. *PLoS ONE*, 18(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285317>
- MacKinnon, D. (2008). *An introduction to statistical mediation analysis*. Taylor & Francis Group, New York.
- Maeda, U., Shen, B. J., Schwarz, E. R., Farrell, K. A., & Mallon, S. (2013). Self-efficacy mediates the associations of social support and depression with treatment adherence in heart failure patients. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(1), 88–96. <https://doi.org/10.1007/s12529-011-9215-0>
- Maes, M., Nelemans, S. A., Danneel, S., Fernández-Castilla, B., Van den Noortgate, W., Goossens, L., & Vanhalst, J. (2019). Loneliness and social anxiety across childhood and adolescence: Multilevel meta-analyses of cross-sectional and longitudinal associations. *Developmental Psychology*, 55(7), 1548–1565. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1037/dev0000719>

- Maharaj, N. (2016). Companion Animals and Vulnerable Youth: Promoting Engagement between Youth and Professional Service Providers. *Journal of Loss & Trauma*, 21(4), 335–343. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1080/15325024.2015.1084857>
- Mann, F., Wang, J., Pearce, E., Ma, R., Schlieff, M., Lloyd-Evans, B., Ikhtabi, S., & Johnson, S. (2022). Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 57(11), 2161–2178. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02261-7>
- Mo, Qz.L., Bai, By. (2022). Height dissatisfaction and loneliness among adolescents: the chain mediating role of social anxiety and social support. *Current in Psychology*, <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03855-9>
- Neto, F., & Barros, J. (2001). *Solidão em Diferentes Níveis Etários. Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento*, 3. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.4670>
- Nunes, C., Martins, C., Ayala-Nunes, L., Matos, F., Costa, E., & Gonçalves, A. (2021). Parents perceived social support and children's psychological adjustment. *Journal of Social Work*, 21(3), 497–512. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1177/1468017320911614>
- Oliveira, D. S., Polidoro Lima, M., Gibbon Ratto, C., Rossi, T., Reiman Baptista, R., & Quarti Irigaray, T. (2020). Avaliação de Bem-Estar Psicológico e Sintomas Depressivos em Idosos Saudáveis. *Estudos e Pesquisas Em Psicologia*, 20(1), 187–204. <https://doi.org/10.12957/epp.2020.50796>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021). *Desenvolvimento Sustentável e Sustentabilidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Disponível em: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_cuidadosdesaudeprimarios_documento.pdf
- Pais-Ribeiro, J.L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doença*, 5(1), 229-239
- Park, H. J., & Jeong, G.-C. (2022). Relationship between Attachment to Pet and Post-Traumatic Growth after Pet Loss: Mediated Moderating Effect of Cognitive

- Emotion Regulation Strategy through Separation Pain. *Behavioral Sciences* (2076-328X), 12(8), N.PAG. <https://doi.org/10.3390/bs12080291>
- Parra-Cardona, J. R., Bybee, D., Sullivan, C. M., Rodríguez, M. M., Dates, B., Tams, L., & Bernal, G. (2017). Examining the impact of differential cultural adaptation with Latina/o immigrants exposed to adapted parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(1), 58–71. <https://doi.org/10.1037/ccp0000160>
- Peixinho, A. (2024). *Consumo de ansiolíticos e antidepressivos a crescer*. Lusíadas. Disponível em: <https://www.lusiadas.pt/blog/doencas/sintomas-tratamentos/consumo-ansioliticos-antidepressivos-crescer>
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). *Perspectives on loneliness. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley & Sons. 1-18.
- Pike, I. L., & Crocker, R. M. (2020). “My own corner of loneliness:” Social isolation and place among Mexican immigrants in Arizona and Turkana pastoralists of Kenya. *Transcultural Psychiatry*, 57(5), 661–672. <https://doi.org/10.1177/1363461520938286>
- Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações: Sociedade E As Novas Modernidades*, 10(18), 66-77. Obtido de <https://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/304>
- Pordata (2022). *População estrangeira com estatuto legal de residente: total e por algumas nacionalidades*. Pordata. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+estrangeira+com+estatuto+legal+de+residente+total+e+por+algumas+nacionalidades-24>
- Público. (2022). *Solidão, a pandemia que se combate com atenção*. Público. Disponível em: <https://www.publico.pt/2022/12/27/estudiop/noticia/solidao-pandemia-combate-atencao-2032336>
- Público. (2023a). *Saúde mental dos estudantes universitários “em declínio” — principalmente nas alunas*. Público. Disponível em:

<https://www.publico.pt/2023/03/10/p3/noticia/saude-mental-estudantes-universitarios-declinio-principalmente-alunas-2041919>

- Público. (2023b). *Mais de metade dos jovens portugueses admite emigrar*. Público. Disponível em: <https://www.publico.pt/2023/07/23/p3/noticia/metade-jovens-portugueses-admite-emigrar-2057852>
- Qualter, P., Vanhalst, J., Harris, R., Van Roekel, E., Lodder, G., Bangee, M., Verhagen, M. (2015). Loneliness across the life span. *Perspectives on Psychological Science*, 10, 250–264. <https://doi.org/10.1177/1745691615568999>
- Ramalho, A., Lima, S., Petrica, J., Serrano, J., Paulo, R., & Duarte-Mendes, P. (2023). Determinantes do comportamento sedentário de idosos que residem em Portugal: análise temática qualitativa a partir da SOS-framework. *Cuadernos de Psicología Del Deporte*, 23(3), 288–305. <https://doi.org/10.6018/cpd.519621>
- Reis, M., Ramiro, L., Camacho, I., Tomé, G., Brito, C., & Gaspar de Matos, M. (2018). Does having a pet make a difference? Highlights from the HBSC Portuguese study. *European Journal of Developmental Psychology*, 15(5), 548–564. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1080/17405629.2017.1317242>
- Rodrigues, R. (2018). Solidão, Um Fator de Risco. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 34, 334-338. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i5.12073>
- Rodriguez, N., Flores, R. T., London, E. F., Bingham Mira, C., Myers, H. F., Arroyo, D., & Rangel, A. (2019). A test of the main-effects, stress-buffering, stress-exacerbation, and joint-effects models among Mexican-origin adults. *Journal of Latinx Psychology*, 7(3), 212–229. <https://doi.org/10.1037/lat0000116.supp>
- Perez, R. O. F., Silva, M. A., Galvan, T., Moreno, O., Venta, A., Garcini, L., & Paris, M. (2023). Buscando la Calma Dentro de la Tormenta: A Brief Review of the Recent Literature on the Impact of Anti-Immigrant Rhetoric and Policies on Stress Among Latinx Immigrants. *Chronic Stress*, 1–14. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1177/24705470231182475>
- Runge, R. A., Glaesmer, H., Schmitz, J., & Nesterko, Y. (2022). Mental Health in Children of Immigrants in Germany: The Role of Socio-Demographic and Immigration-Related Characteristics. *Journal of Child and Family Studies*, 31(1), 155–168. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1007/s10826-021-02141-9>

- Russell, D. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2
- Ryan, D., Tornberg-Belanger, S. N., Perez, G., Maurer, S., Price, C., Rao, D., Chan, K. C. G., & Ornelas, I. J. (2021). Stress, social support and their relationship to depression and anxiety among Latina immigrant women. *Journal of Psychosomatic Research*. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/j.jpsychores.2021.110588>
- Saasa, S., & Miller, S. (2021). Biopsychosocial Predictors of Depression and Anxiety Symptoms among First-Generation Black African Immigrants. *Social Work*, 66(4), 329–338. <https://doi.org/10.1093/sw/swab038>
- Saasa, S., Okech, D., Choi, Y. J., Nackerud, L., & Littleton, T. (2022). Social exclusion, mental health, and social well-being among African immigrants in the United States. *International Social Work*, 65(4), 787–803. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1177/0020872820963425>
- Schrock, L., Saunders, M., Yallop, A., Domenico, M. D., Hein, W., Thorpe, M., & Barnham, C. (2022). Special Issue: The Future of Qualitative Methods. *International Journal of Market Research*, 64(4), 560–561. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1177/14707853221104516>
- Sierau, S., Schneider, E., Nesterko, Y., & Glaesmer, H. (2019). Alone, but protected? Effects of social support on mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(6), 769–780. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1246-5>
- Silva, M., Antunes, A., Azeredo-Lopes, S., Cardoso, G., Xavier, M., Saraceno, B., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2022). Barriers to mental health services utilization in Portugal – results from the National Mental Health Survey. *Journal of Mental Health*, 31(4), 453–461. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1739249>
- SNS 24 (2023). *A solidão e o isolamento social*. Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/guia/a-solidao-e-o-isolamento-social/#existem-dados-sobre-a-solidao-em-portugal>

- Sousa, C., Esperança, J., & Gonçalves, G. (2022). Pets at work: Effects on social responsibility perception and organizational commitment. *Psychology of Leaders and Leadership*, 25(2), 144–163. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1037/mgr0000128>
- Spiegel, J. A., Graziano, P. A., Arcia, E., Cox, S. K., Ayala, M., Carnero, N. A., & O, M. N. L. (2022). Addressing Mental Health and Trauma-Related Needs of Sheltered Children and Families with Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT). *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 49(5), 881–898. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1007/s10488-022-01207-0>
- Sonnenberg, C. M., Deeg, D. J., van Tilburg, T. G., Vink, D., Stek, M. L., & Beekman, A. T. (2013). Gender differences in the relation between depression and social support in later life. *International Psychogeriatrics*, 25(1), 61–70. <https://doi.org/10.1017/S1041610212001202>
- Surkalim, D. L., Luo, M., Eres, R., Gebel, K., van Buskirk, J., Bauman, A., & Ding, D. (2022). The prevalence of loneliness across 113 countries: systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical Research ed.)*, 376, e067068. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067068>
- Sutin, A. R., Luchetti, M., Aschwanden, D., Lee, J. H., Sesker, A. A., Stephan, Y., & Terracciano, A. (2022). Sense of purpose in life and concurrent loneliness and risk of incident loneliness: An individual-participant meta-analysis of 135,227 individuals from 36 cohorts. *Journal of Affective Disorders*, 309, 211–220. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.084>
- Tapia-Muñoz, T., Staudinger, U. M., Allel, K., Steptoe, A., Miranda-Castillo, C., Medina, J. T., & Calvo, E. (2022). Income inequality and its relationship with loneliness prevalence: A cross-sectional study among older adults in the US and 16 European countries. *PLoS ONE*, 17(12). <https://b-on.ual.pt:2238/10.1371/journal.pone.0274518>
- Taylor, S. E. (2011). Social support: A review. In H. Friedman (Ed.), *The Oxford handbook of health psychology*. Oxford University Press. Tellegen, A., Lykken, D. T., Bouchard, T. J., Jr., Wilcox, K. J., Segal, N. L., & Rich, S. (1988). Personality

- similarity in twins reared apart and together. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1031–1039. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1031>
- Tonui, B. C., Miller, V. J., & Adeniji, D. O. (2023). Older immigrant adult's experiences with social isolation: a qualitative interpretive meta synthesis. *Aging & Mental Health*, 27(6), 1068–1076. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2068131>
- Vang, C., Sieng, M., & Zheng, M. (2023). Conceptualizing loneliness among a Hmong older adult group: Using an intersectionality framework. *Asian American Journal of Psychology*. <https://doi.org/10.1037/aap0000307.supp>
- Vanhalst, J., Rassart, J., Luyckx, K., Goossens, E., Apers, S., Goossens, L., & Moons, P. (2013). Trajectories of loneliness in adolescents with congenital heart disease: Associations with depressive symptoms and perceived health. *Journal of Adolescent Health*, 53(1), 342–349. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.03.027>
- Vişlă, A., Stadelmann, C., Watkins, E., Zinbarg, R. E., & Flückiger, C. (2022). The Relation Between Worry and Mental Health in Nonclinical Population and Individuals with Anxiety and Depressive Disorders: A Meta-Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 1–22. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1007/s10608-021-10288-4>
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1), 156. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
- Wang, S., Tang, Q., Lv, Y., Tao, Y., Liu, X., Zhang, L., & Liu, G. (2023). The Temporal Relationship between Depressive Symptoms and Loneliness: The Moderating Role of Self-Compassion. *Behavioral Sciences* (2076-328X), 13(6), 472. <https://b-on.ual.pt:2238/10.3390/bs13060472>
- Wells, D. L., Clements, M. A., Elliott, L. J., Meehan, E. S., Montgomery, C. J., & Williams, G. A. (2022). Quality of the Human–Animal Bond and Mental Wellbeing During a COVID-19 Lockdown. *Anthrozoos*, 35(6), 847–866. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1080/08927936.2022.2051935>

- World Health Organization (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Retrieved May 5, 2022, Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
- World Health Organization (2019a), “*Making the investment case for mental health: a WHO (no. WHO/UHC/CD-NCD/19.97)*”.
- World Health Organization (2019b), “*The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health*” (no. WHO/MSD/19.1). World Health Organization, available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310981/WHO-MSD-19.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2001). *Prevention and Promotion in Mental Health*. https://www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf
- World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/254610>
- Xie, X., Wang, N., & Chu, J. (2022). Social experiences with mental health service use among US adolescents. *Journal of Mental Health*, 31(2), 203–211. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1922652>
- Zhao, I. Y., Holroyd, E., Garrett, N., Wright, S. C. V. A., & Neville, S. (2023). Chinese late-life immigrants’ loneliness and social isolation in host countries: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(9–10), 1615–1624. <https://doi.org/10.1111/jocn.16134>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

ANEXOS

Anexo 1. Consentimento Informado

Consentimento Informado Para a Recolha e Tratamento de Dados Pessoais

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, que a informação por mim fornecida será mantida confidencial e apenas utilizada de forma anónima para fins de investigação científica. Compreendi que em qualquer momento posso abandonar a minha participação neste estudo e solicitar junto do investigador a eliminação da informação por mim fornecida. Sei que está prevista a realização de duas recolhas de dados, em dois momentos diferentes, separados por 1 ano.

Compreendi que a participação neste estudo, ou a recusa em o fazer, em nada irá afetar o tratamento ou a forma como eu ou o doente que acompanho temos sido atendidos. Tive oportunidade de colocar e esclarecer todas as dúvidas que tinha sobre esta investigação.

1- Identificação do Responsável Pelo Tratamento dos Dados

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

Rua de Santa Marta 47 2º 1150-293 Lisboa

NIF: 501641238

investigacao.privacidade@autonoma.pt

Coordenadora da Investigação/ Investigador Responsável: Maria Luísa Ribeiro, e-mail: mrbeiro@autonoma.pt

Co Investigador Responsável: Genta Kulari, e-mail: gkulari@autonoma.pt

2- Que Dados Recolhemos e Categorias de Titulares dos Dados

Dados dos participantes: Sociodemográficos - género, idade, o estado civil, o número de filhos, número de pessoas com quem partilha a casa, composição do agregado familiar, contacto com a família, país de origem, escolaridade, se tem os documentos regularizados, qual o estatuto migratório que possui, tipo de contrato de trabalho, distrito de residência em Portugal, tempo de residência em Portugal, línguas faladas e as razões que o trazem a Portugal, o número de animais de estimação, a sua espécie, se teve algum animal de estimação durante a infância/adolescência e o esforço financeiro para cuidar dos animais.

3- Fundamento Jurídico

Consentimento.

4- O Que Fazemos Com os Seus Dados (Finalidades)

Investigação sobre “Solidão, uma nova pandemia após a COVID-19”, 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- Transferências 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, 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:

Anexo 2. Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

1. Género:

Feminino ___ Masculino ___ Outro ___ Prefiro não dizer ___

2. Idade (anos): _____

3. Estado civil:

Solteiro ___ Casado ___ Divorciado ___ Viúvo ___ União de facto ___

4. Número de filhos: _____

5. Número de pessoas com quem partilha casa: _____

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

Pai Mãe Companheiro/a Avós Outros familiares Amigos Outros Vive sozinho

7. Assinale os familiares com quem mantém algum contacto:

Mãe ___ Pai ___ Avô/ Avó ___ Outros _____

8. País de Origem _____

9. Formação escolar (Escolaridade)

Ensino básico (1º ciclo) ___

Até 9º ano de escolaridade (3º ciclo) ___

Até 12º ano de escolaridade (secundário) ___

Frequência universitária ___

Licenciatura ou bacharelato ___

Mestrado ___

Doutoramento _____

10. Qual o estatuto migratório que possui?

Visto ___

Residência permanente _____

Residência temporária _____

Outro: _____

11. Contrato de trabalho:

Recibos verdes/ trabalhador independente ____

Contrato a termo certo ____

Contrato sem termo/ quadro ____

Sem Contrato ____

12. Distrito de Residência: _____

13. Tempo de residência em Portugal: 6 meses a 1 ano ____ 1 a 5 anos ____ Mais de 6 anos ____

14. Línguas Faladas: Português ____ Inglês ____ Outra: _____

15. Número de Animais de estimação: _____

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

Cão ____

Gato ____

Outra (especifique) _____

Nenhum ____

17. Teve algum animal de estimação durante a infância/ adolescência?

Sim__ Não__

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

Pequeno _____

Médio _____

Grande _____

Nenhum _____