



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

**O EFEITO MEDIADOR DO SUPORTE SOCIAL NA
RELAÇÃO ENTRE A VULNERABILIDADE MENTAL E
A SOLIDÃO EM FAMÍLIAS MONOPARENTAIS**

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

Autora: Júlia Parreira dos Santos

Orientadora: Professora Doutora Lúcia Maria Ramos Serra

Número da candidata: 30005378

Abril de 2025

Lisboa

Dedicatória

A todas as mães que ficam e lutam pelos seus filhos sozinhas.

A todos os filhos que viram e valorizam as lutas diárias e constantes das suas mães.

Agradecimentos

A todos os participantes, por darem um pouco do vosso tempo e pela generosidade ao partilharem as vossas experiências, sem a vossa colaboração nada teria sido possível. A minha orientadora Doutora Professora Lúcia Serra, que esteve sempre disponível, agradeço pelo apoio, orientação e dedicação ao longo de todo o desenvolvimento da dissertação.

A Doutora Professora Genta Kulari, pela orientação, paciência, apoio e partilha de conhecimentos e aos meus colegas de turma, pelo apoio e pelas trocas de ideias que tornaram esta experiência mais fácil e enriquecedora.

Aos meus melhores amigos, por acreditarem em mim e neste estudo desde a criação do título até à conclusão final, por serem a minha distração e o meu apoio.

À minha mãe e irmã, que acreditam em mim e no meu potencial desde o início da licenciatura e manifestam tanto o final desta jornada como eu, que acreditam no meu sucesso e que me inspiram a ser a minha melhor versão.

Por fim, sou muito grata por todas as pessoas que ao longo deste caminho trouxeram-me conforto no meio do medo e sou especialmente grata por mim, enquanto estudante trabalhadora durante todo o meu curso, consegui fazer, através da resiliência e do apoio e por isso mesmo, procuro sempre encontrar apoio para quem não o tem.

Com todo o carinho.

Resumo

A solidão na monoparentalidade feminina tem tido um impacto significativo no bem-estar físico e emocional das mulheres. A presença do trauma infantil e da vulnerabilidade mental podem afetar negativamente este sentimento, porém, o suporte social pode ajudar a atenuar os efeitos mais adversos. O presente estudo teve como principal objetivo estudar o efeito mediador do suporte social na relação entre a vulnerabilidade mental e a solidão. Este estudo incluiu 153 participantes, todas do sexo feminino, em condição de monoparentalidade, com idades compreendidas entre os 18 e os 69 anos de idade. O protocolo de avaliação do estudo foi composto por um Questionário Sociodemográfico, pela escala de Solidão da Universidade da Califórnia, *Los Angeles* (UCLA) pelo *Childhood Trauma Questionnaire*, pelo Questionário de Vulnerabilidade Mental e pela Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido. Os resultados mostraram um efeito mediador significativo na relação entre vulnerabilidade mental e a solidão. Para além disto, foram verificadas correlações significativas entre a vulnerabilidade mental, o trauma infantil e o suporte social e a solidão. No modelo de predição a vulnerabilidade mental e o suporte social mostraram-se significativos face à solidão.

Pode concluir-se que a presença de fatores de vulnerabilidade mental e trauma infantil em mães monoparentais devem ser considerados importantes para o aparecimento da solidão nestas participantes. Quando se verifica a existência de um suporte social, a solidão poderá ser menor. Assim, estas variáveis devem ser consideradas na criação de estratégias de apoio ou na elaboração de programas de prevenção e sensibilização para com a solidão em famílias monoparentais.

Palavras-Chave: Solidão; Trauma Infantil; Vulnerabilidade Mental; Suporte Social; Monoparentalidade Feminina.

Abstract

Loneliness in female single parenthood has had a significant impact on women's physical and emotional well-being. The presence of childhood trauma and mental vulnerability can negatively affect this feeling, but social support can help mitigate the most adverse effects. The main aim of this study was to investigate the mediating effect of social support on the relationship between mental vulnerability and loneliness. This study included 153 participants, all female, in single parenthood, aged between 18 and 69. The study's assessment protocol consisted of a Sociodemographic Questionnaire, the University of California, Los Angeles (UCLA) Loneliness scale, the Childhood Trauma Questionnaire, the Mental Vulnerability Questionnaire and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. The results showed a significant mediating effect in the relationship between mental vulnerability and loneliness. In addition, significant correlations were found between mental vulnerability, childhood trauma and social support and loneliness. In the prediction model, mental vulnerability and social support were significant in relation to loneliness.

It can be concluded that the presence of mental vulnerability factors and childhood trauma in single-parent mothers should be considered important for the appearance of loneliness in these participants. When there is social support, loneliness may be lower. These variables should therefore be considered when creating support strategies or designing programs to prevent and raise awareness of loneliness in single-parent families.

Key-Words: Loneliness; Childhood Trauma; Mental Vulnerability; Social Support; Female Single Parenthood.

Índice

INTRODUÇÃO	12
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
Capítulo 1. Monoparentalidade Feminina	17
1.1. Definição e características	18
1.2. Prevalência e incidência de famílias monoparentais	19
1.3. Características psicológicas, emocionais e comportamentais de mães em condição de monoparentalidade	19
1.4. Implicações negativas e positivas da monoparentalidade feminina.....	21
1.5. Desigualdades nas famílias monoparentais	23
1.6. Modelos Explicativos da Monoparentalidade.....	24
1.7. Fatores de risco e proteção	25
Capítulo 2. Solidão.....	27
2.1. Definição e características	28
2.2. Tipos de solidão	29
2.3. Solidão na monoparentalidade feminina.....	30
2.4. Solidão e desigualdades associadas à monoparentalidade.....	31
2.5. Prevalência e incidência da solidão	32
2.6. Modelos Explicativos da Solidão	32
2.7. Fatores de risco e proteção.....	33
Capítulo 3. Trauma Infantil.....	36
3.1. Definição e características	37
3.2. Maus-tratos	38
3.3. Tipos de maus-tratos	39
3.4. Trauma infantil na monoparentalidade feminina.....	39
3.5. Prevalência do trauma infantil	40

3.6.	Modelos Explicativos do Trauma Infantil	41
3.7.	Fatores de risco e proteção.....	42
Capítulo 4.	Vulnerabilidade Mental.....	45
4.1.	Definição e características	46
4.2.	Vulnerabilidade mental na monoparentalidade feminina	47
4.3.	Vulnerabilidade mental e desigualdades associadas à monoparentalidade	48
4.4.	Modelos Explicativos da Vulnerabilidade Mental.....	48
4.5.	Fatores de risco e proteção face à vulnerabilidade mental	49
Capítulo 5.	Suporte Social Percebido	51
5.1.	Definição e características	52
5.2.	Tipos de suporte social	53
5.3.	Suporte social percebido na monoparentalidade feminina	53
5.4.	Suporte social e desigualdades associadas à monoparentalidade	54
5.5.	Prevalência e incidência dos pedidos de apoio social por parte das famílias monoparentais	55
5.6.	Modelos Explicativos do Suporte Social	56
5.7.	Fatores de risco e proteção.....	56
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....		58
6.	Definição do Problema	59
7.	Objetivo Geral	61
8.	Objetivos Específicos	62
9.	Hipóteses de Estudo	62
10.	Método	64
10.1.	Amostra.....	65
10.2.	Instrumentos de avaliação.....	69
10.3.	Procedimento	71
11.	Análise de dados.....	72
12.	Resultados	73

12.1.	Consistência interna dos instrumentos	74
12.2.	Estatística Descritiva.....	74
12.3.	Correlação entre a solidão, trauma infantil, vulnerabilidade mental e suporte social	75
12.4.	Predição da solidão	75
12.5.	Efeito de Mediação	76
13.	Discussão	78
14.	Conclusões	81
15.	Implicações Práticas	84
	REFERÊNCIAS.....	86
	ANEXOS	101
	Anexo A- Acordo de Consentimento Informado.....	102
	Anexo B – Protocolo do Estudo.....	105
	Anexo C- Autorizações dos Questionários	110

Índice de Figuras

Figura 1- Análise do suporte social como mediador da relação entre a vulnerabilidade mental e a solidão.....	77
--	----

Índice de Tabelas

Tabela 1- Características Sociodemográficas (idade, local de residência e estado civil)	65
Tabela 2- Características que caracterizam a condição de monoparentalidade	66
Tabela 3- Características sobre as maiores dificuldades na monoparentalidade e a relação com a infância	67
Tabela 4- Características sobre os tipos de apoio	68
Tabela 5- Medidas de estatística descritiva das variáveis em estudo.....	74
Tabela 6- Modelo de regressão: apresentação dos coeficientes das variável trauma infantil, vulnerabilidade mental e suporte social em relação à solidão.	75

Lista de Abreviaturas

APAV- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CIP- UAL- Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa

EAPN- *European Anti Poverty Network*

INE- Instituto Nacional de Estatística

MPSS- *Multidimensional Scale of Perceived Social Support*

SPSS- *Statistical Package for Social Science*

UCLA- Universidade da Califórnia, Los Angeles

INTRODUÇÃO

A monoparentalidade refere-se à estrutura familiar em que apenas um dos progenitores assume, de forma contínua, a responsabilidade principal pela educação, cuidados e sustento dos filhos, independentemente da causa, seja esta, divórcio, separação, viuvez, abandono ou escolha pessoal (Silva, 2018).

A monoparentalidade feminina consiste numa progenitora que assume a responsabilidade pelos seus filhos sozinha. Nos últimos anos, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), observou-se um aumento crescente de casos de mães em condição de monoparentalidade em Portugal, sendo que em 2020 existia um número superior a 400 000 mulheres a gerir uma família monoparental (INE, 2023). Estas mães enfrentam diversas limitações, que afetam o seu bem-estar, tais como, limitações económicas, sobrecarga emocional e física, falta de apoio social e estigmatização social, estas dificuldades podem aumentar o sentimento de solidão destas mães (Martins & Silva, 2021).

A solidão caracteriza-se como uma experiência emocional negativa resultante da perceção de desconexão social, em que há uma discrepância entre as relações sociais desejadas e aquelas que a pessoa realmente tem. Não é apenas sobre estar fisicamente só, mas sim de sentir-se só, mesmo na presença dos outros (Pocinho & Macedo, 2017).

Uma das principais consequências da solidão nos adultos, constata-se na diminuição do bem-estar e na existência de um sentimento intensivo que o torna impotente e gera *stress* regular que pode causar repercussões negativas de longa duração sua vida. A investigação de Ferreira (2020) analisou a vida de cinco mães em condição de monoparentalidade, revelando que estas mulheres possuem redes de apoio reduzidas, esta ausência de laços sociais mais amplos contribui para sentimentos de isolamento e solidão, dificultando o acesso a recursos essenciais como educação, habitação e cuidados infantis.

Considera-se importante compreender a ligação que estes sentimentos vividos atualmente podem ter com o passado, mais especificamente, com o trauma infantil. O trauma infantil é caracterizado por acontecimentos traumáticos na infância, quando as crianças são expostas ou magoadas por aqueles que cuidam ou tenham controlo sobre elas. O trauma infantil é um fator de risco para a saúde mental, sendo que pode originar patologias do foro psicológico, comportamento antissocial e destrutivo, comportamentos desviantes e dificuldades em gerir as emoções e inter-relações, inclusive na vida adulta (Chauhan et al., 2023). Estes

sujeitos apresentam-se numa situação muito vulnerável, principalmente a nível emocional. Em situações de vulnerabilidade mental, caracterizada por uma incapacidade em gerir o *stress* e pode predispor o sujeito a problemas interpessoais ou ao desenvolvimento de doenças mentais (Tonin & Muniz Barbosa, 2018). É possível observar que perante este processo de relação entre o sujeito e a solidão, possa surgir o afastamento total da sociedade, que pode resultar na intensificação das dificuldades anteriormente referidas. As mães em condição de monoparentalidade recorrem muitas vezes a vários tipos de suporte, por exemplo, o suporte social. O suporte social é a forma como o sujeito percebe o seu meio social sendo que, quanto melhor for a sua percepção, melhor será o seu bem-estar (Dierker et al., 2023).

A maioria dos estudos foca-se no futuro das crianças e não proporciona uma visão mais específica perante as características psicossociais dos adultos. Contudo, a literatura ainda não esclarece de forma consistente o efeito mediador do suporte social na relação entre o suporte social percebido na relação entre vulnerabilidade mental e a solidão, nem a capacidade preditiva da vulnerabilidade mental, trauma infantil e suporte social na solidão (Freitas, 2018; Pina, 2016).

Para além disto, os estudos mostram características metodológicas muito distintas que não permitem conhecer um claro efeito destas variáveis independentes na solidão (Zanardo et al., 2021; Vilela, 2016).

O principal objetivo deste estudo é estudar o efeito mediador do suporte social na relação entre a vulnerabilidade mental e a solidão nas mães em condição de monoparentalidade. Para além disto, analisou-se a relação e o efeito preditivo entre a vulnerabilidade mental, o trauma infantil e o suporte social com a variável solidão.

A presente dissertação encontra-se dividida, essencialmente, em duas grandes partes. A primeira parte, que remete ao enquadramento teórico, visa aprofundar as cinco temáticas principais deste estudo: monoparentalidade feminina, solidão, trauma infantil, vulnerabilidade mental e suporte social percebido. Na segunda parte, referente ao estudo empírico, é feita a apresentação do problema de estudo, dos objetivos, das hipóteses e do método usado na investigação, fazendo referência à amostra recolhida, aos instrumentos utilizados, aos procedimentos aplicados, e à análise de dados realizada. Posteriormente, são exibidos os resultados e é feita uma discussão e uma conclusão relativa aos mesmos, bem como são

descritas as limitações e as implicações do estudo. Por fim, são apresentadas as referências bibliográficas e os anexos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1. Monoparentalidad Feminina

1.1. Definição e características

A origem do termo “monoparental” não é recente, sendo que, inicialmente, era utilizado para descrever as famílias em que um dos progenitores assumia sozinho a responsabilidade pelos filhos, fosse devido à morte ou ao abandono do parceiro. Ao longo dos anos, o termo começou, igualmente, a ser aplicado em situações de divórcio, separação ou adoções realizadas por um único adulto (Benatti et al., 2021).

Segundo Vaitsman (1994), na análise evolutiva da família, observa-se uma transição de uma estrutura hierárquica para uma estrutura de igualdade. Ou seja, ao invés do poder estar centrado no homem, passa a ser distribuído pela família e permite um melhor equilíbrio entre a divisão de responsabilidades entre a mulher e o homem.

A família moderna adotou um novo paradigma e houve um enfraquecimento da autoridade paterna, permitindo uma liberdade para com as mães. Ao longo dos anos, é possível observar que as mães desempenham um papel central nas famílias, estas mudanças nas estruturas familiares tradicionais foram influenciadas pela adaptação às realidades sociais emergentes, sendo assim, as mulheres para além das responsabilidades domésticas assumem também a chefia da família. E, cada vez mais, procuram criar a sua própria família, este fenómeno é caracterizado por família monoparental feminina (Vaitsman, 1994). O fenómeno da mulher procurar criar a sua própria família implica: A conquista de autonomia e independência, que proporciona às mulheres a possibilidade de decidir sobre a constituição familiar sem a necessidade de um parceiro. A redefinição dos papéis de género, ou seja, a desconstrução dos papéis tradicionais de género, que permitiu as mulheres assumirem funções que anteriormente eram apenas atribuídas a homens, como a provisão económica e a liderança familiar. E por fim, a valorização da afetividade, o que levou a muitas mães a priorizarem o seu bem-estar emocional e dos filhos, mesmo que signifique assumir sozinhas a responsabilidade pela família (Volpato & Savala, 2018).

É permitido que a mulher estabeleça uma família sozinha por escolha própria, seja através de uma separação, divórcio, adoção singular ou até mesmo através de técnicas artificiais de fertilização (inseminação intrauterina, fertilização in vitro, injeção intracitoplasmática de espermatozoides, transferência intrafalopiana de

gâmetas e transferência intrafalopiana de zigoto) sem a necessidade de uma relação conjugal (Baliana, 2014).

1.2. Prevalência e incidência de famílias monoparentais

Nos Estados Unidos da América, em 2022, havia aproximadamente onze milhões de famílias monoparentais com filhos menores de 18 anos de idade, sendo que 80% destas famílias eram famílias monoparentais femininas, guiadas pelas mães. Estima-se que 34% das crianças em famílias monoparentais vivem em situação de pobreza (U.S. Census Bureau, 2022).

Na União Europeia, em 2020, existiam cerca de 8 milhões de agregados familiares monoparentais. Países como a Suécia mostraram uma proporção de 34% de famílias monoparentais, seguido da Dinamarca com 29% e Estónia com 28% (Eurostat, 2021).

Em Portugal, desde 2001 até 2023, houve um aumento de 165 mil famílias monoparentais femininas. A *European Anti Poverty Network* (EAPN) em 2023 realizou um relatório sobre a pobreza e exclusão social em Portugal e concluiu-se que desde 2015 que um dos grupos mais vulneráveis são as famílias compostas apenas por um adulto e pelo menos uma criança dependente (56%) e as mulheres (54%). Sendo que as mulheres acumulam taxas mais elevadas de pobreza monetária, privação material e social severa, em mulheres que vivem sozinhas esta vulnerabilidade é ampliada (EAPN Portugal, 2023). Para recorrer a apoios financeiros em Portugal, é obrigatório comprovar que a sua família é monoparental e é necessário informar e submeter um formulário para a Segurança Social e consoante o escalão de rendimento do adulto de referência e a idade da criança pode ser atribuído um abono de família, sendo este, um suporte financeiro (INE, 2023).

1.3. Características psicológicas, emocionais e comportamentais de mães em condição de monoparentalidade

Mães em condição de monoparentalidade apresentam frequentemente um conjunto de desafios emocionais e psicológicos significativos, tais como: a sensação de insegurança e vulnerabilidade emocional, os sentimentos de tristeza,

ansiedade, desespero e frustração e a completude pessoal (Machado et al., 2020; Emídio et al., 2023; Barbosa et al., 2023).

A solidão e o isolamento são sentimentos comuns, a ausência de uma figura com quem partilhar responsabilidades pode contribuir para uma maior sensação de insegurança e vulnerabilidade emocional (Machado et al., 2020).

A exaustão emocional resulta do acúmulo de tarefas, o que leva a muitas mães a relatar sentimentos de tristeza, ansiedade, desespero e frustração (Emídio et al., 2023).

Apesar das adversidades, mães em condição de monoparentalidade também referem sentimentos positivos associados à maternidade. Algumas relatam uma intensificação no seu sentido de feminidade e um sentimento de satisfação pessoal ao assumirem o papel de cuidadora principal, além disso, as expectativas positivas relativamente ao filho e ao desenvolvimento do vínculo afetivo com o mesmo podem reforçar a autoestima e o propósito de vida da mãe (Barbosa et al., 2023).

Algumas características comportamentais em mães em condição de monoparentalidade, são: a autonomia e proatividade, a hiper-responsabilização, a resiliência, uma proteção ou permissão intensiva dos filhos (Barbosa et al., 2023; Machado et al., 2020; Verza et al., 2019; Oliveira et al., 2023).

A autonomia e proatividade são capacidades que tendem a ser fortemente desenvolvidas pelas mães monoparentais, uma vez que precisam de tomar decisões sozinhas e gerir todas as responsabilidades (Barbosa et al., 2023).

A hiper-responsabilização é um comportamento que pode traduzir-se em elevados níveis de *stress* e dificuldade em pedir ajuda, devido a toda uma carga mental e física ao assumirem todos os encargos (Machado et al., 2020).

A resiliência emocional é uma capacidade muito observada nas mães monoparentais, baseia-se na sua elevada capacidade de adaptação às adversidades (Verza et al., 2019).

A proteção ou permissão intensiva dos filhos é um comportamento comum que pode ser desenvolvido como forma de compensar a ausência do outro progenitor, o que pode ser tanto uma tentativa inconsciente de demonstração de amor quanto para reduzir sentimentos de culpa ou insegurança. Estes comportamentos também podem ser justificados devido à exaustão emocional da

mãe e em função do estado psicológico que a mesma se encontra (Oliveira et al., 2023).

1.4. Implicações negativas e positivas da monoparentalidade feminina

Existem algumas implicações negativas na monoparentalidade feminina, nomeadamente: as dificuldades financeiras e risco de pobreza, a sobrecarga emocional, o isolamento social, a vulnerabilidade emocional, o excesso de responsabilidade nas crianças e por fim, os estigmas sociais (McLaughlin & Lewis, 2018; Smith & Holt, 2020; Garcia et al., 2015; Baliana, 2014; Duncan & Roseneil, 2016).

As dificuldades financeiras e risco de pobreza, sendo que a condição de monoparentalidade geralmente significa depender apenas de um rendimento, o que pode causar dificuldades económicas, principalmente em famílias onde o adulto apresenta um salário menor ou que tenha menos oportunidades de emprego, também por ter alguém dependente de si, frequentemente estas mulheres também enfrentam dificuldades em conciliar o trabalho e o cuidado com os filhos, o que pode levar à precarização do emprego e à pobreza (McLaughlin & Lewis, 2018).

A sobrecarga emocional, sendo que cuidar de uma criança ou jovem sozinha pode originar um grande nível de *stress* e sobrecarga, não só devido às responsabilidades para com este cuidando como com as responsabilidades domésticas e financeiras (Smith & Holt, 2020).

O isolamento social, devido à alteração na rotina e falta de suporte social ou de tempo para atividades sociais, estas mães podem sentir-se isoladas, também existe uma grande dificuldade em estabelecer uma nova relação pelo facto de, na sua maioria, terem a seu cargo a guarda dos filhos menores. Por norma, os homens conseguem, mais facilmente, construir uma nova família e de forma mais rápida (Smith & Holt, 2020).

A vulnerabilidade emocional, sendo que o *stress* prolongado aliado à falta de suporte social, pode predispor as mães monoparentais a desenvolverem problemas de saúde, como depressão, ansiedade e esgotamento. E muitas mães tornam-se mães solteiras após fugirem de relações abusivas, o que pode trazer traumas e dificuldades adicionais (Garcia et al., 2015).

O excesso de responsabilidade nas crianças, sendo que, toda esta carga

adicional sobre a mãe possa resultar no amadurecimento precoce dos filhos e serem forçados a assumir um papel quase parental, o que pode prejudicar o seu desenvolvimento emocional e académico (Baliana, 2014).

Por fim, os estigmas sociais, sendo que as famílias monoparentais femininas sofrem de exclusão por conta da sociedade, não só devido a problemas sociais e económicos, mas também porque são vítimas de estigmas ainda não superados, relacionado com o papel feminino na sociedade e com os modelos familiares não tradicionais. O autor defende que é a própria sociedade que as coloca nesta posição de vulnerabilidade, ao invés de procurar incluí-las, cria obstáculos que dificultam a sua integração. Dentro do estigma social existe uma desigualdade entre os homens e as mulheres, perante o abandono. Seja por escolha própria ou não, as mulheres são frequentemente culpadas pela condição em que se encontram e a sociedade raramente considera o esforço feito pelos filhos como suficiente. Um homem na mesma situação, na maioria das vezes, é visto como um guerreiro que faz mais do que lhe compete, sendo assim, desculpabilizados. O que leva à conclusão de que as mulheres carregam uma imagem negativa, enquanto os homens carregam uma imagem positiva. Este estigma e idealismo sobre os papéis de género na sociedade que foram construídos são uma luta constante para estas mulheres em condição de monoparentalidade feminina e podem criar sentimentos de culpa ou ambivalência (Duncan & Roseneil, 2016).

Alguns exemplos de implicações positivas na monoparentalidade feminina, são: a rede de apoio familiar e social, as políticas públicas de apoio, a educação parental, a estabilidade financeira e flexibilidade no trabalho e, por fim, o acesso a serviços de saúde (Berger & Wilcox, 2016; Bradshaw, 2019; Guadalupe, 2015; Lazarus, 2016).

A presença de rede de apoio familiar e social, significa que a mulher ao ter suporte social, ajuda-a a reduzir o isolamento e permite que esta consiga ter alguém com quem partilhar as responsabilidades, podendo ser fundamental para o seu bem-estar e dos filhos (Berger & Wilcox, 2016).

As políticas públicas de apoio, como subsídios financeiros, apoio à habitação, ajudam na inclusão social das famílias monoparentais e melhora a sua qualidade de vida (Bradshaw, 2019).

A educação parental, tal como cursos que orientem sobre práticas de

parentalidade e dicas sobre a gestão de *stress* e de tempo, de forma a promover um ambiente familiar mais saudável. A estabilidade financeira e a flexibilidade no trabalho, para assegurar uma segurança financeira e também permitir às mães uma flexibilidade no trabalho para redução de *stress* e melhor qualidade de vida (Guadalupe, 2015).

Por fim, o acesso a serviços de saúde mental, a disponibilidade de apoio psicológico para as mães e filhos, para ajudar a lidar com as dificuldades emocionais, promovendo o bem-estar pessoal e recursos importantes (Lazarus, 2016).

1.5. Desigualdades nas famílias monoparentais

As famílias monoparentais enfrentam desigualdades e desafios, tais como: o sexo, a idade e a escolaridade (Pimentel, 2021; Sousa & Costa, 2020; Pereira, 2022).

No sexo, sendo que maioria das famílias monoparentais é liderada por mulheres, o que pode contribuir para desigualdades de género em termos de apoio social e oportunidades. Geralmente, mães monoparentais estão mais propensas a viver em condições de maior vulnerabilidade económica e com uma carga maior de responsabilidades em comparação com os pais solteiros. A carga emocional também tende a ser mais complicada para as mulheres devido às expectativas sociais e culturais de cuidado e afeto (Pimentel, 2021).

A idade dos pais na monoparentalidade também afeta a dinâmica da família, sendo que, pais mais jovens, especialmente mães solteiras tendem a enfrentar mais desafios relacionados com educação, apoio social e emprego, o que contribui para uma maior probabilidade de viver com insegurança económica. Por outro lado, pais mais velhos podem ter mais recursos financeiros e emocionais, mas podem enfrentar dificuldades de saúde que impactem as suas habilidades de cuidado e apoio aos filhos (Sousa & Costa, 2020).

A escolaridade também é um fator determinante nas condições de vida das famílias monoparentais. Mães e pais com habilitações académicas mais baixas enfrentam mais dificuldades financeiras, uma vez que não têm acesso a empregos bem remunerados ou estáveis (Pereira, 2022).

1.6. Modelos Explicativos da Monoparentalidade

1.6.1. Modelo Sistémico de Minuchin

A perspetiva sistémica de Minuchin considera a família como um sistema composto por subsistemas interdependentes (conjugal, parental e fraternal), ou seja, cada elemento influencia e é influenciado pelos outros. Este modelo defende que o funcionamento saudável de uma família depende do equilíbrio e da compreensão entre esses subsistemas, bem como na capacidade de adaptação às mudanças e exigências externas e internas.

No contexto da monoparentalidade feminina, esta abordagem examina a adaptação da estrutura familiar na ausência de um dos progenitores (habitualmente o pai) e os impactos nas relações parentais. As mães que assumem os filhos sozinhas acabam por acumular múltiplas funções, desde cuidadoras, a provedoras económicas e a gestão entre trabalho e casa, o que pode levar a sobrecarga emocional, física e psicológica.

Além disso, a falta de suporte conjugal e ausência de um segundo adulto na estrutura parental pode dificultar a implementação de regras consistentes e a gestão disciplinar, o que pode criar um subsistema rígido entre mãe e filho, ou o próprio filho ser colocado num papel parental, ao assumir responsabilidades excessivas, o que pode comprometer o seu desenvolvimento emocional e social. Assim sendo, a família fica mais vulnerável a situações de stress, instabilidade ou isolamento. Apesar dos desafios, o modelo sistemático reconhece a capacidade de resiliência e reorganização das famílias monoparentais. Muitos destes núcleos conseguem criar formas de coesão e suporte mútuo e adaptam-se de forma funcional à ausência de um dos elementos parentais (Minuchin, 1974)

1.6.2. Modelo Ecológico- Sistemático de Bronfenbrenner

Na perspetiva Ecológico- Sistémica de Bronfenbrenner é analisado a monoparentalidade feminina considerando diferentes níveis de contexto, tais como, o microsistema, o mesossistema, o exossistema e macrosistema. O microsistema consiste em relações diretas e próximas do sujeito, como família e amigos, no caso da monoparentalidade, inclui a interação entre a mãe e os filhos. O Mesossistema são as ligações entre diferentes microsistemas, como a relação entre a família ou entre amigos e o local de trabalho da mãe. O Exossistema são os contextos que

afetam indiretamente o indivíduo, como políticas laborais e serviços sociais que impactam a vida da mãe, mesmo que ela não tenha controlo direto sobre eles. Por fim, o Macrosistema são as normas culturais, valores sociais e políticas públicas que influenciam a percepção e o suporte à monoparentalidade feminina. Este modelo destaca a influência de todos estes fatores, como redes de apoio comunitário e contextos culturais na experiência das mães em condição de monoparentalidade. Estas variáveis afetam o acesso a recursos e moldam a percepção social da monoparentalidade, demonstrando a importância de uma abordagem holística no suporte destas famílias (Bronfenbrenner, 1979).

1.6.3. Modelo do Feminismo Matricêntrico de O'Reilly

O Modelo do Feminismo Matricêntrico de O'Reilly contrapõe e critica a noção tradicional da maternidade patriarcal, que reduz o papel da mãe sobre a criação dos filhos como uma responsabilidade privada e individual da mulher. Este modelo propõe uma reconfiguração da maternidade e enfatiza a dimensão político-social da maternidade, ou seja, reconhecer as mães solteiras como representantes ativas que desafiam estruturas patriarcais e reivindicam um maior reconhecimento social e apoio institucional. Além disso, o modelo defende que a maternidade deve ser compreendida como um fenómeno coletivo e relacional, que requer apoio estrutural do Estado e da comunidade, através de políticas públicas de proteção social mais justas, como o acesso a cuidados infantis, habitação, saúde mental e segurança económica e que reconheçam a maternidade como trabalho social essencial (O'Reilly, 2016).

1.7. Fatores de risco e proteção

Mães em condição de monoparentalidade apresentam diversos fatores de risco, tais como: a separação ou divórcio, a violência de género e relacionamentos abusivos, a morte de um dos pais, abandono, a gravidez não planeada e a falta de acesso a planeamento familiar (Marinho, 2024; Leão, 2017; Pontes, 2022; Borges, 2023; Kuhnen, 2021).

A separação ou divórcio é um dos maiores fatores de risco, sendo que após a dissolução da união conjugal, em muitos casos, a guarda dos filhos é atribuída à

mãe, o que reflete padrões culturais e jurídicos que associam a mulher ao papel de cuidadora principal (Marinho, 2024).

A violência de gênero e relacionamentos abusivos, podem fazer com que as mulheres se afastem dos parceiros, assumindo assim sozinhas a criação dos filhos. A violência doméstica é um fator de risco significativo para a monoparentalidade feminina (Leão, 2017).

A morte de um dos pais é outro fator de risco que pode levar à monoparentalidade. Nestas situações, a mãe geralmente assume sozinha todas as responsabilidades parentais (Pontes, 2022).

O abandono paterno consiste na ausência de reconhecimento legal ou afetivo por parte do pai, deixando assim, as responsabilidades totais sobre a gestão familiar para a mãe (Borges, 2023).

A gravidez não planejada e a falta de acesso ao planejamento familiar, a falta de acesso a métodos contraceptivos e a informações sobre saúde reprodutiva podem resultar em gravidezes não planejadas, o que pode resultar em mulheres a assumirem a maternidade sozinhas (Kuhnen, 2021).

Existem também diversos fatores de proteção para as mães em condição de monoparentalidade, tais como: a estabilidade e comunicação saudável, o planejamento familiar e acesso a cuidados de saúde, ter uma rede de apoio social e a participação em programas de educação parental (Cabrera, 2021; Younas, 2023). A estabilidade nas relações afetivas através da comunicação eficaz e resolução de conflitos, pode diminuir a probabilidade de dissolução conjugal e de, consequentemente, monoparentalidade (Cabrera, 2021).

O planejamento familiar e acesso a cuidados de saúde reprodutiva, permite que as mulheres planeiem a maternidade conforme as suas condições pessoais e relacionais, reduzindo o número de gestações não planejadas (Cabrera, 2021).

Ter uma rede de apoio social composta por familiares, amigos e comunidade pode fornecer suporte emocional e prático, que ajuda a mulher a enfrentar os desafios relacionais e na parentalidade (Younas, 2023).

As participações em programas de educação parental promovem habilidades parentais e podem preparar melhor os casais para os desafios da parentalidade, promovendo assim, a coesão familiar, o que pode reduzir o risco de separação ou divórcio (Younas, 2023)

Capítulo 2. Solidão

2.1. Definição e características

A solidão caracteriza-se como uma experiência desagradável que se manifesta quando as relações sociais dos sujeitos são inferiores ao que ele deseja. Consiste numa relação entre o nível desejado de interação social pelo sujeito e o nível alcançado de contacto social, ou seja, a solidão resulta do descompasso entre o nível de interação que o sujeito deseja e aquele que realmente alcança, quando as conexões sociais reais são percebidas como insuficiente face às expectativas pessoais, emerge uma sensação de vazio e desconexão (Perlman & Peplau, 1998).

A solidão também pode ser caracterizada pelo desconforto psicológico subjetivo que o sujeito vivencia quando as suas relações sociais são significativamente carentes a nível de qualidade e/ou quantidade. A qualidade das relações sociais refere-se à profundidade emocional, ao apoio mútuo e sentimento de pertença nas interações com os outros. Já a quantidade diz respeito ao número ou frequência das interações sociais, mesmo que estas não sejam emocionalmente profundas, a sua ausência pode provocar uma sensação de isolamento. A solidão pode ser descrita por três dimensões, sendo estas: a privação, a perspectiva temporal e as emoções (Gierveld, 1998).

A primeira dimensão é a privação, referente à ausência de uma ligação emocional íntima, associada a sentimentos de vazio ou abandono. A segunda dimensão aborda a perspectiva temporal, onde a solidão é vista como uma condição irreversível, com a culpa atribuída a terceiros ou ao próprio indivíduo. A terceira dimensão envolve as emoções, como tristeza, culpa, vergonha, frustração e desespero (Gierveld, 1998).

Para Cacioppo et al. (2018), a solidão é considerada como um isolamento social subjetivo, caracterizada pela sensação de estar só, independentemente dos fatores externos. Essa definição é diferente do isolamento social objetivo, caracterizado pelo sujeito estar fisicamente isolado do contacto social (Cacioppo et al., 2018).

A solidão também pode ser associada com o sentimento de desconexão, sendo uma experiência subjetiva de isolamento social ou emocional (Rokach, 2018).

A experiência da solidão é essencialmente subjetiva, pois cada sujeito vivencia-a de maneira única, independentemente das suas relações interpessoais e

eventos de vida. Ou seja, a solidão não é determinada apenas pela falta de contacto pessoal, mas emerge da percepção que o sujeito tem das suas próprias relações sociais mediante experiências subjetivas percebidas como negativas (Pocinho, 2017).

Para Lim et al. (2020), é considerada uma experiência multidimensional que engloba sentimentos de isolamento social, falta de intimidade emocional e a ausência de um senso de ligação (Lim et al., 2020).

Segundo Weiss (1973), a solidão é classificada em três dimensões, sendo estas: a solidão emocional, a solidão social e o isolamento coletivo (Weiss, 1973).

A solidão emocional, que defende que o indivíduo sente-se só e insatisfeito por falta de um relacionamento íntimo. A segunda dimensão consiste na solidão social, em que o sujeito sente-se só e insatisfeito devido à falta de laço social como a família e amigos. A terceira dimensão consiste no isolamento coletivo, ou seja, o sujeito não se sente pertencente a um grupo ou entidade social e pode ficar isolado voluntária ou involuntariamente (Weiss, 1973).

A solidão tende a ser mais intensa em sujeitos que estão a vivenciar acontecimentos de vida mais difíceis, onde sentem-se mais vulneráveis e com o *self* mais indefeso, diante de um mundo repleto de julgamentos e críticas. Nestas situações, os sujeitos podem vivenciar um maior sentimento de fragilidade, sendo mais difícil lidar com o isolamento, uma vez que as relações sociais podem parecer mais ameaçadoras ou superficiais, o que pode intensificar a sensação de solidão. Assim sendo, o medo e a rejeição têm um grande impacto na saúde mental, gerando pensamentos e emoções que levam o sujeito a sentir-se preso no seu interior e isolado do exterior, o que explica a diferença entre o que o sujeito pensa de si próprio, o que acaba por dificultar o seu desenvolvimento e realização pessoal (Pocinho, 2017).

2.2. Tipos de solidão

Para os autores Russell, Peplau & Ferguson (1978) existem três tipos de solidão, tais como: a solidão íntima, a solidão relacional e a solidão coletiva (Russell et al., 1978).

A solidão íntima refere-se à sensação de isolamento emocional, quando o sujeito sente falta de uma conexão profunda e significativa com os outros, que afeta

o seu valor social e autoestima. A solidão relacional, está associada à falta de interações sociais de qualidade, ou seja, a ausência de relações construtivas e de apoio emocional. Já a solidão coletiva está relacionada com a sensação de desconexão em grupos, em que o sujeito sente-se excluído ou sem pertencimento com a identidade social em grupos, como família, amigos ou comunidade (Russell et al., 1978).

Para Tiwari (2013) os tipos de solidão, são: a solidão situacional, a solidão no desenvolvimento e a solidão interna (Tiwari, 2013).

A solidão situacional, é causada por circunstâncias externas, derivadas de fatores sociais, culturais ou ambientais, tais como migração ou desastres naturais, que afastam o sujeito do seu círculo social e cria um ambiente de isolamento temporário. A solidão no desenvolvimento reflete o desejo humano por intimidade e o equilíbrio entre a individualidade e a convivência social, ela surge ao longo do desenvolvimento, especialmente durante fases em que o sujeito procura relações significativas, como na adolescência ou na vida adulta. E por fim, a solidão interna, que surge de percepções subjetivas de isolamento e pode estar associada a fatores como baixa autoestima, culpa ou dificuldade em lidar com adversidades, que gera um sentimento de desconexão consigo próprio e com os outros (Tiwari, 2013).

2.3. Solidão na monoparentalidade feminina

No que se refere à solidão na monoparentalidade feminina, a solidão surge frequentemente como uma consequência da sobrecarga na maternidade e na intensificação das responsabilidades domésticas e parentais. As mães em condição de monoparentalidade assumem, geralmente, a responsabilidade exclusiva pela educação dos filhos, gestão da casa e provisão financeira, sendo assim, acabam por criar um ambiente propício ao esgotamento físico e emocional e a estruturas familiares disfuncionais, o que intensifica sentimentos de solidão (Emídio et al., 2023).

A ausência ou fragilidade nas redes de apoio, sejam elas familiares, comunitárias, ou institucionais, representa um dos principais fatores agravantes. Quando estas redes são inexistentes ou pouco funcionais, a mãe pode sentir que não tem com quem partilhar os desafios diários, o que pode contribuir para a construção de uma percepção de abandono social (Rodrigues et al., 2024).

Mães em condição de monoparentalidade experienciam solidão devido à ausência de um companheiro/a e devido à falta do companheirismo, principalmente a necessidade de ter alguém com quem compartilhar experiências (Nowland et al., 2021).

Além disso, a sociedade ainda tende a idealizar a maternidade como uma experiência naturalmente gratificante e instintivamente realizada pela mulher, o que leva muitas mães solteiras a sentirem-se culpadas pelos seus sentimentos de infelicidade ou sobrecarga. Esta pressão social intensifica a solidão vivida por estas mulheres (Barbosa et al., 2023).

2.4. Solidão e desigualdades associadas à monoparentalidade

Considerando a solidão, as famílias monoparentais enfrentam desigualdades e desafios, tais como: o sexo, a idade, a escolaridade e fatores socioeconómicos (Dias, 2020; Gomes, 2021; Pereira, 2022; Borges & Ferreira, 2020).

O sexo, uma vez que, mulheres tendem a apresentar níveis mais elevados de solidão do que pais solteiros. Devido a fatores como o estigma e a sobrecarga, sendo que é mais normalizado uma mãe suportar essas responsabilidades, assim sendo, geralmente o pai apresenta um maior apoio social (Dias, 2020).

Na idade, cuidadores monoparentais mais jovens, podem vivenciar a solidão de uma forma mais intensa, devido à falta de maturidade emocional, apoio social limitado e dificuldades financeiras. Cuidadores monoparentais mais velhos, por outro lado, podem ter uma rede de apoio mais estável, mas a solidão pode ocorrer devido a fatores como a saúde ou até mesmo por sentirem uma desconexão das gerações mais jovens (Gomes, 2021).

A escolaridade e fatores socioeconómicos, podem influenciar, uma vez que, a solidão nas famílias monoparentais tende a ser mais pronunciada entre os sujeitos com habilitações literárias mais baixas, pois frequentemente enfrentam maiores dificuldades financeiras e menos acesso a oportunidades de emprego e suporte social. O que limita as interações sociais. Por outro lado, pais monoparentais com maior nível educacional podem ter mais recursos económicos e sociais e têm uma maior probabilidade de participarem em atividades sociais ou de procurar apoio profissional para reduzir os sentimentos de solidão (Pereira, 2022; Borges & Ferreira, 2020).

2.5. Prevalência e incidência da solidão

Nos Estados Unidos da América, em 2020, havia aproximadamente 61% de adultos americanos relataram sentir-se solitários. Durante a pandemia houve um aumento médio de 5% na solidão, sendo jovens adultos entre os 19 e os 25 anos de idade e pessoas com baixos rendimentos os grupos mais afetados (Cigna, 2020).

Na Europa, a solidão é mais prevalente na Europa Oriental, seguida pelo Sul da Europa, antes da pandemia, cerca de 9% da população adulta europeia sentia solidão frequente e após a pandemia houve um aumento de 21% com o isolamento social (European Commission, 2023).

Em Portugal, em 2022, estimou-se que a prevalência de solidão é de 15% (intervalo de confiança de 95%: 11,8% a 17,7%), sendo maioritariamente vivenciado por adultos mais velhos, embora nos últimos anos seja cada vez mais comum nas populações mais jovens (Guerra et al., 2023).

2.6. Modelos Explicativos da Solidão

2.6.1. Modelo Psicodinâmico da Solidão de Bowlby

Na perspetiva do Modelo Psicodinâmico da Solidão de Bowlby, sugere que os traumas relacionais precoces, podem influenciar profundamente a forma como os sujeitos percebem e lidam com a solidão ao longo da vida. Quando a criança interage com figuras de apego inconsistentes pode desenvolver um medo de abandono e uma falta de confiança em estabelecer conexões emocionalmente autênticas com os outros, o que resulta em sentimentos persistentes de solidão. O apego inseguro pode manifestar-se como: evitativo, onde o sujeito evita a intimidade por medo de rejeição e como ambivalente, que gera uma dependência excessiva por validação externa. Esta dificuldade na criação e manutenção de vínculos seguros geram um grande sentimento de solidão, mesmo na presença física de outros, o que reforça a ideia de que a solidão não está apenas relacionada com a falta de contacto social, mas à dificuldade de confiar e conectar (Bowlby, 1980).

2.6.2. Modelo da Regulação Emocional e Solidão de Hawkley

Na Teoria da Regulação Emocional e Solidão de Hawkley, propõe que os sujeitos que sentem solidão tendem frequentemente a ter dificuldades em gerir as

emoções negativas associadas ao isolamento social. Quando o sujeito sente-se sozinho, pode ter dificuldades em lidar com emoções como a tristeza, a frustração e a insegurança que surgem devido ao afastamento social. Hawkley sugere que, com esta dificuldade em controlar ou processar de maneira eficaz estes sentimentos de solidão, os sujeitos podem entrar num ciclo vicioso de sofrimento emocional, onde a solidão intensifica os sintomas negativos e, por sua vez, aumenta a dificuldade de estabelecer interações sociais positivas. Este processo perpétua o isolamento social e o sofrimento psicológico (Hawkley, 2015).

2.6.3. Modelo da Mentalização e Solidão de Luyten

No Modelo da Mentalização e Solidão de Luyten, sugere que a capacidade de mentalização, ou seja, a compreensão do seu próprio estado mental e dos outros, é crucial para estabelecer relações sociais saudáveis. Sujeitos com dificuldades na mentalização podem ter dificuldades em interpretar corretamente as emoções e intenções dos outros, o que pode resultar em mal-entendidos e desconfiança. Esta dificuldade na conexão emocional com os outros pode levar ao isolamento social e, consequentemente, à solidão, uma vez que estes sujeitos têm mais dificuldades em construir relações interpessoais positivas (Luyten et al., 2020).

2.7. Fatores de risco e proteção

A solidão pode ser intensificada por diversos fatores de risco, tais como: a diminuição do bem-estar e problemas de saúde mental e física, o isolamento social, sujeitos com uma baixa autoestima e habilidades sociais e experiências de rejeição ou perda e eventos de vida stressantes e fatores socioeconómicos (Gierveld, 1998; Hawkley, 2010; Qualter et al., 2015; Weiss, 1973; Yang, 2016).

A diminuição do bem-estar e problemas de saúde mental e física podem gerar repercussões negativas de longa duração na vida dos sujeitos e o afastamento total da sociedade que, por consequência, pode resultar na intensificação de sentimentos como a solidão (Gierveld, 1998).

O isolamento social, caracterizado pela falta de contacto social frequente e significativo, é um forte preditor de solidão, sendo que, o isolamento reduz as oportunidades de estabelecer relações de confiança, apoio mútuo e intimidade, o

que fragiliza o bem-estar emocional (Hawkley, 2010).

Sujeitos com uma baixa autoestima e capacidades sociais também podem ter dificuldade em formar e manter relacionamentos satisfatórios, sendo que, geralmente não acreditam no seu valor e podem acreditar que não são dignas de afeto ou amizade, o que leva à evitação de contactos sociais por medo de rejeição, sujeitos com baixas capacidades sociais podem ser vistos como distantes e serem mal interpretados o que dificulta os laços duradouros e pode criar um ciclo de frustração e isolamento aumentando o risco de solidão (Qualter et al., 2015).

As experiências de rejeição ou perda e eventos de vida stressantes, tais como o fim de um relacionamento íntimo ou a morte de um ente querido podem desencadear sentimentos profundos de solidão, sendo que, ao existir esta perda nos vínculos interpessoais significativos, o sujeito pode sentir um vazio e uma dificuldade em restaurar o sentido de pertença, esta dor emocional pode ser acompanhada de isolamento psicológico (Qualter et al., 2021).

A pobreza e a falta de recursos podem limitar o acesso a oportunidades sociais e aumentar o isolamento, sendo que, impedem a participação em atividades sociais, a regularidade nos encontros sociais, o acesso à *internet* e tecnologia e a falta de transportes pode dificultar a mobilidade e o acolhimento social, sujeitos em situação de pobreza também podem sentir exclusão social ou vergonha o que pode levar ao retraimento social, o que leva ao sentimento de solidão (Yang, 2016).

Alguns fatores de proteção que podem ajudar a prevenir a solidão são: a presença de capacidades sociais, o apoio social, estratégias pessoais e um estilo de vida ativo e equilibrado (Mushtaq et al., 2014; Cacioppo et al., 2015; Tiwari, 2013; Park et al., 2021). A presença de capacidades sociais, como saber comunicar, ouvir, interpretar sinais sociais, resolver conflitos ou expressar emoções, facilitam a criação e o fortalecimento de vínculos sociais saudáveis, assim o sujeito tem mais facilidade em integrar-se socialmente e a gerir os problemas do quotidiano, inclusive relacionais (Mushtaq et al., 2014).

O apoio social e as oportunidades de contacto social, também demonstram resultados positivos na intervenção contra a solidão. Sendo que, permitem ao sujeito interagir com outras pessoas, seja através de grupos comunitários, encontros de apoio ou atividades culturais. Estes momentos aumentam o sentido de presença

e reduzem a percepção de isolamento. Quando existem estas relações sociais e suporte social, o sujeito sente-se mais seguro e tende a diminuir significativamente a solidão (Cacioppo et al., 2015).

Estratégias pessoais como manter-se ocupado, partilhar sentimentos, passar tempo de qualidade com outros, predispor-se a auxiliar os outros, desenvolver relações de qualidade e tentar desvalorizar acontecimentos mais negativos são comportamentos e atitudes que o próprio sujeito pode adotar para reduzir os sentimentos de solidão e promover o bem-estar emocional (Tiwari, 2013).

Um estilo de vida ativo e equilibrado, que inclui atividades físicas regulares, contribui significativamente para a redução da solidão, pois promove o bem-estar físico e mental e aumenta as oportunidades de interação social, especialmente em contextos coletivos como ginásios, caminhadas em grupo ou aulas de grupo. Além disso, a prática regular de exercício melhora a autoestima e a percepção de competência, o que facilita a abertura a novas relações e reduz sentimentos de isolamento (Park et al., 2021).

Capítulo 3. Trauma Infantil

3.1. Definição e características

O trauma infantil é definido como a vivência de acontecimentos negativos, que originam *stress* e tem uma influência significativa no bem-estar psicológico, físico e social do sujeito. O trauma infantil pode surgir a partir dos maus-tratos que podem ser: emocionais, físicos ou sexuais e negligência emocional e física (Chauhan et al., 2023).

O trauma infantil é um acontecimento que destabiliza o organismo e interfere no desenvolvimento da criança, especialmente quando não há uma figura protetora presente para neutralizar os efeitos (Linhares, 2018).

O trauma afeta a organização biológica, emocional e relacional da criança e leva a padrões disfuncionais que se mantêm ao longo da vida, especialmente em situações de vulnerabilidade (Cicchetti, 2018).

As experiências traumáticas na infância têm o potencial de afetar o desenvolvimento emocional e cognitivo da criança, podendo resultar em desafios de saúde mental ao longo da vida adulta. E podem causar mudanças significativas na biologia cerebral e afeta diversas áreas e compromete o bem-estar psicológico. As consequências incluem alterações na estrutura cerebral, défices nas funções cognitivas e impactos no funcionamento psicológico geral (Silva, 2023).

O trauma infantil é definido como uma experiência adversa, de natureza física ou emocional, que interfere no desenvolvimento normal da criança, alterando a sua capacidade de lidar com *stress* e de se conectar com outras pessoas. Estas experiências podem ter efeitos duradouros, afetando não só o bem-estar psicológico, mas também as respostas fisiológicas e emocionais ao longo da vida (Van der Kolk, 2014).

Os vínculos estabelecidos na infância com os cuidadores desempenham um papel essencial na formação da percepção das experiências, relações e do mundo ao redor da criança. As interações sociais, especialmente nas primeiras fases, influenciam a construção de percepções sobre a acessibilidade e confiabilidade das figuras de apego, que são cruciais para o desenvolvimento de compreensão e confiança interpessoal (Merz & Jak, 2013).

Essas representações mentais orientam o sujeito na construção de relações próximas ao longo da vida. Assim, quando o cuidador demonstra sensibilidade às necessidades da criança, ela desenvolve a capacidade de integrar emoções negativas

de forma construtiva e acaba por lidar de maneira eficaz com sentimentos adversos. Contudo, quando a criança é negligenciada as suas emoções de raiva podem evoluir de maneira disfuncional. Experiências de vinculação negativas com as primeiras figuras de apego podem levar à formação de uma visão pessimista sobre as relações com os outros, reduzindo a iniciativa de procurar apoio social ou construir vínculos significativos, o que contribui para um aumento do sentimento de solidão (Merz & Jak, 2013).

Por fim, o trauma infantil inclui uma série de situações com potencial destrutivo, que ocorre durante o desenvolvimento da criança. As respostas emocionais e comportamentais podem variar, mas frequentemente envolvem medo intenso, sensação de desamparo e desorganização emocional, o que afeta a resiliência futura (Masten & Barnes, 2018).

3.2. Maus-tratos

Os maus-tratos infantis podem ser causados pelos responsáveis pela criança ou por quem tem responsabilidade, ou controlo sobre as mesmas. Consiste em formas de agressão e negligência infantil que resultam em danos reais ou potenciais à saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança (Chauhan et al., 2023).

A vivência de maus-tratos durante a infância, quando associada com a percepção de ausência de apoio social, contribui significativamente para o aumento do risco de desenvolvimento de problemas psicológicos, como a depressão e a perturbação de *stress* pós-traumático (Schumm et al., 2006).

Além disso, a impulsividade resultante destas experiências pode intensificar a vulnerabilidade a comportamentos suicidas, estabelecendo uma ligação direta entre os maus-tratos na infância e o risco de suicídio (Draucker & Mazurecyk 2013).

O trauma infantil exerce um impacto destrutivo sobre a capacidade da criança em criar vínculos de apego seguros, o que dificulta a sua capacidade estabelecer conexões com cuidadores, pares ou outros sistemas de apoio social. O trauma infantil, especialmente quando envolve negligência ou maus-tratos por parte dos cuidadores, interfere no desenvolvimento saudável da criança, particularmente na sua capacidade de confiar nos outros. Quando as necessidades emocionais da criança não são reconhecidas ou atendidas, forma-se um padrão de insegurança e

desconfiança que pode persistir até à vida adulta. Esta experiência precoce compromete a capacidade de estabelecer vínculos afetivos seguros, influenciando negativamente os relacionamentos sociais e românticos. Assim, adultos que vivenciaram trauma infantil podem ter dificuldades em formar e manter relações saudáveis, pois têm consigo medos de rejeição, baixa autoestima e dificuldades de regulação emocional (Fonagy, 2018).

3.3. Tipos de maus-tratos

Os maus-tratos podem manifestar-se de diferentes formas, incluindo maus-tratos emocionais, maus-tratos sexuais, maus-tratos físicos e negligência física e emocional (Chauhan et al., 2023).

Os maus-tratos emocionais consistem num conjunto de atos verbais ou não verbais, isolados ou repetidos, utilizados de forma intencional, que causam sofrimento emocional ao sujeito. Pode revelar-se através de um discurso culpabilizante e manipulador, desprezo, ou forma de inferiorizar e menosprezar o outro. Os maus-tratos sexuais são definidos por comportamentos sexuais que ocorrem sem consentimento, tais como, o contacto sexual, exibicionismo sexual, solicitação sexual, beijos ou toques íntimos. Os maus-tratos físicos dizem respeito à agressão física, com ou sem a utilização de objetos, muitas vezes interligado com os maus-tratos sexuais. Ambos são prejudiciais ao desenvolvimento cerebral das crianças, podendo causar-lhe a morte. A negligência física e emocional ocorre quando são desconsiderados os direitos básicos de vida das crianças, seja através da ausência de uma rotina saudável, seja pela ausência de uma base de apoio emocional para a criança (Chauhan et al., 2023).

3.4. Trauma infantil na monoparentalidade feminina

Um estudo realizado por Schechter et al., (2016) focou-se em mães com histórico de trauma infantil e os resultados demonstraram que as mesmas apresentavam dificuldades em interpretar e responder adequadamente às necessidades emocionais dos seus filhos, o que poderia levar a padrões de apego inseguros e problemas de regulação emocional nas crianças (Schechter et al., 2016).

É possível relacionar que mulheres que vivenciaram adversidades na infância, como maus-tratos ou negligência, podem ter maior dificuldade em

estabelecer redes de apoio, o que as torna mais sujeitas a sentimentos de solidão (Nowland, 2021).

Estas mulheres que foram vítimas de maus-tratos sexuais na infância podem desenvolver diversos problemas físicos, como sintomas gastrointestinais e urinários, dor pélvica, perturbações alimentares, dores generalizadas, cancro, doenças cardíacas. Tal como problemas psicológicos, como ansiedade, depressão, dissociação, perturbação de *stress* pós-traumático, consideradas consequências do trauma infantil (Aaron et al., 2013). Os maus-tratos físicos e sexuais na infância são um fator de risco para vivenciar violência em relacionamentos amorosos no futuro. Além disso, mulheres com histórico de maus-tratos sexuais são mais suscetíveis a vivenciar relações sexuais negativas, como relações não consensuais (Aaron et al., 2013).

Existe também uma ligação significativa entre os maus-tratos sexuais na infância e os comportamentos de risco na adolescência. Seja através de maior probabilidade de consumo de substâncias ilícitas, comportamentos sexuais de risco ou maior vulnerabilidade a gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis, o que também pode fazer com que a mulher fique com as responsabilidades sozinha (Draucker & Mazurczyk 2013).

O trauma infantil pode também influenciar a vulnerabilidade mental das mães em condição de monoparentalidade, sendo que, traumas na infância podem afetar profundamente a forma como o sujeito enfrenta os desafios e constrói as suas relações interpessoais, incluindo a sua capacidade de procurar apoio e aceitar suporte social. Uma vez que, essas experiências na infância podem comprometer o desenvolvimento de competências emocionais essenciais, como a autorregulação, a confiança e a empatia. Como resultado, o sujeito pode apresentar dificuldades em enfrentar desafios do dia a dia de forma resiliente. Além disso, o trauma pode gerar crenças negativas sobre si próprio e sobre os outros, o que acaba por prejudicar a construção de redes de apoio social e contribui para sentimentos de isolamento e solidão (Fonagy, 2018).

3.5. Prevalência do trauma infantil

Nos Estados Unidos da América, em 2022, 64% dos adultos relataram pelo menos uma experiência de trauma infantil e 18% relataram quatro ou mais. Os maus-

tratos mais comuns foram os emocionais. A prevalência é maior entre mulheres, adultos com idades compreendidas entre os 25 e os 34 anos de idade e sujeitos com menor escolaridade ou desempregados (CDC, 2023).

Na Europa, em 2018, foi estimado que 55 milhões de crianças na Região Europeia da Organização Mundial de Saúde sejam vítimas de alguma forma de violência anualmente. Dados indicam que maioria sofre maus-tratos emocionais, seguidos de físicos e sexuais (WHO, 2019).

Em Portugal, em dados fornecidos pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), em 2024 foi verificado que existiram cerca de 1990 casos de vítimas de maus- tratos sexuais em que quase 600 desses casos foram menores, com idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos de idade, sendo que a maioria dos casos ocorreu com crianças do sexo feminino (APAV, 2025).

3.6. Modelos Explicativos do Trauma Infantil

3.6.1. Modelo Psicodinâmico do Trauma de Winnicott

O Modelo Psicodinâmico do Trauma de Winnicott, foi inicialmente desenvolvido por Freud, que foi um dos pioneiros a estudar o impacto do trauma na infância, embora tenha evoluído ao longo do tempo com a contribuição de outros teóricos, como Winnicott. Que defende que os traumas infantis, quando não são devidamente apoiados com ajuda profissional, podem ser reprimidos no inconsciente, o que pode provocar sintomas psicológicos como a ansiedade, a depressão e perturbações dissociativas na vida adulta. Segundo este modelo, eventos traumáticos não resolvidos podem criar conflitos internos que afetam o funcionamento emocional e cognitivo do sujeito. O autor acredita que o profissional ao trabalhar com os mecanismos de defesa que o sujeito utiliza para evitar a dor, como, por exemplo, a negação, facilita a compreensão dos traumas e promove o bem-estar do mesmo (Winnicott, 1965).

3.6.2. Modelo da Dissociação Estrutural da Personalidade de Van der Hart

O Modelo da Dissociação Estrutural da Personalidade de Van der Hart sugere que experiências traumáticas precoces podem fragmentar a identidade da criança, levando ao desenvolvimento de partes dissociadas da personalidade. Estas partes

dissociadas surgem como uma estratégia de superação diante de traumas severos, o que permite que o sujeito distancie-se de experiências dolorosas. Embora possa ajudar no início, a dissociação impede a integração dessas experiências e pode manifestar sintomas dissociativos, como a amnésia ou despersonalização, que afeta o funcionamento psíquico. O modelo enfatiza que a dissociação pode ser útil no momento do trauma, mas que será prejudicial a longo prazo e acaba por exigir tratamento especializado (Van der Hart et al., 2006).

3.6.3. Modelo de Resiliência ao Trauma de Werner

O Modelo de Resiliência ao Trauma de Werner foca-se na capacidade das crianças de adaptação e recuperação após experiências traumáticas, com o apoio adequado. No aconselhamento psicológico, este modelo enfatiza a identificação e o fortalecimento de recursos internos, como competências de confronto e apoio social, para ajudar a criança a lidar com o trauma. É destacado a importância do aumento da autoeficácia e a identificação de fatores protetores, como as redes de apoio, que podem minimizar os efeitos negativos do trauma e favorecer a adaptação (Werner, 2000).

3.7. Fatores de risco e proteção

Existem alguns fatores de risco que potencializam os efeitos negativos e o risco de trauma infantil pode ser agrupados em: fatores individuais, fatores familiares, fatores sociais e fatores ambientais (Finkelhor et al., 2011; Dye, 2018).

Os fatores individuais, como por exemplo: a idade, sendo que por norma crianças mais novas são mais vulneráveis e as condições de saúde, uma criança com problemas de saúde é mais vulnerável ao trauma; défices nas competências sociais, sendo que crianças com dificuldades de comunicação, empatia ou interação social podem ter mais dificuldade em procurar ajuda; reatividade emocional e baixa autoestima, a criança que demonstra mais dificuldades em controlar impulsos ou mais sinais de auto depreciação podem ser mais vulneráveis a maus-tratos e por fim, histórico de perturbações do neurodesenvolvimento, estas crianças podem ser mal compreendidas e, por isso, mais vulneráveis a negligência ou abuso (Finkelhor et al., 2011; Dye, 2018).

Os fatores familiares, como, por exemplo, a violência doméstica, conflitos frequentes e instabilidade na relação afetam o senso de segurança da criança.

Os fatores sociais e comunitários, como, por exemplo, a pobreza, sendo que pode aumentar a exposição a ambientes de risco, o isolamento social, através da falta de uma rede de apoio, a discriminação e exclusão social, que coloca a criança num sofrimento significativo e as catástrofes e conflitos, através de vivência de guerras, desastres naturais ou situações de migração forçada, que afetam o senso de segurança da criança (Dye, 2018).

E por fim, os fatores ambientais, como por exemplo, a exposição à violência na comunidade e o acesso facilitado a conteúdos inadequados, seja violência explícita ou exposição precoce a pornografia, sendo que, afetam diretamente o desenvolvimento emocional, comportamental e neurológico da criança (Dye, 2018).

Os fatores de proteção ajudam a estabelecer um ambiente mais seguro e a diminuir o impacto de experiências traumáticas, promovendo, assim, o bem-estar infantil. Alguns fatores de proteção que podem ajudar a reduzir os riscos do trauma infantil são: rede de apoio social, fatores familiares e fatores individuais.

A rede de apoio social é considerada como fator de proteção na medida que sabe-se que uma criança vítima de trauma infantil sofre intensamente, o que pode gerar traumas e limitações que acompanham a pessoa por toda a vida. Estas crianças deixam de ter uma infância saudável e o impacto permanece ao longo da sua existência. O apoio recebido, tanto no momento traumático quanto posteriormente, exerce um papel determinante na forma como a criança compreende e supera o trauma, podendo atenuar significativamente a extensão das consequências para a sua vida futura. Um suporte emocional seguro e consistente contribui para a regulação emocional, desenvolvimento da resiliência e construção de vínculos de apego saudáveis, prevenindo o agravamento de sintomas como depressão, ansiedade ou perturbação de *stress* pós-traumático (Lemieux & Byers, 2008). Os fatores familiares, como as relações familiares positivas, a presença de afeto e estabilidade, pais/responsáveis que demonstram estratégias parentais eficazes, uma comunicação e disciplina positiva são um dos principais fatores de proteção. Uma vez que, quando os cuidadores utilizam estratégias eficazes de comunicação, disciplina e apoio emocional, promovem um ambiente seguro que fortalece a

autoestima da criança,

estimula a resiliência e reduz o impacto de experiências adversas (Dye, 2018).

Os fatores individuais como características psicológicas, nomeadamente a autoeficácia ou autoestima, também aumenta a probabilidade de maior resiliência e capacidade de superar os desafios e traumas, tal como as capacidades cognitivas e inteligência emocional. Sendo que, crianças com um sentido de valor pessoal positivo tendem a sentir-se mais competentes e motivadas para enfrentar situações difíceis, crianças com inteligência emocional conseguem identificar, compreender e controlar emoções o que promove relações interpessoais mais seguras, as capacidades cognitivas ajudam a criança a resolver problemas e compreender a realidade (Arslan, 2021; Bethell et al., 2019).

Capítulo 4. Vulnerabilidad Mental

4.1. Definição e características

A vulnerabilidade mental é uma condição psicológica que torna um sujeito sensível, sem recursos e com maior risco de sofrer alterações na sua vida, tais como, pobreza, dificuldades no acesso à educação ou discriminação. No sentido que, a vulnerabilidade mental afeta o funcionamento emocional, cognitivo ou comportamental do sujeito, o que pode fazer com que reaja de maneira mais intensa ou negativa a situações de *stress*, traumas ou desafios (Tonin & Muniz Barbosa, 2018).

A vulnerabilidade mental é a tendência que um sujeito pode ter para sofrer psicologicamente, especialmente quando enfrenta situações difíceis. Essa predisposição pode resultar de experiências negativas anteriores, de fatores biológicos ou da ausência de apoio emocional, ou social (APA, 2020).

A vulnerabilidade mental consiste em: fatores sociais, culturais, económicos e ambientais e/ou experiências pessoais (Massuia, Menezes & Pessalacia, 2010; Tonin & Muniz Barbosa, 2018).

Os fatores sociais, como, por exemplo, o isolamento social, sendo que sujeitos que têm poucas interações sociais ou redes de apoio tendem a ser mais vulneráveis ao desenvolvimento de problemas do foro mental; a discriminação, sendo que experiências de preconceito, seja por orientação sexual, etnia, género ou condição económica, podem aumentar o *stress* psicológico e contribuir para a vulnerabilidade (Massuia, Menezes & Pessalacia, 2010; Tonin & Muniz Barbosa, 2018).

Os fatores culturais, como, por exemplo, as normas culturais rígidas e as expectativas culturais, sendo que em algumas culturas a pressão para se conformar a padrões específicos de comportamento pode aumentar a ansiedade e a sensação de inadequação, afetando o bem-estar psicológico (Massuia, Menezes & Pessalacia, 2010; Tonin & Muniz Barbosa, 2018).

Os fatores económicos, como a pobreza, sendo que, a falta de recursos financeiros pode gerar *stress* contínuo, insegurança e falta de acesso a cuidados de saúde mental (Massuia, Menezes & Pessalacia, 2010; Tonin & Muniz Barbosa, 2018).

Os fatores ambientais, como a exposição à violência ou a desastres naturais, pode aumentar o risco de desenvolver perturbações como *stress* pós-traumático

(Massuia, Menezes & Pessalacia, 2010; Tonin & Muniz Barbosa, 2018).

As experiências pessoais, como os traumas passados, como, por exemplo, trauma infantil ou perdas significativas podem deixar dificuldades emocionais que afetam a capacidade do sujeito lidar com situações adversas no futuro; a falta de apoio emocional, pode dificultar a capacidade de uma pessoa em enfrentar situações difíceis de maneira saudável (Massuia, Menezes & Pessalacia, 2010; Tonin & Muniz Barbosa, 2018).

A vulnerabilidade mental também pode ser explicada por certas características internas, como sujeitos que têm mais dificuldade em regular as suas emoções, ou sujeitos mais sensíveis ao *stress* (Ingram & Luxton, 2021; Luthar & Eisenberg, 2020).

A vulnerabilidade mental também provoca maior predisposição para a desesperança, ansiedade, baixa autoestima, instabilidade emocional, distorções cognitivas, baixa autoeficácia, isolamento social, comportamentos impulsivos e de evitação, perturbações do sono, problemas de saúde crónica e sintomas psicossomáticos, risco de *burnout*, risco de comportamentos suicidas, ciclos de trauma e a redução na qualidade de vida (Jiang et al., 2015).

4.2. Vulnerabilidade mental na monoparentalidade feminina

Mães em condição de monoparentalidade apresentam uma maior propensão a sofrer de vulnerabilidade mental devido a fatores como o *stress* financeiro, uma vez que, geralmente estão a gerir uma família apenas com o seu ordenado e a falta de apoio social, sendo que, geralmente vivenciam uma grande sobrecarga de responsabilidades e não conseguem gerir tempo de qualidade para as suas relações interpessoais (Barnett et al., 2020).

O isolamento social e a falta de redes de apoio podem contribuir significativamente para a vulnerabilidade mental nas mães em condição de monoparentalidade, sendo que, podem sentir-se sozinhas e desamparadas nas suas experiências (Brussoni et al., 2021).

O estigma social também afeta a saúde mental e coloca as mulheres em condição de monoparentalidade numa posição de vulnerabilidade mental, uma vez que, perceções negativas sobre a monoparentalidade contribuem para sentimentos de vergonha e baixa autoestima (Higgins et al., 2018).

4.3. Vulnerabilidade mental e desigualdades associadas à monoparentalidade

Considerando a vulnerabilidade mental, as famílias monoparentais enfrentam desigualdades e desafios, tais como: a idade, a escolaridade e a condição económica (Stewart, 2020; Cunha et al., 2020).

A idade, no sentido que, pais mais jovens tendem a enfrentar mais desafios, uma vez que, podem ter menos capacidade de procurar ajuda e menos experiência de vida e ficam mais vulneráveis emocionalmente em comparação com pais mais velhos (Stewart, 2020).

A escolaridade e a condição económica estão relacionadas, famílias monoparentais com menos escolaridade tendem a ter menos oportunidades de trabalho, o que causa instabilidade financeira e vulnerabilidade no sujeito, estes aspetos dificultam a socialização do mesmo, devido à ausência de atividades sociais e dificuldades ao acesso a redes de apoio. Sendo assim, famílias monoparentais com mais habilitações literárias e melhores condições financeiras tendem a estar mais protegidas relativamente à vulnerabilidade (Cunha et al., 2020).

4.4. Modelos Explicativos da Vulnerabilidade Mental

4.4.1. Modelo Cognitivo de de Beck

O Modelo Cognitivo de Beck sugere que a vulnerabilidade mental está relacionada com padrões de pensamento disfuncionais, como esquemas cognitivos negativos, ou seja, sujeitos com maior vulnerabilidade cognitiva tendem a distorcer a realidade de uma maneira negativa. Por exemplo, um sujeito com um esquema negativo pode interpretar uma crítica construtiva como uma falha pessoal irreparável. Estes esquemas fazem com que o sujeito interprete eventos do quotidiano de uma forma pessimista, o que pode gerar tristeza, medo e ansiedade. O modelo sugere que, ao identificar e mudar estes pensamentos negativos, ao ajudar o sujeito a compreender a realidade de uma forma mais equilibrada e adaptativa, seja possível reduzir o risco de perturbações como depressão e ansiedade (Beck, 1987).

4.4.2. Modelo de Vulnerabilidade Psicossocial de Hammen

O Modelo de Vulnerabilidade Psicossocial de Hammen defende que a vulnerabilidade mental não é apenas influenciada por fatores biológicos, mas também por aspetos psicossociais, como dificuldades nas relações interpessoais, nas competências de resolução de problemas e na regulação emocional. Segundo o modelo, sujeitos com estas dificuldades estão mais predispostos a desenvolver perturbações psicológicas, como a depressão e ansiedade, principalmente quando expostos a situações de *stress* ambiental, como dificuldades financeiras, conflitos interpessoais ou mudanças inesperadas na vida. A ideia principal do modelo é que, se um sujeito já apresenta vulnerabilidades psicossociais, pode ter mais dificuldades em lidar com desafios quotidianos e pode reagir de uma maneira inadaptada. Por exemplo, um sujeito com dificuldades em manter relações saudáveis pode sentir-se mais isolado ou rejeitado, o que pode intensificar o impacto emocional de eventos stressantes. Para evitar este risco, é essencial trabalhar na melhoria das competências de regulação emocional, resolução de problemas e fortalecimento das relações sociais (Hammen, 2005).

4.5. Fatores de risco e proteção face à vulnerabilidade mental

Como exemplo de fatores de risco, consideram-se: doenças crónicas, a discriminação social, pobreza e condições de vida.

As doenças crónicas, como é o caso do cancro ou da depressão, sendo que são doenças que se provocam uma adaptação psicológica significativa e dificuldades, tanto a nível de saúde como a nível social, colocando os sujeitos numa posição mais vulnerável. A discriminação, sendo que, pode afetar profundamente o bem-estar emocional dos sujeitos e pode provocar efeitos negativos nos mesmos, tais como impacto na autoestima, ansiedade e isolamento social. A pobreza e baixas condições de vida, sendo que, não conseguem ter acesso às necessidades básicas de vida e sofrem de muitas privações e o seu acesso a respostas sociais pode ser limitado, o que provoca um estado de vulnerabilidade (Massuia, Menezes & Pessalacia, 2010).

Os fatores de proteção na vulnerabilidade mental ajudam a reduzir o impacto de adversidades e promovem a resiliência, tais como: o autoconhecimento e a

inteligência emocional, uma rede de apoio social, o acesso à saúde e educação (Satici et al., 2016).

O autoconhecimento e a inteligência emocional, pois permitem que o sujeito consiga identificar e lidar com as próprias emoções e competência para resolução de problemas, para superar desafios e encontrar soluções. Uma rede de apoio social, com apoio e respeito, através de modelos positivos que ofereçam orientação e relações interpessoais positivas, pois ajuda com que o sujeito tenha suporte em momentos de vulnerabilidade. E por fim, o acesso à saúde e educação, que permita ao sujeito estabilidade, inclusão social, segurança e disponibilidade a serviços que promovam o bem-estar do próprio (Satici et al., 2016).

Capítulo 5. Suporte Social Percebido

5.1. Definição e características

O suporte social refere-se ao conjunto de recursos emocionais, materiais ou informacionais oferecidos pelos sujeitos, ou grupos que ajudam a superar as dificuldades na vida. Este suporte pode vir de vários contextos, como familiares, amigos, colegas de trabalho, ou até mesmo de grupos sociais mais amplos, e pode incluir apoio emocional, orientação prática ou assistência financeira (Cohen et al., 1985).

O suporte social tem a capacidade de ajudar o sujeito a lidar com dificuldades, reduzir ou eliminar emoções negativas, promover sentimentos positivos, fortalecer a autoconfiança, proporcionar uma sensação de controlo e reforçar a identidade dentro de um grupo (Yang et al., 2023).

O suporte social apresenta um efeito positivo na saúde e a coabitação demonstra ser fundamental, sendo que a mesma é um fator de proteção contra o *stress*. A crença de pertencer a uma rede de suporte social sólida e bem estruturada é considerada um importante fator de proteção contra adversidades e problemas de saúde física ou mental. Uma rede social ampla, com cultura de apoio e qualidade nas relações e diversidade nas fontes de suporte, seja emocional, financeiro, social também apresenta um efeito positivo no bem-estar dos sujeitos. Tal como a capacidade de procurar ajuda e a resiliência individual, ou seja, a capacidade que o sujeito tem para ultrapassar os desafios que surgem na sua vida (Masten et al., 2021).

O suporte social pode ser categorizado como percebido e/ou recebido. O suporte social percebido refere-se à perceção do sujeito sobre a capacidade da sua rede social em oferecer auxílio e apoio (Goodwin et al., 2004).

O suporte social percebido refere-se à perceção do sujeito sobre a capacidade da sua rede social em oferecer auxílio e apoio. O suporte social recebido diz respeito ao apoio, efetivamente fornecido ao sujeito em situações de necessidade (Goodwin et al., 2004).

O suporte social percebido, refere-se à crença do sujeito de que pode contar com o apoio dos outros, caso necessite. É um tipo de suporte mais subjetivo e está relacionado à forma como o sujeito interpreta e sente o suporte disponível (Cohen et al., 1985).

O suporte social percebido pode ser influenciado por fatores de personalidade, que podem atuar como obstáculos à solicitação de ajuda junto à rede

de apoio social em momentos de necessidade. Ou seja, o apoio que o sujeito acredita ter disponível pode ser influenciado por características como baixa autoestima ou dificuldade em expressar vulnerabilidade, apresentando assim, uma maior dificuldade em pedir ajuda (Matos & Ferreira, 2000).

O suporte social percebido pode impactar a resiliência do sujeito e a autoestima do mesmo, na forma que, o apoio social, quando percebido como positivo e disponível, fortalece a resiliência do sujeito. Além disso, uma autoestima elevada ajuda a melhorar essa resiliência. Assim sendo, tanto o suporte social quanto a autoestima são essenciais para a adaptação a desafios e situações difíceis (Kong & Zhao, 2019)

5.2. Tipos de suporte social

Existem diversos tipos de suporte social que desempenham papéis cruciais no bem-estar psicológico, tais como: emocional, instrumental, informacional, avaliativo e percebido (Schmitt et al., 2020; Kawachi et al., 2018; Bishop, 2021).

O suporte social emocional refere-se ao apoio oferecido em termos de compreensão, empatia e validação emocional. Este tipo de suporte ajuda o sujeito a lidar com o *stress* e com as dificuldades emocionais, proporcionando conforto e segurança emocional. Por exemplo, quando o sujeito oferece compreensão, empatia e compaixão (Schmitt et al., 2020).

O suporte social instrumental, também conhecido como tangível, refere-se à assistência prática e material oferecida a alguém para ajudá-lo a lidar com dificuldades, tais como, ajuda financeira, auxílio com tarefas diárias ou até mesmo prestação de serviços (Kawachi et al., 2018).

O suporte social informacional, diz respeito ao fornecimento de informações e sugestões que podem ajudar uma pessoa a tomar decisões ou resolver problemas. Por exemplo, a partilha de informações num sistema de saúde com uma situação específica (Bishop, 2021).

5.3. Suporte social percebido na monoparentalidade feminina

Segundo Meier (2016), as mães em condição de monoparentalidade enfrentam maior instabilidade relacional do que as mães casadas com os pais dos filhos. Além disso, dispõem frequentemente de menor apoio social e vivenciam

mais pressão e *stress*. A sobrecarga de cuidados nestas famílias também pode limitar as experiências mais gratificantes da parentalidade, sendo que, pode diminuir o bem-estar durante o tempo com os filhos (Meier, 2016).

Perante o processo da monoparentalidade, confirma-se que a partilha das responsabilidades de cuidados infantis reduz significativamente o *stress* parental, geralmente isso não acontece, e esta ausência pode influenciar negativamente a satisfação com a vida e a saúde mental das mães que vivenciam altos níveis de *stress* devido à sobrecarga de papéis (Dierker et al., 2023).

Mães monoparentais com um bom suporte social geralmente enfrentam menos *stress* e ansiedade, pois têm fontes de apoio que as ajudam a lidar com as responsabilidades da maternidade, isso está diretamente relacionado à menor incidência de perturbações mentais (Rodríguez, 2019).

O suporte social também está associado a uma melhoria geral na qualidade de vida das mães monoparentais, principalmente quando o apoio é acessível e consistente, sendo que, ajuda a atenuar os impactos negativos da solidão e da exclusão social (Martínez & García, 2021).

O suporte social e apoio emocional e instrumental a estas mães também contribui para proporcionar cuidados de qualidade para os seus filhos, uma vez que, ajuda a reduzir os efeitos da sobrecarga parental e ajuda para a sua resiliência (López, 2020).

5.4. Suporte social e desigualdades associadas à monoparentalidade

Considerando o suporte social, as famílias monoparentais enfrentam desigualdades e desafios, tais como: o sexo, a idade, a escolaridade e situação financeira (Khong & Zhao, 2019; Rodríguez, 2019; López, 2020; Yang et al., 2023).

O sexo, sendo que, existem mais respostas sociais para mulheres em condição de monoparentalidade do que para os pais. Contudo, as mães sofrem mais estigmas sociais, por exemplo, pela ausência do parceiro, estas críticas estão muitas vezes relacionadas com expectativas culturais relacionadas ao papel da mulher na sociedade. Enquanto o homem é geralmente visto de uma forma mais positiva (Khong & Zhao, 2019).

A idade, sendo que, geralmente, os cuidadores monoparentais mais jovens

podem apresentar uma rede de apoio social mais frágil e podem ter menos recursos para aderir a atividades sociais, não só pela falta de experiência como pelas dificuldades socioeconómicas. Cuidadores mais velhos, geralmente já conseguiram estabelecer redes de apoio sólidas (Rodríguez, 2019).

A escolaridade e situação financeira, sendo que famílias monoparentais com maior nível de escolaridade tendem a ter acesso a redes de apoio, seja através da escola ou das oportunidades de emprego, o nível de escolaridade mais alto também pode estar relacionado com uma melhor compreensão dos benefícios do suporte social, em comparação com famílias monoparentais com um nível de escolaridade mais baixo, que geralmente apresentam mais dificuldades em inserir-se em atividades sociais e ter oportunidades de emprego. Este aspeto relaciona-se muito com a situação financeira, sendo que sujeitos com mais habilitações literárias tendem a ter melhores oportunidades de emprego que ofereçam um salário mais seguro (López, 2020; Yang et al., 2023).

5.5. Prevalência e incidência dos pedidos de apoio social por parte das famílias monoparentais

Nos Estados Unidos da América, em 2022, as famílias monoparentais representaram uma proporção significativa da população familiar, 80% destas famílias eram lideradas por mães. Muitas destas mulheres enfrentaram desafios significativos relacionados à pobreza e ao acesso a recursos e encararam estigmas sociais que dificultavam a aceitação de ajuda externa, apesar da necessidade de apoio emocional e instrumental (Parents, 2023).

Na União Europeia, as famílias monoparentais representam cerca de 27% do total de famílias, com um aumento significativo nos últimos anos. Estas famílias enfrentam desafios relacionados com a exclusão social e falta de apoios com 47% de risco (CITE, 2023).

Em Portugal, em 2023, havia mais de 130.800 famílias monoparentais, das quais 87% eram lideradas por mulheres. As famílias monoparentais em Portugal enfrentam desafios significativos relacionados ao apoio e assistência social (Statista, 2023).

5.6. Modelos Explicativos do Suporte Social

5.6.1. Modelo de Apoio Social de Cobb

O Modelo de Apoio Social de Cobb enfatiza que o suporte social, proveniente de redes como familiares, amigos e colegas, é crucial para o bem-estar psicológico e funciona como um mecanismo de confronto diante do *stress*. O modelo categoriza o suporte social em quatro tipos: emocional (empatia e carinho), instrumental (ajuda prática), informativo (conselhos úteis) e de avaliação (validação e *feedback*). O modelo destaca que não é a quantidade, mas a qualidade desse apoio é que impacta positivamente a saúde mental e ajuda o sujeito a lidar com adversidades, promovendo assim, a resiliência emocional (Cobb, 1976).

5.6.2. Modelo de Coping de Lakey & Cohen

O Modelo de *Coping* de Lakey & Cohen propõe que o suporte social ajuda os sujeitos a superarem situações adversas ao fornecer recursos emocionais, práticos ou informativos. Este apoio pode ter um efeito direto na redução dos níveis de *stress* ou funcionar como amortecedor, o que acaba por proteger o bem-estar psicológico do sujeito. A percepção deste suporte social pode ser tão ou mais importante do que o apoio real recebido, ou seja, se o sujeito acredita que tem apoio. Este modelo orienta intervenções que procuram promover a rede de apoio, a ajudar a melhorar a comunicação interpessoal e a aumentar a sensação de confiança nos outros em momentos difíceis (Lakey & Cohen, 2000).

5.7. Fatores de risco e proteção

Como exemplo de fatores de risco, consideram-se: crises pessoais e problemas de saúde, dificuldades económicas e isolamento social (Taylor, 2011; Silva & Costa, 2021; Holt-Lunstad et al., 2015).

As crises pessoais, por exemplo, quando o sujeito vivência uma separação ou divórcio, ou falecimento de um ente querido, ou uma transição familiar, como a monoparentalidade; os problemas de saúde mental ou física, como doenças crónicas, deficiência ou perturbações psicológicas, ou a incapacidade temporária, ou permanente para trabalhar (Taylor, 2011).

As dificuldades económicas, como, por exemplo, o desemprego, salário insuficiente, situação de pobreza ou um aumento do custo de vida sem apoio adequado (Silva & Costa, 2021).

E por fim, o isolamento social, seja pela falta de redes de apoio próximas, como amigos, família ou comunidade ou devido a mudanças geográficas, como a migração, deslocação por trabalho ou conflito (Holt-Lunstad et al., 2015).

Os fatores de proteção no suporte social ajudam a reduzir o impacto de situações adversas e promovem o bem-estar emocional, como: a capacidade de resiliência psicológica elevada, uma rede informal de apoio sólida, uma boa estabilidade económica e acesso à educação e informação (Luthar et al., 2020; Antunes et al., 2020; Silva & Costa, 2021).

A capacidade de resiliência psicológica elevada consiste na capacidade que o sujeito tem de recuperar emocionalmente após situações adversas ou stressantes, sem necessitar de grandes apoios externos (Luthar et al., 2020).

Uma rede informal de apoio sólida, mas não formalizada significa que mesmo sem recorrer a instituições ou profissionais, o sujeito pode beneficiar de pequenas ajudas espontâneas de outros (Antunes et al., 2020).

E por fim, uma boa estabilidade económica, ter recursos financeiros suficientes para garantir segurança e autonomia reduz a necessidade de apoio prático ou institucional, e acesso à educação e informação ajuda o sujeito a encontrar soluções eficazes por conta própria (Silva & Costa, 2021).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

6. Definição do Problema

Têm aumentado os índices de prevalência de famílias monoparentais, destacando-se o sexo feminino. Sendo Portugal um dos países da União Europeia, este apresenta uma das mais elevadas taxas de monoparentalidade feminina. Marinho (2014) realizou uma investigação com o objetivo de compreender as famílias monoparentais em Portugal no ano de 2011 e conhecer a evolução destas famílias ao longo das duas últimas décadas. Todos os dados analisados foram recolhidos através do site oficial do INE. O investigador registou que houve um aumento significativo no número de famílias monoparentais e concluiu que existe uma dependência económica, social e residencial de familiares mais próximos, o que provoca alguma vulnerabilidade nestas famílias. Também foi possível compreender que existe a permanência de um perfil de vulnerabilidade social e económica na monoparentalidade com filhos menores de 18 anos e um perfil social mais vulnerável a nível do ponto de vista educacional. Nota-se, ainda, que há mais desemprego nestas famílias do que no resto da população. Contudo, foi possível verificar que a monoparentalidade feminina apresenta um maior peso quando os filhos são crianças, o que pode trazer às mulheres dificuldades acrescidas na conciliação entre a parentalidade, o trabalho e a obtenção de independência económica (Marinho, 2014).

Guadalupe (2015) realizou um estudo em Portugal com o objetivo de compreender as famílias monoparentais em situação de vulnerabilidade social, caracterizando a sua rede social de suporte e o acesso aos seus direitos de proteção social. Consiste num estudo com um desenho de investigação descritiva do tipo quantitativo. A amostra foi constituída por 29 mulheres de famílias monoparentais, residentes no concelho de Cantanhede, a idade das participantes é em média de 38 anos de idade. Neste estudo a principal causa apresentada para a condição de monoparentalidade das famílias foi o divórcio ou a separação. Concluiu-se que as mulheres apresentam essencialmente dificuldades a nível económico, a nível emocional e na educação dos filhos, abordam também uma preocupação com o futuro e anteviam que o mesmo seja vivenciado com dificuldades. Relativamente às redes sociais de apoio, foi possível verificar que nestes agregados as redes são pequenas e são menos coesas do que quando a progenitora se encontra inserida no mercado de trabalho, englobando na sua rede colegas de trabalho, o que favorece uma maior variedade de recursos e um menor controlo e regulação nas relações interpessoais (Guadalupe et al., 2015).

Beutel (2021) investigou a relação entre a solidão e indicadores de saúde mental na população geral. O principal objetivo foi analisar como a solidão se correlaciona com a vulnerabilidade mental, além de avaliar a sua associação com a qualidade de vida.

Tratou-se de um estudo transversal, que utilizou questionários para avaliar os participantes ao mesmo tempo. A amostra foi composta por adultos de diversas idades. Os resultados mostraram uma correlação positiva entre a solidão e a vulnerabilidade mental. Houve uma correlação negativa significativa entre a solidão e a qualidade de vida, ou seja, sujeitos que sentem-se mais solitários tendem a relatar uma menor qualidade de vida. A solidão demonstra ser um fator de risco significativo para a vulnerabilidade mental e sofrimento psicológico e o autor sugere a necessidade de intervenções que visem reduzir a solidão para melhorar a saúde mental da população (Beutel et al., 2021)

Embora se tenham verificado estudos que analisaram a correlação entre a solidão, a vulnerabilidade mental, o trauma infantil e o suporte social não existem estudos que tenham verificado o efeito mediador do suporte social na relação entre a vulnerabilidade mental e a solidão, nem estudos que tenham considerado as variáveis vulnerabilidade mental, trauma infantil e suporte social no mesmo modelo de regressão para conhecerem o seu efeito preditivo face à solidão em famílias monoparentais do sexo feminino.

Para além disto, nos estudos analisados verificou-se existirem amostras distintas, com tamanhos diferentes (Guadalupe, 2015; Ferreira, 2020), recolhidas em contextos culturais que não foram em Portugal (Cigna, 2020; CDC, 2023) ou que consideraram vários tipos de famílias monoparentais (Duncan & Roseneil, 2016).

Assim, como forma de contribuir para a literatura na superação de algumas destas limitações, este estudo tem como principal objetivo analisar de que modo o suporte social percebido pode ser um efeito mediador entre a vulnerabilidade mental e a solidão.

7. Objetivo Geral

O objetivo geral é estudar o efeito mediador do suporte social percebido na relação entre vulnerabilidade mental e a solidão em mulheres em condição de monoparentalidade.

8. Objetivos Específicos

Tendo em conta o objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

1. Analisar a relação entre o trauma infantil e a solidão;
2. Examinar a relação entre a vulnerabilidade mental e a solidão;
3. Investigar a relação entre o suporte social percebido e a solidão;
4. Estudar o efeito preditor do trauma infantil na solidão;
5. Avaliar o efeito preditor da vulnerabilidade mental na solidão;
6. Analisar o efeito preditor do suporte social na solidão;
7. Explorar o papel do suporte social como mediador na relação entre a vulnerabilidade mental e a solidão.

9. Hipóteses de Estudo

A partir dos objetivos específicos foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1: Existe uma correlação significativa e positiva entre o trauma infantil e a solidão nas mulheres (Liberatore-Maguire et al., 2022). Deste modo, espera-se que:

“Exista uma relação positiva e significativa entre o trauma infantil e a solidão nas mães em condição de monoparentalidade.”

H2: Existe uma correlação significativa e positiva entre a vulnerabilidade mental e solidão (Yanguas et al., 2018). Desta forma, espera-se que:

“Exista uma relação positiva e significativa entre a vulnerabilidade mental e solidão nas mães em condição de monoparentalidade.”

H3: Existe uma relação significativa e negativa entre o suporte social e a solidão (Zhang et al., 2022). Deste modo, espera-se que:

“Exista uma relação negativa e significativa entre o suporte social e a solidão nas mães em condição de monoparentalidade.”

H4: O trauma infantil é um fator preditor significativo da solidão (Wang et al., 2022). Assim, é esperado que:

“O trauma infantil seja um fator preditor significativo da solidão em mães monoparentais”

H5: A vulnerabilidade mental é um preditor significativo da solidão (Bu et al., 2020). Assim, espera-se que:

“A vulnerabilidade mental seja um preditor significativo da solidão.”

H6: O suporte social é um preditor significativo da solidão (Pineda et al., 2022).

“Espera-se que o suporte social seja um preditor significativo da solidão em mães em condição de monoparentalidade”

H7: O suporte social é um mediador significativo da relação entre a vulnerabilidade mental e solidão (Hutten et al., 2021)

“Espera-se que o suporte social seja um mediador significativo da relação entre vulnerabilidade mental e solidão em famílias monoparentais do sexo feminino”.

10. Método

10.1.Amostra

A amostra do presente estudo é não probabilística por conveniência. Foi constituída por 153 participantes, do sexo feminino, em condição de monoparentalidade, de nacionalidade portuguesa e com idades compreendidas entre os 18 e os 69 anos de idade, que residem em comunidades de apoio a mães em condição de monoparentalidade ou que vivem na comunidade, sendo a maioria da região de Lisboa e com estado civil de solteiro.

A tabela seguinte (tabela 1), mostra em detalhe as características sociodemográficas dos participantes (grupos de idade, local de residência e estado civil).

Tabela 1- Características Sociodemográficas (idade, local de residência e estado civil)

	N	%
Idade		
18-29 anos	13	8.50
30-39 anos	28	18.30
40-49 anos	74	48.37
50-59 anos	35	22.88
60-69 anos	3	1.96
Local de Residência		
Região de Lisboa	109	71.24
Região do Norte	24	15.69
Região do Centro	11	7.19
Região do Algarve	5	3.27
Vive no Estrangeiro	3	1.96
Região do Alentejo	1	0.65
Estado Civil		
Solteira	79	51.63
Divorciada	61	39.87

Casada	7	4.58
Viúva	5	3.27
União de Facto	1	0.65

No que diz concerne à presença e apoio por parte de associações de apoio a mães em condição de monoparentalidade, a maioria dos participantes não pertence, maioria das mulheres encontra-se em condição de monoparentalidade devido ao divórcio e estão a cuidar sozinhas dos filhos desde o nascimento dos mesmos, maioria das participantes têm 1 filho com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos.

Na seguinte tabela (tabela 2) encontram-se detalhadas as características que caracterizam a condição de monoparentalidade.

Tabela 2- Características que caracterizam a condição de monoparentalidade

	N	%
Associações de Apoio		
Sim	4	2.6
Não	149	97.4
Motivo da condição de monoparentalidade		
Divórcio	94	61.43
Abandono do Pai	19	12.42
Escolha Própria (inseminação/ adoção singular)	15	9.80
Violência Psicológica/ Física	12	7.84
Morte do Pai dos Filhos	8	5.23
Emigração do Pai dos Filhos	5	3.27
Há quanto tempo em condição de monoparentalidade		
Desde o nascimento dos filhos/as	42	27.45

5 meses- 5 anos	42	27.45
6-9 anos	38	24.84
10-19 anos	22	14.37
20-29 anos	8	5.23
37- anos	1	0.65

Número de Filhos/as

1	86	56.19
2	55	35.95
3	10	6.54
4	1	0.65
5	1	0.65

Idade dos Filhos/as

0 anos – 5 anos	32	14.04
6-9 anos	40	17.54
10-19 anos	102	44.74
20-29 anos	48	21.05
30-39 anos	6	2.63

Relativamente às maiores dificuldades perante a monoparentalidade, a maioria mencionou as dificuldades financeiras, maioria das mulheres confirma que a sua infância influenciou na sua vida atual, sendo a maioria de uma forma positiva.

Na seguinte tabela (tabela 3) encontram-se detalhadas as características sobre as maiores dificuldades na monoparentalidade e a relação com a infância.

Tabela 3- Características sobre as maiores dificuldades na monoparentalidade e a relação com a infância

	N	%
Maiores dificuldades na condição de monoparentalidade		

Dificuldades financeiras	34	22.22
Gestão do Tempo (Pessoal, Familiar e Laboral)	31	20.26
Educação e Sobrecarga	25	16.34
Falta de Apoio Social	23	15.03
Solidão	7	4.57
Cansaço	4	2.61
Todas as dificuldades referidas	29	18.95
Existiu influência das suas vivências de infância na atualidade?		
Sim	102	66.7
Não	51	33.3
De que forma?		
Positiva	27	29.35
Procuram quebrar o ciclo e fazer melhor	16	17.39
Dificuldades em confiar e inseguranças em si e no futuro	15	16.30
Amadureceram mais cedo	13	14.13
Ausência de figura masculina	9	9.78
Infância Solitária e dificuldades em socializar	7	7.61
Infância violenta e dificuldades a gerir as emoções	5	5.43

Com relação ao apoio, a maioria das participantes não beneficia de qualquer tipo de apoio. Maioria das participantes que responderam que sim, recebem apoio psicológico.

Na seguinte tabela (tabela 4) encontram-se detalhados as características sobre os tipos de apoio.

Tabela 4- Características sobre os tipos de apoio

Beneficiam de apoio		
Sim	49	32
Não	104	68

Se sim, qual?

Psicológico	35	53.85
Económico	20	30.77
Social	10	15.38

Os critérios de inclusão considerados neste estudo foram: 1) mulheres em condição de monoparentalidade; 2) de nacionalidade portuguesa; 3) com idade igual ou superior a 18 anos de idade. Os critérios de exclusão utilizados neste estudo foram: 1) participantes menores; 2) sujeitos que apresentem algum tipo de problema cognitivo ou motor que não lhes permita responder ao protocolo do estudo.

10.2. Instrumentos de avaliação

O protocolo de avaliação do estudo é composto por: Questionário Sociodemográfico, com o objetivo de recolher algumas das características da amostra, tais como a idade, o local de residência e alguns aspetos relacionados com as variáveis estudadas. A Escala de Solidão da UCLA, o Questionário do Trauma Infantil, o Questionário de Vulnerabilidade Mental e, por fim, a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido.

10.2.1. Escala da Solidão- UCLA

A escala para avaliar a variável “Solidão” é escala de Solidão da UCLA, foi elaborada por Russel et al. (1978) e validada para a população portuguesa por Pocinho & Farate (2010). O principal objetivo é medir os sentimentos subjetivos de solidão, bem como sentimentos de isolamento social. Os participantes devem responder segundo a frequência com que os sentem. A escala é constituída por 16 itens, sendo que os itens 3, 6, 14 e 20 foram excluídos na validação portuguesa e os restantes foram divididos em duas subescalas: isolamento social (7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19) que apresenta um alfa de *Cronbach* de 0.867 e afinidades (1, 2, 4, 5, 11) que apresenta um alfa de *Cronbach* de 0.806. Os participantes devem escolher entre quatro opções de resposta de uma escala tipo *Likert*, que variam entre o “nunca” (1), “raramente” (2), “algumas vezes” (3), e “frequentemente” (4). As

pontuações mais altas indicam um maior nível de solidão. O coeficiente alfa de Cronbach da versão validada para a população portuguesa é de 0.905, sendo considerada forte (Pocinho et al., 2010).

10.2.2. Questionário do Trauma Infantil

A escala para avaliar a variável “Trauma Infantil” é uma versão mais breve da escala *Childhood Trauma Questionnaire* (Bernstein et al., 1994). Sendo a versão validada para a população portuguesa de McIntyre e Veiga Costa (2005) e é constituída por 11 de 14 itens da escala original adaptada por Hobfoll et al. (2002) no *Women's Health Study Questionnaire*. Este é um instrumento de autorrelato, desenvolvido com o objetivo de analisar uma avaliação breve sobre as experiências traumáticas na infância. São classificadas numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos de acordo com a frequência dos acontecimentos ocorridos. As opções de resposta variam de (0= “nunca verdadeiro”, 1= “raramente verdadeiro”, 2= “às vezes verdadeiro”, 3= “frequentemente verdadeiro” e 4= “muitas vezes verdadeiro”) sendo que uma pontuação mais alta significa uma maior vivência de eventos traumáticos na infância por parte do sujeito, obtendo-se a pontuação global através da soma direta dos itens. A escala analisa os maus-tratos físicos e maus-tratos emocionais (itens 1, 2, 3, 4, 5) que apresenta um alfa de *Cronbach* de 0.74 e maus-tratos sexuais (itens 6, 7, 8, 9, 10, 11) que apresenta um alfa de *Cronbach* de 0.72. A escala completa apresenta um alfa de *Cronbach* de 0.84 (Costa, 2006).

10.2.3. Questionário de Vulnerabilidade Mental

A escala para avaliar a variável “Vulnerabilidade Mental” é o Questionário de Vulnerabilidade Mental (Eplov et al., 2010), e consiste num instrumento psicométrico de avaliação de vulnerabilidade mental e é composto por um total de 21 itens, sendo que, o item 13 foi excluído na validação portuguesa. Cada item foi avaliado numa escala de *Likert* sendo 1 “nunca” e 5 “constantemente”. Obtendo-se a pontuação global através da soma direta dos itens. A escala inclui três dimensões diferentes, sendo elas os Sintomas Psicossomáticos (itens 1, 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 15) que apresenta um alfa de *Cronbach* de 0.81, Sintomas Mentais (itens 4, 5, 9, 12, 14, 19, 20) que apresenta um alfa de *Cronbach* de 0.81 e Problemas interpessoais (itens 16, 17, 18, 21, 22) que apresenta um alfa de *Cronbach* de 0.67.

A versão validada para a população portuguesa foi realizada por Barbosa (2013) e apresenta relativamente à consistência interna um alfa de *Cronbach* de 0.89, sendo assim, superior à escala original (Barbosa, 2013).

10.2.4. Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido

A escala para avaliar a variável “Suporte Social Percebido” é a escala *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) elaborada por Zimet et al., (1988). A escala validada para a população portuguesa por Carvalho et al. (2011).

A escala é composta por 12 itens com o objetivo de analisar, de forma subjetiva, o suporte social fornecido pela família, amigos e significativos. A mesma está dividida por três dimensões: O suporte social fornecido pela família (itens 3, 4, 8 e 11) que apresenta um alfa de *Cronbach* de 0.87, o suporte social fornecido pelos amigos (itens 6, 7, 9 e 12) que apresenta um alfa de *Cronbach* de 0.93, e o suporte social resultante de outras pessoas significativas (itens 1, 2, 5 e 10) que apresenta um alfa de *Cronbach* de 0.92. As opções de resposta da escala de *Likert* variam de 1 (discordo muito fortemente) a 7 (concordo muito fortemente). A pontuação máxima corresponde ao concordo muito fortemente e a mínima ao discordo muito fortemente. A cotação das três subescalas obtém-se ao somar os quatro itens de cada escala e dividindo-os por quatro. O índice total calcula-se ao somar os doze itens e dividindo por doze. A escala completa apresenta um alfa de *Cronbach* de 0.94 (Carvalho et al., 2011).

10.3.Procedimento

Após a aprovação do projeto por parte da Comissão de Ética do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa (CIP-UAL) foram contactadas as associações de apoio a mulheres em condição de monoparentalidade em Portugal às quais foram apresentados os objetivos do estudo. De um total de 20 instituições apenas 4 mostraram interesse em colaborar na investigação.

Aos diretores técnicos das instituições foi solicitada a autorização para contactar as participantes. Por indicação das próprias direções, foi-lhe enviado diretamente o protocolo de avaliação, tendo sido estes a enviarem diretamente às

participantes.

Em relação a mães que não recebiam apoio de instituições, as mesmas foram contactadas presencialmente ou telefonicamente após indicação de outras mulheres em condição de monoparentalidade. Estas responderam ao protocolo de avaliação via e-mail ou presencialmente (e.g., sala privada com boa luminosidade e adequada para a avaliação).

A todos os participantes, foi-lhes explicado que a sua participação era totalmente voluntária, sem qualquer risco para a sua vida ou para a sua saúde, sendo-lhe garantida a confidencialidade das suas informações. As mesmas só responderam ao protocolo após a assinatura do consentimento informado (anexo A).

11. Análise de dados

Os dados foram colocados numa base de dados no programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 29 para *Windows* e analisados estatisticamente.

Para caracterizar a amostra do estudo utilizou-se uma estatística descritiva com base em médias e desvios padrão para as variáveis quantitativas e frequências e percentagens para as variáveis nominais. Foi analisada confiabilidade das escalas através do coeficiente de Alfa de *Cronbach*. Para se comprovar a normalidade dos dados foi utilizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Para a análise das correlações entre as variáveis foi usado o Coeficiente de correlação de *Pearson*. Para a análise dos efeitos de predição foi usado o modelo de regressão linear múltipla para se conhecer a estimativa da magnitude e do sinal de impacto da vulnerabilidade mental, trauma infantil e suporte social no valor estimado da solidão das mulheres em condição de monoparentalidade, ajustando para as demais variáveis. O modelo considerou apenas as variáveis que se correlacionaram significativamente com a solidão. Foram comprovados os pressupostos estatísticos do modelo clássico de regressão (H1-H5). Para se testar o efeito de mediação foram tidos em conta os pressupostos de *Baron e Kenny* e o Teste de *Sobel* foi usado como método estatístico que avaliou a significância do efeito. Tomou-se como referência um nível de significância de $p\text{-value} \leq .05$.

12. Resultados

12.1.Consistência interna dos instrumentos

Relativamente à análise da consistência interna dos instrumentos, foram tomados em conta os critérios de Freitas & Rodrigues (2005). Foi possível verificar que a escala de Solidão da UCLA apresenta um nível de confiabilidade de $\alpha=.931$, significando que o seu nível de consistência interna é excelente. O instrumento *Childhood Trauma Questionnaire* apresenta um nível de confiabilidade de $\alpha=.889$, o que significa que o seu nível de consistência interna é muito bom. O Questionário de Vulnerabilidade Mental apresenta um nível de confiabilidade de $\alpha=.907$, significando que o seu nível de consistência interna é excelente. Por fim, a escala Multidimensional de Suporte Social Percebido corresponde a um nível de confiabilidade de $\alpha=.915$, significando que o seu nível de consistência interna é igualmente excelente.

12.2.Estatística Descritiva

Para caracterizar a amostra em estudo, foram calculadas medidas de estatística descritiva. As mesmas podem ser analisadas na tabela 6.

Tabela 5- Medidas de estatística descritiva das variáveis em estudo

	Média	Desvio Padrão
Solidão		
Índice Total	43.738	10.262
Afinidades	14.209	3.3534
Isolamento Social	29.529	7.4956
Trauma Infantil		
Índice Total	10.80	9.060
Maus-Tratos físicos e emocionais	7.7124	5.568
Maus-Tratos sexuais	3.0850	5.834
Vulnerabilidade Mental		
Índice Total	61.44	13.766
Sintomas Psicossomáticos	25.398	6.5888

Sintomas Mentais	20.254	5.4405
Problemas Interpessoais	18.477	4.5625

Suporte Social Percebido

Índice Total	52.085	15.715
Família	16.045	6.9237
Amigos	17.745	6.1990
Outros significativos	18.294	6.4276

12.3. Correlação entre a solidão, trauma infantil, vulnerabilidade mental e suporte social

Na análise de correlação entre as variáveis, verifica-se que a relação entre a solidão e o trauma infantil é fraca, positiva e significativa ($r = .311$; $p \approx .001$), a relação entre solidão e a vulnerabilidade mental é moderada, positiva e significativa ($r = .579$; $p \approx .001$) e a relação entre a solidão e o suporte social é moderada, negativa e significativa ($r = -.593$; $p \approx .001$).

12.4. Predição da solidão

Os resultados sobre os efeitos de predição das variáveis explicativas através do Modelo de Regressão Linear Múltipla encontram-se na tabela seguinte (tabela 6). Foram consideradas no modelo, as variáveis explicativas que se encontravam correlacionadas significativamente com a solidão.

Tabela 6- Modelo de regressão: apresentação dos coeficientes das variáveis trauma infantil, vulnerabilidade mental e suporte social em relação à solidão.

Step 1 ($R^2 = .512$)	B	SE	P	VIF	DW
	-	-	-	-	2.046
Constante	39.455	4.051	.000	-	-
Trauma Infantil	-.027	.074	.710	1.287	-
Vulnerabilidade Mental	.324	.049	.000*	1.303	-
Suporte Social	-.295	.041	.000*	1.185	-

Nota: B = Coeficiente Beta não estandardizado; SE = Erro estandardizado (Coeficiente não estandardizado); P = nível de significância; VIF = *Variance Inflation Factor*; DW = *Durbin-Watson*; **p-value* < .05

Equação estimada pelo método dos mínimos quadrados ordinários:

$$\hat{Solidão} = 39.455 - 0.027 \text{trauma infantil} + 0.324 \text{vulnerabilidade mental} - 0.295 \text{suporte social}$$

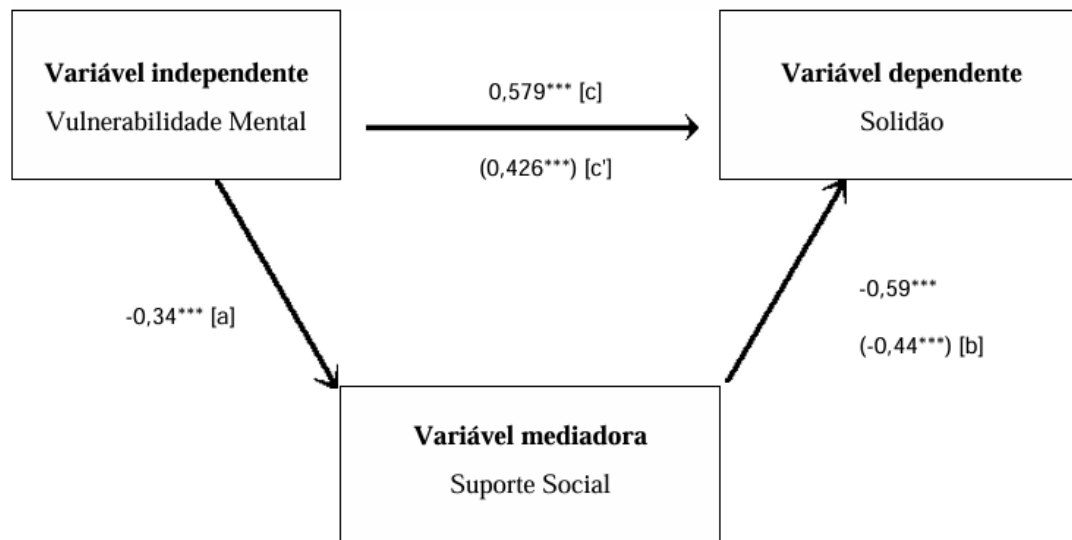
O impacto do trauma infantil sobre o valor estimado da solidão é negativo e igual a 0.027, ajustando para todas as outras variáveis. O impacto da vulnerabilidade mental sobre o valor estimado da solidão é positivo e igual a 0.324, ajustando para todas as outras variáveis. O impacto do suporte social sobre o valor estimado da solidão é negativo e igual a -0.295, ajustando para todas as outras variáveis.

Deste modo, para um nível de significância de 5%, a vulnerabilidade mental e o suporte social, mostram ser variáveis importantes para explicar a solidão visto revelarem coeficientes estatisticamente significativos ($p < .05$). Face à qualidade de ajustamento do modelo (R^2), pode dizer-se que 51.2 % da variabilidade da solidão é explicada pelo modelo estimado.

12.5.Efeito de Mediação

A figura 1 representa o efeito mediador do suporte social na relação entre a vulnerabilidade mental e a solidão. O efeito da variável vulnerabilidade mental na solidão é constatado pelo efeito significativo que a variável mediadora (suporte social) revela no modelo apresentado ($Z = 3823497$, $p \approx .001$).

Figura 1- Análise do suporte social como mediador da relação entre a vulnerabilidade mental e a solidão



Nota: Os valores numéricos entre parênteses são pesos beta retirados da segunda regressão e os outros valores são correlações de ordem zero.

[c] = efeito total, considera a relação direta da vulnerabilidade mental na solidão sem ser incluída a variável mediadora (suporte social); [c'] = efeito direto da vulnerabilidade mental na solidão quando a variável mediadora é incluída no modelo; * $P < .05$. ** $P < .01$.

*** $P < .001$

13. Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo estudar o efeito mediador do suporte social na relação entre vulnerabilidade mental e a solidão. Para além, ainda foram testadas as correlações e os efeitos preditivos da vulnerabilidade mental, trauma infantil e do suporte social em relação à solidão.

O estudo conduzido por Flett et al., (2016), revelou uma correlação significativa entre o trauma infantil e a solidão. Estes resultados dão suporte à hipótese 1, que propõe que o trauma infantil está diretamente associado ao aumento da solidão (Flett et al., 2016). Experiências adversas na infância, como negligência e maus-tratos, estão associadas a dificuldades no desenvolvimento de relações interpessoais saudáveis, o que reforça a ligação entre o trauma infantil e sentimentos de solidão na vida adulta (Luecken et al., 2006; McLaughlin et al., 2010).

Segundo o estudo de Tan et al., (2022) foi comprovado que o trauma infantil pode ser um preditor significativo da solidão, o que comprova a hipótese 4, ao apontar que os sujeitos com histórico de trauma têm mais probabilidade de apresentar níveis elevados de isolamento social e maiores sentimentos de solidão (Tan et al., 2022).

De acordo com Mann et al., (2022) existe uma relação entre a vulnerabilidade mental e a solidão, indicando que sujeitos que experienciam maior sensação de solidão apresentam uma maior predisposição para a vulnerabilidade mental, o que corresponde à hipótese 2. Assim sendo, os sujeitos que experienciam situações mais traumáticas durante a infância tendem a apresentar um maior sentimento de solidão durante a vida adulta, isto porque a condição de trauma também causa sentimentos de vergonha e de afastamento de outras pessoas (Mann et al., 2022).

Segundo o estudo de Russell et al., (1984) a falta de suporte social está significativamente associada a níveis mais elevados de solidão, assim, pretendia-se analisar a relação entre as duas variáveis e se com o aumento de uma variável, a outra tinha a tendência para diminuir. Esta revela que o suporte social e a solidão se correlacionam entre si de forma negativa, forte e significativa. Verifica-se, assim, que à medida que o suporte social percebido aumenta, verifica-se uma diminuição no sentimento de solidão entre os sujeitos, o que vai de encontro à hipótese 3 (Russell et al., 1984).

No que diz respeito ao papel do suporte social, o estudo de Cacioppo et al., (2011) demonstrou consistentemente uma relação causal onde o aumento do suporte social prediz uma diminuição da solidão, defendendo a hipótese 6. Estes resultados defendem que o suporte social protege contra a solidão, atuando como um fator de amortecimento (Cacioppo et al., 2011).

De acordo com Barroso et al., (2018) a solidão é um preditor significativo para a vulnerabilidade mental, o que comprova a hipótese 5. Ao sugerir que os sujeitos solitários estão mais propensos a apresentar vulnerabilidades emocionais e psicológicas (Barroso et al., 2018).

O estudo de Kim et al., (2019) revela que o suporte social percebido mediava a associação entre a vulnerabilidade mental e a solidão, o que corresponde à hipótese 7. Este resultado sustenta que a percepção de apoio social pode minimizar os efeitos negativos da vulnerabilidade mental, ao minimizar sentimentos de solidão (Kim et al., 2019).

Este estudo revela algumas limitações, por exemplo, a opção por um estudo transversal não possibilita a obtenção de informações que seriam fornecidas por um acompanhamento de maior duração. O uso de escalas de autorrelato pode estar sujeito à influência da percepção individual dos participantes relativamente às questões apresentadas. A baixa adesão das instituições ao estudo também comprometeu o número total dos participantes. Por último, a amostra utilizada no estudo é não probabilística o que limita a generalização dos resultados.

14. Conclusões

A monoparentalidade feminina apresenta diversos desafios para os sujeitos, o que pode impactar de forma significativa o seu bem-estar e a qualidade de vida. A solidão na monoparentalidade feminina pode surgir não apenas da ausência de um parceiro, mas também da falta de uma rede de apoio significativa, o que impacta negativamente a vida das mulheres. Este impacto significativo pode ser agravado com a presença de condição de vulnerabilidade mental e de trauma infantil nas mulheres. Muitas delas passaram por traumas na infância que lhes dificultou o estabelecimento de relações de confiança, inclusivamente com outros elementos da sua rede social. Caso o suporte social percebido nestas mulheres seja positivo, os sentimentos de solidão podem diminuir.

De modo particular, pode concluir-se que:

A resposta às hipóteses colocadas, pode concluir-se que:

1. O trauma infantil e a solidão estão positivamente correlacionadas, significando que sujeitos que reportam níveis mais elevados de trauma na infância demonstram uma maior propensão a experienciar sentimentos de solidão na vida adulta.
2. A vulnerabilidade mental e a solidão estão positivamente correlacionadas, na medida em que se um aumenta o outro aumenta em conjunto.
3. Foi notório que o suporte social percebido e a solidão correlacionam-se de forma negativa, sendo que o suporte social elevado contribui para a redução dos níveis de solidão.
4. O trauma infantil não é um preditor significativo da solidão
5. Vulnerabilidade mental como preditor significativo
6. Suporte social como preditor significativo na solidão
7. Suporte social como mediador da relação entre a vulnerabilidade mental e a solidão

O desenvolvimento de investigações futuras deve focar-se em conhecer outras variáveis psicológicas que possam impactar negativamente o bem-estar e a solidão de mães em condição de monoparentalidade. Conhecer que tipos de trauma

infantil têm maior impacto na solidão e como impactam a mulher longo do tempo, por exemplo, se esta vivenciar situações de morte de entes queridos. Comparar os efeitos da vulnerabilidade mental, do trauma infantil e do suporte social na solidão entre mulheres e homens em condição de monoparentalidade. Para além disto, conhecer quais os efeitos deste tipo de variáveis preditoras em mulheres com e sem patologia do foro psicológico e/ou cognitivo. Por fim, poderão ser realizados estudos em amostras maiores e através das quais se possam generalizar os resultados.

15. Implicações Práticas

Este estudo pode ajudar a promover intervenções psicossociais ou terapias focadas em traumas, visando minimizar os efeitos do trauma infantil sobre a solidão na vida adulta, tanto nas instituições de apoio a mulheres em condição de monoparentalidade ou junto dessa população que vive no seu contexto natural de vida.

Apoiar a construção de programas direcionados ao apoio psicológico e social para um suporte sustentado, permitindo que as mães consigam lidar de forma mais eficaz com as exigências da parentalidade e, conseqüentemente, promovam a melhoria da sua saúde mental e qualidade de vida. Criar sessões de sensibilização junto desta população para uma melhor adesão a grupos de apoio e até mesmo de associações, para aumentar o suporte social e ajudar a reduzir o sentimento de solidão. Assim, como criar um guião com um conjunto de ferramentas práticas e estratégias que as mulheres em condição de monoparentalidade possam usar para reduzir os sentimentos de solidão, isolamento e fomentar conexões sociais saudáveis.

REFERÊNCIAS

Aaron, E., Critini, S., Bonacquisti, A., & Geller, P. A. (2013). Providing Sensitive Care for Adult HIV-Infected Women with a History of Childhood Sexual Abuse. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 24(4), 355-367. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2013.03.004>.

American Psychological Association. (2020). *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org>

Antunes, R., & Almeida, A. N. (2020). *As redes informais de apoio como recurso de proximidade: o papel das relações sociais na superação de dificuldades*. *Revista Sociologia*, 39, 125–142. <https://doi.org/10.4000/sociologia.9532>

Arslan, G. (2021). Psychological maltreatment, coping, and mental health problems in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem. *Child Abuse & Neglect*, 111, 104770. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104770>

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). (2025). *Estatísticas APAV – Crianças e Jovens Vítimas de Crime*.

Baliana, L. K. (2014). Monoparentalidade feminina e seus desafios: um estudo exploratório [Tese de mestrado, Universidade de Lisboa].

Barbosa, C. F., Pires, E. O., & Di Gregório, M. F. A. (2023). Mães solo: Disputas e embates da monoparentalidade feminina na contemporaneidade. *ODEERE*, 8(2), 19–40. <https://doi.org/10.22481/odeere.v8i2.13341>

Barbosa, E. N. (2013). Contributos para a validação da escala de vulnerabilidade mental para a população portuguesa (Doctoral dissertation).

Barnett, R. M., Etcheverry, P., & Kohn, R. (2020). *The impact of financial stress and lack of social support on the mental health of single mothers*. *Journal of Family Psychology*, 34(3), 315–325. <https://doi.org/10.1037/fam0000590>

Barroso, R. B., Machado, H. A., Miranda, G. M., Mendes, L. L., & Malta, M. (2018). Solidão como preditor de depressão em adultos: revisão sistemática e metanálise. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(5), 607–617.

Beck, A. T. (1987). *Cognitive models of depression*. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(1), 5-37. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.1.1.5>

Benatti, A. P., Campeol, Â. R., Machado, M. S., & Pereira, C. R. R. (2021). Famílias Monoparentais: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41.

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American journal of psychiatry*, 151(8), 1132–1136. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132>

Bethell, C. D., Gombojav, N., & Whitaker, R. C. (2019). Family resilience and connection promote flourishing among US children, even amid adversity. *Health Affairs*, 38(5), 729–737. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05425>

Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., ... & Tibubos, A. N. (2021). Loneliness and its relation to mental health in the general population. *Comprehensive Psychoneuroendocrinology*, 7, 100071.

<https://doi.org/10.1016/j.cpnec.2021.100071>

Bishop, M., & Sacks, V. (2021). *The role of informational support in navigating healthcare systems: Evidence from a social support study*. *Journal of Social and Personal Relationships*, 38(5), 1358–1373. <https://doi.org/10.1177/0265407521999442>

Borges, L. D. F. (2023). Os desafios da monoparentalidade feminina: uma perspectiva sistêmica familiar. *Revista FT*. <https://revistaft.com.br/os-desafios-da-monoparentalidade-feminina-uma-perspectiva-sistemica-familiar/>

Borges, M., & Ferreira, A. (2020). *Solidão e apoio social nas famílias monoparentais em situações de vulnerabilidade*. *Revista de Sociologia e Comunidade*, 17(3), 145-162. <https://doi.org/10.5698/rsc.2020>

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.

Brussoni, M., O'Neill, M., & Fraser, D. (2021). *Social isolation and its impact on mental health among single mothers: A qualitative study*. *Mental Health Review Journal*, 26(4), 22–31. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-02-2020-0210>

Bu, F., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2020). Who is lonely in lockdown? Cross-cohort analyses of predictors of loneliness before and during the COVID-19 pandemic. *Public health*, 186, 31-34.

Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., & Boomsma, D. I. (2018). Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cognition & Emotion*, 32(3), 1-35. <https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1391272>

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Norman, G. J., & Berntson, G. G. (2011). Social isolation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1231(1), 17–22. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06028.x>

Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: clinical import and interventions. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 238–249. <https://doi.org/10.1177/1745691615570616>

Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Mota-Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support- MSPSS). *Psychologica*, 54, 331-357.

CDC. (2023). *Vital Signs: Adverse Childhood Experiences (ACEs) Among U.S. Adults*. Centers for Disease Control and Prevention.

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/wr/mm7226a2.htm>

Chauhan, V. S., Sharma, M., Chatterjee, K., Prakash, J., Srivastava, K., & Chaudhury, S. (2023). Childhood trauma and bipolar affective disorder: Is there a linkage? *Industrial Psychiatry Journal*, 32(Suppl 1), S9-S14. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_206_23

Cicchetti, D. (2018). Effects of child maltreatment on brain and biological development. *Development and Psychopathology*, 30(3), 743–767. <https://doi.org/10.1017/S0954579418000342>

CITE (Centro de Informação Europeia Jacques Delors). (2023). *Mecanismos de apoio às famílias monoparentais em toda a União Europeia*. Comissão Europeia.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>

Costa, E. C. (2006). *Avaliação da Eficácia Relativa de Duas Intervenções Psicoeducativas Dirigidas à Prevenção da SIDA e Promoção de Saúde em Mulheres com Risco para o VIH*. (Dissertação de Doutoramento, Universidade do Minho, Braga, Portugal). Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6742>

Cunha, F., et al. (2020). *Socioeconomic factors and childhood trauma: The role of support networks in single-parent families*. *International Journal of Social Psychology*, 45(2), 129-144. <https://doi.org/10.1111/j.2042-7158.2020.03912.x>

Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. *Social Support: An Interactional View*, 319–366. <https://doi.org/10.1002/9780470713184.ch12>

Dias, R. (2020). *Solidão e paternidade monoparental: Uma análise comparativa entre mães e pais solteiros*. *Estudos Sociológicos*, 39(1), 78-92. <https://doi.org/10.22434/es.2020>

Dierker, P., Kühn, M., & Myrskylä, M. (2023). Re-partnering and single mothers' mental health and life satisfaction trajectories. *Max Planck Institute for Demographic Research*. <https://doi.org/10.4054/MPIDR-WP-2023-001>

Draucker, C. B. & Mazurczyk, J. (2013). Relationships Between Childhood Sexual Abuse and Substance Use and Sexual Risk Behaviors During Adolescence: An Integrative Review. *Nursing Outlook*, 61(5), 291-310. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.12.003>.

Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 28(3), 381-392.

EAPN Portugal. (2023). *Pobreza e exclusão social em Portugal – Relatório 2023*. Observatório Nacional de Luta Contra a Pobreza. https://www.eapn.pt/wp-content/uploads/2023/10/ONLCP_PES_relatorio2023015.pdf

Emídio, T. S., Braga, L. L., & Oliveira, C. T. (2023). Solidão e sobrecarga materna em tempos de pandemia de COVID-19: A luz da escuta psicanalítica dos vínculos. *Psico-USF*, 28(3), 505–520. <https://doi.org/10.1590/1413-82712023280306>

Eplov, L.F., Petersen, J., Jørgensen, T., Johansen, C., Birket-Smith, M., Lyngberg, A. C. & Mortensen, E. L. (2010). The Mental Vulnerability Questionnaire: A psychometric evaluation. *Scandinavian Journal of Psychology* 51, 548–554.

European Commission. (2023). *Loneliness in the EU: Insights from surveys and focus groups*. Directorate-General for Communication.

<https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2791>

Eurostat. (2021). *International Day of Families: Households with children in the*

EU. European Commission. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20210601-2>

Ferreira, R. M. (2010). Menos um nó, menos um laço: O papel das redes sociais no trajecto de vida de mulheres assistidas, em situação de monoparentalidade [Dissertação de mestrado, Iscte - Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório Iscte. <http://hdl.handle.net/10071/5248>

Finkelhor, D., Turner, H., Hamby, S., & Ormrod, R. (2011). *Polyvictimization: Children's exposure to multiple types of violence, crime, and abuse*. U.S. Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. <https://www.ojp.gov/pdffiles1/ojjdp/235504.pdf>

Flett, G. L., Kocovski, N. L., McAndrew, L., & Heisel, M. J. (2016). The centrality of social connections to well-being and the costs of loneliness: Implications for understanding and reducing the impact of childhood maltreatment. *Clinical Psychology Review*, 46, 1-13.

Fonagy, P. (2018). *Attachment theory and psychoanalysis*. Routledge.

Freitas, A. R. F. (2018). *Efeito moderador do suporte social na relação entre experiências adversas na infância e sintomatologia de PTSD: estudo longitudinal* [Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona]. Repositório Científico Lusófona. <http://hdl.handle.net/10437/9266>

Freitas, A., & Rodrigues, S. (2005). A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. *XII SIMPEP-Simpósio de Engenharia de Produção*.

Galvão, I. S. (2022). *O impacto do abuso emocional infantil na vinculação e no suporte social percebido na idade adulta: uma perspetiva relacional* [Dissertação de mestrado, ISPA – Instituto Universitário]. Repositório ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/8948>

Giddens, A. (2013). *Sociologia* (9ª ed). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gierveld, J. J. (1998). A review of loneliness: Concept and definitions, determinants and consequences. *In Reviews in Clinical Gerontology* 8(1), 73-80. <https://doi.org/10.1017/S0959259898008090>

Gomes, F. (2021). *Solidão em famílias monoparentais de pais mais velhos: Fatores de risco e estratégias de enfrentamento. Estudos sobre envelhecimento e família*, 22(3), 212-230. <https://doi.org/10.2055/edf.2021>

Goodwin, R., Cost, P., & Adonu, J. (2004). Social Support and Its Consequences: “Positive” and “deficiency” Values and Their Implications for Support and Self-Esteem. *British Journal of Social Psychology*, 43, 1–10.

Guadalupe, S., Tavares, S., & Monteiro, R. (2015). Redes de suporte social e (in)acesso a direitos em famílias monoparentais femininas. *Serviço Social Em Revista*, 17(2), 41–63. <https://doi.org/10.5433/1679-4842.2015v17n2p41>

Guerra, M. P., Silva, A. S., & Henriques, M. R. (2023). Escala ALONE para a população idosa portuguesa: Tradução, adaptação cultural e validação. Referência, 7(1), 1–12. <https://doi.org/10.12707/RV22127>

Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 293-319. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029>

Hawkey, L. C., & Capitanio, J. P. (2015). Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: A lifespan approach. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 370(1669), 20140114. <https://doi.org/10.1098/rstb.2014.0114>

Higgins, J. P., Roberts, K., & Tregaskis, L. (2018). *The stigma of single motherhood and its effects on mental health outcomes*. *Psychology of Women Quarterly*, 42(2), 138–150. <https://doi.org/10.1177/0361684318767953>

Hobfoll, S.E., Bansal, A., Schurg, R., Young, S., Pierce, C.A., Hobfoll, I., & Johnson, R. (2002). The impact of Perceived Child Physical and Sexual Abuse History on Native American Women’s Psychological Well-Being and AIDS Risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol.70, No.1, 252-257.

Holt-Lunstad, J., et al. (2015). *Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review*. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227- 237.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.

Hutten, E., Jongen, E. M., Vos, A. E., van den Hout, A. J., & van Lankveld, J. J. (2021). Loneliness and mental health: the mediating effect of perceived social support. *International journal of environmental research and public health*, 18(22), 11963.

Ingram, R. E., & Luxton, D. D. (2021). *Vulnerability-Stress Models*. In T. A.

Widiger (Ed.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (2nd ed., pp. 402–414). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195394258.013.0030>

Instituto Nacional de Estatística. (2023). Famílias clássicas monoparentais 2016- 2020. Lisboa, Portugal: INE, Instituto Nacional de Estatística. Disponível em dezembro, 2023 em
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0007860&contexto=bd&selTab=tab2

Jiang, Z., Hu, X., Wang, Z. (2015). Career Decision Self-Efficacy and Life Satisfaction in China: An Empirical Analysis. *Social Indicators Research*.

Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2018). *Social ties and mental health: A critical review. Journal of Health and Social Behavior*, 59(3), 314–328.
<https://doi.org/10.1177/0022146518771732>

Kong, F., & Zhao, J. (2019). The impact of social support on resilience: The mediating role of self-esteem. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 47(1), 1–9. <https://doi.org/10.2224/sbp.7102>

Kong, F., & Zhao, J. (2019). The Impact of Social Support on Resilience: The Mediating Role of Self-Esteem. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 47(1), 1–9. <https://doi.org/10.2224/sbp.7102>

Kuhnen, S. S., & Vitorino, E. V. (2021). Vulnerabilidade em informação e mães solo: possibilidades à competência em informação. *Universidade Federal de Santa Catarina*.
<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/228247/Vers%C3%A3o-final-TCC%202-Simoni-2021-PDFA.pdf?isAllowed=y&sequence=1>

Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. In S. Cohen & L. G. Underwood (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 29–52). Oxford University Press.

Lemieux, S. & Byers (2008). The Sexual Well-Being of Women Who Have Experienced Child Sexual Abuse. *Psychology of Women Quarterly*, 32, 126-144.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2008.00418.x>

Liberatore-Maguire, E., Devlin, A., Fisher, S., Ramsey, F., Grunwald, H., Brownstein, K., & Morrison, M. F. (2022). The unseen epidemic: trauma and

loneliness in urban midlife women. *Women's Midlife Health*, 8(1), 11.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

Linhares, M. B. M. (2018). Traumas na infância podem ser velados e a família não perceber. *Jornal da USP*. <https://jornal.usp.br/atualidades/os-traumas-na-infancia-tambem-podem-ser-velados-e-a-familia-nao-perceber/>

López, A. F. (2020). Social Support and Parenting: A Study on Single Mothers. *Child and Family Studies Journal*, 15(3), 45-58. <https://doi.org/10.1080/123456789.2020.1817176>

López, A. F. (2020). Social Support and Parenting: A Study on Single Mothers. *Child and Family Studies Journal*, 15(3), 45-58. <https://doi.org/10.1080/123456789.2020.1817176>

Luecken, L. J., Appelhans, B. M., Kraft, A., & Brown, A. (2006). Never far from home: A cognitive-affective model of the impact of early-life family relationships on health. In D. K. Snyder, J. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 67–86). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11468-004>

Luthar, S. S., & Eisenberg, N. (2020). Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities. *Development and Psychopathology*, 32(3), 789–804. <https://doi.org/10.1017/S0954579420000580>

Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 297-325. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355>

Machado, M. S., & Pereira, C. R. R. (2020). *Redes pessoais significativas de mulheres responsáveis por famílias monoparentais em vulnerabilidade social*. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40(4), e20200040. <https://doi.org/10.1590/1678-4669.20200040>

Mann, F., Bone, J. K., Lloyd-Evans, B., Frerichs, J., Pinfold, V., Ma, R., ... & Johnson, S. (2022). Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(12), 2321–2346. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02261-7>

Marinho, S. (2014). Famílias Monoparentais em Portugal: linhas de

continuidade e de Transformação nas duas últimas décadas. In Actas do VII Congresso Português de Sociologia: 40 anos de democracias: progressos, contradições e prospetivas. APS. Associação Portuguesa de Sociologia.

Marinho, S. (2024). Mães e pais com filhos não residentes: núcleos familiares e percursos conjugais e parentais. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (104), 131–148. <https://journals.openedition.org/spp/13867>

Martínez, R., & García, R. (2021). Social Support Networks for Single Mothers: A Pathway to Resilience. *Journal of Social Work Practice*, 25(1), 45-60. <https://doi.org/10.1093/jsw/jab024>

Martins, J., & Silva, T. (2021). *Redes de apoio e mães solteiras: uma análise sociológica*. Cadernos de Família e Sociedade, 9(1), 22–38.

Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266. <https://doi.org/10.1177/1088868310377394>

Massuia, D., Menezes & Pessalacia, J. (2010). A vulnerabilidade do adolescente numa perspetiva das políticas de saúde pública. *Revista Bioethikos - Centro Universitário São Camilo*. Vol. 4, nº4.

Masten, A. S., & Barnes, A. J. (2018). Resilience in children: Developmental perspectives. In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (2nd ed., pp. 195-211). Guilford Press.

Masten, A. S., Lucke, C. M., Nelson, K. M., & Stallworthy, I. C. (2021). Resilience in development and psychopathology: Multisystem perspectives. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 521-549. <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-120307>.

Matos, A. P., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento Duma Escala de Apoio Social: Alguns Dados Sobre a Sua Fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21(3), 243–153.

McIntyre, T., Veiga Costa, E., Chorão, I., Pereira G. (2005). *Relatório de Avaliação Técnica – Final: Programa ADIS. “Prevenção da SIDA e Promoção da Saúde nas Mulheres Portuguesas de Risco”*. Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA – Ministério da Saúde.

McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5),

378–385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>

Meier, A., Musick, K., Flood, S., & Dunifon, R. (2016). Mothering experiences: How single parenthood and employment structure the emotional valence of parenting. *Demography*, 53(3), 649-674.

Merz, E. M., & Jak, S. (2013). The long reach of childhood. Childhood experiences influence close relationships and loneliness across life. *Advances in life course research*, 18(3), 212-222.

Moak, Z. B., & Agrawal, A. (2010). The association between perceived interpersonal social support and physical and mental health: results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of public health (Oxford, England)*, 32(2), 191–201. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdp093>

Moreira, J. F. F. (2023). *Relação entre experiências adversas na infância e suporte social* [Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona]. Repositório Científico Lusófona. <http://hdl.handle.net/10437/14581>

Nowland, R., Thomson, G., McNally, L., Smith, T., & Whittaker, K. (2021). Experiencing loneliness in parenthood: a scoping review. *Perspectives in public health*, 141(4), 214-225.

O'Reilly, A. (2016). *Matricentric feminism: Theory, activism, and practice*. Demeter Press.

Oliveira, J. T. de, & Kissula, J. C. (2023). *Os desafios da monoparentalidade feminina: Uma perspectiva sistêmica familiar*. Revista FT. <https://revistaft.com.br/os-desafios-da-monoparentalidade-feminina-uma-perspectiva-sistemica-familiar/>

Parents (2023). *Single moms vs. single dads: A look at the double standards of single parenthood and how we can do better*. Retrieved from <https://www.parents.com/parenting/dynamics/single-parenting/single-moms-vs-single-dads-a-look-at-the-double-standards-of-single-parenthood-how-we-can-do-better/>

Park, S., Lee, S., & Bae, J. (2021). The effects of physical activity on loneliness and quality of life in older adults. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 17(1), 55-61. <https://doi.org/10.12965/jer.2040708.384>

Pereira, R. (2022). *Escolaridade e solidão: Desafios nas famílias monoparentais*. *Revista Brasileira de Assistência Social*, 22(3), 145-159.

<https://doi.org/10.2339/rbas.2022>

Perlman, D., & Peplau, L. A. (1998). Loneliness. *Encyclopedia of mental health*, 2, 571-581.

Pimentel, J. (2021). *Desigualdade de gênero e a realidade das famílias monoparentais*. *Revista Portuguesa de Sociologia*, 45(2), 214-228.

<https://doi.org/10.1234/rps.2021>

Pina, A. M. R. (2016). *Percepção de suporte social na relação entre a exposição a acontecimentos traumáticos e sintomatologia de PTSD em jovens em risco* [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias]. ReCiL. <https://recil.ulusofona.pt/items/314d8f0f-940f-466c-83c8-ba3f948652c5>

Pineda, C. N., Naz, M. P., Ortiz, A., Ouano, E. L., Padua, N. P., Paronable, J. J., & Torres, G. C. S. (2022). Resilience, social support, loneliness and quality of life during COVID-19 pandemic: A structural equation model. *Nurse education in practice*, 64, 103419.

Pocinho, M., & Macedo, E. (2017). *Solidão: Um construto complexo*. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, (32). Disponível em <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/1223>

Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. A. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações: Sociedade E As Novas Modernidades*, 10(18). Obtido de <https://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/304>

Polit, D.F., Beck, C.T. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7 ed. Porto Alegre

Pontes, M. G., Braga, L. S., & Jorge, A. O. (2022). A dinâmica das violências na separação compulsória de mães e filhos em situação de vulnerabilidade. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 26, e210511. <https://doi.org/10.1590/interface.210511>

Qualter, P., Vanhalst, J., Harris, R. A., Van Roekel, E., Lodder, G., Bangee, M., Maes, M., & Verhagen, M. (2021). Loneliness across the life span. *Perspectives on Psychological Science*, 16(4), 603–636.

<https://doi.org/10.1177/1745691620963510>

Rodrigues, A. da S., Moura, D. P. F. de, Vieira, C. A. L., & Lourenço, M. S. (2024). Monoparentalidade feminina: Um estudo online sobre autoestima e estilos parentais de mães solo brasileiras. *Id on Line Revista de Psicologia*, 18(72), 128–146. <https://doi.org/10.14295/online.v18i72.4029>

Rodríguez, M. M. (2019). The Role of Social Support in the Mental Health of Single Mothers. *Journal of Family Psychology*, 33(2), 123–130. <https://doi.org/10.1037/fam0000356>

Russell, D., Cutrona, C. E., Rose, J., & Yurko, K. H. (1984). Social and emotional loneliness: An examination of Weiss's typology of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(6), 1313–1321.

Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42(3), 290-294. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_11

Satici, S., Uysal, R., Yilmaz, M., & Deniz, M. (2016). Social safeness and psychological vulnerability in Turkish youth: The mediating role of life satisfaction. *Current Psychology*, 35(1), 22–28.

Schmidt, F. M. D., Capellar, C. P. da C., Ceconello, B. P., Contessa, J. C., Epsztein, J. A., Bottega, P. R., Cossio, M. D., & Serralta, F. B. (2020). Associação entre trauma e a representação de apego parental na vida adulta. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 22(2). <https://doi.org/10.5935/2318-0404.20200011>

Schmitt, M. T., & Branscombe, N. R. (2020). Social support and the psychological consequences of social isolation. In D. M. Buss (Ed.), *The Handbook of Social Psychology* (5th ed., pp. 542–570). Wiley-Blackwell.

Schumm, J. A., Briggs-Phillips, M. & Hobfoll, S. E. (2006). Cumulative Interpersonal Traumas and Social Support as Risk and Resiliency Factors in Predicting PTSD and Depression Among Inner-City Women. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 825-836. . <https://doi.org/10.1002/jts.20159>.

Silva, B. F. B. (2023). *Associação entre trauma psicológico infantil e o desenvolvimento do transtorno de personalidade borderline na vida adulta* [Trabalho de conclusão de curso, Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA].

<https://www.grupounibra.com/repositorio/PSICO/2023/associacao-entre-trauma-psicologico-infantil-e-o-desenvolvimento-do-transtorno-de-personalidade->

borderline- na-vida-adulta.pdf

Silva, M. A. (2018). *Famílias monoparentais: desafios e resiliência no contexto contemporâneo*. Lisboa: Editora Social.

Silva, P., & Costa, D. (2021). *Pobreza, exclusão e suporte social: uma análise da procura de ajuda em tempos de crise*. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (124), 71-88.

Statista. (2023). *Número de agregados familiares monoparentais em Portugal por sexo*.

Stewart, J. (2020). *Aging and single parenthood: Impact on mental health*. *Journal of Aging Studies*, 32(4), 108-115. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2020.03.002>

Tan, T. X., Lim, H. G., Chua, Y. L., & Ng, K. H. (2022). The unique role of childhood emotional abuse in predicting adult loneliness: The mediating effects of perceived social support and social connectedness. *Frontiers in Psychology*, 13, 838919. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.838919>

Taylor, S. E. (2011). *Social support: A review*. In *Health psychology* (pp. 189-210). McGraw-Hill.

Tonin, C. F., & Muniz Barbosa, T. (2018). A interface entre Saúde Mental e Vulnerabilidade Social. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 11(3), 50. <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i3.2281>

U.S. Census Bureau. (2022). *America's Families and Living Arrangements: 2022*. <https://www.census.gov/newsroom/press-releases/2022/americas-families-and-living-arrangements.html>

Vaitsman, J. (1994). *Flexíveis e plurais: identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas*. Rio de Janeiro: Rocco.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Norton & Company.

Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.

Vilela, A. L. M. (2016). *A influência do suporte social e do trauma cumulativo na predição de perturbação de stress pós-traumático e depressão em mulheres vítimas de violência conjugal* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati. <http://hdl.handle.net/10400.14/21920>

Volpato, J., & Savala, P. (2018). *Mulheres chefes de família: Uma análise sobre*

a construção das famílias monoparentais femininas. *Simpósio Gênero e Políticas Públicas*, 5, 186–195. <https://doi.org/10.5433/SGPP.2018v5.p186>

Wang, Y., Warmenhoven, H., Feng, Y., Wilson, A., Guo, D., & Chen, R. (2022). The relationship between childhood trauma and suicidal ideation, the mediating role of identification of all humanity, indifference and loneliness. *Journal of affective disorders*, 299, 658-665.

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.

Werner, E. E. (2000). Protective factors and resilience. *American Psychologist*.

Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. International Universities Press.

World Health Organization (WHO). (2019). *Preventable trauma in childhood costs North America and Europe US\$ 1.3 trillion a year*. <https://www.who.int/europe/news/item/04-09-2019-preventable-trauma-in-childhood-costs-north-america-and-europe-us-1-3-trillion-a-year>

Yang, D., Liu, L., & Wei, Y. (2023). Social support and learning burnout in art education students: The mediating role of resilience. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 51(12), 1–7. <https://b-on.ual.pt:2238/10.2224/sbp.12731>

Yanguas, J., Pinazo-Henandis, S., & Tarazona-Santabalbina, F. J. (2018). The complexity of loneliness. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 89(2), 302.

Zanardo, A. B. R., Ventura, C. A. A., & Consule, R. de C. (2021). Vulnerabilidade social e transtornos mentais: Scoping review. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 20(1), e38616. <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2021.1.38616>

Zhang, X., & Dong, S. (2022). The relationships between social support and loneliness: a meta-analysis and review. *Acta Psychologica*, 227, 103616.

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 A- Acordo de Consentimento Informado

Acordo de Consentimento Informado

Solidão na Monoparentalidade Feminina: Relação entre o trauma infantil, vulnerabilidade mental e suporte social

Convidamos a participar num estudo em que se irá investigar a relação entre o trauma infantil, a vulnerabilidade mental e o suporte social nas mães em condição de monoparentalidade. Esta investigação decorre em articulação com a Universidade Autónoma de Lisboa (Departamento de Psicologia e Centro de Investigação em Psicologia – CIP).

Objetivo Geral do estudo: Esta investigação tem como objetivo geral analisar a relação entre o trauma infantil, vulnerabilidade mental e suporte social percebido perante a vivência de solidão nas mães em condição de monoparentalidade.

O que fará no estudo: O participante será convidado a participar num estudo transversal, em que será aplicado um protocolo de estudo, constituído por um Questionário Sociodemográfico, um Questionário de Solidão, um Questionário de Trauma Infantil, um Questionário de Vulnerabilidade Mental e um Questionário de Suporte Social Percebido.

Recolha de dados: Será realizado um momento de avaliação e serão aplicados quatro questionários que se referem:

- a) Questionário Sociodemográfico;
- b) Escala de Solidão da UCLA;
- c) Versão mais breve da Escala “*Childhood Trauma Questionnaire*”;
- d) Questionário de Vulnerabilidade Mental;
- e) Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido.

CrITÉrios de Inclusão: Para a participação efetiva no presente estudo, os critérios são os seguintes:

- a) Ser mulher em condição de monoparentalidade;
- b) Ter nacionalidade portuguesa;
- c) Idade igual ou superior a 18 anos de idade.

Registo de Dados: Pedimos autorização para recolher e arquivar os dados supramencionados, sem a utilização de nomes para manter o absoluto anonimato

dos participantes.

Arquivo e divulgação dos dados: Todos os dados recolhidos serão usados exclusivamente para efeitos de investigação científica e respeitarão as regras de proteção de dados da ética científica e da lei geral europeia. Os dados recolhidos serão arquivados, codificados e sem o nome dos participantes. Espera-se como resultados deste estudo a publicação de artigos científicos.

Confidencialidade Integridade e Disponibilidade: Os dados pessoais não serão divulgados e serão mantidos confidenciais, asseguradas as medidas de segurança técnicas e organizacionais mais adequadas. Os dados recolhidos serão mantidos codificados e arquivados numa base de dados protegida por palavra-passe. Apenas dois elementos da coordenação, direção científica do projeto e responsável pelo tratamento de dados terão acesso aos seus dados pessoais. Todos os intervenientes que recolhem os dados estão sob compromisso de confidencialidade e de sigilo. Todos os dados pessoais serão eliminados, ao final de cinco anos, após a publicação dos resultados, mantendo-se os dados recolhidos anonimizados.

Participação voluntária: A participação é voluntária. Tem o direito de desistir do estudo a qualquer momento sem qualquer penalização, bastando para isso informar os coordenadores do projeto. No final do estudo, os participantes poderão pedir e ter acesso a informação mais específica sobre os objetivos, hipóteses, procedimentos, resultados e conclusões do estudo.

Se tiver dúvidas sobre o estudo, pode contactar os responsáveis pela coordenação do projeto e da investigação:

Coordenador do Projeto: Lídia Serra, lserra@autonoma.pt

Coordenador da Investigação: Lídia Serra, lserra@autonoma.pt

Investigadora: Júlia Santos, julia.p.santos.88@gmail.com

Deve considerar que: A sua participação no estudo é totalmente voluntária, sem qualquer risco para a sua vida ou para a sua saúde. Pode desistir a qualquer momento sem qualquer penalização e todos os dados recolhidos serão anónimos e confidenciais, não permitindo a qualquer momento que estes sejam identificados. Todos os dados recolhidos serão usados exclusivamente para efeitos de investigação científica e respeitarão as regras de proteção de dados da ética

científica e da lei geral europeia. Espera-se como resultados deste estudo a publicação de artigos científicos.

Tomei conhecimento das condições de participação neste estudo e aceito participar, para tal assino este consentimento informado:

Anexo B – Protocolo do Estudo

Questionário Sociodemográfico

1. Idade: _____
2. Local de Residência: _____
3. Estado Civil: _____
4. Pertence a alguma associação de apoio a mães em condição de monoparentalidade? Sim ☐ Não ☐
5. De momento, encontra-se em condição de monoparentalidade devido a que motivo? _____
6. Há quanto tempo está a cuidar sozinha dos seus filhos/as? _____
7. Quantos filhos/as tem? _____
8. Qual a idade dos filhos/as? _____
9. Quais considera as maiores dificuldades na experiência de criar um filho/a sozinha? (Possibilidade de mais do que uma resposta) _____
10. Sente que a sua infância influenciou a forma como se relaciona com os outros atualmente? Sim ☐ Não ☐
11. Se sim, de que forma? _____
12. Apresenta algumas doenças físicas? Sim ☐ Não ☐
13. Se sim quais: _____
14. Apresenta algumas doenças do foro mental? Sim ☐ Não ☐
15. Se sim quais: _____
16. Toma medicação? Sim ☐ Não ☐
17. Se sim, para qual condição: _____
18. Recebe algum tipo de apoio? _____
19. Se sim, qual? (Possibilidade de mais do que uma resposta) Psicológico ☐
Social ☐ Económico ☐ Outro: _____

Questionário de Solidão (Pocinho et al., 2005)

Pedimos-lhe que responda a algumas perguntas relativamente à solidão. Por favor, leia cada uma das questões e, do modo mais espontâneo possível, assinale a resposta que lhe parecer mais adequada.

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

Questionário de Trauma Infantil (McIntyre e Veiga Costa, 2002)

Pedimos-lhe que responda a algumas perguntas relativamente ao trauma infantil.

Por favor, leia cada uma das questões e, do modo mais espontâneo possível, assinale a resposta que lhe parecer mais adequada.

	0= Nunca verdadeiro	1= Raramente verdadeiro	2= Às vezes verdadeiro	3= Frequentemente verdadeiro	4= Muitas vezes verdadeiro
1- Quando eu tinha 15 anos ou menos, as pessoas da minha família batiam-me com tanta força que me deixavam com pisaduras ou marcas.					
2- Quando eu tinha 15 anos ou menos, os castigos que recebi pareceram-me cruéis.					
3- Quando eu tinha 15 anos ou menos, fui castigada com um cinto, uma tábua, corda ou algum objeto duro.					
4- Quando eu tinha 15 anos ou menos, alguém da minha família berrou e gritou comigo.					
5- Quando eu tinha 15 anos ou menos, as pessoas da minha família disseram-me coisas que me magoaram ou me insultaram.					
6- Quando eu tinha 15 anos ou menos, acredito que fui abusada sexualmente.					
7- Quando eu tinha 15 anos ou menos, alguém me molestou sexualmente ao tocar os meus seios, vagina ou ânus.					
8- Quando eu tinha 15 anos ou menos, alguém pôs o pénis, dedos, dedos, ou objetos na minha boca, vagina ou ânus contra a minha vontade.					
9- Quando eu tinha 15 anos ou menos, alguém tentou que tivesse comportamentos sexuais ou que observasse atos sexuais.					
10- Quando tinha 15 anos ou menos, alguém tentou tocar-me de forma sexual ou tentou forçar-me a tocar-lhe.					
11- Quando tinha 15 anos ou menos, alguém ameaçou que iria magoar-me ou dizer mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual com essa pessoa.					

0

Questionário de Vulnerabilidade Mental (Barbosa, 2013)

Pedimos-lhe que responda a algumas perguntas relativamente à vulnerabilidade mental. Por favor, leia cada uma das questões e, do modo mais espontâneo possível, assinale a resposta que lhe parecer mais adequada.

nº	Itens	1 Nunca	2 Rara mente	3 Algumas vezes	4 Muitas vezes	5 Constan- temente
1	As minhas mãos tremem com facilidade?					
2	Tenho falta de apetite?					
3	Tenho fortes dores de cabeça?					
4	Tenho insónia?					
5	Tenho crises de ansiedade?					
6	Sinto-me muito cansado(a)?					
7	Tomo comprimidos, por exemplo, para dores de cabeça, para dormir, para os nervos ou para problemas similares?					
8	Tenho dores em várias partes do corpo, por exemplo no abdómen, no pescoço, nas costas ou no peito?					
9	Sofro dos nervos?					
10	Tenho tonturas?					
11	Considero que o ruído me incomoda mais do que à maioria das pessoas?					
12	Estou de mau humor?					
13	Tenho dificuldade em concentrar-me no trabalho se alguém me está a observar?					
14	O meu coração bate mais rápido, sem motivo aparente?					
15	Sinto que não estou bem?					
16	É-me difícil fazer amigos?					
17	Tenho dificuldade em aceitar que outros decidam por mim?					
18	Prefiro ser reservado(a)?					
19	Fico irritado com pequenas coisas?					
20	Tenho pensamentos que me preocupam ou perturbam?					
21	Sou uma pessoa muito tímida ou sensível?					
22	Sinto-me habitualmente incompreendido(a) pelas outras pessoas?					

Questionário de Suporte Social Percebido (Carvalho et al., 2011)

Pedimos-lhe que responda a algumas perguntas relativamente ao suporte social percebido. Por favor, leia cada uma das questões e, do modo mais espontâneo possível, assinale a resposta que lhe parecer mais adequada.

	1- Discordo muito fortemente	2- Discordo fortemente	3- Discordo moderadamente	4- Neutro	5- Concordo moderadamente	6- Concordo fortemente	7- Concordo muito fortemente
1- Há uma pessoa especial que se encontra próximo quando necessito.							
2- Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.							
3- A minha família tenta ajudar-me verdadeiramente.							
4- Tenho a ajuda emocional e o apoio que necessito da minha família.							
5- Tenho uma pessoa que é verdadeiramente uma fonte de conforto para mim.							
6- Os meus amigos realmente procuram ajudar-me.							
7- Posso contar com os meus amigos quando algo corre mal.							
8- Posso falar dos meus problemas com a minha família.							
9- Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.							
10- Há uma pessoa especial na minha vida que se preocupa com os meus sentimentos.							
11- A minha família está disponível para me ajudar a tomar decisões.							
12- Posso falar dos meus problemas com os meus amigos.							

Anexo C- Autorizações dos Questionários

Autorizações dos Questionários

Em anexo seguem as autorizações dos questionários do Trauma Infantil e da Vulnerabilidade Mental. Relativamente aos instrumentos da Solidão e Suporte Social não foi necessária a realização do pedido de autorização sendo que, se encontram integrados no projeto do CIP-UAL que a professora doutora Lúcia Serra, orientadora do projeto está a direccionar e já foram utilizados e facultados pela mesma.

Autorização- Trauma Infantil

Julia Santos <julia.p.santos.88@gmail.com>

quarta, 6/12/2023, 21:41

☆ 😊 ↩ ⋮

para eleonora ▼

Exma. Doutora Eleonora Costa

Boa noite,

Chamo-me Júlia Santos.

Sou aluna do mestrado de Psicologia Clínica e de Aconselhamento na Universidade Autónoma de Lisboa e estou a realizar a minha dissertação, venho por este meio solicitar a sua autorização para a utilização do questionário de trauma infantil.

Coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento adicional.

Agradeço desde já a sua atenção e disponibilidade.

Os melhores cumprimentos,
Júlia Santos

Eleonora Cunha Veiga Costa <eleonora@ucp.pt>

quinta, 7/12/2023, 09:56

☆ 😊 ↩ ⋮

para mim ▼

Bom dia, Júlia.

Sim, claro que pode utilizar o questionário.

Bom trabalho!

Autorização-

Vulnerabilidade

Mental

Julia Santos <julia.p.santos.88@gmail.com>
para elsanatalinamendes ▼

quarta, 6/12/2023, 20:28



Exma. Enfermeira Elsa Natalina

Boa noite,

Chamo-me Júlia Santos.

Sou aluna do mestrado de Psicologia Clínica e de Aconselhamento na Universidade Autónoma de Lisboa e estou a realizar minha dissertação, venho por este meio solicitar a sua autorização para a utilização da escala de vulnerabilidade mental.

Coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento adicional.

Agradeço desde já a sua atenção e disponibilidade.

Os melhores cumprimentos,
Júlia Santos

Elsa Barbosa <elsanatalinamendes@hotmail.com>
para mim ▼

segunda, 11/12/2023, 13:28



Bom dia.

Autorizo o uso da versão do questionário solicitado cuja versão portuguesa estudei para a população portuguesa em 2012.

cordialmente
Elsa Natalina Mendes Barbosa