



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

**O efeito da solidão na saúde mental nos adultos portugueses: a
influência do suporte social e do vínculo com animais de estimação**

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

Autora: Tatiana Menezes

Orientadora: Professora Doutora Maria Luísa Marques Pernalta Ribeiro

Número da Candidata: 30008646

Abril de 2024

Lisboa

Dedicatória

Em memória a meu avô Hércio de Menezes.

Agradecimentos

Gostaria de manifestar, por meio deste texto, o meu profundo reconhecimento pela inestimável contribuição de todos os que me apoiaram durante a minha trajetória acadêmica.

Agradeço imensamente, a minha família. Ao meu filho Norberto Brunato pela dedicação diária para me manter motivada, agradeço a minha mãe Katia Brasil pela paciência de me ouvir, bem como agradeço ao meu irmão Rafael Brasil Pompeo pelo seu apoio.

Não posso deixar de mencionar a importância dos meus colegas de curso Ana Catarina Simões, Dulce Dias e Tiago Lopes. Agradeço sinceramente pela ajuda e pela disponibilidade prestada durante o período acadêmico. Todas as trocas de conhecimento e experiências foram valiosas e contribuíram para um ambiente de aprendizagem enriquecedor. Da mesma forma agradeço aos meus colegas de trabalho pela colaboração e compreensão, em especial ao meu colega e amigo Rui Fernandes pelo seu apoio e paciência.

É com carinho que expresso a minha sincera gratidão à minha orientadora Luísa Ribeiro pela sua disponibilidade, ajuda constante e paciência incansável. Agradeço cada mensagem de incentivo. Agradeço a sua dedicação em orientar e apoiar a realização desta dissertação.

Por fim, expresso o meu muito obrigada, a minha profunda gratidão a todos os envolvidos nesta trajetória. Agradeço toda a disponibilidade, ajuda, paciência, prontidão, confiança e colaboração demonstradas por todos vocês, sendo relevante referir que teve um impacto inestimável na finalização desta etapa da minha vida.

“Construí amigos, enfrentei derrotas, venci obstáculos, bati na porta da vida e disse-lhe: não tenho medo de vivê-la.”

- Augusto Cury

Resumo

O presente estudo foi delineado com o intuito de perceber como os sentimentos de solidão dos adultos portugueses trabalhadores do Concelho de Almada podem estar relacionados com a saúde mental, bem como relacionado com o suporte social e de que forma a vinculação com os animais de estimação pode afetar o sentimento de solidão e contribuir para a saúde mental. O estudo é do tipo quantitativo descritivo-correlacional, composto por 208 participantes, trabalhadores portugueses no conselho de Almada (idade média=44,38; DP=13,31; 72,6% mulheres e 27,4% homens), Os instrumentos utilizados foram o Questionário Sócio Demográfico; A Escala da Solidão (UCLA) Russell (1996), adaptada para a população portuguesa por Pocinho e Farate (2010); a Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse (EADS-21) de Lovibond & Lovibond (1995), adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2004); a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS) (Zimet et al., 1988) adaptada para a população portuguesa por Carvalho et al. (2011); a Escala de Lexington Vinculação Animal (LAPS) Johnson et al. (1992), adaptada para a população portuguesa por Gomes (2017). Realizou-se a estatística descritiva, análise de correlação, regressão linear, análise de mediação e análise de moderação. Este estudo apresentou resultados significativos para a correlação entre a solidão e as dimensões da saúde mental (ansiedade a depressão e o stresse). Também verificou que o suporte social teve efeito mediador significativo na relação entre a saúde mental e a solidão dos trabalhadores da amostra. Os animais de estimação não tiveram efeito moderadores da relação entre a solidão e o suporte social. Os resultados obtidos indicaram que a solidão tem impacto negativo na saúde mental dos adultos participantes, e que o apoio social ajuda a pessoa na diminuição da solidão e no aumento da saúde mental. Permitiu ainda aferir que o vínculo com os animais de estimação não influencia de forma significativa no sentimento de solidão. Por fim, os trabalhadores com animais de estimação não apresentaram níveis estatisticamente significativos da solidão em comparação com os trabalhadores sem animais de estimação.

Palavras-chave: solidão; saúde mental; suporte social; animais de estimação.

Abstract

The present study was designed with the aim of understanding how feelings of loneliness of working Portuguese adults in the Almada Municipality may be related to mental health, as well as related to social support and how bonding with pets can affect the feeling of loneliness and contribute to mental health. The study is of a quantitative descriptive- correlational type , composed of 208 participants, Portuguese workers in the Almada Municipality (average age=44.38; SD=13.31; 72.6% women and 27.4% men), The instruments used were the Socio-Demographic Questionnaire; The Loneliness Scale (UCLA) Russell (1996), adapted for the Portuguese population by Pocinho and Farate (2010); the Depression, Anxiety and Stress Scale (EADS-21) Lovibond & Lovibond (1995), adapted for the Portuguese population by Pais-Ribeiro et al. (2004); the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) (Zimet et al., 1988) adapted for the Portuguese population by Carvalho et al. (2011); the Lexington Animal Attachment Scale (LAPS) Johnson et al. (1992), adapted for the Portuguese population by Gomes (2017). Descriptive statistics, correlation analysis, linear regression, mediation analysis and moderation analysis were performed. This study presented significant results for the correlation between loneliness and dimensions of mental health (anxiety, depression and stress). It also verifies that social support had a significant mediating effect on the relationship between mental health and loneliness among workers Sample. Pets did not have moderating on the relationship between loneliness and mental health. The results obtained indicated that loneliness has a negative impact on the mental health of participants adults, and that social support helps people reduce loneliness and increase mental health. And it also allowed us to verify that pets do not significantly influence the feeling of loneliness. Finally, workers with pets did not show statistically significant levels of loneliness compared to workers without pets.

Keywords: loneliness; mental health; social support; pet.

Índice

Introdução	14
PARTE I: REVISÃO DE LITERATURA	17
Capítulo 1 – Solidão.....	18
1.1 - Conceito de Solidão.....	18
1.2 - Fatores de Risco da Solidão	21
1.3 – Fatores de Intervenção da Solidão	25
1.4 - Trabalho e Solidão.....	26
Capítulo 2 – Saúde Mental.....	27
2.1 - Conceito e Dimensões da Saúde Mental	27
2.2 - Fatores de Risco da Saúde Mental.....	32
2.3 - Fatores de Intervenção da Saúde Mental.....	32
2.3 - Trabalho e Saúde Mental.....	33
Capítulo 3 – Suporte Social	36
3.1 - Conceito de Suporte Social.....	37
3.2 - Suporte Social: Dimensões, Recursos e Fatores.....	38
Capítulo 4 – Seres Humanos e os Animais de Estimação	42
4.1 - Evolução Histórica da relação entre Seres Humanos e os Animais	42
4.2 - Perspetiva dos Seres Humanos em relação aos seus Animais de Estimação	43
4.3 - Vantagens e Desvantagens da Relação entre os Seres Humanos e os Animais de Estimação.....	43
PARTE II: METODOLOGIA.....	46
5.2 - Objetivos do Estudo	48
5.3 - Modelo do Estudo e Hipóteses	48
5.4 - Participantes	49
5.5 - Instrumentos	50
5.5.1 - Dados Sociodemográficos	50
5.5.2 - Escala da Solidão (UCLA).....	50
5.5.3 - Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse (EADS-21)	51
5.5.4 - Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS)	51
5.5.5 - Escala Lexington Vínculo Animal (LAPS)	52
5.6 - Procedimentos	52
PARTE III: RESULTADOS	54
Capítulo 6 - Apresentação e Análise dos Resultados.....	55

6.1 - Participantes	55
6.2 Confiabilidade das escalas utilizadas	57
6.3 Análise Estatística.....	58
PARTE IV: DISCUSSÃO	70
Capítulo 7 – Discussão dos Resultados	71
7.1 - Discussão	71
7.2 - Pertinência e Aplicações Práticas no Futuro	73
7.3 - Limitações do Estudo	73
7.4 - Sugestões para Investigações Futuras	74
Conclusão	74
Referências Bibliográficas	76

Índice de Tabelas

Tabela 1: Caracterização da amostra (N=208)

Tabela 2: Caracterização da Amostra Segundo o Vínculo com Animais de Estimação

Tabela 3: Caracterização das Escalas UCLA, EADS, MSPSS e LAPS

Tabela 4: Correlação entre a Solidão (UCLA) e o Suporte Social (MSPSS)

Tabela 5: Modelo de Mediação Moderada com Stresse e Suporte Social da Família

Tabela 6: Modelo de Regressão entre a solidão, a ansiedade e o suporte social da família

Tabela 7: Modelo de Regressão entre a solidão, a depressão e o suporte social da família

Tabela 8: Modelo de Mediação Moderada entre a Solidão, Stresse, Amigos e as dimensões Proximidade, Importância e Vínculo.

Tabela 9: Modelo de Regressão entre a solidão, a ansiedade e amigos

Tabela 10: Modelo de Regressão entre a solidão, a ansiedade e depressão

Tabela 11: Correlação entre a Solidão, Stresse, Outros Significativos e as dimensões Proximidade, Importância e Vínculo.

Tabela 12: Modelo de Regressão entre a solidão, a ansiedade e outros significativos

Tabela 13: Modelo de Regressão entre a solidão, a depressão e outros significativos

Tabela 14: Comparação de quem tem ou não animal de estimação conforme os instrumentos

Índice de Figura

Figura 1: Modelo do estudo

Índice de Anexos

Anexo 1 - Questionário Sociodemográfico

Anexo 2 - Escala de Solidão (UCLA) (Daniel Russell, 1996); Traduzida e adaptada por Margarida Pocinho et al. (2010).

Anexo 3 - Escala de Depressão, Ansiedade e stress (EADS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995); Versão portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2004).

Anexo 4 - Escala de Suporte Social Percebido (MSPSS) (Zimet et al., 1988); Versão portuguesa por Carvalho et al. (2011).

Anexo 5 - Escala LAPS (Johnson et al., 1992); Versão portuguesa por Gomes (2017).

Lista de Abreviaturas e Siglas

APA: *American Psychological Association*

INE: Instituto Nacional de Estatística

OMS: Organização Mundial da Saúde

WHO: World Health Organization

**O efeito da solidão na saúde mental nos adultos portugueses a
influência do suporte social e do vínculo com animais de estimação**

Introdução

Nos últimos anos a solidão tem sido um construto de grande interesse no âmbito científico. Após o isolamento social face a pandemia, este tópico mostrou-se com mais ênfase, sendo de interesse social. O sentimento de solidão está associado ao sofrimento psicológico, como a ansiedade, depressão e stresse, assim sendo, tem um impacto significativo na vida das pessoas (Jantara et al., 2022).

A solidão é um construto complexo, caracterizado como uma experiência subjetiva e intensa com sentimento de insatisfação diante das relações sociais que pode estar associada a fatores psicológicos, sociais e ambientais (Pocinho, 2010). O sentimento de solidão é subjetivo, depende das características de cada pessoa e do desejo de querer estar mais sozinha ou mais acompanhada (Hughes et al., 2004). Ussel (2001), ainda refere a existência de duas vertentes, a família e o trabalho, e se houver alguma mudança numa destas vertentes, podem surgir problemas na saúde física ou mental, nos quais insere-se o sentimento subjetivo de solidão (Ussel, 2001).

A Organização Mundial da Saúde (2021), refere preocupações em relação a saúde mental e as suas possíveis consequências psicossociais da pandemia. É de salientar que as medidas tomadas (e.g., isolamento) afetaram a vivência das pessoas, no qual pode levar a um aumento da solidão, ansiedade, depressão, insónia, abuso do álcool e drogas, dos comportamentos autodestrutivos e suicidas (WHO, 2021).

Considerando que a solidão é um sentimento de cariz psicossocial, é relevante que exista uma preocupação com os adultos que estão expostos a fatores de riscos psicossociais pelo qual pode levar nomeadamente a baixos níveis de saúde mental, bem como ao afastamento social e a solidão (van Tilburg et al., 2021).

Num estudo realizado com assistentes operacionais verificou-se que as condições relacionadas com o trabalho podem ser negativas e que neste caso afetam a saúde mental dos indivíduos. Em 2014 verificou-se uma taxa de absentismo na função pública de 4.21%. Os assistentes operacionais (AO), apresentam uma taxa de absentismo de 2.01%, sendo o grupo com a taxa mais elevada de absentismo do município de Felgueiras, sendo que alguns dos fatores subjacentes são a ansiedade e o stresse. No qual pode levar ao isolamento e a solidão. Sendo assim, este estudo se mostra pertinente, pois a taxa de absentismo por sofrimento psicológica é um dos

fatores que pode provocar prejuízo tanto ao trabalhador como ao bom funcionamento das empresas (Oliveira, 2016).

O isolamento social é outro dos fatores que podem contribuir para o sentimento de solidão. São vários os autores que referem o suporte social como recurso de enfrentamento, pelo qual vem sendo alvo de estudo desde a década de 70. Autores desta década, como Gore em 1978, e Lin, Simeone, Ensel e Kuo, em 1979, referem que o suporte social está diretamente relacionado com aspetos psicológicos e físicos e este pode diminuir a intensidade entre os sintomas estressantes e os acontecimentos de vida (citado por Zimet et al, 1988).

Após a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarar a Covid-19 como pandemia mundial, os Governos de vários países aprovaram medidas de isolamento social na tentativa de parar a propagação do vírus (OMS, 2020), o que acarretou mudanças na vida das pessoas. A pandemia trouxe mudanças também para as organizações (e.g., mais atendimento por via eletrónica) e para as condições de trabalho. Assim sendo, emergem novos tipos de riscos psicossociais para a saúde mental e o bem-estar dos trabalhadores (OIT, 2020).

O suporte social envolve a presença de relações sociais e interações significativas entre pelo menos duas pessoas com o intuito de melhorar o bem-estar de quem o recebe (Haber et al, 2007, citado por Paykani, 2020). Lin (1986) caracterizou o suporte social como apoio real e/ou percebido dos recursos fornecidos por familiares, pares, amigos, pessoas da comunidade, bem como colegas de trabalho, com o intuito de promover o bem-estar do destinatário (citado por Zimet et al, 1988). Da mesma forma, os seus animais de estimação podem ter um impacto positivo na promoção da saúde mental (Wanser et al., 2020), bem como ajudar a pessoa nas interações sociais e a uma maior participação na comunidade (Wood et al., 2005).

Estudos demonstram que a solidão é nociva para a saúde das pessoas, de forma que se torna necessário haver investigação neste âmbito, pois o sentimento de solidão pode estar relacionado com a saúde mental (Pocinho, 2007), na qual é algo de que a pessoa necessita para obter bem-estar e se capacitar para a melhor tomada de decisão diante do obstáculo durante todo o seu desenvolvimento de vida, para exercer as suas capacidades plenas, nomeadamente aprender, trabalhar e contribuir para a comunidade (WHO, 2022).

Em Portugal existem poucos estudos com tema solidão dos adultos, não foram encontrados estudos com trabalhadores no Conselho de Almada, motivo pelo qual este estudo teve como objetivo geral perceber como os sentimentos de solidão dos adultos portugueses trabalhadores do Concelho de Almada podem estar relacionados com a saúde mental, com o suporte social percebido, e de que forma a vinculação com os animais de estimação pode diminuir o sentimento de solidão e contribuir para uma melhor saúde mental. De modo a averiguar esta problemática efetuamos estudo entre um grupo de trabalhadores do Concelho de Almada.

Este trabalho, para além desta contextualização inicial, apresenta uma revisão da literatura, onde se enquadra a contextualização teórica da problemática identificada, seguida da metodologia, onde propomos um modelo de análise, e analisamos os dados recolhidos. Por fim, é feita uma discussão face ao modelo de análise proposto, seguida de uma conclusão.

PARTE I: REVISÃO DE LITERATURA

Capítulo 1 – Solidão

1.1 - Conceito de Solidão

A solidão é um construto complexo que tem sido estudado e conceituado por vários autores ao longo das décadas, sendo considerado um importante problema de saúde pública que está associado a mortalidade e morbidade (Bevilacqua et al., 2021). É compreendida por Pocinho (2010) como uma experiência subjetiva e intensa, uma representação de insatisfação que resulta do déficit das relações sociais, pela qual pode estar associada a fatores psicológicos, sociais e ambientais. Também tem sido descrita pelas pessoas como uma condição afetiva hostil, acompanhada por cognições negativas, acontecimentos de vida desfavoráveis, estratégias desadequadas para a resolução dos problemas, competências relacionais disfuncionais tanto no âmbito individual quanto social (Pocinho, 2010).

O sentimento de solidão é subjetivo porque depende das características de cada pessoa, pois pode sentir a necessidade de estar mais sozinha ou mais acompanhada, ainda que o ser humano não tenha sido criado para viver sozinho (Hughes et al., 2004). As pessoas, como seres sociais, buscam a presença de outras pessoas, de pessoas significativas em que possam confiar, partilhar, trabalhar e, assim, prosperar (Cacioppo & Patrick, 2008, citado por Cacioppo et al., 2015).

É de salientar, que a solidão pode ser definida como um isolamento social subjetivo (a pessoa se sente sozinha independente dos fatores externos), o que difere do isolamento social objetivo (a pessoa está fisicamente isolada do contacto social). A pessoa vivencia uma experiência social subjetiva onde o ambiente também exerce influência, pelo qual pode ser um ambiente de característica amigável ou mesmo hostil (Cacioppo et al., 2015).

Como referido anteriormente, a experiência da solidão é subjetiva. Assim, cada pessoa tem o seu sentimento dependente das suas relações, dos seus acontecimentos de vida. Existem fatores psicológicos, sociais e ambientais como a cultura ou uma doença que influenciam na forma como a pessoa lida com a informação, como a pessoa se relaciona e pode resultar em estratégias desadaptativas no enfrentamento de problemas em nível pessoal ou social. A solidão resulta, desse modo, da percepção da qualidade das

relações sociais como hostis, e das experiências subjetivas como negativas (Pocinho, 2017).

Nesta mesma linha de pensamento, Weiss (1973) aponta que a solidão se refere ao isolamento social percebido, uma condição psicológica, crônica e destrutiva. Nela, a pessoa se sente sozinha ou isolada, mesmo que esteja entre amigos e familiares (citado por Cacioppo & Cacioppo, 2012). De forma que vai ao encontro do que foi referido anteriormente por Pocinho (2017), que a solidão é referente da percepção que a pessoa tem das suas relações, pois a pessoa pode ter amigos e se sentir isolada, o que pode ser acompanhado de pensamentos negativos repetitivos que resultam em relações de má qualidade (Pocinho, 2017). Compreende-se, neste sentido, que a solidão é complexa e subjetiva, pelo qual acarreta prejuízo para a pessoa que vive a experiência da solidão de forma intensa e negativa (Pocinho, 2017).

Peplau & Perlman (1982) descrevem a solidão como um sentimento de mal-estar resultante da discrepância entre os níveis de contactos interpessoais desejados e os contactos realizados, i.e., é um sentimento de sofrimento que aparece quando há distanciamento entre aquilo que desejamos das relações sociais e aquilo que temos dessas relações (citado por Cacioppo et al, 2015).

A solidão pode causar um desequilíbrio físico e mental, ao desencadear sintomas de depressão, desregular o sono e os genes que regulam a ativação das células de defesa, diminuir o controlo do sistema imunitário, entre outros. Pode, assim, gerar uma série de desequilíbrios psicológicos e fisiológicos, o que prejudica a saúde do indivíduo (Cacioppo et al., 2011).

É de salientar, que a solidão não apresenta somente o lado negativo para o bem-estar da pessoa, mas também existe o lado positivo, que por sua vez desempenha funções adaptativas em determinados habitats. A solidão, ao mesmo tempo que desperta a atenção sobre possíveis ameaças sociais, motiva a pessoa a estabelecer e manter novas relações sociais (Cacioppo et al., 2011).

No contexto da evolução humana, estudos indicam que o nosso cérebro e a nossa biologia voltam-se para a autopreservação, o que também sugere que os sentimentos relacionados ao isolamento social podem advir do inconsciente. Por conseguinte, sentir-se socialmente isolado aumenta o desejo involuntário de se conectar com outras

peessoas, até mesmo como forma de garantir a sobrevivência (manutenção das relações e convívio social). No entanto, parece também aumentar a vigilância para possíveis ameaças sociais (Cacioppo & Cacioppo, 2014).

O autor Ussel (2001) deu o seu contributo quando considerou a existência de dois principais eixos da solidão, dos quais um é a família e o outro o trabalho; ambos equilibram e norteiam os seres humanos. Assim sendo, se houver alguma mudança num desses eixos, é esperado que apareçam problemas do foro físicos ou emocionais, nos quais insere-se o sentimento subjetivo de solidão (Ussel, 2001).

No entanto, para Weiss (1973) o sentimento de solidão é classificado em três dimensões: solidão emocional, solidão social e o isolamento coletivo. A primeira dimensão a solidão emocional é referente a pessoa sentir-se só e insatisfeita, por falta de um relacionamento íntimo, i.é., quando existe o sentimento percebido de ausência de alguém significativo com quem se pode contar através do apoio emocional durante os períodos problemáticos, (e.g., cônjuge, parceiro) (citado por Pocinho, 2010).

A segunda dimensão a solidão social é alusiva a sentir-se só e insatisfeita, devido a falta de laço social, como a família e amigos i. é., quando existe o sentimento percebido da ausência de amigos e/ou familiares (citado por Pocinho, 2010), o que vai ao encontro do primeiro eixo apontado por Ussel (2001). No que se refere a estas duas dimensões, a solidão emocional e a solidão social não podem ser substituídas uma pela outra. Mesmo que a pessoa tenha um relacionamento de afeto tal como com um amigo/a, ou um filho/a, estes não podem substituir a falta do relacionamento íntimo, da mesma forma, a pessoa não consegue sentir-se satisfeito no que diz respeito a solidão social se só estiver satisfeita com o que diz respeito a solidão emocional. Assim sendo, não é possível haver substituição entre estas duas formas de solidão (citado por Pocinho, 2010).

A terceira dimensão o isolamento coletivo, descrito por Weiss (1973) é a ausência de pertença a um grupo ou entidade social (e.g., igreja, equipa) (as cited in Cacioppo, 2012). A pessoa, não se sente pertencente a um grupo, pela qual pode ficar isolada voluntária ou involuntariamente, o que coíbe sua socialização, suas interações sociais e práticas culturais e, também pode gerar um sentimento de exclusão e afetar seu senso de pertencimento (citado por Pocinho, 2010).

Da mesma forma que Weiss apresenta as dimensões da solidão, Tiwari (2013) refere que ela pode ser categorizada conforme três causas. Uma delas, é muito próxima do que Weiss aponta como solidão social, e que Tiwari refere como a solidão situacional, dado que existem influências socioeconômicas e culturais, além de conteúdos de aspetos ambientais (e.g., más experiências). As demais causas são a solidão no desenvolvimento e a solidão interna (Tiwari, 2013).

A solidão no desenvolvimento, Tiwari (2013) afirma que o ser humano nasce com a necessidade de se relacionar e também sente a necessidade de se individualizar, no qual deve haver um equilíbrio entre estes dois fatores para que a pessoa não tenha o sentimento de vazio, nem de solidão. Quanto a solidão interna, o autor refere que o fato da pessoa estar sozinha não significa que se sinta solitária. Ainda estão envolvidos fatores que podem promover o sentimento de solidão, tais como a personalidade, pouca autoestima, sentimento de culpa ou incapacidade, sofrimento psicológico, estratégias inadequadas para ultrapassar as situações adversas (Tiwari, 2013).

Numa outra perspectiva, Carl Rogers (1973) considerou que a solidão é mais intensa nas pessoas que estão a passar por alguns acontecimentos de vida desfavoráveis onde sentem-se mais enfraquecidas e com o *self* vulnerável, diante de um mundo onde existe julgamentos e críticas. (Rogers, 1973). Neste sentido, o medo e a rejeição afetam a saúde mental, no qual a pessoa passa a ter pensamentos e sentimentos que levam a sentir-se presa no seu interior, isolada do exterior, explicado pela diferença entre o que a pessoa é e o que a pessoa pensa de si própria, assim dificultado o crescimento e a realização pessoal (Pocinho, 2017).

Mediante a compreensão conceitual da solidão referida pelos autores de forma distinta, mas se aproximando em vários momentos, será apresentado fatores de risco e fatores de proteção que estão associados a esse sentimento.

1.2 - Fatores de Risco da Solidão

Como foi referido anteriormente, a solidão é uma experiência complexa e subjetiva, por isso o sentimento de solidão é diferente em cada pessoa, a causa pode ser diversa, pois em cada fase da vida surgem acontecimentos diferentes, em cada contexto, em cada dinâmica relacional. A depender das causas, a solidão pode afetar de forma negativa o bem-estar físico e mental das pessoas. Neste sentido, pode trazer sentimentos

de desamparo, abandono, a pessoa pode se sentir deprimida ou mesmo discriminada, bem como pode ter dificuldades em se relacionar (Tiwari, 2013).

Lim et al. (2020), apresentaram no seu estudo de revisão sistemática, conclusões que sugerem exirem fatores de risco para o aparecimento do sentimento de solidão, tais como a demografia, saúde e fatores socioambientais (Lim et al., 2020).

Neste sentido, fatores externos como a pandemia da covid-19 e a era digital são alguns dos exemplos que influenciam na saúde mental da população. Segundo Cacioppo (2015), o aparecimento da nova era digital, teve impacto na vida das pessoas, pois passaram a utilizar a internet para socializar, trocar ideias, comprar, trabalhar, no entanto, a pessoa pode entrar num mundo solitário onde agrega sentimentos como incapacidade, padrões diferenciais do físico e do social. Assim todos estes fatores podem contribuir para o aumento do sentimento de solidão e ao isolamento social (Cacioppo et al, 2015).

O autor Griffin (2010), refere que houve um aumento da solidão, mesmo antes da pandemia da covid-19, pois menciona o resultado do inquérito realizado pela Statistics New Zealand (2010) que indica que 33% dos participantes com 15 anos ou mais relataram que tiveram aumento nos sentimentos de solidão. Também relata que no mesmo ano, no Reino Unido, os participantes de outra pesquisa apresentaram uma taxa de prevalência da solidão de 45% (citado por Cacioppo et al, 2015).

O estudo de Lopes realizado em 2021 com 496 estudantes de universidades portuguesas sobre a solidão e o isolamento social, apontou que a maioria da amostra relatou ter se sentido sozinha no mês anterior a pesquisa. Os resultados do estudo indicaram que 14.5% dos inquiridos relataram ter sentido mais solidão, no entanto não experienciaram isolamento; 12.7% dos inquiridos relataram ter sentido mais isolamento, no entanto não relataram solidão; o estudo também sugere ter havido um aumento simultâneo da solidão e do isolamento social de 57.3% dos inquiridos; e, por fim, 97.8% relataram que a pandemia COVID-19 teve um impacto global na sua vida quotidiana.

Dentre os fatores de risco para a solidão identificam-se, nomeadamente, a carência de contactos com amigos e família, rede social reduzida, as relações de baixa qualidade, o divórcio e a viuvez, o viver sozinho, a insatisfação com as condições de vida, a incapacidade, afastamento do trabalho (Ussel, 2001). Do mesmo modo,

Barjaková (2023) aponta que alguns dos fatores preditores da solidão mais considerados são o estado civil, a condição de viver só e os tipos de laços sociais, no qual é de salientar que a quantidade e a qualidade das relações sociais exercem grande influência no sentimento de solidão (Barjaková et al, 2023).

Pode-se considerar a falta do apoio social como um risco que exerce influência no sentimento de solidão. Assim como o ambiente que a pessoa se encontra, pode ser num contexto (e.g., socioeconómico, sociocultural), que também influencia no sentimento de solidão (Tiwari, 2013).

Um estudo sobre o impacto social do distanciamento físico e relacionado com a solidão social (défice nas relações com os seus amigos ou colegas) e a solidão emocional (défice no vínculo emocional próximo), realizado em maio de 2020 na Holanda, com 1679 participantes (65 anos ou mais), mostrou que a solidão emocional teve um aumento nas pessoas afetadas pela perda do contacto social. Este mesmo estudo mostrou que durante a pandemia da COVID-19 o nível de solidão social aumentou ligeiramente, e o nível de solidão emocional aumentou fortemente. O estudo indica que o aumento da solidão social e solidão emocional os problemas de saúde mental, estão relacionados com fatores como falta de apoio profissional e perdas pessoais (Van Tilburg et al., 2021).

As pessoas sofrem perda de papéis importantes (e.g., reforma), pelo qual, pode contribuir para aumento dos níveis de isolamento e de solidão, e assim resultar numa má condição da saúde tanto física como psicológica tais como a depressão (Leite & Carvalho, 2011). Assim, os sentimentos de solidão, quando mantidos ao longo do tempo, são comparados com a depressão, em que as duas são ativadas a nível químico de maneira semelhante. Assim sendo a pessoa passa a ativar o seu pensamento negativo principalmente na interação social, i.é., a pessoa vai interpretar de modo negativo os estímulos sociais neutros ou positivos, no que resulta em comportamentos sociais disfuncionais, e dificulta o estabelecimento de novas relações (Hawkley & Cacioppo, 2010).

Deste modo, é de referir que a solidão gera impacto negativo significativo sobre a pessoa e o seu funcionamento social (Hawkley & Cacioppo, 2010). Pois as pessoas que apresentam uma maior sensibilidade em relação a solidão passam a ter mais

vigilância às potenciais ameaças sociais. O foco é nos aspetos negativos da socialização, as memórias dos eventos sociais serão na sua maioria sobre os aspetos negativos e as suas ações socialmente tornam-se desadaptadas, de forma que a pessoa valida o que pensa em relação a socialização. Durante algum período isto pode resultar como um processo protetor, no entanto a longo prazo pode acarretar problemas a nível da saúde física e mental (Hawkley & Cacioppo, 2010).

Quando a pessoa que está a vivenciar a solidão por um período longo de tempo, além da depressão, pode ter outras consequências negativas para a saúde. A falta das relações neste período pode aumentar o risco de desenvolver disfunções do fórum fisiológico, sofrimento psicológico, bem como problemas comportamentais. Quando isto acontece, pode ser chamado de “solidão patológica” (Tiwari, 2013).

Algumas doenças do foro físico e mentais estão correlacionadas com a solidão, tais como: Perturbação da personalidade, Depressão, Stresse, Alcoolismo, Abuso infantil, Luto prolongado, Suicídio, Doença de Alzheimer (Mushtaq et al., 2014), Doença de Parkinson. Todas estas doenças têm impacto direto no bem-estar físico, psicológico e social da pessoa (Terracciano et al, 2023).

Num estudo recente sobre a Doença de Parkinson, apresentado em 2023, nos Estados Unidos que corresponde a uma amostra populacional do Reino Unido de 491.603 participantes com idades compreendidas entre 38 e 73 anos com dados de solidão e sem diagnóstico de Doença de Parkinson no início do estudo em 2006. Os participantes foram acompanhados durante 15 anos. Ao longo deste estudo 2.822 participantes desenvolveram doença de Parkinson. Os resultados referem que a solidão está associada de forma significativa ao aumento do risco da incidência da Doença de Parkinson, independente de fatores de risco nomeadamente socioeconômicos, genético e saúde física e mental. Assim sendo, existem evidências que a solidão é um fator de risco psicossocial determinante para a saúde (Terracciano et al, 2023).

A solidão também pode ser derivada do afastamento relativo a doenças do foro físico e/ou psíquico. Gaulejac (2011, p. 38), faz da expressão de Linhart, Rist e Durand (2002): “perda de emprego, perda de si mesmo”, ou seja, a pessoa durante a sua vida adulta acaba por desenvolver uma identidade de acordo com o seu trabalho, então, quando perde o trabalho, pode sentir perda de parte da sua identidade. Assim sendo, a

pessoa tende a procurar outro meio de se vincular a algum grupo na tentativa de ignorar a solidão (citado por Siqueira et al, 2019).

1.3 – Fatores de Intervenção da Solidão

Kasomo refere que existem quatro tipos principais de intervenções que servem como proteção, nomeadamente: (1) Desenvolver habilidades sociais; (2) Dar apoio social; (3) Desenvolver oportunidades de interação social; e (4) Reconhecer a cognição social desadaptativa (citado por Mushtaq et al., 2014).

O primeiro tipo elencado pelo autor é desenvolver habilidades sociais, onde sugere que as pessoas que se sentem solitárias deve procurar ter competências para lidar com os problemas do cotidiano, inclusive relacionais (Cacioppo et al., 2006, citado por Cacioppo et al., 2015). O segundo tipo: dar apoio social, é um importante fator para a diminuição do sentimento de solidão devido a pessoa se sentir útil (sentimento positivo). Interagir socialmente de forma positivas aumentam o bem-estar físico, psicológico e social da pessoa e por sua vez diminuem o sentimento de solidão, assim sendo, a pessoa mantém-se satisfeita e ativa socialmente (Zhang & Dong, 2022). O terceiro tipo: desenvolver oportunidades de interação social, refere-se perceber a oportunidade das relações mediante o contexto e o ambiente. Por fim, o quarto tipo: reconhecer a cognição social desadaptativa, que corresponde a padrões emocionais e cognitivos, tais como sentimentos e crenças tomados como verdades sobre si e sobre os outros (citado por Mushtaq et al, 2014).

Um programa realizado com tipos de intervenção para uma melhoria psicossocial obteve resultados positivos. As intervenções mais significativas foram quatro: a primeira onde houve mais oportunidades de contato social (e.g., recreação social); a segunda o apoio social (e.g., assistência a amigos, teleconferências); a outra foi de treinar as habilidades sociais (e.g., falar ao telefone, dar e receber elogios) e por fim, a terapia cognitivo-comportamental (Cacioppo et al, 2015).

De uma forma global, a solidão está a ser reconhecida como um fator de risco para a saúde física e psicológica. Posto isto, é de salientar que existem governos como da Dinamarca, do Canadá, dos Estados Unidos, o Reino Unido que estão a desenvolver campanhas de conscientização sobre este problema crescente do isolamento. Estas

campanhas são no sentido da sensibilização da população em geral sobre o estigma da solidão (Cacioppo et al, 2015).

Após relatar alguns dos fatores de intervenção, prevenção da solidão conclui-se da importância da saúde mental. Assim como refere a Agência Europeia de Segurança no Trabalho que é de suma importância abordar de uma forma geral os domínios relativos a proteção da saúde mental, em qualquer contexto, inclusive no trabalho (OSHA, 2023).

1.4 - Trabalho e Solidão

A solidão é um construto que tem sido pouco estudado nos adultos ativos, e que compreende numa grande parte da população trabalhadora. Existem características psicossociais do trabalho que podem ser referidas como: interações entre o trabalhador e o ambiente de trabalho, o conteúdo do trabalho, as condições organizacionais e as competências dos trabalhadores, as suas necessidades, cultura, considerações pessoais. A percepção do trabalhador em relação a estas características pode influenciar tanto o desempenho do trabalho, como a saúde e o bem-estar do trabalhador (OIT & OMS, 1986, citado por Bevilacqua et al., 2021).

Existem condições de trabalho que tornam-se riscos psicossociais, nomeadamente a cargas de trabalho excessivas pela qual supera a sua capacidade de realizar, a falta de objetividade e clareza na definição das funções, falta de oportunidade de participar nas tomadas de decisões que afetam o próprio trabalhador, não poder opinar na forma de como o trabalho é realizado, falta de capacidade na gestão de mudanças organizacionais, locais de trabalho inadequados, comunicação ausente ou ineficaz, falta de apoio tanto das chefias como dos colegas de trabalho, assédio psicológico e sexual, e atender pessoas (e.g., clientes, pacientes alunos) complicados (OSHA, 2023).

Num estudo realizado no Reino Unido, com uma amostra de 8.134 participantes, onde 4.521 foram acompanhados por 2 anos, tinham trabalho remunerado e idades compreendidas entre 50 e 64 anos. A prevalência de solidão não estava relacionada significativamente com a saída do mercado de trabalho, mas sim associada ao aumento as características psicossociais percebidas adversas no trabalho. Os participantes relataram falta de escolha no trabalho, perturbações mentais, depressão, perturbação do

sono devido a preocupações com o trabalho, exigências físicas de trabalho. Os dados sugerem que a percepção do trabalhador em relação ao ambiente de trabalho de má qualidade é um fator de risco para o desenvolvimento da solidão (Bevilacqua et al., 2021).

O estudo de Bevilacqua et al. (2021) sugere que a exposição a fatores de stresse profissionais podem ter impacto negativo na saúde mental, bem como pode haver um aumento dos riscos para a solidão. Também indica que existe uma relação entre a saúde mental e a solidão (Bevilacqua et al., 2021).

Diante de todos esses fatores de risco psicossociais, faz-se necessário prevenir e intervir no sentimento de solidão para a uma boa saúde mental. Sendo necessário atuar em qualquer ambiente, tanto no cotidiano como no trabalho, com o intuito de não desencadear problemas presentes e futuros à saúde das pessoas. Assim, tanto a prevenção como a intervenção para o sentimento de solidão e a melhora da saúde mental são importantes nesse processo, conforme será abordado no próximo tópico.

Capítulo 2 – Saúde Mental

Neste capítulo, serão mobilizados os principais aspetos para a compreensão da saúde mental, pois esta não se resume apenas no facto de não ter perturbações mentais. É um conceito muito mais complexo e subjetivo, pois cada pessoa pensa, vivencia experiências de uma forma diferente, as suas próprias dificuldade (WHO, 2023). Assim será apresentado algumas definições por meio de contributos de alguns autores para uma melhor contextualização.

2.1 - Conceito e Dimensões da Saúde Mental

O conceito de saúde mental definido por World Health Organization [WHO] (2022) refere-se ao bem-estar psicológico e emocional, pelo qual possibilita lidar com o stresse, adquirir a capacidade para tomada de decisões, colabora na formação das relações e a enfrentar as advertências da vida. Promove uma vivência adequada em comunidade. A saúde mental é crucial para a qualidade de vida da pessoa (OMS,2022).

Em consideração ao instrumento utilizado, torna-se necessário conceituar três dimensões relacionadas com a saúde mental, a Ansiedade, Depressão e o Stresse. Estes

estão relacionadas entre si, são um conjunto de emoções e sentimentos que envolvem a pessoa no seu todo (Hetem & Graeff, 2004, citado por Leal, 2009).

A primeira dimensão: Ansiedade, se refere a um sofrimento psicológico. Conforme a World Health Organization (2022), a Ansiedade é caracterizada como um estado de apreensão ou antecipação de perigo, onde ainda existe um sentimento de preocupação e angústia ou o aparecimento de sintomas somáticos de tensão (WHO, 2022).

A Perturbação de Ansiedade Generalizada, conforme CID-11 (2022) caracteriza-se por um estado intenso e persistente de excesso de medo e preocupação, onde os sintomas são graves ao ponto de causar prejuízos significativos nas áreas importantes do funcionamento do indivíduo, nomeadamente nas áreas pessoais, familiares, sociais, educacionais, ocupacionais (CID-11, 2022).

Vale mencionar que a ansiedade é interligada ao medo, que se refere a reação a uma ameaça iminente percebida relativo ao presente, enquanto a ansiedade é referente a algo que ainda não aconteceu, sendo uma ameaça antecipada percebida. No aspeto clínico das perturbações de ansiedade e medo, normalmente estão associadas cognições específicas que podem nortear para esclarecer o foco da apreensão (CID-11, 2022).

A segunda dimensão apresenta-se como Depressão, que pode desencadear em qualquer momento do ciclo vital, vários fatores podem ser o gatilho para um episódio depressivo, nomeadamente um trauma na infância, mudanças significativas na vida diária, uso de substâncias psicoativas, entre outros (OMS, 2023). Conforme a classificação do CID-11 (2022), a depressão se divide em dois tipos: a Perturbação Depressiva de episódio único e a Perturbação Depressiva recorrente (CID-11, 2022).

A Perturbação Depressiva de episódio único é caracterizada por de humor deprimido quase diário ou uma diminuição dos interesses nas atividades diárias num tempo mínimo de duas semanas e geralmente associado a outros sintomas, nomeadamente a dificuldade de concentração, sentimentos de inutilidade ou culpa inapropriada, desesperança, pensamentos recorrentes de morte ou suicídio, mudanças no apetite ou sono, agitação ou retardo psicomotor e energia ou fadiga (CID-11, 2022).

A Perturbação Depressiva recorrente é caracterizada por dois ou mais episódios depressivos intervalados por meses com humor deprimido ou falta de interesse nas

atividades diárias, num tempo mínimo de duas semanas e geralmente associado a outros sintomas, nomeadamente dificuldade de concentração, sensação de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, desesperança, pensamentos recorrentes de morte ou suicídio, alterações do apetite ou do sono, agitação psicomotora ou retardo e energia reduzida ou fadiga (CID-11, 2022).

Segundo a OMS (2023) a Depressão é um problema de saúde na União Europeia com prevalência significativa, pois atinge aproximadamente 50 milhões de pessoas. Portugal apresenta prevalência de 8%, sendo o quinto país da UE com maior percentagem de pessoas com diagnóstico de Depressão (OMS, 2023).

Por fim, a última dimensão associada a saúde mental que os autores do instrumento utilizado neste estudo referem é o Stresse, que conforme a classificação do CID-11 (2022), este se apresenta como Perturbação Especificamente associada ao Stresse, este está diretamente associado a ambientes stressantes ou a eventos traumáticos. No entanto nem todos as pessoas expostas a estas a situações de experiência de vida, tais como o divórcio, problemas socioeconómicos, luto, responderão da mesma forma, nem todas as pessoas desenvolverão uma perturbação (CID-11, 2022).

Para avaliar o stresse, deve ser considerado a duração dos sintomas que surgem em resposta aos eventos stressantes, bem como o sofrimento e o prejuízo causado à pessoa (CID-11, 2022), ou seja, o stresse é o resultado da reação da pessoa ao estímulo interno ou externo, pelo qual pode promover sintomas físicos e psicológicos comprometendo de forma negativa o bem-estar e a funcionalidade das pessoas.

Ribeiro (2007) refere que o stresse é uma forma de resposta do organismo aos acontecimentos de vida, que são percebidos como ameaça. Estes eventos de vida são designados por agentes stressores e podem provocar reações como o medo, a ansiedade e a hostilidade. Assim sendo, torna-se necessário que a pessoa tenha recursos para o enfrentamento destes agentes stressores (citado por Airosa e Silva, 2013). E a forma de como a pessoa percebe este stresse, no qual ela entende como quantidade de stersse que está exposta em determinado período de tempo é chamado de stresse percebido (Cohen et al., 1983; citado por Huh et al., 2021).

Desta forma torna-se importante identificar como os stressores estão sendo percebidos pela pessoa e identificar quais os recursos que esta tem disponíveis para serem utilizados para este enfrentamento (Cohen et al., 1983; citado por Huh et al., 2021).

Os recursos são descritos como a capacidade da pessoa em realizar as atividades diárias sozinhas ou caso seja necessário ter a capacidade de procurarem ajuda de outras pessoas. Sendo que os recursos pessoais são a capacidade da pessoa em manter-se independente na realização das suas tarefas diárias (Zauszniewski et al., 1996; citado por Huh et al., 2021). No entanto, incluem componentes cognitivos, emocionais, comportamentais, bem como exige esforços para promover o bem-estar da própria pessoa (Huh et al., 2018; citado por Huh et al., 2021). No domínio cognitivo, os recursos positivos incluem a capacidade que a pessoa tem em pensar sobre si mesma e se autoavaliar positivamente, e a capacidade de discernir em relação ao mundo onde vive. Quanto aos componentes emocionais, ter regulação emocional positiva para melhor lidar com situações estressantes. E como recurso comportamental, a capacidade em autogestão e autocontrole, incluindo exercícios (Zauszniewski et al., 1996; citado por Huh et al., 2021). Também é importante haver recursos sociais, que se define pela capacidade de entender quando procurar ajuda de outras pessoas como amigos e familiares, bem como pedir ajuda a de profissionais (Zauszniewski et al., 1995; Lai et al., 2014; citado por Huh et al., 2021).

Estudos anteriores sugerem que o stress percebido também pode colaborar para um quadro depressivo. No entanto, as pessoas com mais recursos disponíveis são mais eficazmente na resolução dos problemas, pois regulam de forma mais adequada os pensamentos e as emoções negativas, assim apresentam níveis mais baixos de depressão (Huh et al., 2021)

A relação entre o stress e a ansiedade é muito próxima, pois existem sintomas físicos idênticos em ambos os casos, nomeadamente insónias, cansaço, dificuldades de concentração, irritação, dores musculares, problemas gastrointestinais (Guedes, 2020). Bem como a depressão, que também inclui nomeadamente problemas de sono, concentração, cansaço. O que indica que a ansiedade, o stress e a depressão, estão relacionadas entre si, que forma um conjunto de emoções e sentimentos que envolvem a pessoa no seu todo (Hetem & Graeff, 2004, citado por Leal, 2009).

Embora a solidão exista mesmo sem uma correlação com a depressão, são muitos os estudos que indicam uma correlação positiva entre a solidão e a depressão (Augusto et al., 2008; Cacioppo, Cacioppo & Boomsma, 2014; Godinho, 2013; Neves, 2013; Rodrigues, 2013; Vieira, 2015) (citado por Pocinho & Macedo, 2017). Estudos realizados com a população idosa indicam que os participantes consideram a solidão como preditor da depressão (Pocinho & Macedo, 2017).

Vários estudos, como os de Cacioppo, Ughes, Waite, Hawkley, e Thisted (2006), indicaram haver uma relação entre a solidão e a depressão. Identificou a depressão como um fator de risco para o desenvolvimento de um quadro depressivo (Pocinho & Macedo, 2017).

Durante a pandemia de covid-19, foi realizado um estudo em Portugal com o objetivo de analisar a relação entre o stresse e a solidão. A amostra foi composta por 183 adultos portugueses. Verificou-se que o stresse impacta significativamente na vida das pessoas. O estudo apresentou correlação positiva média entre a solidão social e o stresse percebido, apresentou a mesma associação entre a solidão familiar e o stresse, e entre a solidão romântica e o stresse. Os resultados observados indicaram uma relação positiva entre o stresse e a solidão (Meireles, 2022).

Um estudo realizado na Nigéria com uma amostra de 1.104 participante com idades iguais ou superiores a 65 anos, indicou a prevalência de solidão e sua associação com sintomas depressivos e de ansiedade (Igbokwe et al., 2020).

Na Polónia foi realizado um estudo com pais de crianças autistas, com o objetivo de verificar objetivo de avaliar se a solidão medeia a relação entre o stresse percebido e os sintomas depressivos numa amostra de 84 participantes indicou que a depressão estava associada a um aumento do estresse e relacionada com a solidão (Sipowicz et al., 2022).

Além dos conceitos descritos, a depressão, a ansiedade e o stresse, e as suas consequências para a saúde mental, é pertinente mencionar alguns fatores de risco e de proteção que podem afetar a saúde mental. Assim sendo, será apresentado a seguir.

2.2 - Fatores de Risco da Saúde Mental

A saúde mental foi muito afetada nos últimos anos devido a pandemia de covid-19, assim, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), refere que as perturbações mais frequentes são a ansiedade e o stresse. Justificado pelo isolamento social, bem como as restrições à capacidade das pessoas de trabalhar, pouco contacto com os familiares e com a comunidade em geral (OIT, 2020).

Para além dos efeitos provocados pela pandemia, existem outros fatores de risco que podem afetar a saúde mental e o bem-estar psicológico que podem ser de caráter individual (e.g., emocionais, consumo de substâncias e genética), sociais (económicas, geopolíticas) ou estruturais (e.g., guerra e crise climática). Estes fatores podem entrelaçar-se e resultar em fatores que podem ser de proteção ou promoção de desajuste para a saúde mental (WHO, 2022), tais como as perturbações, nomeadamente o stresse, ansiedade, depressão (OIT, 2020).

Os fatores de riscos podem aparecer em qualquer fase de desenvolvimento do ser humano, pode-se nomear riscos desde a infância como a educação severa e o castigo físico e o bullying (WHO, 2022). Na fase adulta o local de emprego também é suscetível a riscos para a saúde mental (OIT, 2020).

Estes fatores não afetam todos da mesma forma, pois a maior parte das pessoas apesar de estarem expostas a fatores de risco não desenvolvem perturbações psicológicas, embora outras pessoas desenvolvam problemas a nível mental sem nenhum tipo de risco aparente (WHO, 2022).

Assim sendo, os determinantes da saúde mental podem interagir e resultar em fatores que podem ser de risco ou de proteção para a saúde mental.

2.3 - Fatores de Intervenção da Saúde Mental

Os tipos de promoção e prevenção da saúde mental devem ir ao encontro de determinantes individuais, sociais e estruturais da saúde mental. As intervenções podem ser direcionadas para indivíduos, bem como para grupos ou mesmo populações inteiras (WHO, 2022). Estes fatores surgem durante os ciclos da vida e a sua perceção é de acordo com as competências individuais, sociais e emocionais da pessoa. Sendo assim,

interações sociais positivas, aquisição da educação de qualidade, trabalho digno, segurança e coesão da comunidade servirão de ajuda para a saúde mental (WHO, 2022).

No seguimento desta ideia, a formulação de medidas de prevenção e promoção são cruciais para a saúde mental, não só no setor de saúde, mas também na educação, justiça, transporte, ambiente, habitação, trabalho e bem-estar (WHO, 2022).

De acordo com WHO (2022) existem medidas que podem servir de para a prevenção e promoção da saúde mental, tal como:

- intervenções focadas na família, como treinamento de habilidades do cuidador, incluindo intervenções que abordam as necessidades dos cuidadores;
- intervenções nas escolas, como: mudanças organizacionais para um ambiente psicológico seguro e positivo; ensino sobre saúde mental e habilidades para a vida; treinamento de pessoal para a deteção e manejo básico do risco de suicídio; e programas escolares de prevenção para adolescentes vulneráveis a condições de saúde mental;
- intervenções baseadas na comunidade, como liderança de pares ou programas de orientação;
- programas de prevenção dirigidos a adolescentes em situação de vulnerabilidade, como aqueles afetados por ambientes humanitários frágeis e grupos minoritários ou discriminados;
- programas para prevenir e administrar os efeitos da violência sexual em adolescentes;
- programas multissetoriais de prevenção ao suicídio;
- intervenções multiníveis para prevenir o abuso de álcool e substâncias;
- educação sexual integral para ajudar a prevenir comportamentos sexuais de risco; e
- programas de prevenção à saúde;
- intervenções psicológicas individuais online, em grupo ou autoguiadas;

Estas medidas podem contribuir significativamente na saúde mental, ao incorporar esforços de promoção e prevenção nos serviços e trabalhar de forma multissetorial os benefícios serão mais eficazes (WHO, 2022).

2.3 - Trabalho e Saúde Mental

O mundo laboral abrange diversas questões sociais inclusive questões que afetam negativamente a saúde mental, assim como a discriminação e a desigualdade. A

principal queixa no local de trabalho é a violência psicológica, como o assédio moral “mobbing”, e acarreta impacto negativo na saúde mental dos trabalhadores (OIT, 2022).

Os trabalhadores podem ser significativamente afetados em sua física e saúde mental, assim como o bem-estar psicossocial. Estima-se que 12 bilhões de dias de trabalho são perdidos anualmente devido à depressão e à ansiedade. Isto não significa que a pessoa não esteja apta a trabalhar, mas é necessário dar atenção aos sinais e sintomas que podem ocorrer (OIT, 2022).

O Relatório Mundial de Saúde da OMS, publicado em junho de 2022, indica que aproximadamente um bilhão de pessoas em 2019, apresentaram algum tipo de perturbação mental, destas, 15 % são adultos em idade ativa (OIT, 2022). Porém a sociedade, mesmo nos tempos atuais percebem a saúde mental e as perturbações psicológicas como algo negativo e vergonhoso, ainda que seja ansiedade, depressão, ou qualquer outra perturbação. (Hill et.al., 2022).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2020) caracteriza os riscos psicossociais em duas vertentes: uma sendo as interações no trabalho, e a satisfação com o mesmo; e a outra que faz parte da estrutura organizacional, pelo qual deve ter a percepção das necessidades dos trabalhadores, bem como levar em conta a cultura e o contexto pessoal (OIT, 2020).

Para haver melhora na saúde mental relacionada com o mundo laboral, a OMS refere que o empregador também deve desempenhar o seu papel neste sentido. Pelo qual deve começar primeiramente por identificar os fatores de risco (Goetzel et al, 2018).

Os fatores de risco existentes nas empresas que podem ser modificados. Observar a cultura existente no local de trabalho e criar uma cultura empresarial saudável, no sentido de melhorar a segurança, a saúde física e mental e o bem-estar dos seus trabalhadores. Ter em consideração fatores como a liderança em todos os níveis de gestão, as exigências físicas e psicológicas do trabalho que devem estar de acordo com as capacidades de cada trabalhador e este devem ter um papel ativo na decisão sobre a forma de como devem prestar o seu trabalho. Não menos importante é o ambiente de trabalho que deve promover o apoio entre os colegas. no sentido de melhorar a segurança, a saúde física e mental e o bem-estar dos seus trabalhadores (Goetzel et al, 2018).

Em seguida, deve-se ter atenção com o intuito de detetar os sinais e sintomas de problemas referentes a saúde mental, para haver um encaminhamento adequado do tratamento. Uma forma de apoio é proporcionar ajuda através de profissionais qualificados (e.g., psicólogos) (Goetzel et al, 2018).

As culturas empresariais saudáveis caracterizam-se por abordam preocupações individuais, organizacionais e sociais. Reconhecem as necessidades dos seus trabalhadores, tais como a necessidade de pausas, acesso a alimentos saudáveis e também acessíveis financeiramente, oportunidades para atividade física, um equilíbrio entre as exigências do trabalho e as obrigações familiares, descanso suficiente e interações sociais saudáveis (Goetzel et al, 2018).

Da mesma forma, OMS e a OIT, reforçam a ideia de que são vários os fatores relacionados ao ambiente de trabalho e às demandas profissionais. Neste sentido, e de forma a nortear as empresas, as duas organizações de forma conjunta formularam ideias para resolver o problema de como lidar com questões de saúde mental na população ativa. Neste sentido, as recomendações foram a cerca de temas como a cargas dos trabalhos, os comportamentos negativos e fatores que desencadeiam angústia no trabalho, bem como o treino das chefias, com o intuito de capacitar estas pessoas para atingirem um ambiente de trabalho menos estressante (OIT, 2022).

Como forma de evitar os riscos psicossociais a OIT (2020), sugere primeiramente que a carga horária do trabalhador deva ser retificadas inclusive as horas extraordinárias, para uma melhor qualidade de sono e a diminuição da fadiga. Incentivar os trabalhadores a uma rotina de sono saudável, a praticarem exercício físico com regularidade, bem como fazerem pausas com regularidade e uma alimentação saudável. Fornecer aos trabalhadores informações a partir de materiais didáticos sobre os benefícios de um estilo de vida saudável (OIT, 2020).

A OIT (2020), sugere a implementação do apoio psicológico, primeiramente com o incentivo desta procura por parte das entidades trabalhadoras. A realização de uma rede de apoio psicológico e entre pares com o intuito de gerir melhor os níveis de stresse e burnout. Estar atento para problemas do foro mental que já possam existir e ter aumentado devido a pandemia. Contribuir com técnicas para a gestão do stresse e a sua diminuição. Promover material elucidativo para os trabalhadores de como realizar o

acesso aos serviços de saúde mental. Por fim, as entidades trabalhadoras devem respeitar a confidencialidade dos pedidos dos trabalhadores (OIT, 2020).

A WHO (2020) sugere algumas maneiras pelas quais o trabalhador pode recorrer para uma melhor qualidade da saúde física, mental e o bem-estar psicológico nomeadamente cuidarmos de nós próprios; Ter intervalo de tempo suficiente entre turnos; Comer de forma saudável, praticar desporto, e manter momentos de lazer com família e amigos; Procurar estratégias para situações de stresse; Procurar apoio através de profissionais da saúde mesmo que seja em suporte digital, ou apoio através de familiares, amigos, colegas de trabalho que podem colaborar devido a ambos estarem a passar por momentos parecidos; Utilizar métodos de comunicação adequados a cada pessoa e dar atenção a inclusão (WHO, 2020).

O diretor-geral da OIT Guy Ryder, referiu numa notícia no site da OIT. a importância de um ambiente de trabalho saudável.

Ryder (2022),

“À medida que as pessoas passam uma grande proporção de suas vidas no trabalho - um ambiente de trabalho seguro e saudável é fundamental. Precisamos investir para construir uma cultura de prevenção em torno da saúde mental no trabalho, remodelar o ambiente de trabalho para acabar com o estigma e a exclusão social e garantir que os empregados com condições de saúde mental se sintam protegidos e apoiados” (OIT, 2022).

Capítulo 3 – Suporte Social

Neste capítulo, mobilizar-se-á o conceito do suporte social perante alguns autores. Na sequência apresenta-se o tema sobre o suporte social percebido, bem como as suas dimensões conforme o direcionamento deste estudo.

3.1 - Conceito de Suporte Social

O Suporte Social, ao longo do tempo, foi definido a partir de várias abordagens, umas focaram nos aspetos estruturais das redes sociais, outras no suporte social percebido. Serão mobilizadas aqui algumas destas definições, tendo em conta as aproximações conceituais referentes a cada uma.

O Suporte Social é um construto complexo e vasto e pode ser caracterizado quanto a perceção e a quantidade das relações sociais existentes, pode ser na sua forma conjugal, de amizade ou organizacional. É importante ter em consideração alguns fatores, nomeadamente a quantidade de relações sociais; a sua estrutura formal (e.g., consistência e reciprocidade) e o conteúdo destas relações (Ornelas, 1994).

Neste sentido Lin e colaboradores (1979), conceituaram o suporte social como um apoio disponível advindo das redes sociais tanto de uma pessoa para outra pessoa, como por meio de grupos ou da comunidade. Posteriormente Lin (1986), refere o Suporte Social como ações instrumentais e/ou emocionais percebidas ou objetivas considerando três características de relação, o sentimento de pertença, o tipo da ligação e do compromisso (citado por Ornelas, 1994).

Outros autores também deram o seu contributo, assim como Kaplan (1977), que define que o Suporte Social é moldado na ausência ou presença de recursos de apoio psicossociais, ou seja, o suporte social é entendido conforme os recursos existentes, tanto os individuais, como os sociais. No entanto, Shumaker e Brownwell (1984), caracterizam o Suporte Social como uma troca destes recursos entre, pelo menos, duas pessoas, como contributo para o desenvolvimento do bem-estar da pessoa que o recebe. Pelo qual compreende esta relação como um facto social (citado por Ornelas, 1994).

Por outro lado, Turner (1983), tem um olhar mais numa vertente individual, desta forma caracteriza o Suporte Social como uma experiência pessoal e menos como um conjunto objetivo de interações ou trocas, i.é., para este autor, o importante é consideração o lado subjetivo, como o grau envolvimento, o quanto a pessoa se sente desejada e respeitada (citado por Ornelas, 1994).

Nesta mesma linha de pensamento, surge o Suporte Social Percebido, pelo qual é entendido como subjetivo, e existirem vários tipos de indicadores tais como o sentimento de pertença, o respeito e o grau de envolvimento (Ornelas, 1994). Da mesma

forma, depende de como a pessoa percebe as suas amizades, as relações com os seus familiares e colegas, no contexto da disponibilidade de ajuda geral ou específica (Ioannou & Symeou, 2019).

Em suma, o suporte social ao longo dos anos, tem sido definido através de instrumentos centrados na comunidade e centrados na pessoa, também está relacionado com os tipos, quantidades, qualidade de apoio que uma pessoa recebe e percebe realmente nas suas relações sociais, tendo em consideração as suas experiências anteriores (Moak & Agrawal, 2010).

3.2 - Suporte Social: Dimensões, Recursos e Fatores

Com base no que foi referido anteriormente, o suporte social apresenta-se em três categorias: a dimensão de Redes (integração social da pessoa num grupo, com ênfase nos seus laços). O Suporte Recebido (suporte que a pessoa realmente recebe ou considera ter recebido). Por fim, a dimensão do Suporte Percebido (suporte que a pessoa) acredita poder disponibilizar em caso de necessidade (Ornelas, 1994). No entanto, após o consenso a nível científico, o apoio social se dividiu em dois domínios amplos: o suporte estrutural e funcional, que partem das relações sociais e do apoio realmente fornecido por estas relações, i-é., o suporte que a rede social oferece (Lett et al, 2009).

O apoio estrutural diz respeito a rede social existente, conforme o tamanho e tipo, bem como a frequência do contato entre as pessoas dentro desta rede. Cohen e Wills (1985), referem o apoio estrutural está relacionado com a existência de relacionamentos. Por outro lado, o apoio funcional, avalia estes relacionamentos a partir do grau de apoio para a realização de funções específicas e dos fornecimentos de recursos (Lett et al, 2009).

O apoio funcional diz respeito as experiências ou expectativas na obtenção do apoio por parte da família, dos amigos e dos vizinhos, caso seja necessário (Grav, 2012, citado por Kocalevent, 2018). Dentro deste domínio existem vários tipos, tal como o emocional (e.g., sentimentos de ser amado), por vezes denominado como psicológico (Cohen & McKay, 1984; citado por Carvalho et al, 2011), o instrumental (e.g., apoio tangível na realização de tarefas), o financeiro (apoio económico), informativo (fornecer as informações necessárias) e avaliação (apoio para avaliar uma situação). Ainda existe

uma distinção entre o apoio funcional que é realmente recebido (suporte funcional recebido) e a avaliação subjetiva que a pessoa faz sobre a sua satisfação do apoio ou da sua percepção de ter o apoio à disposição se necessário (suporte funcional percebido). (Lett et al, 2009).

É de salientar que após estudos relacionados no âmbito da avaliação do suporte social (objetivo) e o suporte social percebido (subjetivo), diversos autores identificaram o suporte social percebido como sendo o melhor preditor do estado psicológico (Barrera, 1981; Brandt & Weinert, 1981; Sarason et al., 1985; Wethington & Kessler, 1986; Wilcox, 1981; citado por Carvalho et al, 2011).

No estudo de Zhang et al., (2023), realizado na China, composto por três grupos com 37 participantes em cada grupo, após a intervenção OESAG, verificou-se que o grupo no qual recebeu o tratamento, teve um aumento nos níveis de apoio social percebido enquanto a solidão e o stresse diminuíram de forma significativa. Ou seja, quanto maior for o apoio social, mais reduzido será a solidão e o stresse (Zhang et al., 2023).

Contudo, o suporte social percebido é o conceito utilizado como medida para este estudo. Devido a sua sensibilidade para melhor avaliar a capacidade que a pessoa tem em lidar com os desafios. Além de conseguir melhores resultados no contexto da saúde física e mental, bem na qualidade de vida (Moak & Agrawal, 2010).

Neste sentido, Zimet e colaboradores (1988), estabeleceram três fontes para avaliar o suporte social percebido: família, amigos, e outros significativos (às cited in Carvalho et al, 2011). Pelo qual, a família, amigos e outros que são significativas para a pessoa, são vistos como fonte de recursos psicossocial, pois estes recursos são fornecidos através das relações interpessoais e das redes sociais (Moak & Agrawal, 2010). No entanto, Weiiman, (1985) refere que a qualidade das relações, o tipo de rede de apoio, podem influenciar no valor que a pessoa atribui ao recurso (e.g., sensibilidade, acessibilidade e capacidade de ser uma fonte de apoio (Ornelas, 1994).

O suporte social é decorrente de fatores stressantes que impulsionam a procura por recursos (Zimet, et al, 1988), tal como Thoits (1986) sugere, uma pessoa pode ter um agente stressor como a sobrecarga no trabalho e um amigo pode ajudar a mudar a situação. Pode auxiliar na vida pessoal, e assim, diminuir a carga total. Outro fator

stressante para a pessoa pode ser uma desavença familiar, e assim desencadear a angústia, porém um amigo pode ajudar a ressignificar o entendimento deste determinado assunto (citado por Carvalho et al, 2011). Assim como Cobb (1976), refere outros fatores psicológicos (e.g., perda do emprego, o luto, etnia) e fatores psicossociais (e.g., participação social, o isolamento, estado civil) (citado por Ornelas, 1994).

Os recursos sociais são entendidos como os recursos que podem ser utilizados como apoio para a pessoa que se encontra numa situação difícil, de forma a conseguir superá-la (Moak & Agrawal, 2010). Os recursos sociais são um fator de proteção para problemas de saúde e um amortecedor contra eventos (e.g., sintomas de ansiedade) (Freak-Poli et al., 2022).

O suporte social percebido tem sido descrito por vários autores como um recurso relacionado ao bem-estar, devido estarem relacionados com e.g., amor e cuidado estão relacionados com experiências positivas (Siedlecki et al., 2014). Outro estudo indicou que quanto maior o apoio social percebido, mais elevados os níveis de saúde física e mental (Uchino et al., 2013).

As fontes para estes recursos podem ser distinguidas em duas vertentes: informal e formal (Dunst & Trivette, 1990, citado por Carvalho, 2011). O suporte social informal diz respeito a pessoas (e.g., familiares, amigos, vizinhos) e associações (e.g., igreja, cooperativas, clubes). Pelo qual podem fornecer a pessoa o apoio verdadeiro, tais como o apoio emocional, apoio quando fala dos seus problemas, disponibilidade para ajudar na tomada de decisões (Zimet et al., 1988), ou seja, oferece suporte para a pessoa conseguir ultrapassar as situações complicadas da vida. Entretanto na vertente formal encontram-se organizações sociais (e.g., hospitais ou programas de apoio estatal) e os profissionais (e.g., médicos, psicólogos). Estes estão dispostos para promover cuidados (Carvalho et al, 2011).

Por outro lado, os recursos podem ter efeitos negativos. Em relação a questão sobre a forma como atua o suporte social em relação a doença, saúde e bem-estar. Pois os familiares, os amigos e outros que sejam significativos para a pessoa, podem proporcionar suporte, no entanto, este suporte social podem proporcionar sentimentos negativos, ou situações de stresse (Horowitz & Schulz, 1984).

Graziani e Swendsen (2007) referem que o suporte social pode moderar os efeitos do stresse, promover o aumento da saúde física e mental. O suporte social também pode ser considerado um recurso que pode ajudar de forma positiva nas relações interpessoais e apoio nas situações em que a pessoa se sinta ameaçada (Airosa, & Silva, 2013).

Um estudo sobre o suporte social percebido e os níveis de depressão realizado em Hong Kong 2021 (durante a quarta onda da pandemia de COVID-19), com 87 respondentes, terapeutas ocupacionais ativos, com idades ≥ 18 anos, indicou que 88.5% dos participantes apresentaram maior nível de apoio social percebido, 59.8% dos participantes tiveram nenhuma ou mínima depressão e 11.5% dos participantes apresentaram depressão. Assim sendo, o estudo apresentou correlação entre os níveis mais elevados de apoio social percebido e os níveis mais baixos de depressão. Neste sentido, conclui-se que o apoio social pode ser considerado um fator de proteção para a depressão entre esta população (Chan et al., 2022).

Num estudo realizado na China sobre a prevalência de sintomas de depressão e ansiedade, pretendeu avaliar a correlação entre estes sintomas com o apoio social e o estilo de enfrentamento. A amostra foi composta por 2.057 estudantes de medicina da Faculdade Médica e Farmacêutica de Chongqing, na China. O estudo indicou a prevalência de sintomas de 57.5 % depressão e 30.8%, ansiedade entre os estudantes. Os estudantes com grande pressão laboral apresentaram níveis de ansiedade mais elevados. Os estudantes que residiam sozinhos ou que viviam um relacionamento ruim com os seus parceiros, colegas ou amigos apresentaram maiores níveis de depressão e ansiedade. Os sintomas de depressão e ansiedade apresentaram correlações significativas com o apoio social e o estilo de enfrentamento (Shao, 2020).

O estudo de Souza (2017), onde avalia o suporte social e a presença de sintomas de estresse, depressão, ansiedade e solidão em estudantes universitários, realizado no Brasil, com 384 participantes indicou que existe uma relação entre a solidão e os níveis mais elevados de stresse, depressão, ansiedade (Souza, 2017).

Contudo, em relação ao suporte social, existem ainda vários aspetos a considerar, tais como, o tipo de investimento, a qualidade, o *timing*, a forma de como o

suporte é prestado, o tipo do relacionamento, a idade da pessoa que recebe este apoio, entre outros aspetos (Ornelas, 1994).

Capítulo 4 – Seres Humanos e os Animais de Estimação

Conforme o Human Animal Bond Research Institut, as relações sociais afetam significativamente a saúde física e mental, e a interação do humano e o animal de estimação (HAI) traz benefícios nas ligações sociais, diminui a depressão e a solidão (HABRI, 2023).

Em Portugal, os animais são cada vez mais a serem considerados membros das famílias. Posto isto, existe um forte interesse sobre a saúde mental e o bem-estar das pessoas referente a esta relação. Assim como refere o estudo da GfKTrack.2Pets, realizado em Portugal, com uma amostra de 1250 entrevistados. O estudo indica que os animais de estimação não somente passaram a co-habitar com as famílias, mas também passaram a ser considerados membros destas (citado por Gomes, 2017).

4.1 - Evolução Histórica da relação entre Seres Humanos e os Animais

A relação entre os ser humano e o animal é evolutiva, vem desde um período entre 32.000 a 12.000 anos atrás. A domesticação do lobo ancestral foi uma confirmação desta evolutiva (Amiot, Bastian & Martens, 2016, as cited in Gomes 2017). Neste sentido, no ano de 1978, no nordeste de Israel foi descoberto uma tumba com restos mortais de um humano e de um cão enterrados juntos, no qual o homem se apresentava com o braço sobre o cão aparentemente de forma amigável e a dar enfoque a esta relação. Os estudos indicam que foram enterrados a aproximadamente a 12.000 anos atras (Hirschman, 1994, citado por Gomes 2017).

Ao longo deste percurso os animais estiveram sempre presentes na vida humana, desde vestimentas, alimentação, experiências científicas, assistência para pessoas com incapacidades a nível físico, tais como a falta de visão, a falta de audição, bem como dificuldades motoras (Serpell, 2009, citado por Gomes 2017). No entanto, foi na década de 80 que passou a existir um maior interesse científico referentes a relação entre o do homem e o animal (Friedmann et al., 1983). Surgiram estudos com intervenções assistidas por animais, tais como atividades, educação e terapias, por outro lado houve preocupações com a éticas e o bem-estar dos animais. Assim, tornou-se necessário a

criação da corrente crítica homem-animal, que atualmente se apresenta como uma disciplina (DeMello & Shapiro 2010).

Apesar desta área despertar grande interesse de estudo, as pesquisas e publicações no âmbito da interação entre os animais humanos e não humanos é recente, começaram a surgir somente em 2013, com o “Human-Animal Interaction Bulletin” (cabi digital library, 2023). *Revista: Human-Animal Interactions*

4.2 - Perspetiva dos Seres Humanos em relação aos seus Animais de Estimação

São várias perspetivas sobre a relação entre as pessoas e os animais de estimação, como o autor Belk (1996) refere, existem pessoas que consideram que o seu animal de estimação adquire características da sua própria personalidade, isto é notório quando o animal de companhia está na presença de outras pessoas e demonstra comportamentos de respeito ao seu dono. Assim como, Hirschman, (1994) e Belk, (1996), referem que em outra perspetiva, as pessoas consideram o seu animal de estimação como um membro da família, deste modo, estes animais são participantes ativos nas atividades diárias destas famílias (citado por Gomes 2017).

O animal de estimação também é visto por muitos como um amigo. Nas relações de amizade entre pessoas, por vezes existe o ciúme, a inveja, o materialismo, por outro lado, nas relações da pessoa com o seu animal de estimação existe a lealdade, não existe julgamento. E ainda, existem pessoas com dificuldades em se relacionar em sociedade, assim sendo, os seus animais de estimação suprem as suas necessidades e promover redução do sofrimento (Hirschman, 1994, citado por Gomes 2017).

As pessoas e os animais de estimação cada vez mais estreitam as suas relações emocionais (Almeida et al., 2010). Contudo, destas relações podem surgir tanto vantagens como desvantagens (Ramos, 2021).

4.3 - Vantagens e Desvantagens da Relação entre os Seres Humanos e os Animais de Estimação

Os benefícios da relação com os animais são visíveis desde a infância ao nível do desenvolvimento, bem como na adolescência em relação as competências sociais, emocionais e cognitivas (Hirschenhauser, et al, 2017).

Entre os primeiros estudos da relação entre os animais de estimação e os seres humanos, está um estudo sobre os animais e os doentes que tiveram ataque cardíacos, pelo qual indicou que os donos destes animais apresentavam taxas de mortalidade significativamente mais baixas, em comparação com as pessoas que não tinham animais de estimação. Da mesma forma outro estudo entre a relação do humano com cães, indicou a diminuição da pressão arterial, bem como menores níveis de stresse, (Rodriguez, 2020).

Segundo o estudo de Sung et al., (2023) realizado na Coreia, com 263 participante (com cães de estimação), indica que a relação entre os humanos e os animais de estimação tem influência significativa no bem-estar e qualidade de vidas das pessoas (Sung et al., 2023). Fornece apoio emocional, exercendo influência na diminuição dos efeitos nocivos tanto da ansiedade como do stresse, bem como promove autonomia, competência e autoestima (Triebenbacher, 1998).

O estudo de Wood et al., (2015) com aproximadamente 2 800 participantes (donos de animais de estimação), referente ao apoio indireto dos animais de estimação como facilitadores para três dimensões do relacionamento social; conhecer pessoas, formar amizades e redes de apoio social, apresentou números significativos que sugerem que os animais de estimação podem ser um promotor das relações sociais humanas, assim sendo, os animais de estimação podem ser um fator importante para uma comunidade saudável (Wood et al, 2015).

Por outro lado, a promoção de saúde advinda do animal de estimação não depende somente desta relação, existem outros fatores que interferem nos resultados deste benefício, assim como a condição de vida, o estágio do ciclo de vida que a pessoa se encontra, convivência com animais na infância e qual o papel delegado a estes animais. No entanto as relações são experiências subjetivas. O aumento do bem-estar, da saúde física e mental derivados desta relação, depende da percepção da pessoa para com o animal de estimação (Amiot et al., 2016).

Algumas das desvantagens está relacionada com o fato dos animais de estimação poderem ser um agente de stresse, pois estudos como de Gomes (2017), referem que existe preocupação com a alimentação e a saúde dos animais de estimação, e que as famílias portuguesas gastam, em média, 12% do seu orçamento familiar total com os

seus animais de estimação, o que pode acarretar preocupação na parte financeira (Gomes, 2017).

Contudo, embora ainda existam desvantagens em ser dono de um animal de estimação, uma forma de minimizar a solidão e aumentar a saúde mental poderá ser a vinculação com animais de estimação (Wohlfarth, 2013).

O vínculo das pessoas com os animais de estimação como forma de minimizar a solidão, tem sido um tema abordado cada vez mais na comunidade científica, visto que já existem evidências que comprovam que este vínculo traz benefícios na saúde física e mental das pessoas ao longo do ciclo de vida, no qual pode promover o desenvolvimento emocional na infância, (Wohlfarth, 2013).

A importância da vinculação na área da psicologia do desenvolvimento humano teve contributos de diversos autores, dentre os principais encontra-se John Bowlby, que propôs a Teoria do Apego, onde refere importância do vínculo entre o bebê e o seu cuidador (Bowlby, 1982). Bem como refere que os vínculos fortes, formados através destes relacionamentos de apoio, estão associados a benefícios físicos e psicológicos para os indivíduos que se sentem mais vulneráveis, estes procuram manter proximidade a figura de vinculação, que tem mais recursos para lidar com as situações que causam stress (citado por Gravrok et al., 2020).

Entende-se por vinculação uma relação emocional íntima e duradoura que vincula uma pessoa a outra no tempo e no espaço. (Bowlby, 1969; 1990; citado por Cherniak et al., 2021). Para Bowlby as pessoas têm um sistema psicobiológico inato chamado de sistema comportamental de vinculação, com tendência a procura por proximidade com os outros (figura vinculativa) quando a pessoa sente a necessidade de proteção e segurança (Cherniak et al., 2021).

Assim como a relação entre humano-humano, também pode existir uma relação entre o humano e o animal de estimação, e este vínculo pode ser significativo (citado por Gravrok et al., 2020).

PARTE II: METODOLOGIA

5.1 - Delineamento do Estudo

Após a revisão de literatura do tema em estudo, será abordado o domínio metodológico adotados para a realização desta investigação. Será apresentado o desenho da investigação, caracterizados os participantes, o modelo do estudo, e os instrumentos que serão utilizados, bem como a descrição de todo o procedimento estatístico efetuado.

Esta investigação caracteriza-se como um estudo quantitativo, no qual as percepções e informações serão recolhidas por questionário com questões fechadas e transformadas numericamente de forma a poder proceder a análises estatísticas (Vilela, 2009; 2017); e transversal pois os dados serão recolhidos num único momento do estudo (Vilelas 2009; 2017). Tem carácter descritivo por obter e descrever características do contexto onde se apresenta. No âmbito da psicologia clínica, tem sido utilizado para descrever comportamentos de pessoas ou grupos (Ruas, 2021). É um estudo correlacional pois procurar determinar as relações existentes entre as variáveis do estudo (Ruas, 2021).

Os participantes responderam a um protocolo *online* constituído por cinco instrumentos: o Questionário Sócio Demográfico, construído com o intuito de obter variáveis para caracterizar e seleccionar os participantes; a Escala da Solidão (UCLA) versão portuguesa Pocinho et al., (2010), de forma a mensurar a variável independente Solidão; a Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse (EADS-21) versão portuguesa Pais-Ribeiro et al. (2004), de forma a medir a variável dependente saúde mental; a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS) versão portuguesa Carvalho (2011), de forma a medir a variável mediadora suporte social; e a Escala de Lexington Vinculação Animal (LAPS) versão portuguesa Gomes (2017), de forma a medir a variável moderadora vinculação com animais de estimação.

O presente estudo mostra-se pertinente, devido a não haver estudos nesta área com esta população, assim este estudo pretende contribuir com dados a cerca da saúde mental nos adultos portugueses trabalhadores no Concelho de Almada com o intuito de responder se a solidão está relacionada com a saúde mental. Para averiguar esta relação foram utilizados instrumentos para avaliação específica, bem como foi levado em consideração o objetivo geral deste estudo. Os efeitos negativos da solidão sobre as pessoas, tais como no seu bem-estar, na sua saúde física e mental, bem como

psicossocial, assim mostra a necessidade de haver intervenções com intuito de reduzir a solidão (Rodrigues, 2018).

A questão de investigação a que este estudo procurou responder foi: Será que a solidão dos adultos portugueses afeta negativamente a sua saúde mental, sendo esta relação mediada pelo suporte social, com moderação do vínculo com os animais de estimação?

5.2 - Objetivos do Estudo

Objetivo geral: verificar se a solidão tem impacto na saúde mental dos adultos portugueses trabalhadores no Concelho de Almada, procurando compreender se o suporte social medeia esta relação, e se o vínculo com os animais de estimação modera esta relação.

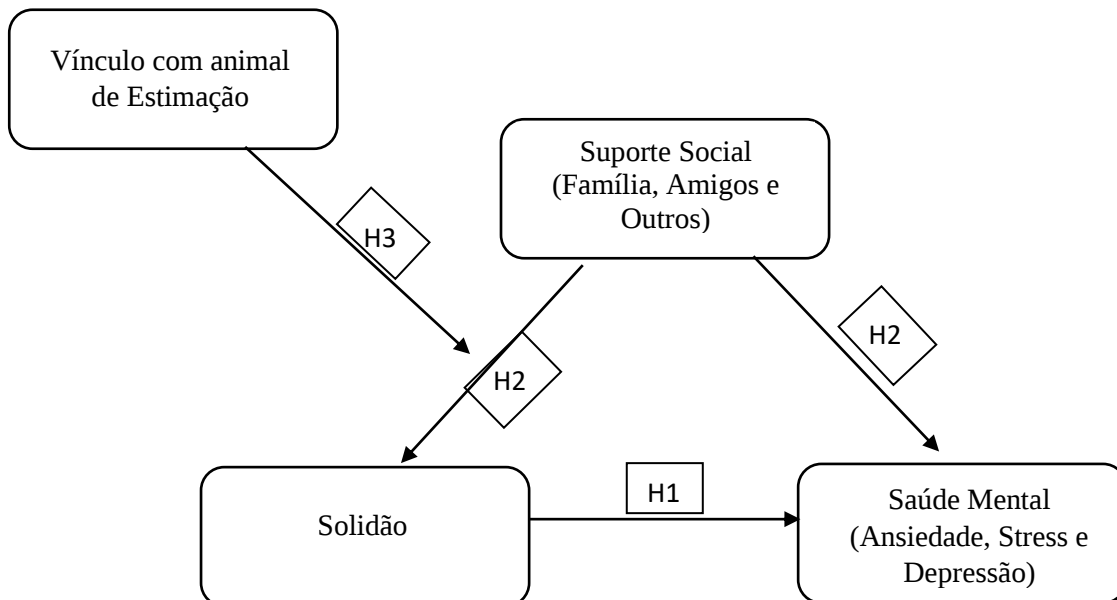
Objetivos específicos:

- a) Verificar se o sentimento de solidão influencia negativamente os níveis de ansiedade, depressão e stresse;
- b) Verificar se o suporte social é mediador da relação entre a solidão e a saúde mental;
- c) Verificar se o vínculo com animal de estimação é moderador da relação entre a solidão e a saúde mental mediada pelo suporte social;
- d) Verificar se existem diferenças significativas do sentimento de solidão, níveis de saúde mental e suporte social entre os adultos portugueses com e sem animais de estimação.

5.3 - Modelo do Estudo e Hipóteses

Figura 1.

Modelo do Estudo



Relativo a este Modelo foram definidas três Hipóteses:

- H1: A solidão tem um impacto negativo na saúde mental;
- H2: O suporte social medeia o impacto negativo da solidão na saúde mental (maiores níveis de suporte social diminuem o efeito da solidão na saúde mental);
- H3: A vinculação com animais de estimação modera o impacto do efeito de mediação do suporte social entre a solidão e a saúde mental;
- H4: Existem diferenças significativas da solidão, dos níveis de saúde mental e do suporte social entre os adultos com e sem animais de estimação.

5.4 - Participantes

A amostra é constituída por 208 adultos portugueses trabalhadores no Concelho de Almada, de ambos os sexos entre os 18 e 65 anos de idade ($M = 44.38$, $DP = 13.31$). Referente ao critério de exclusão idade inferior a 18 anos e o não domínio da língua

portuguesa. O método de amostragem foi não probabilístico com a amostragem bola de neve, justificado por ter sido de forma intencional em que o entrevistador consegue de início localizar um grupo de indivíduos com características desejadas, e em seguida pede para estes indivíduos para indicarem outros que podem ser igualmente inquiridos (Vilelas, 2009; Vilela, 2017).

5.5 - Instrumentos

Para este estudo, foram utilizados vários instrumentos validados para a população portuguesa, a fim de medir as variáveis deste estudo, nomeadamente:

5.5.1 - Dados Sociodemográficos

Foi desenvolvido um Questionário Sociodemográfico (anexo 1) a fim de obter variáveis para o estudo. As variáveis sociodemográficas incluídas na análise inferencial foram o género, idade, estado civil, número de filhos, com quem partilha casa, os familiares vivos com quem mantém algum contacto, nacionalidade, número atual de animais de estimação, espécie dos animais de estimação, questões como: “Teve algum animal de estimação durante a infância/adolescência?”, “Como classifica o seu esforço financeiro para cuidar dos seus animais de estimação?”, formação escolar, posto de trabalho, tipo do contrato de trabalho, e município de residência.

5.5.2 - Escala da Solidão (UCLA)

Para medir a solidão, foi utilizada a Escala da Solidão (UCLA) (anexo 2) originalmente desenvolvida por Russell (1996). Foi adaptada para a população portuguesa por Pocinho e Farate (2010), sendo composta inicialmente por 20 itens, elaborados com o intuito de avaliar os sentimentos subjetivos da solidão ou isolamento social, e distribuídos numa escala tipo *Likert* composta por quatro pontos (frequentemente), (algumas vezes), (raramente) e (nunca), estes itens foram criados a partir de frases produzidas por pessoas solitárias para descrever sentimentos de solidão (Russel, Replau e Ferguson 1978, citado por Pocinho & Farate, 20). A versão portuguesa apresenta 16 ítems, sendo em duas dimensões (isolamento social e afinidades), a variação é entre 16 a 64 pontos, sendo que uma pontuação global superior a 32 aponta para sentimentos negativos de solidão. Apresenta um *Alpha de Cronbach* Total (para os 16 itens) de .91. Uma maior pontuação indica um maior sentimento de solidão (Pocinho et al, 2010). No nosso estudo a escala UCLA, nas dimensões, Geral,

Isolamento Social e Afinidades apresentaram o *Alpha de Cronbach* de $\alpha = .95$; $\alpha = .92$; $\alpha = .87$ respetivamente. Os valores mostraram-se aproximados ao da escala original que apresenta o *Alpha de Cronbach* variando entre .89 a .94.

5.5.3 - Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse (EADS-21)

Para medir a saúde mental foi utilizada a Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse (EADS-21) (anexo 3) originalmente desenvolvida por Lovibond & Lovibond (1995). Foi adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2004), composta por 21 itens sendo divididos em três dimensões de 7 itens cada. A escala de resposta aos itens é tipo *Likert* de quatro pontos variando em relação a gravidade ou frequência: de 0 “não se aplicou nada a mim” a, 3 “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Para obter os resultados soma-se os resultados das subescalas que variam de 0 a 21 pontos, pelo qual quanto maior a pontuação maior o estado afetivo negativo. Esta escala apresenta um *Alpha de Cronbach* para a subescala de depressão de .85, para a de ansiedade .74 e para a de stresse .81 (Pais-Ribeiro et al, 2004). No nosso estudo a escala EADS-21, nas dimensões, Stresse, Ansiedade e Depressão apresentaram uma consistência interna bastante adequada, *Alpha de Cronbach* de ($\alpha = .93$; $\alpha = .90$; $\alpha = .91$) respetivamente, semelhante a encontrada no estudo da versão original que apresenta o *Alpha de Cronbach* variam entre .81 e .97.

5.5.4 - Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS)

Para medir o suporte social percebido, foi utilizada a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS) (anexo 4) originalmente desenvolvida por Zimet et al. (1988). Foi adaptada para a população portuguesa por Carvalho et al. (2011), é uma escala de autoadministração composta por 12 itens numa escala *Likert* de sete pontos, na qual varia entre (discordo completamente) e (concordo completamente). Pelo qual possibilita o estudo de três fontes de suporte: família (F), amigos (A) e outros significativos (OS), que por sua vez faz uma avaliação subjetiva do apoio social. No nosso estudo a Escala MSPSS nas dimensões, Família, Amigos e Outros Significativos apresentaram o *Alpha de Cronbach* de ($\alpha = .95$; $\alpha = .94$; $\alpha = .89$) respetivamente. Assim como na escala original de Zimet et al., com os *Alphas de Cronbach* $\alpha = .87$; $\alpha = .85$; $\alpha = .91$ respetivamente.

5.5.5 - Escala Lexington Vínculo Animal (LAPS)

Para medir o vínculo com animais de estimação, foi utilizada a Escala Lexington de Vínculo Animal (LAPS) (anexo 5) originalmente de Johnson et al. (1992). Foi adaptada para a população portuguesa por Gomes (2017), sendo composta por 23 itens, tendo como itens invertidos o 8 e o 21, numa escala *Likert* de composta por quatro dimensões o vínculo em geral, substituição de pessoas, direitos dos animais e o seu bem-estar. 1 a 5, onde 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente). A escala LAPS apresenta um *Alpha de Cronbach* total (23 itens) de 0,94 (Gomes, 2017). No nosso estudo a Escala LAPS, nas dimensões, Proximidade, Importância e Vínculo apresentaram o *alfa de Cronbach* de ($\alpha = .71$; $\alpha = .83$; $\alpha = .88$) respetivamente, diferente do encontrado na escala versão original que apresenta o *Alpha de Cronbach* de .94.

5.6 - Procedimentos

Este estudo, faz parte de um dos projetos do Centro de Investigação em Psicologia (CIP) da Universidade Autónoma de Lisboa (UAL), para o qual já existe o parecer positivo da Comissão.

O protocolo de investigação apresentou-se em formato de autorrelato, e desenvolvido na plataforma *on-line* do *Google Forms*, sendo constituído pelas questões sociodemográficas, as escalas de Escala da Solidão (UCLA), Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse (EADS-21), Escala Multidimensional de Suporte Social (MSPSS), Escala de Lexington Vinculação Animal (LAPS). O *link* foi divulgado nas redes sociais através da aplicação *WhatsApp* e por correio eletrónico (*e-mail*), contatos já existentes do próprio investigador, por seguinte estes contatos enviaram o *link* para os seus familiares, amigos e colegas de trabalho do Concelho de Almada. De modo que todos os participantes foram informados acerca da natureza do estudo e do seu carácter voluntário, bem como informadas do seu anonimato e confidencialidade. Após as explicações dos objetivos e a importância do estudo, foi informado que todas as eventuais dúvidas seriam esclarecidas. Todos os participantes deram o seu consentimento informado respeitando assim as normas de ética da *American Psychological Association* (APA) e o código de ética da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP).

O processo de recolha de dados deu-se entre maio de 2021 a janeiro 2022. A análise estatística foi realizada através do software SPSS (*Statistical Package for the*

Social Sciences) versão 23.0 para Windows e o PROCESS Macro para o SPSS versão 4.2. Para a análise estatística foram usadas medidas estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e os seus respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. Os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância $\alpha = .05$ e, portanto, confiança de 95%. Quanto a distribuição dos dados, optamos por testar a sua normalidade por meio da aplicação do teste de Shapiro-Wilk, tal como referido por Razali e Wah (2011).

Análise estatística

A comparação da média das variáveis quantitativas entre as categorias das variáveis qualitativas dicotômicas foi realizada por meio da aplicação *Mann-Whitney (U)*, pois os dados apresentaram distribuição não-normal, assim sendo, não utilizamos o teste paramétrico t de *Student*, optámos por utilizar o seu equivalente.

Para explorar a relação entre a solidão (UCLA) e Saúde Mental (EADS-21), usando como mediador o Suporte Social (MSPSS) e como Moderador a Vinculação com Animais de Estimação (LAPS), foi utilizada a análise de mediação-moderada através do PROCESS macro para o SPSS.

PARTE III: RESULTADOS

Capítulo 6 - Apresentação e Análise dos Resultados

6.1 - Participantes

Os dados recolhidos foram de trabalhadores portugueses do Concelho de Almada. A amostra corresponde a 208 participantes, sendo a maioria do género feminino (72.6%; $n = 151$). Os respondentes apresentam idades compreendidas entre 18-65 anos, e a média da idade foi de 44.38 ($DP = 13.31$). Na sua maioria os participantes são casados ou vivem em união de fato (45.02%; $n = 94$). O número de filhos tem como mínimo de 0 e máximo de 6, e a sua média é de 1.23 ($DP = 1.07$). A média de pessoas com quem partilha a casa é de 44.38 ($DP = 13.31$) e tem como mínimo de 0 e máximo de 6, sendo que na sua maioria os participantes partilham a casa com o seu companheiro (59.06%; $n = 115$). Na sua maioria a mãe é o familiar com quem os respondentes mantêm contacto (76.9%; $n = 160$). Quanto a formação escolar a maioria tem até o secundário (35.6%; $n = 74$). A maioria dos respondentes não indicaram a sua categoria profissional (49.5%; $n = 103$). No entanto a prevalência da profissão respondida foi dos Assistentes (25.5%; $n = 53$). Contrato de trabalho na sua maioria foi contrato sem termo/quadros (66.3%; $n = 138$) (tabela 1).

Tabela 1

Caracterização da Amostra ($n=208$)

	<i>n</i>	%
Género		
Feminino	151	72.6
Masculino	57	27.4
Estado civil		
Casado (a)	80	38.5
Solteiro (a)	79	38.0
Divorciado (a)	35	16.8
União de fato	14	6,7
Pessoas que partilha a casa*		
Companheiro	115	59,6
Mãe	48	24,9
Pai	29	15,0
Avós	7	3,6
Outros	108	56,0
Familiares vivos com quem mantém contacto**		
Mãe	160	76,9
Pai	112	53,8
Avós	44	21.2
Outros	158	76.0

Tabela 1*Caracterização da Amostra (n=208)*

	<i>n</i>	%
Formação escolar		
Ensino básico (1º ciclo)	3	1.4
Até 9º (3º ciclo)	33	15.9
Até 12º (secundário)	74	35.6
Licenciatura ou bacharelado	68	32.7
Mestrado	27	13.0
Doutoramento	3	1.4
Profissão/ocupação		
Assistentes	53	25.5
Professores	27	13.0
Técnicos	8	3.8
Estudantes	6	2.9
Operadores	5	2.4
Cargos de gestão	4	1.9
Desempregados	2	1.0
Outros	103	49.5
Contrato de trabalho		
Contrato sem termo/ quadro	138	66.3
Recibos verdes/ trabalhador independente	37	17.8
Contrato a termo certo	33	15.9

Notas. *n* – Frequência absoluta; % - Frequência relativa; *M* – Média; *DP* – Desvio Padrão; *n*

* um indivíduo pode partilhar a casa com mais de uma pessoa;

** um indivíduo pode ter mais de um familiar vivo com quem mantém contacto;

A prevalência dos participantes que responderam que tiveram animais de estimação durante a sua infância foi de (80.8%; *n* = 168), e que tem animal de estimação atualmente foi de 60.6% (*n* = 126), a média de animais de estimação atual é de 2,39 (*DP* = 2,90), sendo que a maioria tem cão (55.6%; *n* = 70). A maioria dos respondentes classificaram o seu esforço financeiro para cuidar dos seus animais de estimação como médio (46.0%; *n* = 58) (tabela 2).

Tabela 2*Caracterização da Amostra Segundo o Vínculo com Animais de Estimação*

	<i>n</i>	%
Teve algum animal de estimação durante a infância?		
Sim	168	80.8
Não	40	19.2
Tem animal de estimação atualmente?		
Sim	126	60.6
Não	82	39.4
	M	DP
Número de animais de estimação (atual)	2.39	2.90
	<i>n</i>	%
Espécie dos animais de estimação*		
Cão	70	55.6
Gato	49	38.9
Outros	19	15.1
Como classifica o seu esforço financeiro para cuidar dos seus animais de estimação:		
Pequeno	40	31.8
Médio	58	46.0
Grande	16	12.7
Não se aplica	12	9.5

Notas. *n* – Frequência absoluta; % - Frequência relativa; M – Média; DP – Desvio Padrão;

* um indivíduo pode ter mais de uma espécie de animais de estimação;

Na tabela que se segue, são apresentados os dados descritivos das escalas utilizadas no estudo e a consistência Interna em todos os domínios.

6.2 Confiabilidade das escalas utilizadas

As escalas apresentaram bom coeficiente de confiabilidade. A escala UCLA, nas dimensões, Geral, Isolamento Social e Afinidades apresentaram o *Alfa de Cronbach* de $\alpha = .95$; $\alpha = .92$; $\alpha = .87$, respetivamente. A escala EADS-21, nas dimensões, Stresse, Ansiedade e Depressão apresentaram o *Alfa de Cronbach* de $\alpha = .93$; $\alpha = .90$; $\alpha = .91$, respetivamente. A escala MSPSS, nas dimensões, Família, Amigos e Outros Significativos apresentaram o *Alfa de Cronbach* de $\alpha = .95$; $\alpha = .94$; $\alpha = .89$, respetivamente. A escala LAPS, nas dimensões, Proximidade, Importância e Vínculo apresentaram o *Alfa de Cronbach* de .71, .83 e .88) respetivamente (tabela3)

Tabela 3*Caracterização das Escalas UCLA, EADS, MSPSS e LAPS*

	n	Mínimo	Máximo	M	DP	α	α Validação Portuguesa
UCLA							
Geral	208	16.00	60.00	31.88	10.44	0.95	0.91
Isolamento social		11.00	42.00	21.60	7.28	0.92	0.87
Afinidades		5.00	20.00	10.28	3.63	0.87	0.81
EADS-21							
Stresse	208	7.00	27.00	12.79	4.46	0.92	0.81
Ansiedade		7.00	23.00	10.54	4.08	0.90	0.74
Depressão		7.00	28.00	10.80	4.23	0.91	0.85
MSPSS							
Família	208	1.00	7.00	5.24	1.71	0.95	0.93
Amigos		1.00	7.00	5.39	1.21	0.94	0.92
Outros significativos		2.00	7.00	5.88	1.15	0.89	0.87
LAPS							
Proximidade	126	1.57	4.86	3.14	0.74	0.71	0.86
Importância		1.00	5.00	3.68	0.86	0.83	0.77
Vínculo		2.36	5.00	3.97	0.57	0.88	0.95

*Notas. M – Média; DP – Desvio Padrão;***6.3 Análise Estatística**

De forma exploratória, foram realizadas correlações de Spearman devido as variáveis não terem a distribuição normal, com o intuito de explorar as relações entre as dimensões do UCLA com as dimensões do MSPSS. Como se pode observar na Tabela 4, verifica-se que os resultados indicaram que existe uma correlação negativa entre todas as dimensões com significância estatística ($p < .05$). A dimensão Geral da UCLA correlacionada com as dimensões Família, Amigos e Outros Significativos (MSPSS) apresentou correlações moderadas negativas ($r_s = -.565$; $-.484$; $-.434$, respetivamente). Da mesma forma a correlação entre a dimensão Isolamento Social e as dimensões Família, Amigos e Outros Significativos apresentaram uma correlação moderada negativas ($r_s = -.543$; $-.467$; $-.427$, respetivamente). Quanto a dimensão Afinidades, quando correlacionada com as dimensões Família, Amigos e Outros Significativos, apresentaram correlações moderadas negativas ($r_s = -.524$; $-.454$; $-.389$, respetivamente).

Tabela 4.*Correlações entre a Solidão (UCLA) e o Suporte Social (MSPSS)*

	UCLA, r_s		
	Geral	Isolamento social	Afinidades
MSPSS			
Família	-0.565*	-0.543*	-0.524*
Amigos	-0.484*	-0.467*	-0.454*
Outros	-0.434*	-0.427*	-0.389*
significativos			

Notas. r_s : correlação de Spearman;* $p < .05$; $n = 208$.

Para responder as nossas hipóteses 1, 2, 3 e 4 utilizou-se o Modelo apresentado, na figura 1, testado através do módulo PROCESS (com o modelo 7 de Hayes, 2018), que considera como variável independente (X) a solidão, como variável dependente (Y) as dimensões da EADS (ansiedade, depressão e Stresse) e como variável mediadora as dimensões do MSPSS (família, amigos e outros significativos), e como variável moderadora a LAPS (Proximidade, Importância e Vínculo) (tabela 5). Testámos separadamente cada dimensão do suporte social, da saúde mental (stress, depressão e ansiedade) e do vínculo animal.

Iniciamos com o modelo que inclui a solidão (variável independente), o stress (variável dependente) e o suporte social por parte da família (variável moderadora).

Iremos acrescentar a estas variáveis, como variável moderadora da relação entre a solidão e a respetiva dimensão do suporte social, as dimensões do vínculo com o animal de estimação.

Os resultados indicaram que o modelo que considera como variável independente (X) a solidão, como variável dependente (Y) a EADS (Stresse), como variável mediadora o MSPSS (Família), e como variável moderadora a LAPS (Proximidade), é significativo [$F(3, 122) = 14.994$; $p < .001$] e explica aproximadamente 27% da variância do Stresse ($R^2 = .269$). Em termos de contribuição significativa, temos apenas a variável independente Solidão e a dependente Stresse (ambas com $p < .001$). A Proximidade do vínculo com animais de estimação ($p = .304$) e a interação considerada (solidão x proximidade, $p = .196$), não apresentou contribuição estatisticamente significativa (tabela 5)

Os resultados mostram que o modelo que considera como variável independente (X) a solidão, como variável dependente (Y) a EADS (Stresse), como variável

mediadora o MSPSS (Família), e como variável moderadora a LAPS (Importância), é significativo [$F(3, 122) = 15.174; p < .001$] e explica aproximadamente 27% da variância do Stresse ($R^2 = .272$). Em termos de contribuição significativa, temos apenas a variável independente Solidão e a dependente Stresse (ambas com $p < .001$). A Importância do vínculo com animais de estimação ($p = .221$) e a interação considerada (Solidão x Importância, $p = .214$), não apresentou contribuição estatisticamente significativa (tabela 5)

Os resultados mostram que o modelo que considera como variável independente (X) a solidão, como variável dependente (Y) a EADS (Stresse), como variável mediadora o MSPSS (Família), e como variável moderadora a LAPS (Vínculo), é significativo [$F(3, 122) = 16,422; p < .001$] e explica aproximadamente 29% da variância do Stresse ($R^2 = .288$). Em termos de contribuição significativa, temos três variáveis, a independente Solidão, a dependente Stresse (ambas com $p < .001$), e a variável moderadora (LAPS) Vínculo com animais de estimação ($p = .021$), enquanto a interação considerada (Solidão x Vínculo, $p = .567$), não apresentou contribuição estatisticamente significativa (tabela 5).

Os resultados indicam que o modelo é significativo [$F(2, 123) = 25.093; p < .001$] e explica 29% da variância do Stresse ($R^2 = .290$). Em termos de contribuição significativa, temos a variável, independente Solidão ($p < .001$), enquanto o MSPSS Família, $p = .922$), não apresentou contribuição estatisticamente significativa. Logo, espera-se que quando ocorra o aumento de uma unidade no escore da escala (UCLA) Solidão ocorra um aumento na escala (EADS) Stresse de .245 (IC 95% .165 – .325) unidades ($p < 0,001$). Disto decorre que a Solidão contribui positivamente para o Stresse (Tabela 5)

Tabela 5*Modelo de Mediação Moderada com Stress e Suporte Social da Família*

	Coeficiente	SE	IC 95%		t	p
			LMin	LMax		
Variável de resultado: MSPSS Família						
Constante	5.198	.133	4.935	5.461	39.133	< .001
UCLA	-.085	.013	-.111	-.060	-6.596	< .001
LAPS Proximidade	.187	.181	-.172	.546	1.031	.304
UCLA x LAPS Proximidade	.022	.017	-.011	.054	1.300	.196
[Modelo R = .519; R ² = .269; MSE = 2.157; F (3,122) = 14.994; p < .001]						
Variável de resultado: MSPSS Família						
Constante	5218	.131	4.959	5.477	39.862	< .001
UCLA	-.082	.013	-.107	-.057	-6.444	< .001
LAPS Importância	.187	.152	-.114	.489	1.229	.221
UCLA x LAPS Importância	.016	.013	-.010	.042	1.250	.214
[Modelo R = .521; R ² = .272; MSE = .150; F (3,122) = 15.174; p < .001]						
Variável de resultado: MSPSS Família						
Constante	5.219	.130	4.962	5.477	40.118	< .001
UCLA	-.086	.013	-.111	-.061	-6.823	< .001
LAPS Vínculo	.533	.228	.082	.984	2.338	.021
UCLA x LAPS Vínculo	.013	.022	-.031	.056	.573	.567
[Modelo R = .536; R ² = .288; MSE = 2.103; F (3,122) = 16.422; p < .001]						
Variável de resultado: EADS Stresse						
Constante	13.507	1.336	10.863	16.152	10.110	< .001
UCLA	.245	.040	.165	.325	6.074	< .001
MSPSS Família	-.024	.246	-.511	.463	-.098	.922
[Modelo R = .538; R ² = .290; MSE = 16.304; F (2,123) = 25.093; p < .001]						

Notas. IC95% - Intervalo de Confiança 95%; LMin – Limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito.

Consideramos agora o modelo que inclui a solidão (variável independente), a ansiedade (variável dependente) e o suporte social por parte da família (variável moderadora).

Os resultados indicam que o modelo é significativo [$F(2, 123) = 13.629$; $p < .001$] e explica aproximadamente 18% da variância do Ansiedade ($R^2 = .181$). Em termos de contribuição significativa, temos as variáveis, independente Solidão ($p < .001$), enquanto o MSPSS Família, $p = .795$), não apresentou contribuição estatisticamente significativa. Logo, espera-se que quando ocorra o aumento de uma unidade no escore da escala (UCLA) Solidão ocorra um aumento na escala (EADS) Ansiedade de .188 (IC

95% .108 – .268) unidades ($p < .001$). Disto decorre que a Solidão contribui positivamente para a Ansiedade (Tabela 6).

Tabela 6

Modelo de Regressão entre a solidão, a ansiedade e o suporte social da família

	Coeficiente	SE	IC 95%		t	p
			LMin	LMax		
Variável de resultado:						
EADS Ansiedade						
Constante	10.766	1.342	8.110	13.422	8.023	< .001
UCLA	.188	.041	.108	.268	4.639	< .001
MSPSS Família	.064	.247	-.425	.554	.261	.795
[Modelo R = 0,426; R² = 0,181; MSE = 16,449; F (2, 123) = 13,629; p < ,001]						

[Modelo $R = 0,426$; $R^2 = 0,181$; $MSE = 16,449$; $F_{(2, 123)} = 13,629$; $p < .001$]

Notas. IC95% - Intervalo de Confiança 95%; LMin – Limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito.

Finalmente consideramos o modelo que inclui a solidão (variável independente), a depressão (variável dependente) e o suporte social por parte da família (variável moderadora).

Os resultados indicam que o modelo é significativo [$F_{(2, 123)} = 32.092$; $p < .001$] e explica aproximadamente 34% da variância do Depressão ($R^2 = .343$). Em termos de contribuição significativa, temos as variáveis, independente Solidão ($p < .001$), enquanto o MSPSS Família, $p = .319$, não apresentou contribuição estatisticamente significativa. Logo, espera-se que quando ocorra o aumento de uma unidade na pontuação da escala (UCLA) Solidão ocorra um aumento na escala (EADS) Depressão de 0,236 (IC 95% .162 – .309) unidades ($p < .001$). Disto decorre que a Solidão está correlacionada positivamente com a Depressão (Tabela7).

Tabela 7

Modelo de Regressão entre a solidão, a depressão e o suporte social da família

	Coeficiente	SE	IC 95%		t	p
			LMin	LMax		
Variável de resultado:						
EADS Depressão						
Constante	12.403	1.224	9.980	14.825	10.132	< . 001
UCLA	.236	.037	.162	.309	6.368	< . 001
MSPSS Família	-.226	.225	-.672	.221	-1.001	.319
[Modelo R = .586; R² = .343; MSE = 13.686; F (2, 123) = 32.092; p < . 001]						

[Modelo $R = .586$; $R^2 = .343$; $MSE = 13.686$; $F_{(2, 123)} = 32.092$; $p < .001$]

Notas. IC95% - Intervalo de Confiança 95%; LMin – Limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito.

Quanto ao modelo que considera como variável independente (X) a Solidão, como variável dependente (Y) a EADS (Stresse) e como variável mediadora o MSPSS (Amigos) e, variável moderadora LAPS (Proximidade, Importância e Vínculo).

Os resultados indicam que o modelo é significativo [$F(3, 122) = 6.588; p < .001$] e explica aproximadamente 14% da variância do Stresse ($R^2 = .139$). Em termos de contribuição significativa, temos apenas a variável independente Solidão ($p < .001$). A Proximidade do vínculo com animais de estimação ($p = .993$) e a interação considerada (Solidão x Proximidade, $p = .677$), não apresentou contribuição estatisticamente significativa.

Os resultados indicam que o modelo é significativo [$F(3, 122) = 6.647; p < .001$] e explica aproximadamente 14% da variância do Stresse ($R^2 = .140$). Em termos de contribuição significativa, temos apenas a variável independente Solidão ($p < .001$). A Importância do vínculo com animais de estimação ($p = .951$) e a interação considerada (Solidão x Importância, $p = .573$), não apresentaram contribuições estatisticamente significativa.

Os resultados indicam que o modelo é significativo [$F(3, 122) = 7.160; p < .001$] e explica aproximadamente 15% da variância do Stresse ($R^2 = .150$). Em termos de contribuição significativa, temos apenas a variável independente Solidão ($p < .001$). O Vínculo com animais de estimação ($p = .438$) e a interação considerada (Solidão x Vínculo, $p = .331$), não apresentaram contribuições estatisticamente significativa.

Os resultados indicam que o modelo é significativo [$F(2, 123) = 25.485; p < .001$] e explica aproximadamente 29% da variância do Stresse ($R^2 = .293$). Em termos de contribuição significativa, temos as variáveis, independente Solidão ($p < .001$), enquanto o MSPSS Amigos, $p = .453$), não apresentou contribuição estatisticamente significativa. Logo, espera-se que quando ocorra o aumento de uma unidade no escore da escala (UCLA) Solidão ocorra um aumento na escala (EADS) Stresse de 0,258 (IC 95% .183 – .332) unidades ($p < .001$). Disto decorre que a Solidão contribui positivamente para o Stresse (Tabela 8).

Tabela 8

Modelo de Mediação Moderada entre a Solidão, Stresse, Amigos e as dimensões Proximidade, Importância e Vínculo.

	Coeficiente	SE	IC 95%		t	p
			LMin	LMax		
Variável de resultado:						
MSPSS Amigos						
Constante	5.435	.097	5.243	5.628	55.960	< .001
UCLA	-.041	.009	-.060	-.022	-4.356	< .001
LAPS Proximidade	-.001	.133	-.264	.261	-.009	.993
UCLA x LAPS Proximidade	.005	.012	-.019	.029	.417	.677
[Modelo R = .373; R ² = .139; MSE = 1.152; F (3,122) = 6.588; p < .001]						
Variável de resultado:						
MSPSS Amigos						
Constante	5.439	.096	5.249	5.629	56.771	< .001
UCLA	-.041	.009	-.059	-.022	-4.356	< .001
LAPS Importância	.007	.112	-.214	.228	.062	0.951
UCLA x LAPS Importância	.005	.010	-.014	.024	.565	0.573
[Modelo R = .375; R ² = .140; MSE = 1.152; F (3, 122) = 6.647; p < .001]						
Variável de resultado:						
MSPSS Amigos						
Constante	5.431	0.096	5.242	5.621	56.713	< .001
UCLA	-.042	.009	-.061	-.024	-4.533	< .001
LAPS Vínculo	.130	.168	-.202	.462	.777	.438
UCLA x LAPS Vínculo	.016	.016	-.016	.048	.977	.331
[Modelo R = .387; R ² = .150; MSE = 1.140; F (3, 122) = 7.160; p < .001]						
Variável de resultado:						
EADS Stresse						
Constante	11.992	1.882	8.267	15.176	6.373	< .001
UCLA	.258	.038	.183	.332	6.870	< .001
MSPSS Amigos	.255	.339	-.416	.927	.752	.453
[Modelo R = .541; R ² = .293; MSE = 16.231; F (2, 123) = 25.485; p < .001]						

Notas. IC95% - Intervalo de Confiança 95%; LMin – Limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito.

Os resultados indicam que o modelo é significativo [$F(2, 123) = 13.638$; $p < .001$] e explica aproximadamente 18% da variância da Ansiedade ($R^2 = .182$). Em termos de contribuição significativa, temos a variável, independente Solidão ($p < .001$), enquanto o MSPSS Amigos, $p = .775$), não apresentou contribuição estatisticamente significativa. Logo, espera-se que quando ocorra o aumento de uma unidade no escore da escala (UCLA) Solidão ocorra um aumento na escala (EADS) Ansiedade de 0,187 (IC 95% 0,112 – .262) unidades ($p < .001$). Disto decorre que a Solidão contribui positivamente para a Ansiedade (Tabela 9).

Tabela 9*Modelo de Regressão entre a solidão, a ansiedade e amigos*

Modelo de Regressão entre a sensação, a ansiedade e amigos						
	Coeficiente	SE	IC 95%		t	p
			LMin	LMax		
Variável de resultado:						
EADS Ansiedade						
Constante	10.571	1.894	6.822	14.320	5.581	< .001
UCLA	.187	.038	.112	.262	4.947	< .001
MSPSS Amigos	.098	.342	-.578	.774	.286	.775
[Modelo R = .426; R² = .182; MSE = 16.448; F (2, 123) = 13.638; p < .001]						

[Modelo R = .426; R² = .182; MSE = 16.448; F (2, 123) = 13.638; **p < .001**]

Notas. IC95% - Intervalo de Confiança 95%; LMin – Limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito.

Os resultados indicam que o modelo é significativo [$F(2, 123) = 31.348$; $p < .001$] e explica aproximadamente 34% da variância da Depressão ($R^2 = .338$). Em termos de contribuição significativa, temos a variável, independente Solidão ($p < .001$), enquanto o MSPSS Amigos, $p = .899$), não apresentou contribuição estatisticamente significativa. Logo, espera-se que quando ocorra o aumento de uma unidade no escore da escala (UCLA) Solidão ocorra um aumento na escala (EADS) Depressão de .253 (IC 95% .184 – .321) unidades ($p < .001$). Disto decorre que a Solidão contribui positivamente para a Depressão (Tabela 10).

Tabela 10*Modelo de Regressão entre a solidão, a ansiedade e depressão*

Modelo de Regressão entre a sonada, a ansiedade e a depressão						
	Coeficiente	SE	IC 95%		t	p
			LMin	LMax		
Variável de resultado:						
EADS Depressão						
Constante	11.439	1.735	8.005	14.872	6.594	< .001
UCLA	.253	.035	.184	.321	7.302	< .001
MSPSS Amigos	-.040	.313	-.659	.580	-.127	.899
[Modelo R = .581; R² = .338; MSE = 13.796; F (2, 123) = 31.348; p < .001]						

[Modelo R = .581; R² = .338; MSE = 13.796; F (2, 123) = 31.348; **p < .001**]

Notas. IC95% - Intervalo de Confiança 95%; LMin – Limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito.

Quanto ao modelo que considera como variável independente (X) a solidão, como variável dependente (Y) a EADS (Stresse) e como variável mediadora o MSPSS (Outros significativos) e, variável moderadora LAPS (Proximidade, Importância e Vínculo).

Os resultados indicam que o modelo é significativo [$F(3, 122) = 7.792; p < .001$] e explica aproximadamente 16% da variância do Stresse ($R^2 = .161$). Em termos de contribuição significativa, temos apenas a variável independente Solidão ($p < .001$). A Proximidade do vínculo com animais de estimação ($p = .259$) e a interação considerada (Solidão x Proximidade, $p = .538$), não apresentou contribuição estatisticamente significativa.

Os resultados indicam que o modelo é significativo [$F(3, 122) = 7.178; p < .001$] e explica 15% da variância do Stresse ($R^2 = .150$). Em termos de contribuição significativa, temos apenas a variável independente Solidão ($p < .001$). A Importância do vínculo com animais de estimação ($p = .775$) e a interação considerada (Solidão x Importância, $p = .880$), não apresentaram contribuições estatisticamente significativa.

Os resultados indicam que o modelo é significativo [$F(3, 122) = 7.381; p < .001$] e explica aproximadamente 15% da variância do Stresse ($R^2 = .154$). Em termos de contribuição significativa, temos apenas a variável independente Solidão ($p < .001$). A LAPS Vínculo com animais de estimação ($p = .557$) e a interação considerada (Solidão x Vínculo, $p = .575$), não apresentaram contribuições estatisticamente significativa.

Os resultados indicam que o modelo é significativo [$F(2, 123) = 27.802; p < .001$] e explica aproximadamente 31% da variância do Stresse ($R^2 = .311$). Em termos de contribuição significativa, temos as variáveis, independente Solidão ($p < .001$), enquanto o MSPSS Outros significativos, $p = .052$), não apresentou contribuição estatisticamente significativa. Logo, espera-se que quando ocorra o aumento de uma unidade no escore da escala (UCLA) Solidão ocorra um aumento na escala (EADS) Stresse de .275 (IC 95% .202 – .349) unidades ($p < .001$). Disto decorre que a Solidão contribui positivamente para o Stresse (Tabela 11).

Tabela 11

Correlação entre a Solidão, Stresse, Outros Significativos e as dimensões Proximidade, Importância e Vínculo.

	Coeficiente	SE	IC 95%		t	p
			LMin	LMax		
Variável de resultado: MSPSS Outros significativos						
Constante	5.970	.088	5.796	6.144	67.920	< .001
UCLA	-.037	.009	-.054	-.020	-4.364	< .001
LAPS Proximidade	-.136	.120	-.374	.102	-1.133	.259
UCLA x LAPS Proximidade	-.007	.011	-.029	.015	-0.618	.538
[Modelo R = .401; R ² = .161; MSE = .944; F (3,122) = 7.792; p < .001]						
Variável de resultado: MSPSS Outros significativos						
Constante	5.961	.087	5.788	6.134	68.281	< .001
UCLA	-.039	.009	-.056	-.022	-4.592	< .001
LAPS Importância	-.029	.102	-.230	0.172	-.287	.775
UCLA x LAPS Importância	-.001	.009	-.019	0.016	-.151	.880
[Modelo R = .387; R ² = .150; MSE = .957; F (3,122) = 7.178; p < .001]						
Variável de resultado: MSPSS Outros significativos						
Constante	5.966	.088	5.793	6.139	68.141	< .001
UCLA	-.040	.008	-.056	-.023	-4.664	< .001
LAPS Vínculo	.090	.153	-.213	.394	.589	.557
UCLA x LAPS Vínculo	-.008	.015	-.037	.021	-.562	.575
[Modelo R = .392; R ² = .154; MSE = .953; F (3,122) = 7.381; p < .001]						
Variável de resultado: EADS Stresse						
Constante	9.075	2.221	4.678	13.471	4.085	< .001
UCLA	.275	.037	.202	.349	7.394	< .001
MSPSS Outros significativos	.723	.368	-.006	1.451	1.964	.052
[Modelo R = .558; R ² = .311; MSE = 15.810; F (2, 123) = 27.802; p < .001]						

Notas. IC95% - Intervalo de Confiança 95%; LMin – Limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito.

Os resultados indicam que o modelo é significativo [$F(2, 123) = 14.013$; $p < .001$] e explica aproximadamente 19% da variância da Ansiedade ($R^2 = .186$). Em termos de contribuição significativa, temos as variáveis, independente Solidão ($p < .001$), enquanto o MSPSS Outros significativos, $p = .405$, não apresentou contribuição estatisticamente significativa. Logo, espera-se que quando ocorra o aumento de uma

unidade no escore da escala (UCLA) Solidão ocorra um aumento na escala (EADS) Ansiedade de .195 (IC 95% .120 – .270) unidades ($p < .001$). Disto decorre que a Solidão contribui positivamente para a Ansiedade (Tabela 12).

Tabela 12

Modelo de Regressão entre a solidão, a ansiedade e outros significativos

Modelo de Regressão Linear e Correlação, a Anisotropia e os Outros Significativos						
	Coeficiente	SE	IC 95%		t	p
			LMin	LMax		
Variável de resultado:						
EADS Ansiedade						
Constante	9.240	2.260	4.767	13.714	4.089	< .001
UCLA	.195	.038	.120	.270	5.144	< .001
MSPSS Outros significativos	.313	.374	-.428	1.053	.835	.405
[Modelo R = .431; R ² = .186; MSE = 16.366; F (2, 123) = 14.013; p < .001]						

Notas. IC95% - Intervalo de Confiança 95%; LMin – Limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito.

Os resultados indicam que o modelo é significativo [$F (2, 123) = 31.999$; $p < .001$] e explica aproximadamente 34% da variância da Depressão ($R^2 = .342$). Em termos de contribuição significativa, temos a variável, independente Solidão ($p < .001$), enquanto o MSPSS **Outros significativos**, $p = .351$), não apresentou contribuição estatisticamente significativa. Logo, espera-se que quando ocorra o aumento de uma unidade no escore da escala (UCLA) Solidão ocorra um aumento na escala (EADS) Depressão de .267 (IC 95% .198 – .335) unidades ($p < .001$). Disto decorre que a Solidão contribui positivamente para a Depressão (Tabela 13).

Tabela 13

Modelo de Regressão entre a solidão, a depressão e outros significativos

	Coeficiente	SE	IC 95%		t	p
			LMin	LMax		
Variável de resultado:						
EADS Depressão						
Constante	9.309	2.068	5.217	13.402	4.502	< .001
UCLA	.267	.035	.198	.335	7.690	< .001
MSPSS Outros significativos	.321	.342	-.357	.999	.937	.351
[Modelo R = .585; R ² = .342; MSE = 13.700; F (2, 123) = 31.999; p < .001]						

Notas. IC95% - Intervalo de Confiança 95%; LMin – Limite mínimo; LMax – Limite máximo; valores estatisticamente significativos a negrito.

Finalmente, para verificar a nossa hipótese 4, as diferenças significativas do sentimento de solidão, níveis de saúde mental e suporte social entre os adultos portugueses trabalhadores no Concelho de Almada com e sem animais de estimação, utilizou-se o Teste *Mann-Whitney (U)* por não se verificar uma distribuição normal nas variáveis consideradas, nos dois grupos.

Quanto a comparação quem tem ou não animal de estimação, relativamente ao sentimento de solidão, a dimensão Geral apresentou ($p = 0.368$), na dimensão Isolamento Social ($p = 0.627$), e na dimensão Afinidades ($p = 0.153$), de forma que nenhum dos resultados foram significativas.

Relativamente ao stresse, quem tem animal de estimação tem em média maior de stresse quando comparado com que não tem animal de estimação ($p = 0.046$), uma diferença estatisticamente significativa. No entanto na Ansiedade foi de ($p = 0.079$), e a Depressão foi de ($p = 0.094$), não sendo nenhum destes resultados estatisticamente significativos.

Os resultados da comparação relativamente ao suporte social da família, apresentou o valor de ($p = 0.756$), na Dimensão Amigos foi de ($p = 0.787$) e na dimensão outros significativos foi de ($p = 0.356$). Assim sendo, estas dimensões não apresentaram diferenças estatisticamente significativos.

Tabela 14

Comparação entre quem tem ou não animal de estimação conforme os instrumentos

	Tem animal de estimação		p^*
	Sim	Não	
	M (DP)	M (DP)	
UCLA			
Geral	32.25 (10.35)	31.32 (10.62)	.368
Isolamento social	21.74 (7.23)	21.38 (7.38)	.627
Afinidades	10.51 (3.58)	9.94 (3.71)	.153
EADS			
Stresse	13.38 (4.75)	11.89 (3.83)	.046
Ansiedade	11.10 (4.45)	9.68 (3.28)	.079
Depressão	11.22 (4.53)	10.16 (3.66)	.094
MSPSS			
Família	5.23 (1.70)	5.27 (1.74)	.756
Amigos	5.44 (1.14)	5.31 (1.30)	.787
Outros significativos	5.96 (1.05)	5.75 (1.28)	.356

Notas. M – Média; DP – Desvio Padrão;

* Teste U de Mann-Whitney;

Valores estatisticamente significativos a negrito.

PARTE IV: DISCUSSÃO

Capítulo 7 – Discussão dos Resultados

7.1 - Discussão

Após a descrição dos resultados obtidos da análise dos dados no capítulo anterior, mostra-se importante realizar uma discussão sobre estes resultados com base na revisão de literatura, respeitando os objetivos definidos anteriormente. Pelo qual teve como principal objetivo explorar a relação entre a solidão e a saúde mental dos adultos portugueses trabalhadores no Concelho de Almada, procurando compreender se o suporte social medeia esta relação, e se o vínculo com os animais de estimação favorece uma melhor saúde mental destes trabalhadores.

O nosso estudo apresentou uma amostra com a média de ter animais de estimação atual de ($M = 2.39$; $DP = 2.90$), sendo que a maioria tem cão (55.6%; $n = 70$), no entanto, não houve diferenças significativas do sentimento de solidão entre os donos dos animais terem cães, gatos ou outros animais de estimação. O mesmo acontece no estudo de (Kretzler et al, 2022), que por sua vez também não indicou diferenças significativas da solidão entre os donos de cães, de gatos ou de outro tipo de animal de estimação.

A primeira hipótese pretendia verificar se a solidão tem um impacto negativo na saúde mental. Tendo em consideração que as dimensões da saúde mental deste estudo, a primeira hipótese se confirma, pois apresentou números significativos para a correlação entre a solidão e as dimensões da saúde mental (ansiedade a depressão e o stresse). Os resultados indicam que a solidão está correlacionada positivamente com a ansiedade, apresentando resultados de .188 (IC 95% 0.108 – 0.268) unidades ($p < .001$). A solidão também está correlacionada positivamente com o stresse de .245 (IC 95% .165 – .325) unidades ($p < .001$). Da mesma forma, os resultados sugerem que a solidão está correlacionada positivamente com a depressão de .236 (IC 95% .162 – .309) unidades ($p < .001$). Estes resultados mostram que a solidão tem um impacto negativo na saúde mental, o que corrobora com o estudo de Bevilacqua et al. (2021), que indica que a exposição a fatores de stresse tem impacto negativo na saúde mental, com um aumento de risco para a solidão. Pelo qual indica que existe uma relação negativa entre a saúde mental e a solidão (Bevilacqua et al., 2021). No mesmo sentido, com os resultados da

meta-análise realizada por Zhang & Dong (2022), sugerem que o suporte social pode ser um aliado no alívio da solidão. (Zhang & Dong, 2022).

Os resultados encontrados na pesquisa confirmam a segunda hipótese, pela qual era esperado que o suporte social fosse mediador da relação entre a solidão e a saúde mental. Os resultados revelam que a família, os amigos e outras pessoas significativas impactam tanto na saúde mental como na solidão. A literatura indica que o apoio da família, amigos e outras pessoas que sejam significantes promove uma melhor saúde mental e reduz a solidão. O que é consistente com muitos estudos como os de Gul et al., (2018) e Lee et al., (2020). Igualmente como o estudo de Zhang & Dong (2022), uma meta-análise sobre a relação entre suporte social e solidão, no qual os resultados indicaram uma correlação negativa significativa entre suporte social e solidão, i. é., as pessoas com níveis mais elevados de suporte social apresentaram níveis mais baixo de solidão. Também vai ao encontro do estudo de Sung et al., (2023), que indica que a relação entre os humanos e os animais de estimação tem influência significativa no bem-estar e qualidade de vida das pessoas. Da mesma forma o estudo Triebenbacher (1998) que refere que o apoio emocional exercendo influência na diminuição dos efeitos nocivos tanto da ansiedade como do stresse.

Os resultados do nosso estudo também indicaram que o suporte social teve efeito mediador significativo na relação entre o suporte social e a solidão dos trabalhadores portugueses. Assim, este estudo apresentou que o suporte social como a família, os amigos e pessoas significativas, mostra-se relevante para um menor sentimento de solidão, pois os resultados indicaram que quanto mais alto forem os níveis de suporte social, mais baixo serão os níveis de solidão nos adultos trabalhadores portugueses. Estes resultados sugerem que o apoio social pode ser uma forma eficaz de reduzir a solidão e melhorar a saúde mental.

Quanto a terceira hipótese levantada, não se confirma no presente estudo. Os animais de estimação não foram moderadores da relação entre a solidão e a saúde mental. Ou seja, o vínculo com os animais não apresentou significância. Sendo que a maioria dos inquiridos afirmou ter vínculo com cães, no entanto, independentemente do animal de estimação, não houve impacto significativo entre os animais e a solidão quanto a moderação. Os resultados indicaram que a dimensão Proximidade do vínculo com animais de estimação ($p = .304$) e a interação considerada (solidão x proximidade,

$p = .196$), não apresentou contribuição estatisticamente significativa. Do mesmo modo apresentou a dimensão Importância do vínculo com animais de estimação ($p = .221$) e a interação considerada (Solidão x Importância, $p = .214$), não apresentou contribuição estatisticamente significativa. Por último a dimensão Vínculo com animais de estimação ($p = .021$), enquanto a interação considerada (Solidão x Vínculo, $p = .567$), não apresentou contribuição estatisticamente significativa.

Os resultados obtidos do nosso estudo, vão ao encontro dos resultados encontrados no estudo de Müllersdorf et al., (2010), publicado na Suécia em 2010, com amostra de 39.995 participantes com e sem animais de estimação indicou que, as pessoas com animais de estimação foram associadas a níveis mais baixo de saúde mental.

Por outro lado, outros estudos como os de Taniguchi (2018) e de Bolstad (2021) demonstraram que as pessoas com vínculo com os de animais de estimação revelam ter níveis mais baixos de depressão e ansiedade do que as pessoas que não têm (Kretzler et al., 2022). No mesmo sentido, o estudo de Allen indicou que ter um animal de estimação pode levar a resultados positivos para a saúde física, psicológica e social, no qual é chamado de “efeito animal de estimação” (Kretzler et al., 2022).

7.2 - Pertinência e Aplicações Práticas no Futuro

Este estudo traz resultados que podem ser agregados na pouca literatura existente sobre solidão e animais de estimação na população adulta portuguesa. No entanto, podem realizar-se estudos longitudinais com uma amostra de adultos mais representativa.

7.3 - Limitações do Estudo

No estudo realizado foram identificadas algumas limitações que devem ser consideradas, entre as quais o facto do número da amostra ser pequeno pode ter interferido na representação adequada da população ativa portuguesa, bem como o facto de a amostra ter se concentrado na sua maioria mais específica no género feminino (72.6%; $n = 151$).

Pode-se apontar que uma outra possível limitação é o facto deste estudo ser de natureza transversal, pelo qual não permite inferir causalidade nos resultados da análise.

Não foram avaliados os níveis anteriores de solidão dos adultos trabalhadores portugueses donos de animais de estimação, não permitindo identificar a influência do animal na solidão destes adultos.

7.4 - Sugestões para Investigações Futuras

De forma a nortear futuras investigações sobre o tema da solidão e animais de estimação, sugere-se três principais pontos que podem ser melhor explorados: número da amostra; recolha de dados aleatória; estudo longitudinal.

Sugere-se que a amostra tenha um número mais elevado, para que seja mais representativa, visto que a baixa quantidade da amostra pode ter influenciado os resultados da análise. Também se sugere uma investigação de natureza longitudinal, onde avaliem a solidão em pessoas com animais de estimação em pelo menos três momentos distintos, antes da aquisição do animal, um mês após e apliquem outro questionário depois dos seis meses de aquisição do animal, para verificar de forma mais assertiva no quanto o animal de estimação pode ser um apoio emocional para combater a solidão.

Contudo, os dados obtidos se mostram relevantes para a literatura, devido existir poucos estudos sobre a solidão e os animais de estimação em relação a população adulta portuguesa. Esta é uma população que apresenta quadros ansiosos, depressivos, de stress, incluindo sentimentos de solidão.

Conclusão

A literatura científica sobre a solidão tem sido pouco estudada em relação ao peso emocional que acarreta para a pessoa, bem como pode afetar em qualquer momento do ciclo vital, tanto na área pessoal como na social, no que pode resultar em problemáticas (físicas e psíquicas), da maneira como funcionamos, comunicamos. A preocupação que ronda esta problemática é plausível. Quanto mais estudos sobre o construto solidão, mais podemos nos aproximar de um modelo teórico para explicar a complexidade da solidão, assim nortear as intervenções para uma melhor saúde mental e com menos sentimento de solidão.

Assim sendo, como referido anteriormente, o nosso primeiro objetivo foi verificar se existe uma relação negativa entre a solidão e a saúde mental dos adultos portugueses trabalhadores no Concelho de Almada, pelo qual os nossos resultados confirmaram.

O nosso segundo objetivo foi verificar se o suporte social medeia a relação entre a solidão e a saúde mental nos adultos portugueses trabalhadores no Concelho de Almada, da mesma forma, os nossos resultados confirmaram a nossa hipótese referente a este objetivo.

Também tínhamos o objetivo de verificar se o vínculo com animal de estimação é moderador da relação entre a solidão e a saúde mental mediada pelo suporte social nos adultos portugueses trabalhadores no Concelho de Almada com animais de estimação, no qual os nossos resultados foram opostos à nossa hipótese para confirmar este objetivo.

Por último, pretendíamos verificar se existem diferenças significativas do sentimento de solidão, níveis de saúde mental e suporte social entre os adultos portugueses trabalhadores no Concelho de Almada com e sem animais de estimação, pelo qual os nossos resultados apresentaram não serem significativos para a comparação das pessoas com e sem animais de estimação.

Em suma, o resultado obtido e analisado da amostra permitiu evidenciar que a solidão tem impacto negativo na saúde mental dos adultos trabalhadores portugueses. E que o apoio social ajuda a pessoa na diminuição da solidão e o aumento da saúde mental. E ainda permitiu verificar que os animais de estimação não influenciam de forma significativa no sentimento de solidão. Por sua vez os trabalhadores com animais de estimação não apresentaram níveis estatisticamente significativos da solidão em comparação com os trabalhadores sem animais de estimação.

Considerando que a solidão pode ser uma fonte de sofrimento com consequências negativas para a saúde mental, faz-se necessário soluções imediatas a nível profissional de forma a promover uma sociedade mais saudável e integradora (Rodrigues, 2018). Programas contra a solidão é um fator importante para a população em qualquer fase da vida.

Referências Bibliográficas

- Agência Europeia de Segurança no Trabalho (OSHA, 2023).
<https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-mental-health>
- Airosa, S., & Silva, I. (2013). Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stresse e suporte social na maternidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 14(1), 64-77.
- Amiot, C., Bastian, B., & Martens, P. (2016). People and companion animals: It takes two to tango. *BioScience*, 66(7), 552-560.
- Barjaková, M., Garnero, A., & d'Hombres, B. (2023). Risk factors for loneliness: A literature review. *Social science & medicine* (1982), 334, 116163.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116163>
- Bevilacqua, G., D'Angelo, S., Ntani, G., Syddall, H. E., Harris, E. C., Linaker, C., Stevens, M., Cooper, C., & Walker-Bone, K. (2021). Older working adults in the HEAF study are more likely to report loneliness after two years of follow-up if they have negative perceptions of their work quality. *BMC public health*, 21(1), 574.
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-10610-5>
- 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, J. T., & Cacioppo, S. (2012). The Phenotype of Loneliness. *The European journal of developmental psychology*, 9(4), 446–452.
<https://doi.org/10.1080/17405629.2012.690510>
- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2014). Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation. *Social and personality psychology compass*, 8(2), 58–72.
<https://doi.org/10.1111/spc3.12087>

- 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., Gouveia, P., Pimentel, P., Maia, D., Pereira, M. (2011). *Psychologica Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, v. 54, 309-358 <http://dx.doi.org/10.14195/1647-86065413>
- Cherniak, A. D., Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Granqvist, P. (2021). Attachment theory and religion. *Current opinion in psychology*, 40, 126–130. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.08.020>
- Chan, M. H., & Lee, A. T. C. (2022). Perceived Social Support and Depression Among Occupational Therapists in Hong Kong During COVID-19 Pandemic. *East Asian archives of psychiatry: official journal of the Hong Kong College of Psychiatrists = Dong Ya jing shen ke xue zhi : Xianggang jing shen ke yi xue yuan qi kan*, 32(1), 17–21. <https://doi.org/10.12809/eaap2205>
- DeMello, M. e Shapiro, K. (2010). O estado dos estudos humanos-animais. *Sociedade e Animais*, 18 (3), 307-318. <https://doi.org/10.1163/156853010X510807>
- Freak-Poli, R., Kung, C. S. J., Ryan, J., & Shields, M. A. (2022). Social Isolation, Social Support, and Loneliness Profiles Before and After Spousal Death and the Buffering Role of Financial Resources. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 77(5), 956–971. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbac039>
- Friedmann, E., Katcher, A. H., Thomas, S. A., Lynch, J. J., & Messent, P. R. (1983). Social interaction and blood pressure. Influence of animal companions. *The Journal of nervous and mental disease*, 171(8), 461–465. <https://doi.org/10.1097/00005053-198308000-00002>

Goetzel, R. Z., Roemer, E. C., Holingue, C., Fallin, M. D., McCleary, K., Eaton, W., Agnew, J., Azocar, F., Ballard, D., Bartlett, J., Braga, M., Conway, H., Crighton, K. A., Frank, R., Jinnett, K., Keller-Greene, D., Rauch, S. M., Safeer, R., Saporito, D., Schill, A., ... Mattingly, C. R. (2018). Mental Health in the Workplace: A Call to Action Proceedings From the Mental Health in the Workplace-Public Health Summit. *Journal of occupational and environmental medicine*, 60(4), 322–330.

<https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001271>

Gomes, D. (2017). O comportamento do consumidor face aos animais de estimação: expectativa dos serviços prestados. [Master's thesis, Instituto Politécnico do Porto].

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

GOV.BR (2023),

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/na-america-latina-brasil-e-o-pais-com-maior-prevalencia-de-depressao>

Gravrok, J., Bendrups, D., Howell, T., & Bennet, P. (2020). ‘Thriving through relationships’ as a useful adjunct to existing theoretical frameworks used in human-companion dog interaction literature. *Human Animal Interaction Bulletin*, 8(3), 3-22.

<https://doi.org/10.1079/hai.2020.0014>

Guedes, P. (2020). *Ansiedade, stress e burnout: definição conceptual e operacional, inter-relações e impacto na saúde*. [Master's thesis, Universidade Beira Interior].

<https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/10664>

HABRI (2023).

<https://habri.org/research/mental-health/social-isolation/>

- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227.
<https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Hill, J. E., Harris, C., Danielle L, C., Boland, P., Doherty, A. J., Benedetto, V., Gita, B. E., & Clegg, A. J. (2022). The prevalence of mental health conditions in healthcare workers during and after a pandemic: Systematic review and meta-analysis. *Journal of advanced nursing*, 78(6), 1551–1573.
<https://doi.org/10.1111/jan.15175>
- Hirschenhauser, K., Meichel, Y., Schmalzer, S., & Beetz, AM (2017). As crianças adoram os seus animais de estimação: As relações entre crianças e animais de estimação co-variam com a ordem taxonómica, o género e a idade? *Antozoös*, 30(3), 441–456.
<https://doi.org/10.1080/08927936.2017.1357882>
- Horowitz, M., J. & Schulz, R. (1984). Capítulo: Relocação institucional e seu impacto na mortalidade, morbidade e situação psicossocial. *Manual de Psicologia e Saúde*, 4(1).
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Research on aging*, 26(6), 655–672.
<https://doi.org/10.1177/0164027504268574>
- Huh, H. J., Kim, K. H., Lee, H. K., Jeong, B. R., Hwang, J. H., & Chae, J. H. (2021). Perceived Stress, Positive Resources and Their Interactions as Possible Related Factors for Depressive Symptoms. *Psychiatry investigation*, 18(1), 59–68.
<https://doi.org/10.30773/pi.2020.0208>
- Human-Animal Interaction Bulletin (2023). *Human-Animal Interactions*

Igbokwe, C. C., Ejeh, V. J., Agbaje, O. S., Umoke, P. I. C., Iweama, C. N., & Ozoemena, E. L. (2020). Prevalence of loneliness and association with depressive and anxiety symptoms among retirees in Northcentral Nigeria: a cross-sectional study. *BMC geriatrics*, 20(1), 153.

<https://doi.org/10.1186/s12877-020-01561-4>

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (CID-11) (2022) <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>

Ioannou, M., Kassianos, A. P., & Symeou, M. (2019). Coping With Depressive Symptoms in Young Adults: Perceived Social Support Protects Against Depressive Symptoms Only Under Moderate Levels of Stress. *Frontiers in psychology*, 9, 2780.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02780>

Jantara, R. D., Abreu D. P. G., Santana, L. L., Piexak, D. R., Ribeiro, J- P., & Barlem, J. G. T. (2022). Isolamento social e solidão em estudantes de enfermagem no contexto da pandemia Covid-19. *Revista Enfermagem Uerj*, 30(1), e63609.

<https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.63609>

Kocalevent, R. D., Berg, L., Beutel, M. E., Hinz, A., Zenger, M., Härter, M., Nater, U., & Brähler, E. (2018). Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC psychology*, 6(1), 31.

<https://doi.org/10.1186/s40359-018-0249-9>

Kretzler, B., König, H. H., & Hajek, A. (2022). Pet ownership, loneliness, and social isolation: a systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 57(10), 1935–1957.

<https://doi.org/10.1007/s00127-022-02332-9>

Leal, I. P., Antunes, R., Passos, T., Pais-Ribeiro, J., & Maroco, J. (2009). Estudo da Escala da Depressão, Ansiedade e Stress para Crianças (EADS- C). *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10(2), 277-284.

<https://www.redalyc.org/pdf/362/36218589011.pdf>

- Leite, A. & Carvalho, M. J. (2011). Solidão na Saúde. *Percurso & Ideias*, 3(4).
- Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Catellier, D. J., Carney, R. M., Berkman, L. F., Burg, M. M., Mitchell, P., Jaffe, A. S., & Schneiderman, N. (2009). Dimensions of social support and depression in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction. *International journal of behavioral medicine*, 16(3), 248–258.
<https://doi.org/10.1007/s12529-009-9040-x>
- Lim, M. H., Eres, R., & Vasan, S. (2020). Understanding loneliness in the twenty-first century: an update on correlates, risk factors, and potential solutions. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 55(7), 793–810.
<https://doi.org/10.1007/s00127-020-01889-7>
- Lopes, C. (2021). *Impacto do stresse psicossocial pandémico (COVID-19) no bem-estar psicológico: o papel da solidão e do isolamento social* [Master's thesis, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra].
- Lovibond PF, Lovibond SH. (1995). *Manual para Escalas de Depressão, Ansiedade e Estresse*. 2. [[Google Scholar](#)]
- Meireles, C. P.V. (2022). *Solidão Stress e Emoções em Tempos de Pandemia*. [Master's thesis, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro].
- 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>
- Müllersdorf, M., Granström, F., Sahlqvist, L., & Tillgren, P. (2010). Aspects of health, physical/leisure activities, work and socio-demographics associated with pet ownership in Sweden. *Scandinavian journal of public health*, 38(1), 53–63.
<https://doi.org/10.1177/1403494809344358>

- Mushtaq, R., Shoib, S., Shah, T., & Mushtaq, S. (2014). Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 8(9), WE01–WE4.
<https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/10077.4828>
- Oliveira, P. (2016). *Impacto das Características e Condições de Trabalho no Absentismo em assistentes operacionais de escolas e jardins de infância* [Master's thesis, Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Porto].
<https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/5588>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2018). *Enquadramento legal da saúde ocupacional em Portugal a figura do psicólogo do trabalho*.
https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/enquadramento_legal_da_saude_occupacional_em_portugal_a_figura_do_psicologo_do_trabalho.pdf
- Ornelas, J. (1994). Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Investigação. *Análise Psicológica* 2(7), 333-339.
- Pais-Ribeiro J, Honrado A, Leal I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stresse (EADS). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
<https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1058>
- Paykani, T., Zimet, G. D., Esmaili, R., Khajedaluee, A. R., & Khajedaluee, M. (2020). Perceived social support and compliance with stay-at-home orders during the COVID-19 outbreak: evidence from Iran. *BMC public health*, 20(1), 1650.
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09759-2>
- Pocinho, M. (2007). *Fatores Socioculturais, Depressão e Suicídio no Idoso Alentejano* [Master's thesis, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto].
<https://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/154>

Pocinho, M., Farate, C., Dias, C., A. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações: sociedade e as Novas Modernidades* 18, 65-77.

<https://www.researchgate.net/publication/268150328>

Pocinho, M. Macedo, E. (2017). Solidão: Um Construto Complexo. *Interações: sociedade e as Novas Modernidades* 32. 53-66.

Ramírez, M., T., G., Berumen, L., C., & Hernández, R., L. (2014) Psychometric Properties of the Lexington Attachment to Pets Scale: Mexican Version (LAPS-M). *A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals* 27(3) 351-359. DOI:[10.2752 / 175303714X13903827487926](https://doi.org/10.2752/175303714X13903827487926)

Ramos, A. R. (2021). Tese: Animais de estimação & Saúde Mental de adultos e idosos em tempo de Covid-19.

Razali, M. N., & Wah, B. Y. (2011). Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*, 2(1), 21-33.

Rodriguez, K. E., Frente. Herzog, H., Gee, H. N. (2020). Variabilidade na pesquisa de interação humano-animal. *Humanidades Veterinárias e Ciências Sociais* (7).
<https://doi.org/10.3389/fvets.2020.619600>

Rodrigues, R. M. (2018). Solidão, Um Fator de Risco. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 34(5), 334–338.
<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i5.12073>

Ruas, J. (2021). *Como Fazer Proposta de Investigação, Monografias; Dissertações e Teses*. (2nd ed.). Escolar Editora.

Russell D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20–40.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2

- Shao, R., He, P., Ling, B., Tan, L., Xu, L., Hou, Y., Kong, L., & Yang, Y. (2020). Prevalence of depression and anxiety and correlations between depression, anxiety, family functioning, social support and coping styles among Chinese medical students. *BMC psychology*, 8(1), 38.
<https://doi.org/10.1186/s40359-020-00402-8>
- Siedlecki, K. L., Salthouse, T. A., Oishi, S., & Jeswani, S. (2014). The Relationship Between Social Support and Subjective Well-Being Across Age. *Social indicators research*, 117(2), 561–576.
<https://doi.org/10.1007/s11205-013-0361-4>
- Sipowicz, K., Pietras, T., Podlecka, M., & Mokros, Ł. (2022). The Association between Depression and Perceived Stress among Parents of Autistic and Non-Autistic Children-The Role of Loneliness. *International journal of environmental research and public health*, 19(5), 3019.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19053019>
- Siqueira, M. V. S., Dias, C. A., & Medeiros, B. N. (2019). Solidão e trabalho na contemporaneidade: As múltiplas perspectivas de análise. *Revista de Administração Mackenzie*, 20(2).
<http://repositorio2.unb.br/jspui/handle/10482/36528>
- Sung, J. Y., & Han, J. S. (2023). Exploring the Role of Empathy as a Dual Mediator in the Relationship between Human-Pet Attachment and Quality of Life: A Survey Study among Adult Dog Owners. *Animals: an open access journal from MDPI*, 13(13), 2220.
<https://doi.org/10.3390/ani13132220>
- Terracciano, A., Luchetti, M., Karakose, S., Stephan, Y., & Sutin, A. R. (2023). Loneliness and Risk of Parkinson Disease. *JAMA neurology*, 80(11), 1138–1144.
<https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2023.3382>

- Triebenbacher, SL (1998). Animais de estimação como objetos de transição: seu papel no desenvolvimento emocional das crianças. *Relatórios Psicológicos*, 82 (1), 191–200. <https://doi.org/10.2466/PR0.82.1.191-200>
- Tiwari S. C. (2013). Loneliness: A disease? *Indian journal of psychiatry*, 55(4), 320–322. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.120536>
- Uchino, B. N., Smith, T. W., Carlisle, M., Birmingham, W. C., & Light, K. C. (2013). The quality of spouses' social networks contributes to each other's cardiovascular risk. *PloS one*, 8(8), e71881. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071881>
- Ussel, J. I (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias Personales, Família y Sociales. Analisis cualitativo*. Ministério de Trabajo e Assuntos Siciais.
- van Tilburg, T. G., Steinmetz, S., Stolte, E., van der Roest, H., & de Vries, D. H. (2021). Loneliness and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A Study Among Dutch Older Adults. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 76(7), e249–e255. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa111>
- Vilela, J. (2017). *Investigação o Processo de Construção do Conhecimento*. (2nd ed.). Edições Sílabo.
- Wanser, S. H., Simpson, A. C., MacDonald, M., & Udell, M. A. R. (2020). Considering Family Dog Attachment Bonds: Do Dog-Parent Attachments Predict Dog-Child Attachment Outcomes in Animal-Assisted Interventions? *Frontiers in psychology*, 11, 566910. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.566910>
- Wohlfarth, R., Mutschler, B., Beetz, A., Kreuser, F., & Korsten-Reck, U. (2013). Dogs motivate obese children for physical activity: key elements of a motivational theory of animal-assisted interventions. *Frontiers in psychology*, 4, 796. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00796>

Wood, L., Giles-Corti, B., & Bulsara, M. (2005). The pet connection: pets as a conduit for social capital? *Social science & medicine (1982)*, 61(6), 1159–1173.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.01.017>

Wood, L., Martin, K., Christian, H., Nathan, A., Lauritsen, C., Houghton, S., Kawachi, I., & McCune, S. (2015). The pet factor--companion animals as a conduit for getting to know people, friendship formation and social support. *PloS one*, 10(4), e0122085.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122085>

World Health Organization [WHO] (2021). WHO - Considerations for implementing and adjusting public health and social measures in the context of COVID-19 Interim guidance

[WHO-2019-nCoV-Adjusting-PH-measures-2021.1-eng.pdf](https://www.who.int/publications-detail/WHO-2019-nCoV-Adjusting-PH-measures-2021.1-eng.pdf)

World Health Organization 2022 Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic impact. Scientific brief March 2022

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

<https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103616>

Zhang, Y., Huang, H., Tang, D., Lu, X., Fan, F., & Pan, J. (2023). Mechanism of online emotional support accompany group for stress: The role of social support. *Frontiers in psychology*, 13, 1047364.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1047364>

Zimet, G.D., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. (1988). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30–41.

DOI: [10.1207/s15327752jpa5201_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)

Anexos

Questionário Sociodemográfico

Sexo:	☐ Feminino	☐ Masculino	☐ Prefiro não dizer
Idade (anos):			
Estado civil:	☐ Solteiro	☐ Casado	☐ Divorciado
	☐ Viúvo	☐ União de facto	
Nº de filhos:		☐ Nº pessoas com quem partilha casa:	

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

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

Assinale os familiares vivos com quem mantém algum contacto:

☐ Mãe	☐ Pai	☐ Avô/ Avó
☐ Outros		

Nacionalidade (País): _____

**Nº animais de estimação
(atual):**

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

☐ Cão	☐ Gato	☐ Outra (especifique) _____
------------------------------	-------------------------------	--

Teve algum animal de estimação durante a infância/ adolescência?

☐ Sim	☐ Não
------------------------------	------------------------------

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

☐ Pequeno	☐ Médio	☐ Grande
----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

Formação escolar

☐ Ensino básico (1º ciclo)
☐ Até 9º ano de escolaridade (3º ciclo)
☐ Até 12º ano de escolaridade (secundário)
☐ Frequência universitária
☐ Licenciatura ou bacharelato

- ☐ Mestrado
☐ Doutoramento

Profissão/ Ocupação:

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

Contrato de trabalho:

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

Distrito de Residência:

- ☐ Lisboa ☐ Outros

Anexo 2

Escala de Solidão – UCLA – Daniel Russell (1996)

Traduzida e adaptada por Margarida Pocinho et al. (2010).

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

Anexo 3

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

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

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

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

Anexo 4

MSPSS (Zimet et al., 1988)
Versão portuguesa por Carvalho et al. (2011)

Estamos interessados em avaliar o que pensa em relação às afirmações seguintes. Leia cuidadosamente cada uma das afirmações. Utilizando a escala abaixo, indique como se sente acerca de cada uma delas assinalando o respetivo espaço com um X.

	Discorda completamente	Discorda fortemente	Discorda	Neutro	Concorda	Concorda fortemente	Concorda completamente
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 5

LAPS (Johnson et al., 1992) Versão portuguesa por Gomes, 2017

Para responder a este questionário, pense no seu animal de estimação. Caso tenha vários, **responda pensando sempre no mesmo**, e escolha aquele com quem sente maior ligação afetiva.

Por favor, indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações, marcando a resposta pretendida. Cada resposta está pontuada de 1 a 5, sendo que 1 significa “Discordo totalmente” e 5 “Concordo totalmente”.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
1. O meu animal de estimação significa mais para mim do que qualquer um dos meus amigos.					
2. Muitas vezes eu confidencio com o meu animal de estimação.					
3. Eu acredito que os animais de estimação deveriam ter os mesmos direitos e privilégios que os membros da família.					
4. Eu acredito que o meu animal de estimação é o meu melhor amigo.					
5. Muitas vezes, os meus sentimentos acerca das pessoas são influenciados pela forma como reagem com o meu animal de estimação.					
6. Eu adoro o meu animal de estimação porque ele/ela é mais leal do que a maior das pessoas que eu conheço.					
7. Eu gosto de mostrar a outras pessoas fotografias do meu animal de estimação.					
8. Eu penso que o meu animal de estimação é apenas um animal de estimação.					
9. Eu adoro o meu animal de estimação porque ele/ela nunca me julga.					
10. O meu animal sabe quando me sinto mal.					
11. Eu falo muitas vezes com outras pessoas acerca do meu animal de estimação.					
12. O meu animal de estimação compreende-me.					
13. Eu acredito que gostar dos meus animais de estimação ajuda a manter-me saudável.					
14. Os animais de estimação merecem tanto respeito como os humanos.					
15. Eu e o meu animal de estimação temos uma relação muito próxima.					
16. Eu faria quase tudo para cuidar do meu animal de estimação.					
17. Eu brinco muitas vezes com o meu animal de estimação.					
18. Eu considero que o meu animal de estimação é uma grande companhia.					
19. O meu animal de estimação faz-me sentir feliz.					
20. Eu sinto que o meu animal de estimação faz parte da minha família.					
21. Eu não sou muito próxima/o do meu animal de estimação.					
22. Ser dono do meu animal de estimação faz parte da minha felicidade.					
23. Eu considero que o meu animal de estimação é um amigo.					