

Fatores preditores da experiência psicológica de solidão não desejada em adultos residentes em Portugal

Versão Final Após Defesa

Rita Alexandra Santos Coimbra

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2^o ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Luís Miguel da Silva Pires
Co-orientadora: Prof. Doutora Rosa Marina Lopes Brás Martins Afonso

dezembro de 2023

Folha em branco

Declaração de Integridade

Eu, Rita Alexandra Santos Coimbra, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M11641 de 2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 9/12 /2023



Rita Alexandra Santos Coimbra

Folha em branco

Agradecimentos

Aos meus pais, ao Gui e ao Duarte (que são o meu coração fora do corpo), à minha Avó e às suas 102 voltas ao Sol, aos meus tios e primos, e a toda a restante família por apoiarem um sonho, e a quem só espero de uma forma ou de outra poder retribuir no futuro.

Ao Professor Luís e à Professora Marina que me orientaram ao longo deste ano e que desde sempre se mostraram disponíveis com profissional disponibilidade, preocupação e auxílio. À Professora Célia, à Edna e às minhas colegas de turma e de projeto que contribuíram para que este estudo fosse possível.

À “Ana Diretora”, diretora do Jardim Escola João de Deus que frequentei e a todas as auxiliares e educadoras, Graça, Olinda, Sinita, Luísa, Susana, Elisa, Landa, Alda, Ana Santa Bárbara, Magda, Francisca, Ana Luísa, Joana, que se tornaram nas minhas segundas mães aos quatro meses, à Mafalda, a educadora que me ensinou a ler e a escrever aos quatro anos, um obrigada especial à Fatita, que, com muito amor e no meio de tanta confusão, nunca deixou que ninguém ficasse esquecido e à Faty, que foi a melhor professora primária que poderia ter pedido. À Professora Manuela, de inglês, e ao Professor Lindo. Ao Vítor Simão, o irreverente professor de Filosofia e Psicologia, amigo para a vida. Foi a vosso lado que o meu caminho começou e desde sempre me prometi que nunca me esqueceria de vocês quando este dia chegasse. Obrigada por me terem ensinado a gostar de aprender.

À Sara, que é para mim uma irmã mais nova mas que toma conta de mim como se fosse ela a mais velha.

À minha cabeça no ar favorita, Matilde, a melhor “melhor amiga” que eu podia ter pedido ao mundo. Vou levar-te para sempre, mesmo que não queiras. À Ju, por ter sido a minha psicóloga a tempo inteiro, por me ter limpado as lágrimas inúmeras vezes, mesmo que à distância de uma chamada. À Vaz, à Espada, à Edna, às Saras, à Marta, à Kika, à Luisi, à Maria, à Cris e à Pardal, que me acompanharam nestes 5 anos e que foram a razão que me fez querer ir de fim de semana. Guardar-vos-ei para sempre.

À Cris, à Mari, à Ana e à Pintas. À minha Tropa de Elite, companheiras de guerra e amores de uma vida. Obrigada por terem sido a inquebrável fonte de suporte, por nunca termos desistido umas das outras, por terem estado desde o primeiro ao último

dia. Àquelas a quem eu não sei como agradecer e que por isso agradeço com a minha presença, na garantia de que vou estar aqui para vocês sempre que de mim precisarem.

Ao Pinga e a todos os que por lá passaram, um obrigada por terem sido casa.

À Let e à Luna por terem partilhado e por terem sido a minha casa durante 3 anos, por terem vivido memoráveis momentos comigo e por me terem ensinado que a vida só é realmente vivida quando fazemos aquilo que gostamos com as pessoas que amamos.

À Bruna e ao Hugo, obrigada pelas lágrimas, pelos risos, pelas gargalhadas e pelos “chás”. Obrigada por serem a referência da simbiose perfeita que sabe juntar o amor à vida.

À Covilhã, a cidade que me viu crescer, que me acolheu e que fará para sempre parte de mim, da mesma forma que eu farei parte dela. Está quase na hora do Adeus que custa!

À Joana, que apenas não foi o meu braço direito porque escrevo com o braço oposto. Obrigada por teres caminhado comigo do lado do coração. És para sempre.

Por último, à pessoa que, passados 17 anos, me veio mostrar que afinal não era filha única, que ainda existia o lugar de uma “irmã” para preencher e que o melhor ainda estava por vir. Àquela que me fez rir 24 sobre 7 durante vários anos, que aturou todos os meus devaneios e que alinhou comigo em todas as “macacadas”. Àquela que me faz falta todos os dias e que me faz perder a vontade de chorar por já não ter o meu ombro favorito a meu lado. Guida, que és a saudade todos os dias, levar-te-ei para a vida, mesmo que isso custe a minha. Amo-te, Mana.

Aos restantes amigos que fiz pelo caminho, aos que por uma ou outra razão ficaram para trás e aos que ficarão para sempre, mesmo que esse “sempre” seja mais curto do que aquele que desejo. Obrigada.

Folha em branco

Resumo

A solidão não desejada pode ser definida como um sentimento subjetivo negativo em que um indivíduo se sente distante dos demais. A literatura analisada sugere a existência de um conjunto significativo de fatores preditores de vivência psicológica da solidão, sendo esta considerada preditora de menor saúde física e mental.

Desta forma, este estudo exploratório teve como objetivos caracterizar a vivência psicológica da solidão em adultos portugueses, e relacionar essa vivência com possíveis preditores como a sintomatologia depressiva, ansiedade e somatização, atitudes e comportamentos de saúde, suporte social percebido e traços de personalidade.

A presente investigação abrangeu 214 participantes, 180 mulheres (84.1%) e 33 homens (15.4%), com idades compreendidas entre os 18 e os 68 anos. O protocolo utilizado para a recolha de dados foi composto pela *UCLA Loneliness Scale Version 3 (UCLA-3)*, *Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)*, *Brief Symptom Inventory (BSI-18)*, Questionário de atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS) e *NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI-20)*. Foi ainda utilizado um Questionário Sociodemográfico a fim de recolher informação acerca da idade, do género e do estatuto socioeconómico, por exemplo.

A análise dos resultados permitiu indicar como melhores preditores da vivência psicológica da solidão, por ordem crescente, a Amabilidade, o Neuroticismo, o Suporte Social fornecido por Amigos e o Suporte Social fornecido por Outros Significativos, constituindo o Neuroticismo um fator de risco e os restantes, fatores de proteção. Este estudo possibilita assim a compreensão da experiência psicológica de solidão e de fatores a partir dos quais se poderá intervir no sentido de se reduzir a solidão indesejada.

Palavras-chave

Solidão; Isolamento Social Percebido; Personalidade; Psicopatologia; Estilo de Vida.

Folha em branco

Abstract

Unwanted loneliness can be defined as a negative subjective feeling in which an individual feels distant from others. The analyzed literature suggests the existence of a significant set of predictor factors for the psychological experience of loneliness, which is itself a predictor of lower physical and mental health.

Thus, this exploratory study aimed to characterize the psychological experience of loneliness in Portuguese adults and relate this experience with possible predictors such as depressive symptoms, anxiety and somatization, health attitudes and behaviors, perceived social support and personality traits.

The present investigation included 214 participants, 180 women (84.1%) and 33 men (15.4%), aged between 18 and 68 years. The protocol used for data collection was composed by the UCLA Loneliness Scale Version 3 (UCLA-3), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Brief Symptom Inventory (BSI-18), Health Attitudes and Behaviors Questionnaire (QACS) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI-20). A Sociodemographic Questionnaire was also used to collect information about age, gender and socioeconomic status, for example.

The analysis of the results allowed us to indicate as the best predictors of the psychological experience of loneliness, in ascending order, Agreeableness, Neuroticism, Social Support provided by Friends and Social Support provided by Significant Others, with Neuroticism constituting a risk factor and the remaining, protective factors. This study contributed to a better understanding of the psychological experience and of the factors from which new interventions can be developed in order to reduce unwanted loneliness.

Keywords

Loneliness; Perceived Social Isolation; Personality; Psychopathology; Lifestyle.

Folha em branco

Índice

Capítulo 1 – Solidão: uma revisão da literatura.....	1
Introdução.....	1
Isolamento Social.....	2
Suporte Social.....	3
Variáveis Sociodemográficas relacionadas com a Solidão e Isolamento Social	3
Idade	4
Género, Orientação Sexual e Estado Marital.....	5
Distribuição Geográfica e Área de Residência.....	6
Habilitações/ Literacia e Rendimento.....	7
Solidão/ Isolamento Social – Resultados de Saúde.....	7
Sistema Cardiovascular.....	7
Sono	8
Stress.....	8
Sintomatologia Depressiva e Ansiógena.....	9
Comportamentos de Saúde, auto estima e auto eficácia	9
Capítulo 2 - Método.....	11
2.1 Apresentação do Estudo	11
2.2 Desenho do Estudo	12
2.3 Participantes.....	12
2.4 Instrumentos.....	15
2.4.1 UCLA <i>Loneliness Scale</i> V3	15
2.4.2 Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS).....	15
2.4.3 Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS).....	16
2.4.4 NEO Five-Factor Inventory 20 (NEO-FFI-20).....	17
2.4.5 Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18)	17
2.4.6 Questionário Sociodemográfico.....	18
2.5 Procedimentos.....	18
2.5.1 Procedimentos Estatísticos	19
Capítulo 3 – Resultados	20
3.1 Análise descritiva dos resultados dos instrumentos	20
3.2 Análise Correlacional Exploratória	21
3.3 Análises de Regressão	24
Capítulo 4 – Discussão.....	27
4.1 Associação entre a vivência psicológica da solidão, suporte social percebido, sintomas psicopatológicos e personalidade	27
4.2 Implicações Clínicas.....	30

4.3 Limitações e Potencialidades.....	31
Conclusão.....	34
Referências Bibliográficas	35
Anexos.....	40
Anexo I – Consentimento Livre, Informado e Esclarecido	41
Anexo II – Questionário Sociodemográfico	44

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra (N = 214)

Tabela 2 – Análise descritiva dos resultados (N = 214)

Tabela 3 – Matriz de correlações entre o somatório total obtido na UCLA-3 e as dimensões do MSPSS (N = 214)

Tabela 4 – Matriz de correlações entre o somatório total obtido na UCLA-3 e as dimensões do BSI-18 (N = 214)

Tabela 5 – Matriz de correlações entre o somatório total obtido na UCLA-3 e as dimensões do QACS (N = 214)

Tabela 6 – Matriz de correlações entre o somatório total obtido na UCLA-3 e as dimensões do NEO-FFI-20 (N = 214)

Tabela 7 – Sumário dos modelos incluídos na regressão linear múltipla hierárquica

Tabela 8 – ANOVA para o somatório total obtido na UCLA-3 em função dos diferentes modelos da regressão linear múltipla hierárquica.

Tabela 9 - Coeficientes de regressão nos modelos da regressão linear múltipla hierárquica.

Folha em branco

Lista de Acrónimos

AARP	<i>American Association of Retired People</i>
BSI-18	<i>Brief Symptom Inventory – 18</i>
EUA	Estados Unidos da América
IGG	Índice de Gravidade Geral
MSPSS	<i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i>
NEO-FFI-20	<i>Neo Five-Factor Inventory – 20</i>
NEO-FFI-60	<i>Neo Five-Factor Inventory – 60</i>
NEO-PI-R	<i>Neo Personality Inventory Revised</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
SCL-90	<i>Symptom Checklist-90-Revised</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UBI	Universidade da Beira Interior
EU	União Europeia
UCLA-3	<i>UCLA Loneliness Scale Version 3</i>
QACS	Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

Folha em branco

Capítulo 1 – Solidão: uma revisão da literatura

Introdução

Apesar do pouco consenso na sua definição, a solidão é descrita por muitos investigadores como a discrepância subjetiva entre os desejos sociais de um indivíduo e os níveis de relações sociais alcançados pelo mesmo (Cacioppo et al., 2015; Park et al., 2020). Gomboc et al. (2022) definem solidão enquanto construto psicológico caracterizado pela experiência subjetiva de isolamento social, causado pela insatisfação relativa a relações sociais ou por uma reduzida rede social. Diehl et al. (2018) acrescentam ainda que esta insatisfação pode ser de cariz qualitativo ou quantitativo. De acordo com Nicholson et al. (2020), do ponto de vista clínico, abordar a solidão de um indivíduo pode ser um meio de abordar a dor por ele sentida. Este é um construto que parte já desde a área da filosofia, quando Jean Paul Sartre ilustrou a solidão como uma situação inevitável à condição de ser humano, que, entre o nascimento e a morte, procura atribuir um sentido à vida mediante as relações e a aceitação dos outros (Cacioppo et al., 2015).

A solidão tem vindo a ser concetualizada como um fenómeno unicamente humano, contudo, após milhões de anos de evolução, inúmeros mecanismos neurais, hormonais e moleculares foram desenvolvidos noutras espécies animais a fim da promoção da companhia e proteção mútua e da organização de respostas adaptativas em situações de discrepância significantes entre as relações sociais idealizadas e as conseguidas. Desta forma, contrariando a ideia de que este é um fenómeno exclusivamente humano, largas evidências científicas argumentam que a solidão é um fenómeno que representa, enquanto construto científico, uma predisposição adaptativa que pode ser encontrada em toda a filogenia – perspectiva que parte da premissa de que o cérebro é o órgão chave de processos sociais e de estudos comparativos entre modelos humanos e animais. Este ponto de partida constitui um elemento-chave pois se o construto de solidão for definido apenas de acordo com a fenomenologia do indivíduo, é difícil debater acerca da sua caracterização; podendo haver aspetos associados à solidão exclusivos da espécie humana, como o possível comportamento suicida, os mesmos traduzem-se numa questão empírica para estudos comparativos (Cacioppo et al., 2015).

À semelhança da fome, que constitui um sinal aversivo desencadeado pelo baixo nível de açúcar no sangue que motiva os seres a comer, também a solidão pode ser vista do ponto de vista de adaptação biológica, sendo um sinal que poderá fazer parte de um sistema de alerta biológico que evoluiu para alertar uma pessoa sobre ameaças ou danos ao corpo social, que, como membro de uma espécie social, necessita de sobreviver, prosperar e reproduzir. Contudo, por mais que possa adquirir um sentido evolutivo, a solidão crónica pode ser mal adaptativa na sociedade contemporânea, dado o aumento da longevidade, mobilidade social e a transitoriedade das interações sociais e relações (Cacioppo et al., 2015).

Os mesmos autores, Cacioppo et al. (2015), acrescentam ainda que o cérebro humano não responde somente a estímulos e que, ao invés, categoriza, abstrai, interpreta e avalia um estímulo à luz do estado presente e dos objetivos, bem como do conhecimento já existente e acomodado, pelo que um indivíduo pode perceber a mesma relação objetiva como protetora e outro, como ameaçadora, de acordo com as experiências passadas, atribuições presentes e a preferência geral por contacto social.

Por fim, do ponto de vista da sua classificação, vários autores têm distinguido solidão emocional de solidão social: a primeira surge da perda ou abstinência de uma ligação emocional ou relação íntima, seja com um cônjuge ou amigo; a segunda ocorre na ausência de uma rede social envolvente, decorrente, por exemplo, da falta de contacto ou participação em diversos grupos/ atividades (Cohen-Mansfield et al., 2016; Diehl et al., 2018).

Isolamento Social

Não obstante a preocupação e estudos crescentes sobre a solidão, permanece dúbia a distinção entre a mesma e isolamento social: enquanto o isolamento social diz respeito a uma medida mais objetiva de conectividade social (termo usado para descrever aspetos estruturais funcionais e qualitativos das relações humana) que se traduz na falta ou limitações concretas de contacto social com os outros, a solidão é, como já foi referido, a percepção do isolamento social ou o sentimento subjetivo de nos sentirmos sozinhos (Donovan et al., 2020). A distinção na conceitualização destes dois construtos é de ter em consideração uma vez que é possível que um indivíduo que se encontre socialmente isolado não se sinta só, e vice-versa, contribuindo para reconhecer a importância da percepção individual da qualidade ou adequabilidade das suas relações (Park et al., 2020; Cacioppo et al., 2015). Nicholson et al. (2020) acrescentam que o isolamento social pode também ser pensado enquanto perda de lugar dentro de um grupo e que o número e o tipo de relações, em conjunto com os

sentimentos que delas advêm constituem a essência daquilo que é esta condição. Assim, podemos afirmar que o isolamento social é feito tanto da conexão objetiva como da pertença subjetiva, demonstrando a multidimensionalidade deste construto (Nicholson et al., 2020).

É importante ainda dizer que, enquanto a solidão expressa a glória de estar sozinho, a solidão expressa a dor de estar sozinho. As consequências do isolamento social objetivo percebido podem diferir em parte devido a diferenças individuais relacionadas com quem os indivíduos escolhem formar ou manter relações – variações que têm vindo a ser descritas como introversão: enquanto a introversão se refere à preferência por baixos níveis de envolvimento social, a solidão refere-se à percepção de que as relações são inadequadas à luz daquelas que foram idealizadas, o que é sofisticada e funcionalmente distinto de introversão (Cacioppo et al., 2015; Diehl et al., 2018).

Suporte Social

O suporte social é outro conceito que merece relevância nesta área de investigação, sendo considerado uma provisão de recursos entre um prestador e recetor, como forma de promover o bem-estar do último. Todavia, nem sempre os recursos fornecidos exercem um efeito positivo no beneficiário, podendo ter igualmente efeitos nocivos, sendo que a sua ausência se encontra diretamente relacionada com a gravidade de sintomas físicos e psicológicos. (Carvalho et al., 2011). Este pode abranger tanto relações próximas e estáveis como relações instáveis e distantes. A experiência de suporte social pode afetar a saúde e o bem-estar através da modificação de comportamentos ou de fatores da personalidade, uma vez que ajuda o indivíduo a lidar com o stress de forma mais eficiente, estando relacionado a melhores resultados ao nível da saúde mental (Chen et al., 2019).

Variáveis Sociodemográficas relacionadas com a Solidão e Isolamento Social

A solidão é conhecida por ser um fator de risco para mortalidade e condições de morbidade, sendo como tal um importante e crescente problema de saúde pública que prevê o declínio da qualidade de vida. Apesar de poder ser experienciada por qualquer indivíduo, dúvidas permanecem acerca de quais as variáveis sociodemográficas se poderão traduzir em fatores de risco ou fatores protetores face à condição da solidão (Ausín et al., 2017).

Idade

No que respeita à associação entre solidão/ isolamento social e idade muitos estudos têm sido realizados. Num relatório do *National Health and Aging Trends Study* investigadores descobriram que 24% da comunidade – adultos residentes dos EUA com idade superior ou igual a 65 - se encontrava em condições de isolamento social e que 4% dos indivíduos se encontrava severamente isolados (Cudjoe et al., 2020). Perissinotto et al. (2012), descobriram que 43% dos americanos com idade superior a 60 relataram sentirem-se sozinhos, 13% dos quais admitiram experienciar estes sentimentos com frequência. Ainda, a fundação AARP (*American Association of Retired Persons*) realizou uma pesquisa e descobriu que 35% dos adultos com 45 ou mais anos de idade se sentiam sozinhos. (Donovan et al., 2020).

Indivíduos com idades superiores a 55 anos relatam com maior frequência sentimentos de solidão quando comparados com indivíduos com idades compreendidas entre os 25 e 44 anos (Hawkey et al., 2019).

Na revisão efetuada no âmbito desta dissertação foram escassos os estudos sobre a associação entre idade e solidão que mencionam populações jovens, contudo Gomboc et al. (2022) concluíram que os participantes mais novos (18-30 anos) demonstraram níveis mais altos de stress e solidão emocional e níveis mais baixos de solidão social; participantes com idades compreendidas entre 30-44 e entre 45-65 mostraram níveis mais altos de solidão social, e participantes com idade superior a 65 mostraram níveis mais baixos de solidão emocional e stress, o que permite fazer a suposição de que a solidão, apesar de diferentes formas, está presente nas diversas faixas etárias.

Cohen-Mansfield et al. (2016) estimam que a prevalência da solidão seja superior a 45%, contudo, dado o estigma associado aos termos “solidão” e “sozinho”, adultos idosos não admitem quando se encontram em situação de solidão, fazendo com que as percentagens estatísticas sejam, na verdade, superiores às apresentadas.

Apesar da solidão se apresentar com maior frequência em indivíduos com menos de 50 anos, é importante referir que adultos na faixa etária dos 90 anos sentem a solidão e isolamento social de igual modo. Adultos mais velhos são mais suscetíveis a consequências graves da solidão e do isolamento social na saúde dados os fracos níveis da mesma (Donovan et al., 2020). Contrariamente, Iliffe e colaboradores concluíram que os riscos de isolamento social são maiores quanto mais avançada for a idade, e, apesar de não ser exclusivo a pessoas nesta faixa etária, a transição para a etapa de vida

de adultez avançada pode representar fatores que contribuem para o nível de isolamento social. Estes fatores podem incluir a perda de um cônjuge, o autorrelato de declínio funcional e de saúde, viver sozinho, aumento de sintomas depressivos, comprometimento da mobilidade e diminuição do funcionamento cognitivo e psicológico (Nicholson et al., 2020; Cohen-Mansfield et al., 2016; Domènech-Abella., 2019). Uma vez instalada a condição de isolamento social, aumenta o risco de declínio do estado de saúde, o risco de mortalidade por todas as causas, admissões e readmissões hospitalares por vezes evitáveis, diminuição da qualidade de vida, declínio da função cognitiva, empobrecimento da nutrição e bem-estar no geral, o que conduz a um ciclo causal vicioso entre isolamento social e avanço da idade (Nicholson et al., 2020).

Quando falamos da associação entre a variável idade e solidão, importa falar do impacto social do suporte social, cuja importância tem sido realçada, enfatizando os seus efeitos positivos na qualidade de vida, evitamento da solidão e depressão e atraso no início do aparecimento de outros quadros de doença. Esta é uma associação mediada pelos estilos de *coping* usados pelas pessoas idosas (Chen et al., 2019).

Género, Orientação Sexual e Estado Marital

No que respeita a variável do género, de 14 estudos revistos o âmbito desta pesquisa, 11 concluíram que as mulheres são mais propensas ao sentimento de solidão do que os homens (Cohen-Mansfield et al., 2009; Fokkema et al., 2012; Perissinotto et al., 2012). Contudo, uma outra investigação concluiu que adultos que se encontram mais isolados socialmente, são normalmente homens, com baixo níveis de educação, baixo rendimento e não-casados (Donovan et al., 2020).

Relativamente à orientação sexual, de acordo com Donovan et al. (2020), indivíduos que se identificam como LGBTQIAP+ parecem ser mais propensos a relatarem sentimentos de solidão.

No que toca ao estado marital, ser casado está associado a níveis mais baixos de solidão (Cacioppo et al., 2015). Por sua vez, ser não casado ou viúvo parece estar relacionado com maiores níveis de solidão; no caso da viuvez, talvez os resultados se devam à perda do suporte social fornecido pelo cônjuge, que é considerado um confidente com o qual se partilham aspetos da vida pessoal (Cohen-Mansfield et al., 2016). Por último, num estudo realizado por Dihel et al. (2018), os resultados mostraram que estudantes solteiros pontuam mais alto para a solidão emocional quando comparados com estudantes casados. Ainda, indivíduos não casados apresentam maior probabilidade de não terem filhos e sabemos que ter filhos apresenta uma relação inversa com os níveis de solidão; níveis altos de solidão estão

positivamente associados ao facto de se viver sozinho ou longe de família e amigos (Cohen-Mansfield et al., 2016). Um estudo realizado na Alemanha revelou que estudantes que vivem sozinhos são mais propensos ao sentimento de solidão quando comparados aos estudantes que não vivem sozinhos; também os estudantes com um contexto passado de imigração sentem maiores níveis de solidão social (Dihel et al., 2018). Altos níveis de solidão estão ainda associados a baixa confiança conjugal e conflitos familiares ou maritais (Cacioppo et al., 2015; Donovan et al., 2020; Cohen-Mansfield et al., 2016). Cacioppo et al. (2015) concluíram ainda que indivíduos que moram sozinhos apresentam maiores níveis de solidão.

Distribuição Geográfica e Área de Residência

Ainda que poucos, existem alguns estudos sobre a solidão em função da distribuição geográfica, no entanto os resultados das investigações não são convergentes.

Embora possam haver inúmeros fatores que justifiquem as diferenças ao nível da distribuição geográfica, as mesmas poderão estar relacionadas com contrastes socioculturais, dado que vários estudos têm vindo a demonstrar que a experiência da solidão é frequentemente influenciada pelas normas sociais percebidas, bem como pelos valores e práticas sociais e culturais (Park et al., 2020).

Um estudo realizado por Lykes & Kimmelmeier (2013) indicou que o impacto negativo da solidão em áreas como o bem-estar é maior em sociedades coletivistas (países orientais, tais como o Japão) e menor em sociedades individualistas (países ocidentais como os Europeus ou os Estados Unidos da América), uma vez que culturas individualistas tendem a ver o *self* como independente (focando a atenção no indivíduo enquanto ator separado dos outros, com qualidades únicas e motivação para atingir os seus objetivos através de escolhas pessoais), enquanto que culturas coletivistas tendem a ver o *self* como interdependente, focando-se na conexão com os outros e mantendo uma motivação direcionada para a harmonia das relações. O mesmo estudo refere que diferentes sociedades diferem no que toca aos preditores da solidão: em sociedades coletivistas, a ausência de interações familiares encontra-se mais relacionada com a solidão, enquanto em sociedades individualistas é a ausência de relações com amigos que desempenha o papel mais preponderante.

Contrariamente ao mencionado no parágrafo anterior, um estudo levado a cabo por Rokach e colaboradores (2002), concluiu que culturas individualistas como a norte-americana sublinham os ganhos individuais, a competitividade e relações sociais impessoais, o que faz com que a prevalência da solidão seja maior nestes contextos dada a alienação social destes valores, que conduz ao declínio de interações “face a

face” com amigos ou família. Os autores acrescentam ainda que também o surgimento de grandes áreas metropolitanas, o preconceito social, o medo do crime e o aumento do uso de *internet* e dispositivos eletrônicos contribuem para a relutância para com as interações com outros.

No que toca à área de residência, 3 dos estudos realizados por Cohen-Mansfield et al. (2016) constataram que pessoas mais velhas que vivem em áreas rurais mostram níveis de solidão mais altos quando comparadas às que vivem em áreas urbanas.

Habilitações/ Literacia e Rendimento

No que toca aos níveis de educação e literacia, quanto mais altos estes forem, menores serão os níveis de solidão esperados (Cacioppo et al., 2015; Cohen-Mansfield et al., 2016). Quantas mais as barreiras comunicacionais ou de idioma, maiores serão os níveis de solidão esperados, pois, por exemplo, quem não sabe ler ou quem não sabe um idioma (como inglês), vê-se impedido de estabelecer o mesmo número de interações sociais; quem também não domina o idioma do país onde vive reporta maiores níveis de solidão (Cohen-Mansfield et al., 2015).

Quando falamos de rendimento, salário ou reforma, quanto mais altos estes forem, menores serão os níveis de solidão (Cacioppo et al., 2015). Outra manifestação do impacto da pobreza foi demonstrada em histórias de pessoas incapacitadas, que se sentem presas em casa visto que os seus apartamentos são desprovidos de elevadores (Cohen-Mansfield et al., 2016). Domènech-Abella et al. (2019) encontraram, de igual forma, uma relação inversa entre os níveis de solidão e o estatuto socioeconómico.

Solidão/ Isolamento Social – Resultados de Saúde

Sistema Cardiovascular

É possível que a solidão ative mecanismos neurobiológicos que promovem a autopreservação a curto prazo, contudo a vigilância intensificada face a ameaças sociais traz consigo uma resposta preparatória intensificada para responder a potenciais ataques à saúde e ao bem-estar a longo prazo. A elevada resistência ao fluxo sanguíneo ao longo do sistema cardiovascular tem servido como marcador de ameaças à vigilância humana, e a solidão tem sido associada a altos níveis tónicos de resistência vascular (Cacioppo et al., 2015).

Elevada resistência vascular em jovens adultos é um risco para alta pressão sanguínea em fases de vida mais tardias. Em estudos transversais e longitudinais em adultos velhos, a solidão tem sido associada a altos níveis de pressão sanguínea (Cacioppo et al., 2015).

Também Donovan et al. (2020) concluíram que elevados níveis de solidão e isolamento social aumentam o risco de acidente coronário ou convulsão em 30%, estando igualmente associados ao desenvolvimento de doença coronária arterial e derrames independentes dos fatores de risco tradicionais. Também o baixo contacto social tem vindo a ser associado a uma utilização mais frequente dos serviços de saúde e a piores prognósticos para pacientes com problemas cardíacos. O baixo suporte social foi também associado ao aumento de readmissões hospitalares e a mortalidade pós enfarto do miocárdio (Donovan et al., 2020).

Sono

Cacioppo et al. (2015) supuseram que o fim do dia não cessa o alto estado alerta do cérebro. Num primeiro teste realizado a esta suposição em jovens adultos em condição de solidão e não solidão, a eficiência do sono foi mensurada através de *Nightcap Recordings* e do *Pittsburg Sleep Quality Index* (Buysse et al., 1989). Os resultados indicaram que solidão se encontrava relacionada com microdespertares e menor descanso, o que não pôde ser explicado em termos das diferenças na duração do sono, sintomatologia depressiva ou outros fatores. A fim de examinar se um cérebro solitário se mantém ou não mais vigilante durante o sono ou se indivíduos com menor descanso no sono são mais propensos à solidão, foi pedido a adultos no “*Chicago Health, Aging and Social Relations Study*” para fazerem registos diários completos durante três dias. A análise mostrou que as variações de solidão habituais predisseram sintomas de disfunção do sono durante o dia seguinte (Cacioppo et al., 2015). Também os resultados de um estudo realizado na Eslovénia confirmam a hipótese: a solidão encontra-se positivamente associada a padrões de sono inadequados (Gomboc et al., 2022). Outros resultados mostraram também que a solidão se encontra associada com significativos altos níveis de fragmentação de sono, mesmo depois de covariáveis como a idades, sexo, depressão, ansiedade e stress percebido terem sido controladas. (Cacioppo et al., 2015).

Stress

Vários mecanismos têm vindo a ser sugeridos enquanto mediadores da associação entre solidão e resultados de saúde: indivíduos que reportam maiores níveis de solidão são, normalmente, grupos que experienciam maiores níveis de stress. (Park et al., 2020)

Quando nos percecionamos como socialmente isolados, experienciamos uma resposta de stress biológica que nos conduz a comportamentos que promovam a inclusão social. Quando não existem indicadores objetivos de isolamento social, os

indivíduos experienciam uma versão mal adaptativa desta resposta de stress. Tal é consistente com a evidência que sugere que esquemas cognitivos mal adaptativos como a hipervigilância e baixa autoeficácia podem contribuir para sentimentos de solidão e stress através de processos cognitivos disfuncionais. Estes processos cognitivos disfuncionais fazem surgir sentimentos de solidão que promovem comportamentos negativos como o retraimento social, que, conseqüentemente, aumentam sentimentos de solidão e stress (Park et al., 2020).

Sintomatologia Depressiva e Ansiógena

A solidão encontra-se associada a um aumento da disforia, ansiedade e retraimento social. Num estudo experimental no qual a solidão foi manipulada numa amostra de jovens adultos, os participantes com maiores níveis de vivência psicológica de solidão mostraram maiores níveis de ansiedade, emoções depressivas, vergonha e medo de avaliações negativas. Da mesma forma, estudos longitudinais, mostraram que a solidão prediz um aumento da sintomatologia depressiva, além do que pode ser explicado por níveis anteriores da mesma. Contudo é importante referir que esta relação pode ser bidirecional: condições psiquiátricas como perturbações depressivas ou de ansiedade podem conduzir ao retraimento social e solidão, mas também o isolamento social e solidão podem levar a depressão e ansiedade clinicamente significativas (Cacioppo et al., 2015; Donovan et al., 2020).

Num estudo realizado por Domènech-Abella et al. (2019), constatou-se que adultos mais velhos com depressão ou ansiedade generalizada mostram níveis mais altos de solidão que não se encontram relacionados com a rede social ou de suporte. Nestes casos a solidão pode representar vieses cognitivos que avaliam as interações sociais negativamente ou as percebem como menos recompensadoras. Traços de personalidade como baixa extroversão e alto neuroticismo têm mostrado aumentar e moderar o risco de solidão em adultos mais velhos com depressão e ansiedade. Apesar de associados à depressão e ansiedade, o isolamento social e a solidão são construtos distintos da nosologia psiquiátrica e são de igual modo experienciados por adultos mais velhos sem qualquer perturbação psiquiátrica (Donovan et al., 2020).

Os resultados de Cohen-Mansfield et al. (2016) vão também ao encontro do supracitado, ou seja, a solidão encontra-se associada à depressão e a outros indicadores de pobre saúde mental e baixa satisfação com a vida. Também os estudos de Park et al. (2020) revelam uma significativa associação entre solidão e sintomas de ansiedade social.

Comportamentos de Saúde, auto estima e auto eficácia

Vários estudos indicam que indivíduos com stress crónico exibem um funcionamento do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal alterado, aumentando os níveis de marcadores pró-inflamatórios, e comportamentos de saúde negativos, como hábitos tabágicos, consumo de substâncias, comportamentos sedentários e dietas não saudáveis. Assim, é possível sugerir que o stress crónico pode atuar enquanto mediador entre a solidão/ isolamento social e comportamentos não saudáveis (Park et al., 2020). Associações negativas foram encontradas entre a solidão e níveis de autoestima e de autoeficácia (Cohen-Mansfield et al., 2016). Ainda referente à crença de autoestima, a promoção da mesma pode fortalecer indiretamente o sistema imunitário, acelerando o processo de recuperação da doença e reduzindo a suscetibilidade ao desenvolvimento da mesma. Certos tipos de suporte social podem também contribuir para a manutenção e promoção de saúde ao promover comportamentos saudáveis (Carvalho et al., 2011).

Capítulo 2 - Método

2.1 Apresentação do Estudo

No seguimento da revisão da literatura, vários estudos têm sido realizados acerca da solidão e isolamento Social, caracterizando-os enquanto fenómenos sociais e sentimentos de valência negativa que acarretam preocupações crescentes e grandes implicações, particularmente ao nível da saúde. Por se ter verificado uma relação entre solidão/ isolamento social e saúde física, saúde mental e variáveis sociodemográficas, considerou-se imprescindível conduzir um estudo-investigação que permitisse responder à seguinte questão aberta “Como é que níveis maiores de solidão impactam a vida das pessoas?”

O presente estudo-investigação integra-se, então, no âmbito do projeto “Estudo sobre a Solidão”, tendo sido desenvolvido por um grupo de docentes do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior a fim da identificação e compreensão de fatores de risco e protetores associados à solidão, que se traduzem num passo fundamental para o desenho de estratégias de intervenção para prevenção e/ou redução do sentimento de solidão.

Assim, definem-se como questões de investigação geral “Como se relaciona a vivência psicológica com o suporte social percebido, a sintomatologia psicopatológica, o estilo de vida e com os traços de personalidade? e “Que variáveis se traduzem em fatores de risco ou fatores de proteção da vivência psicológica da solidão?”; questões de investigação específicas: 1) “Serão as questões de personalidade preditores mais significativos da vivência psicológica da solidão quando são tidas em conta outras variáveis?”; 2) “Qual das fontes de suporte social percebido é mais protetora face à vivência psicológica da solidão?”; 3) Qual das dimensões psicopatológicas, depressão, ansiedade ou somatização é melhor preditora da vivência psicológica de solidão?; 4) “Quais as variáveis sociodemográficas que se associam mais à vivência psicológica da solidão?”.

Apresentam-se como hipóteses relativamente à relação da vivência psicológica da solidão e outras variáveis as seguintes:

H1: Existe uma associação negativa entre o suporte social percebido e os níveis de solidão (Chen et al., 2019);

H2: Existe uma relação positiva entre as pontuações obtidas no Índice de Gravidade Geral do BSI-18 e as obtidas na UCLA-3 (Cacioppo et al., 2015; Donovan et al., 2020);

H3: Existe uma correlação negativa entre comportamentos e atitudes de saúde e os níveis de vivência psicológica de solidão (Park et al., 2020);

H4: Existe uma relação positiva entre o Neuroticismo e o somatório total obtido na UCLA-3 (Neto & Barros, 2001);

H5: Existe uma relação negativa entre a Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade e o somatório total obtido na UCLA-3 (Schutter et al., 2020).

Relativamente aos principais preditores da vivência psicológica da solidão espera-se que o nível de suporte social percebido, a sintomatologia psicopatológica e traços de personalidade sejam os principais preditores, de acordo com a literatura (Cacioppo et al., 2015; Carmona et al., 2014; Donovan et al., 2020; Neto & Barros, 2001; Schutter et al., 2020).

2.2 Desenho do Estudo

O presente estudo-investigação classifica-se como quantitativo, dado que as variáveis se traduzem em medidas mensuráveis e numéricas; trata-se de um estudo correlacional pois procura encontrar e caracterizar possíveis relações entre variáveis. Do mesmo modo, esta é uma investigação transversal uma vez que o período de estudo ocorre num intervalo cronológico restrito. Por último, este será um estudo exploratório visto que a amostra de conveniência recolhida e o número de medidas usado não permitem conclusões mais sólidas sobre o possível papel dos níveis de solidão noutras variáveis.

2.3 Participantes

O presente estudo-investigação contou com a participação de 214 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 68 anos ($M= 27.80$; $DP= 11,85$), 84.1% dos quais do género feminino ($n=180$) e 15.4% do género masculino ($n=33$). Relativamente ao estado civil, 79.9% são solteiros ($n=171$), 5.6% encontram-se numa situação de união de facto ($n=12$), 11.7% são casados ($n=25$), 2.3% são divorciados ($n=5$) e 0.5% são viúvos ($n=1$). Cerca de 31.8% da amostra reside numa área predominantemente rural ($n=68$), 43.0% reside numa área medianamente urbana ($n=92$) e 25.2% reside área predominantemente urbana ($n=54$). 6.5% refere ter um estatuto socioeconómico baixo

($n=14$), 29.4% baixo médio ($n=63$), 53.7% médio ($n=115$), 9.8% médio-alto ($n=21$) e 0.5% alto ($n=1$). A maior parte da amostra, 51.9%, é licenciada ($n=111$), 0.5% concluiu apenas o 2º ou 3º ciclo (5º ao 9º ano; $n=1$), 23.8% possui o ensino secundário (10º ao 12º ano; $n=51$), 2.3% possui bacharelato ($n=5$), 19.2% concluiu mestrado ($n=41$) e 2.3% possui o grau de Doutor ($n=5$). No que respeita à situação profissional, 26.6% da amostra encontra-se empregada ($n=57$), 4.7% é desempregada ($n=10$), 1.4% é reformada ($n=3$), 60.7% é estudante ($n=130$) e 6.5% é trabalhador-estudante ($n=14$). Em relação ao número de filhos, 84.6% dos participantes não tem filhos ($n=181$), 4.2% tem 1 filho ($n=9$), 9.3% tem 2 filhos ($n=20$), 1.4% tem 3 filhos ($n=3$) e 0.5% tem 4 filhos ($n=1$). 15.9% da amostra vive sozinha ($n=34$) e 84.1% vive acompanhada ($n=180$) (ver Tabela 1). Podemos então dizer que a maior parte da amostra é do género feminino, solteira, residente numa área medianamente urbana, de estatuto médio, licenciada e estudante, sem filhos e a viver acompanhada.

Tabela 1*Caracterização sociodemográfica da amostra (N=214)*

		N	(%)
Género	Feminino	180	84.1
	Masculino	33	15.4
Estado Civil	Solteiro	171	79.9
	União de facto	12	5.6
	Casado	25	11.7
	Divorciado	5	2.3
	Viúvo	1	0.5
Área de Residência	Área predominantemente rural	68	31.8
	Área medianamente urbana	92	43
	Área predominantemente urbana	54	25.2
Estatuto Socioeconómico	Baixo	14	6.5
	Baixo-médio	63	29.4
	Médio	115	53.7
	Médio-alto	21	9.8
	Alto	1	0.5
Escolaridade	5 ^o - 9 ^o ano	1	0.5
	10 ^o - 12 ^o ano	51	23.8
	Bacharelato	5	2.3
	Licenciatura	111	51.9
	Mestrado	41	19.2
	Doutoramento	5	2.3
Situação Profissional	Empregado	57	26.6
	Desempregado	10	4.7
	Reformado	3	1.4
	Estudante	130	60.7
	Trabalhador-estudante	14	6.5
Nº de filhos	0	181	84.6
	1	9	4.2
	2	20	9.3
	3	3	1.4
	4	1	0.5
Com quem vive	Sozinho	34	15.9
	Acompanhado	180	84.1

2.4 Instrumentos

No âmbito deste estudo foi desenvolvido um protocolo quantitativo de recolha de dados, que é composto pelo Consentimento Livre, Informado e Esclarecido (ver Anexo I), por questões e itens de natureza clínica e sociodemográfica. Os instrumentos utilizados foram os seguintes: *UCLA Loneliness Scale V3* (Russel, 1996), *O meu estilo de Vida* (Pais-Ribeiro, 2004), *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) (Zimet et al., 1988), *NEO-FFI-20* (Costa & MacCrae, 1992; Bertoquini & Ribeiro, 2006), *BSI-18* (Nazaré, Pereira, & Canavarro, 2015) e, por último, um Questionário Sociodemográfico (ver Anexo II).

2.4.1 *UCLA Loneliness Scale V3*

Desenvolvida inicialmente por Russel (1996) e mais tarde traduzida e, inicialmente validada para a população idosa portuguesa por Zeas-Sigüenza et al (2021) (submetido), a *UCLA Loneliness Scale V3* é um inventário composto por 20 itens que se propõem medir os níveis de solidão através de uma escala tipo *Likert* que varia desde 1 (“nunca”) até 4 (“frequentemente”), sendo que os itens 1, 5, 6, 9, 10 e 20 devem ser pontuados de modo inverso. As pontuações obtidas na *UCLA V3* poderão variar de 20 a 80, sendo que níveis mais altos na pontuação correspondem a níveis mais altos de solidão ou isolamento social percebido (Zeas-Sigüenza et al., 2021) (submetido).

Em estudos anteriores, no que à consistência interna diz respeito, a Versão Portuguesa da *UCLA Loneliness Scale V3* apresentou excelente consistência interna para o resultado total ($\alpha = .91$) numa amostra de adultos idosos (Zeas-Sigüenza et al., 2021) (submetido). Neste estudo, o resultado total apresentou uma excelente consistência interna, $\alpha=.931$ e $\omega=.931$.

2.4.2 Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS)

O Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS), desenvolvido para a população portuguesa por Pais-Ribeiro (2004), é um instrumento que procura avaliar comportamentos, atitudes e estilo de vida em áreas que podem constituir fatores de risco para a saúde.

O QACS é composto por 28 itens que se encontram distribuídos em 5 categorias: *exercício físico* (itens 1, 2 e 3), *nutrição* (itens 4, 5, 6, 18 e 22), *autocuidado* (itens 8, 9, 10, 11, 12, 23, 24, 25, 26, 27 e 28), *segurança motorizada* (itens 13, 14 e 15) e *uso de drogas ou semelhantes* (itens 7, 16, 17, 19, 20 e 21). A resposta aos itens encontra-se redigida numa escala que varia de 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre), pelo que as

pontuações podem variar entre 28 e 140, sendo que uma nota mais baixa irá corresponder a um pior comportamento.

Quanto à consistência interna em estudos anteriores, o QACS apresentou valores de alfas de Cronbach para as suas subescalas que variam de desadequados a satisfatórios: *exercício físico* ($\alpha = .67$), *nutrição* ($\alpha = .78$), *autocuidado* ($\alpha = .67$), *segurança motorizada* ($\alpha = .42$), *uso de drogas ou similares* ($\alpha = .52$), apresentado uma consistência interna satisfatória para o resultado total ($\alpha = .76$). Neste estudo foram encontrados valores de consistência interna para o resultado total adequados, com $\alpha = .791$ e $\omega = .767$. Nesta amostra, os valores de consistência interna das subescalas consideradas variaram de adequados a bons: *exercício físico* ($\alpha = .738$ e $\omega = .767$); *nutrição* ($\alpha = .826$ e $\omega = .826$). As seguintes escalas não apresentaram consistência interna: *Autocuidado* ($\alpha = .662$ e $\omega = .594$); *segurança motorizada* ($\alpha = .366$ e $\omega = .418$); *uso de drogas* ($\alpha = .579$ e $\omega = .522$).

No que concerne à subescala *autocuidado*, verificou-se que o retirar do item 8 (“Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado.”) contribuiu para a melhoria da consistência interna da mesma. Desta forma foi possível considerar a subescala *autocuidado*, que após a remoção do item 8 passou a apresentar os seguintes valores: $\alpha = .693$ e $\omega = .634$.

2.4.3 Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

Desenvolvida por Zimet et al., (1988) e traduzida e adaptada para a população portuguesa por Carvalho et al. (2011), a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS) é um instrumento de autorresposta que se propõe a avaliar a percepção de suporte social fornecido por 3 fontes específicas: família, amigos e outros significativos (Carvalho et al., 2011).

Esta é uma escala redigida sob o formato tipo *Likert* que contém 12 itens: 4 itens para avaliar o suporte social percebido na *família* (subescala F), 4 para avaliar o suporte social percebido oriundo dos *amigos* (subescala A) e os restantes 4 para avaliar o suporte social percebido recebido por *outros significativos* (subescala OS). Existe ainda uma medida de *suporte social total* (total, T) (Carvalho et al., 2011).

Cada item da escala contém 7 categorias de resposta (1 = discorda completamente a 7 = concorda completamente). A cotação de cada subescala é obtida através da média das pontuações dos 4 itens que a ela pertencem; a medida de *suporte social total* calcula-se através da média das pontuações obtidas em todos os 12 itens da escala, de acordo com a qual maiores pontuações corresponderão a um maior suporte social percebido (Carvalho et al., 2011).

No que concerne à consistência interna da versão portuguesa do MSPSS, em estudos anteriores, a mesma apresentou valores de consistência interna excelentes relativamente à escala total ($\alpha = .92$), à subescala da família ($\alpha = .92$), à subescala de amigos ($\alpha = .91$) e, por fim, uma boa consistência interna na subescala de outros significativos ($\alpha = .89$) (Carvalho et al., 2011). No presente estudo, a escala apresentou valores excelentes de consistência interna relativamente à escala total de $\alpha = .919$ e $\omega = .905$. Relativamente às subescalas, os valores de consistência interna foram igualmente excelentes: $\alpha = .941$ e $\omega = .942$ (Família); $\alpha = .920$ e $\omega = .917$ (Amigos); $\alpha = .930$ e $\omega = .930$ (Outros Significativos).

2.4.4 NEO Five-Factor Inventory 20 (NEO-FFI-20)

O NEO-FFI-20 consiste na versão reduzida de 20 itens do inventário de personalidade NEO-FFI de 60 itens, que por sua vez é uma versão reduzida do NEO-PI-R (*Neo Personality Inventory-Revised*) criado por Costa e MacCrae em 1992 a fim de aferir características personalísticas, de acordo com a Teoria dos Traços.

O NEO-FFI-20 foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Bertoquini e Ribeiro (2006); esta é uma versão composta por 20 itens de cariz auto-descritivo cujas escalas de resposta se encontram redigidas sob o formato tipo *Likert* (de 0 a 5 pontos), variando de “concordo fortemente” a “discordo fortemente”.

As cinco dimensões da personalidade mensuradas pelo NEO-FFI-20 são: (1) Neuroticismo (N - tendência a experimentar *distress*); (2) Extroversão (E - dimensão relacionada com características como a sociabilidade); (3) Abertura à Experiência (O - dimensão que caracteriza indivíduos curiosos dotados de imaginação e sensibilidade para a arte e beleza e que demonstram interesse em viver experiências novas); (4) Amabilidade (A - compreende características interpessoais como a cooperação e confiança) e (5) Conscienciosidade (C - níveis adequados de reflexão e controlo dos impulsos que se traduzem numa abordagem estruturada e organizada). As cinco dimensões, cada uma contendo 4 itens, apresentam níveis satisfatórios de consistência interna com valores de *alfa de Cronbach* entre .70 e .76 em estudos anteriores.

No presente estudo, o NEO-FFI-20 apresentou valores de consistência interna adequados: $\alpha = .685$ e $\omega = .735$ (Neuroticismo); $\alpha = .729$ e $\omega = .720$ (Extroversão); $\alpha = .776$ e $\omega = .787$ (Abertura à Experiência); $\alpha = .720$ e $\omega = .729$ (Amabilidade); $\alpha = .797$ e $\omega = .787$ (Conscienciosidade).

2.4.5 Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18)

O BSI, desenvolvido por Degoratis em 1982, a partir do *Symptom Checklist-90-R* (SLC-90), e traduzido e validado para a população portuguesa por Nazaré et al.

(2017) é um instrumento de avaliação psicológica composto por 53 itens que pretendem fazer o rastreio do mal-estar psicológico através de uma escala tipo *Likert* de 0 a 4 (0=nada e 4= extremamente) (Nazaré et al., 2017).

A versão reduzida do BSI, o BSI-18 e a sua tradução e validação para a população portuguesa (Nazaré et al., 2017), é composta por 3 subescalas, contendo cada uma 6 itens: Depressão (itens 2, 5, 8, 11, 14 e 17), Ansiedade (itens 3, 6, 9, 12, 15 e 18) e a Somatização (itens 1, 4, 7, 10, 13 e 16). A fim de se obter uma cotação de cada subescala, procede-se à soma dos valores dos 6 itens correspondentes; o cálculo do índice de gravidade total (IGG) é obtido através do somatório dos 18 itens, de acordo com o quais pontuações mais elevadas corresponderão a uma sintomatologia psicopatológica mais intensa (Nazaré et al., 2017).

A consistência interna das subescalas do BSI-18 traduzidas e validadas para a população portuguesa apresentou, em estudos anteriores, uma consistência interna boa a muito boa para a depressão ($\alpha=.86$), ansiedade ($\alpha=.80$) e somatização ($\alpha=.80$), tendo sido obtido um valor excelente para o Índice de Gravidade Total ($\alpha = .92$) (Nazaré et al., 2017).

Na presente amostra, o BSI os valores de consistência interna variaram entre bons e excelentes: $\alpha=.924$ e $\omega=.923$ (Índice de Gravidade Geral); $\alpha=.882$ e $\omega=.888$ (Depressão); $\alpha=.840$ e $\omega=.830$ (Ansiedade); $\alpha=.817$ e $\omega=.820$ (Somatização).

2.4.6 Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico procura caracterizar a amostra de forma completa, sendo composto por 15 questões (7 questões de escolha múltipla e 8 questões de resposta curta) que respeitam as seguintes variáveis: género, idade, estado civil, área de residência, nacionalidade, estatuto económico, escolaridade, profissão, situação profissional atual, número de filhos, pessoas com quem vive, concelho e/ ou distrito de residência e, por fim, perceção de distância física.

2.5 Procedimentos

Uma vez concluída a revisão da literatura científica no âmbito do tema solidão/ isolamento social, e selecionados os instrumentos de avaliação, foi solicitada uma autorização aos autores para o uso dos instrumentos.

O procedimento de amostragem decorreu de forma não probabilística e por conveniência; foram estabelecidos como critérios de inclusão no estudo: 1) Residir em Portugal Continental e 2) Ter idade igual ou superior a 18 anos.

A fim da recolha de dados, recorreu-se a um protocolo divulgado via online, desenvolvido por um grupo de docentes e estudantes de Psicologia da Universidade da Beira Interior no âmbito de projeto de investigação aprovado pela comissão de ética da mesma (código n.º CE-UBI-Pj-2022-077) (ver Anexo III). Foram respeitados os critérios éticos aplicáveis, tais como o consentimento informado e esclarecido, a participação voluntária e o direito à confidencialidade.

A disseminação do protocolo foi realizada através de um link divulgado nas redes sociais e via e-mail (através do Gabinete de Relações Públicas da UBI). O questionário esteve disponível entre os meses de janeiro e setembro de 2023.

2.5.1 Procedimentos Estatísticos

Para o tratamento dos dados, os mesmos foram inseridos numa base de dados com recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 27), através do qual se realizaram as Estatísticas Descritivas e as Estatísticas Inferenciais. Nas análises realizadas foram considerados estatisticamente significativos todos os valores de significância inferiores a .05. Este estudo apresentou um total de 0 casos omissos dado a obrigatoriedade de resposta a todos os itens do questionário. Inicialmente, foi calculada a consistência interna para os totais e subtotais dos instrumentos de avaliação analisados. Só foram incluídos nas análises os totais e subtotais que apresentaram consistência interna. Foram considerados valores de α e ω $\geq .6$ como aceitáveis (George e Mallery, 2003). Foi também analisado o desvio da normalidade dos dados, tendo sido analisados os valores de curtose (Ku) e assimetria (Sk), de acordo com as referências propostas por Kline (2016) que considera uma distribuição dos dados próxima da normal aquela que apresenta valores de $|Sk| < 3$ e $|Ku| < 8$. Na análise correlacional exploratória usaram-se como pontos de referência para a interpretação das correlações os propostos por Cohen (1988, pp.79-81): correlação fraca ($r < .30$), correlação moderada ($.30 < r < .50$) ou correlação forte ($r > .50$). Antes das análises de regressão linear múltipla hierárquica, averiguram-se, ainda, o cumprimento dos pressupostos para a sua realização, nomeadamente: amostra de dimensão adequada; normalidade, homocedasticidade e linearidade dos resíduos; ausência de multicolinearidade; e não existência de outliers (Pestana & Gageiro, 2014).

Capítulo 3 – Resultados

No presente capítulo são apresentados os resultados da análise estatística, efetuada através da versão 27 do SPSS; inclui de igual modo uma explicação acerca do que motivou a escolha de cada procedimento realizado. Desta forma, primeiramente será realizada uma análise descritiva dos instrumentos utilizados, seguida da apresentação das matrizes de correlações e, por fim, serão apresentadas as análises de regressão.

3.1 Análise descritiva dos resultados dos instrumentos

Com o objetivo de caracterizar a amostra relativamente aos resultados obtidos nos instrumentos de avaliação utilizados (UCLA-3, QACS, MSPSS, NEO-FFI20 e BSI 18), procedeu-se à análise descritiva dos dados (Tabela 2). Apenas dados de totais e subtotais dos instrumentos com níveis de consistência interna pelo menos adequados foram analisados.

Tabela 2

Análise descritiva dos resultados (N=214)

Instrumento	Dimensões	M	DP	Mínimo	Máximo	Assimetria	Curtose
UCLA-3		47.44	9.209	20	71	-.256	-.027
QACS	Total	101.36	14.024	69	137	-.038	-.511
	Exercício	7.58	3.652	3	15	.575	-.691
	Nutrição	14.18	4.929	5	25	.221	-.580
	Autocuidado	39.48	6.298	18	50	-.437	.124
MSPSS	Total	5.72	1.037	1	7	-1.296	2.145
	Família	5.47	1.546	1	7	-.991	.051
	Amigos	6.04	1.2	1	7	-1.77	3.221
	Outros Significativos	5.64	1.149	1	7	-1.201	1.917
NEO-FFI-20	Neuroticismo	9.25	3.143	1	15	-.460	-.316
	Extroversão	8.81	2.962	1	16	-.256	-.012
	Abertura à experiência	10.59	3.613	1	16	-.455	-.470
	Amabilidade	9.02	3.444	0	16	-.166	-.480
	Conscienciosidade	11.23	2.77	0	16	-.677	1.306
BSI-18	IGG	25.37	12.557	0	61	.357	-.177
	Somatização	6.71	4.618	0	22	.618	.144
	Depressão	9	4.967	0	23	.289	-.456
	Ansiedade	9.65	4.716	0	24	.319	-.110

No que respeita à UCLA-3 e com base na análise descritiva realizada, a mesma apresenta uma média de 47.44 ($DP=9.209$). Considerando os pontos de corte propostos por Cacioppo & Patrick (2008), as pontuações obtidas na UCLA-3 variam de acordo

com três categorias: 1= (0-27) nenhuma/ baixos níveis de solidão; 2= (28-43) níveis moderados de solidão e 3= (44-80) níveis elevados de solidão. Desta forma é possível verificar, através da média e desvio padrão obtidos, que a maioria dos participantes do presente estudo reportou níveis de solidão moderados a severos (Tabela 2).

Através da análise descritiva dos resultados provenientes do QACS, observou-se que os mesmos apresentaram, para o *Total*, uma média de 101.38 ($DP= 14.024$). A partir da análise das médias obtidas nas três subescalas, e dado que pontuações mais baixas implicam melhores comportamentos de saúde, é possível observar que os participantes apresentam melhores comportamentos para a subescala *Exercício* ($M=7.58$; $DP=3.652$), seguida da subescala *Nutrição* ($M= 14.18$; $DP=4.929$) e, por último, apresentam piores comportamentos de saúde para a subescala *Autocuidado* ($M=39.48$; $DP=6.298$) (Tabela 2).

Por sua vez, no que concerne ao MSPSS, foi obtida uma média para o *Total* de 5.72 ($DP=1.037$). No que respeita às subescalas, os participantes reportaram maiores níveis de suporte social percebido quando o mesmo é fornecido por *Amigos* ($M=6.04$; $DP= 1.2$) e por *Outros Significativos* ($M=5.64$; $DP=1.149$). Pelo contrário, os participantes apresentaram menores níveis de suporte social percebido quando este é fornecido pela *Família* ($M=5.47$; $DP=1.546$) (Tabela 2).

Atendendo à análise descritiva das respostas ao NEO-FFI-20, verifica-se que os indivíduos pontuaram mais alto na dimensão *Conscienciosidade* ($M=11.23$; $DP=2.77$), seguida da dimensão *Abertura à Experiência* ($M=10.59$; $DP=3.613$), seguida do *Neuroticismo* ($M=9.25$; $DP=3.143$), *Amabilidade* ($M=9.02$; $DP=3.444$) e, por fim, *Extroversão* ($M=8.81$; $DP=2.962$) (Tabela 2).

Por último, no que toca às pontuações obtidas no BSI-18, os participantes apresentaram sintomatologia mais intensa na subescala *Ansiedade* ($M=9.65$; $DP= 4.716$), seguida da subescala *Depressão* ($M=9.00$; $DP= 4.967$), apresentando sintomatologia menos intensa para a subescala *Somatização* ($M=6.71$; $DP=4.618$) (Tabela 2).

3.2 Análise Correlacional Exploratória

A fim de explorar possíveis relações significativas que possam existir entre as diferentes variáveis, procedeu-se a uma análise correlacional exploratória através da interpretação do coeficiente de correlação de *Pearson*.

Através da Tabela 3, é possível verificar que existe uma correlação negativa forte entre o *Total* obtido no MSPSS e a pontuação obtida na UCLA-3 ($r=.683$, $p<.001$), o que indica que quanto maior for o suporte social percebido, menor será a vivência

psicológica da solidão. É ainda possível afirmar que, dentro das dimensões do MSPSS, e sendo que, à semelhança do *Total*, todas apresentam uma relação negativa significativa que varia de moderada a forte, aquela que parece ter uma relação mais forte é a dimensão de suporte social fornecido por *Outros Significativos*, para além da *Família* e *Amigos* ($r=-.666, p<.001$).

Tabela 3

Matriz de correlações entre o somatório total obtido na UCLA-3 e as dimensões do MSPSS (N=214)

Variáveis	1	2	3	4	5
1- UCLA-3 Total	-	-	-	-	-
2- MSPSS Total	-.683**	-	-	-	-
3- MSPSS Família	-.522**	.827**	-	-	-
4- MSPSS Amigos	-.460**	.768**	.405**	-	-
5- MSPSS Outros	-.666**	.793**	.472**	.490**	-

** $p<.001$

Na Tabela 4 pode encontrar-se a matriz de correlação de Pearson entre o somatório total obtido na UCLA-3 e as dimensões do BSI-18. De acordo com a mesma, é possível constatar que existe uma relação forte positiva entre o *Índice de Gravidade Geral* e a pontuação total obtida na UCLA-3 ($r=.544, p<.001$), indicando que quanto maior for a pontuação obtida no *Índice de Gravidade Geral*, maiores serão os níveis da vivência psicológica da solidão. Ainda, de entre as subescalas do BSI-18, todas apresentam relações positivas que variam de moderadas a fortes, contudo é a *Depressão* que apresenta uma relação mais forte ($r=.641, p<.001$). Assim, quanto maior a pontuação na *Depressão*, maior será a vivência psicológica da solidão.

Tabela 4

Matriz de correlações entre o somatório total obtido na UCLA-3 e as dimensões do BSI-18 (N=214)

Variáveis	1	2	3	4	5
1- UCLA-3 Total	-	-	-	-	-
2- BSI-18 IGG	.544**	-	-	-	-
3- BSI-18 Somatização	.372**	.870**	-	-	-
4- BSI-18 Depressão	.641**	.856**	.572**	-	-
5- BSI-18 Ansiedade	.408**	.909**	.734**	.667**	-

** $p<.001$

Como é possível constatar na Tabela 5, existe uma correlação negativa fraca entre o somatório total obtido na UCLA-3 e o total obtido no QACS, implicando que quanto maior for a pontuação obtida neste instrumento, maiores serão os valores de vivência psicológica da solidão ($r=-.190, p<.05$), sendo que, das subescalas do QACS, o *Autocuidado* é

a que apresenta maior correlação com a UCLA-3 ($r=-.207, p<0.5$), mantendo uma relação, ainda que fraca, inversamente proporcional com a mesma.

Tabela 5

Matriz de correlações entre o somatório total obtido na UCLA-3 e as dimensões do QACS (N=214)

Variáveis	1	2	3	4	5
1- UCLA-3 Total	-	-	-	-	-
2- QACS Total	-.190*	-	-	-	-
3- QACS Exercício	-.089	.487**	-	-	-
4- QACS Nutrição	-.129	.761**	.448**	-	-
5- QACS Autocuidado	-.207*	.726**	.041	.423**	-

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

Por último, a partir da matriz de correlação de *Pearson* entre o somatório total obtido na UCLA-3 e as dimensões do NEO-FFI-20 (Tabela 6), é possível aferir que a dimensão que está mais associada com o total obtido na UCLA-3 é o *Neuroticismo*, com uma relação positiva forte ($r=.665, p<.001$), pelo que quanto maior a pontuação neste traço de personalidade, maior será a vivência psicológica da solidão.

Tabela 6

Matriz de correlações entre o somatório total obtido na UCLA-3 e as dimensões do NEO-FFI-20 (N=214)

Variáveis	1	2	3	4	5	6
1- UCLA-3 Total	-	-	-	-	-	-
2- Neuroticismo	.655**	-	-	-	-	-
3- Extroversão	-.380**	-.448**	-	-	-	-
4- Abertura à Experiência	.009	.096	.052	-	-	-
5- Amabilidade	-.456**	-.326**	.223*	.082	-	-
6- Conscienciosidade	-.119	-.271**	.524**	-.019	.043	-

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

Finalmente, considerando a correlação entre as pontuações obtidas na UCLA-3 e as variáveis sociodemográficas, verificaram-se apenas duas relações significativas, ambas negativas e fracas, com o Estatuto Socioeconómico ($r=-.276, p<.001$) e com o Viver Acompanhado ($r=-.257, p<.001$). Tal significa que quanto maior for o Estatuto Socioeconómico, menor será a vivência psicológica da solidão e que viver acompanhado se associa a uma menor vivência de solidão.

3.3 Análises de Regressão

Com o objetivo de tentar identificar fatores preditivos da vivência psicológica da solidão foram realizadas análises de regressão e uma interpretação dos coeficientes de regressão obtidos nos modelos analisados.

Relativamente às análises de regressão linear múltipla, foi realizada uma análise hierárquica, com objetivo de tentar entender se os traços de personalidade acrescentariam uma contribuição única na predição da vivência psicológica da solidão quando tidos em conta outros possíveis fatores preditores (Tabela 7).

Neste sentido, após observar as alterações no R^2 Ajustado à medida que variáveis foram sendo introduzidas ao modelo, foi possível constatar que o Modelo 1, que continha apenas as variáveis *Outros Significativos* (MSPSS), *Família* (MSPSS) e *Amigos* (MSPSS) apenas explicava .503 da variância. Ao acrescentar as variáveis *Autocuidado* (QACS), *Nutrição* (QACS), *Somatização* (BSI-18), *Depressão* (BSI-18), *Ansiedade* (BSI-18), *Estatuto Socioeconómico* (Questionário Sociodemográfico) e *Vive Sozinho* (Questionário Sociodemográfico) verificou-se que a capacidade preditiva deste modelo (modelo 2) aumentou para .608 (Tabela 7).

Por fim, como é possível observar nos resultados obtidos com o modelo 3, ao serem adicionadas as dimensões da personalidade, *Conscienciosidade* (NEO-FFI-20), *Amabilidade* (NEO-FFI-20), *Extroversão* (NEO-FFI-20) e *Neuroticismo* (NEO-FFI-20) (a pontuação na dimensão Abertura à Experiência não apresentou uma correlação significativa com o total da UCLA-3), verificou-se um aumento de 7,9% na capacidade preditiva, significando que este último modelo explicaria já 68.7% da variância associada à vivência psicológica da solidão (Tabela 7).

Tabela 7

Sumário dos modelos incluídos na regressão linear múltipla hierárquica

Modelo ^d	R	R ²	R ² ajustado	Mudança de F	Sig. F	Durbin-Watson
1	.714 ^a	.510	.503	72.785	.000	
2	.792 ^b	.627	.608	9.066	.000	
3	.841 ^c	.707	.687	13.719	.000	1.812

a. Preditores: Outros Significativos (MSPSS), Família (MSPSS), Amigos (MSPSS)

b. Preditores: Outros Significativos (MSPSS), Família (MSPSS), Amigos (MSPSS), Autocuidado (QACS), Nutrição (QACS), Somatização (BSI-18), Depressão (BSI-18), Ansiedade (BSI-18), Estatuto Socioeconómico (Questionário Sociodemográfico) e Vive Sozinho (Questionário Sociodemográfico)

c. Preditores: Outros Significativos (MSPSS), Família (MSPSS), Amigos (MSPSS), Autocuidado (QACS), Nutrição (QACS), Somatização (BSI-18), Depressão (BS-18I), Ansiedade (BSI-18), Estatuto Socioeconómico (Questionário Sociodemográfico) e Vive Sozinho (Questionário Sociodemográfico), Conscienciosidade (NEO-FFI-20), Amabilidade (NEO-FFI-20), Extroversão (NEO-FFI-20) e Neuroticismo (NEO-FFI-20)

d. Variável Dependente: somatório UCLA-3 (incluindo os itens invertidos)

Verificou-se que todos os modelos testados nos diferentes blocos da regressão múltipla hierárquica foram significativos (Tabela 8): Modelo 1 [$F(3, 210)=72.785, p<.001$]; Modelo 2 [$F(10, 203)=34.052, p<.001$] e Modelo 3 [$F(14, 199)=34.338, p<.001$].

Tabela 8

ANOVA para o somatório total obtido na UCLA-3 em função dos diferentes modelos da regressão linear múltipla hierárquica.

Modelo	<i>Df</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
1 ^a Regressão	3	72.785	.000
Resíduo	210		
2 ^b Regressão	10	34.052	.000
Resíduo	203		
3 ^c Regressão	14	34.338	.000
Resíduo	199		

a. Preditores: Outros Significativos (MSPSS), Família (MSPSS), Amigos (MSPSS)

b. Preditores: Outros Significativos (MSPSS), Família (MSPSS), Amigos (MSPSS), Autocuidado (QACS), Nutrição (QACS), Somatização (BSI-18), Depressão (BSI-18), Ansiedade (BSI-18), Estatuto Socioeconómico (Questionário Sociodemográfico) e Vive Sozinho (Questionário Sociodemográfico)

c. Preditores: Outros Significativos (MSPSS), Família (MSPSS), Amigos (MSPSS), Autocuidado (QACS), Nutrição (QACS), Somatização (BSI-18), Depressão (BS-18I), Ansiedade (BSI-18), Estatuto Socioeconómico (Questionário Sociodemográfico) e Vive Sozinho (Questionário Sociodemográfico), Conscienciosidade (NEO-FFI-20), Amabilidade (NEO-FFI-20), Extroversão (NEO-FFI-20) e Neuroticismo (NEO-FFI-20)

Através da leitura da Tabela 9, podemos então afirmar que, dentro do Modelo 3 - que abrange as variáveis independentes Família (MSPSS), Amigos (MSPSS), Outros (MSPSS), Estatuto Socioeconómico (Questionário Sociodemográfico), Vive sozinho (Questionário Sociodemográfico), Nutrição (QACS), Autocuidado (QACS), Somatização (BSI-18), Depressão (BSI-18), Ansiedade (BSI-18), Neuroticismo (NEO-FFI-20), Extroversão (NEO-FFI-20), Amabilidade (NEO-FFI-20) e Conscienciosidade (NEO-FFI-20) – tendo em conta os valores de β pertencentes aos coeficientes padronizados e os valores de significância, as variáveis melhor predictoras da vivência psicológica da solidão foram *Outros* ($\beta=-.344, p=.000$), *Amigos* ($\beta=-.133, p=.005$), *Neuroticismo* ($\beta=.309, p=.000$) e *Amabilidade* ($\beta=-.162, p=.000$). Importa salientar que das variáveis mencionadas aquela que mostra ser melhor preditora é o suporte social fornecido por *Outros Significativos* uma vez que apresenta o valor de β mais elevado.

Tabela 9*Coefficientes de regressão nos modelos da regressão linear múltipla hierárquica.*

Modelo	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandardizados	Sig.	Estatísticas de colinearidade		
	<i>B</i>	Erro	<i>B</i>		Tolerância	VIF	
1	Família (MSPSS)	-1.429	.355	-.240	.000	.783	1.356
	Amigos (MSPSS)	-.925	.437	-.121	.035	.721	1.388
	Outros (MSPSS)	-3.960	.473	-.494	.000	.670	1.491
2	Família (MSPSS)	-.494	.324	-.083	.129	.622	1.608
	Amigos (MSPSS)	-1.026	.398	-.134	.011	.685	1.460
	Outros (MSPSS)	-3.075	.454	-.384	.000	.573	1.745
	Estatuto Socioeconómico	-1.141	.555	-.094	.041	.882	1.134
	Vive sozinho	-.426	1.169	-.017	.716	.850	1.177
	Nutrição (QACS)	-.120	.091	-.064	.189	.777	1.287
	Autocuidado (QACS)	.033	.072	.023	.647	.755	1.325
	Somatização (BSI-18)	.094	.129	.047	.466	.442	2.263
	Depressão (BSI-18)	.589	.130	.318	.000	.374	2.270
	Ansiedade (BSI-18)	.049	.139	.025	.726	.364	2.745
	3	Família (MSPSS)	-.163	.298	-.027	.585	.587
Amigos (MSPSS)		-1.017	.356	-.133	.005	.683	1.464
Outros (MSPSS)		-2.754	.409	-.344	.000	.565	1.770
Estatuto Socioeconómico		-.886	.501	-.073	.079	.864	1.157
Vive sozinho		-.589	1.056	-.023	.578	.833	1.200
Nutrição (QACS)		-.051	.084	-.028	.541	.730	1.369
Autocuidado (QACS)		-.013	.066	-.009	.844	.726	1.377
Somatização (BSI-18)		.151	.116	.076	.195	.432	2.314
Depressão (BSI-18)		.168	.142	.091	.239	.251	3.991
Ansiedade (BSI-18)		-.084	.126	-.043	.508	.353	2.829
Neuroticismo (NEO-FFI-20)		.904	.179	.309	.000	.395	2.534
Extroversão (NEO-FFI-20)	-.287	.163	-.092	.079	.538	1.860	
Amabilidade (NEO-FFI-20)	-.434	.114	-.162	.000	.804	1.245	
Conscienciosidade (NEO-FFI-20)	.233	.156	.070	.135	.672	1.489	

Capítulo 4 – Discussão

Este estudo teve como principal objetivo identificar e compreender os fatores preditores associados à vivência psicológica da solidão não desejada e às suas consequências, a fim de contribuir para a edificação e desenvolvimento de programas e estratégias para a redução e/ou prevenção da vivência psicológica da solidão.

4.1 Associação entre a vivência psicológica da solidão, suporte social percebido, sintomas psicopatológicos e personalidade

A análise correlacional exploratória sugere que a vivência psicológica da solidão se associa de forma significativa com os outros construtos investigados. Em relação ao suporte social percebido foi encontrada uma relação negativa forte com os níveis de vivência psicológica da solidão, o que permite corroborar H1 “Existe uma associação negativa entre o suporte social percebido e os níveis de solidão”. Desta forma, na linha dos resultados obtidos por Carvalho et al. (2011), é possível afirmar que a percepção de maior suporte social parece atuar como uma barreira entre acontecimentos de vida stressantes e sintomas de solidão, adotando possivelmente um papel de mecanismo de superação ou *coping*. Tendo em conta as associações (todas negativas) entre as três dimensões do suporte social percebido avaliadas (i.e., fornecido por amigos, família e outros significativos), há ainda que considerar que é o suporte social fornecido por outros significativos que parece exercer uma maior influência sobre a vivência psicológica da solidão, o que responde à segunda questão de investigação específica “Qual das fontes de suporte social percebido é a mais protetora face à vivência psicológica da solidão?”. Uma razão pela qual talvez não sejam o suporte social fornecido por amigos ou família as dimensões mais associadas aos níveis de solidão pode dever-se ao facto de estas serem duas fontes de suporte social dadas geralmente como adquiridas e garantidas, podendo ser o suporte social fornecido por outros significativos visto sempre como um acréscimo positivo, fruto de um sucesso relacional.

Relativamente ao BSI-18, foi encontrada uma relação positiva forte entre o Índice de Gravidade Geral (e consecutivamente, entre as subescalas deste instrumento) e as pontuações obtidas ao nível da solidão, avaliada com a UCLA-3, o que parece suportar a H2 “Existe uma relação positiva entre as pontuações obtidas no Índice de Gravidade Geral do BSI-18 e as obtidas na UCLA-3”. Estes resultados encontram-se em

consonância com estudos anteriores, que afirmam que condições psiquiátricas como perturbações depressivas ou de ansiedade podem ser conducentes ao retraimento social e maior solidão (Cacioppo et al., 2015; Cohen-Mansfield et al. 2016; Donovan et al., 2020; Park et al., 2020). De acordo com a análise realizada, pode ainda referir-se que a dimensão *Depressão* é a que apresenta a relação mais forte com a vivência psicológica da solidão, sendo a única que é preditora no segundo modelo de regressão testado, o que nos permite responder à terceira questão de investigação específica “Qual das dimensões psicopatológicas, depressão, ansiedade ou somatização é melhor preditora da vivência psicológica de Solidão?”.

No que concerne às atitudes e comportamentos de saúde, observou-se uma correlação negativa entre estes e a experiência psicológica da solidão, indicando que quanto mais saudável for o estilo de vida, menores serão os níveis de solidão experienciados; trata-se contudo de uma correlação fraca. Estes resultados permitem corroborar H3 “Existe uma correlação negativa entre comportamentos e atitudes de saúde e os níveis de vivência psicológica de solidão”

Por fim, algumas dimensões da personalidade estão associadas à experiência psicológica da solidão. Os resultados encontrados parecem corroborar H4 “Existe uma relação positiva entre o Neuroticismo e o somatório total obtido na UCLA-3”, implicando que quanto maior for o nível de Neuroticismo, maior será a vivência psicológica da solidão. Ora, sendo o Neuroticismo a tendência de experimentar distress, podemos afirmar que esta relação seria expectável dado que o distress é um estado de valência negativa que se encontra muito associado a sintomatologias como a ansiógena e depressiva. Por sua vez, a H5 “Existe uma relação negativa entre a Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade e o somatório total na UCLA-3” foi parcialmente rejeitada. Passando a uma possível interpretação destes resultados: as dimensões Extroversão e Amabilidade apresentaram uma relação negativa com a vivência psicológica da solidão, indicando que quanto maiores forem as primeiras, menor será a segunda. Estes resultados parecem ser esperados uma vez que:

1) A extroversão implica capacidades de sociabilidade, que por sua vez oferecem oportunidades de criar relações com outros; ora pode afirmar-se com facilidade que, para a maioria dos casos, criar relações de amizade ou de outro tipo contrariam sentimentos de solidão. Ainda, implicando esta dimensão oportunidades de estabelecer relações, vendo nos outros uma possível fonte de suporte social e tendo em conta que este apresenta uma relação negativa com a vivência psicológica da solidão, não é de admirar que a relação entre esta e o neuroticismo evolua do mesmo modo; da mesma

forma, elevados níveis de extroversão poderão fomentar a capacidade dos indivíduos na expressão dos seus sentimentos e emoções, podendo reduzir a predisposição da desenvolver sintomas de depressão e ansiedade (subescalas do BSI-18). Tendo em conta que a depressão e ansiedade apresentam uma relação positiva com a vivência de solidão, e que a extroversão poderá beneficiar o não desenvolvimento das primeiras, não é novamente de admirar a relação que esta dimensão da personalidade apresenta com os resultados obtidos na UCLA-3;

2) A Amabilidade diz respeito à dimensão relacionada com a compreensão de características interpessoais como a cooperação e confiança. Tendo em conta esta definição, será possível afirmar que ser-se capaz de compreender os outros e de com eles cooperar poderá conduzir a relações sociais mais estáveis e duradouras, as quais poder-se-ão traduzir em fontes de suporte social. Desta forma, e pelas mesmas razões apresentadas no tópico anterior, é expectável que quanto maiores forem os níveis de amabilidade, menores serão os de solidão.

Em contrapartida, a Abertura à Experiência e a Conscienciosidade não apresentam associações significativas com a vivência psicológica da solidão. Na revisão de literatura realizada nenhuma menção foi encontrada acerca da relação entre a vivência psicológica da solidão e estes dois traços de personalidade. Ainda, estando a Abertura à Experiência e a Conscienciosidade relacionadas com questões de (1) imaginação e sensibilidade para a arte e beleza e (2) controlo de impulsos e abordagens estruturadas, respetivamente, não é intuitivo, à priori, supor que estas características estabeleçam algum tipo de relação com questões relacionadas à solidão. Não obstante, é um tópico que poderá ser estudado em investigações futuras.

A fim de responder à quarta questão de investigação específica “Quais as variáveis sociodemográficas que se associam mais à vivência psicológica da solidão” e através da análise dos valores das correlações, foram encontradas apenas duas associações significativas, ambas negativas: com a variável “Vive Acompanhado?” e com o Estatuto Socioeconómico, indo ao encontro dos resultados obtidos e apresentados por Cacioppo et al. (2015), Cohen-Mansfield et al. (2016) e Domènech-Abella et al. (2019). Estes estudos também sugerem que o facto de viver acompanhado implica menos tempo sozinho diminuindo os níveis de vivência psicológica de solidão, e que quanto mais baixo o estatuto sócio económico, menores serão as oportunidades de envolvimento em atividades de cariz coletivo que permitem o estabelecimento de redes sociais mais alargadas e duradouras, justificando, assim, esta relação.

Através da leitura e interpretação dos modelos de regressão linear múltipla hierárquica testados, verificou-se que o modelo que maior variância explicou foi aquele que incluiu como preditores o Suporte Social percebido fornecido por Amigos e por Outros Significativos, o Neuroticismo e a Amabilidade. O aumento significativo da variância explicada face ao modelo 2 deu-se após a inclusão das dimensões de personalidade do NEO-FFI-20, salientando a capacidade preditora destes traços de personalidade, Neuroticismo e Amabilidade, e respondendo afirmativamente à primeira questão de investigação específica “Serão as questões de personalidade preditores mais significativos da vivência psicológica da solidão quando são tidas em conta outras variáveis?”. Estes resultados remetem para a importância de se pensar se existe forma de potenciar ou minimizar certos níveis de personalidade com vista a ganhos terapêuticos – tema que será abordado no tópico que se segue “Implicações Clínicas”.

Mediante a interpretação dos coeficientes de regressão respondeu-se, por fim, à questão de investigação geral “Que variáveis se traduzem em fatores de risco ou fatores de proteção da vivência psicológica da solidão?”. Olhando para os valores dos coeficientes no modelo mais explicativo, retiram-se quatro fatores preditores: três dos quais podem ser considerados fatores de proteção, diminuindo a experiência psicológica da solidão (Amabilidade, Suporte Social fornecido por Outros Significativos e Suporte Social fornecido por Amigos) e um, considerado fator de risco, aumentando a experiência psicológica da solidão, o Neuroticismo. Dos mencionados, o melhor preditor é o Suporte Social fornecido por Outros Significativos uma vez que apresenta valores de β mais elevados.

4.2 Implicações Clínicas

Dos resultados que foram obtidos, em termos de Estatísticas Descritivas, observou-se que os participantes apresentaram níveis de solidão (UCLA-3) moderados a graves. Tais resultados fazem com seja importante reafirmar que a solidão é um importante assunto de saúde pública, que prediz uma baixa qualidade de vida quando se têm em conta os impactos negativos que a mesma exerce na saúde física e mental dos indivíduos. Desta forma, preservar o bem-estar da população implica agir no sentido de mitigar ou prevenir a solidão e o isolamento social através da identificação dos seus fatores de risco e proteção uma vez que, assim que um indivíduo é sinalizado como socialmente isolado, se torna possível reverter este processo a fim de se atingir um estado adaptativo, através de mudanças no comportamento social, por exemplo (Cohen-Mansfield et al., 2016; Nicholson et al., 2020; Park et al., 2020). Este é um

passo importante para determinar o peso desta condição na população, nas comunidades, autarquias e governos (Nicholson et al., 2020; Cohen-Mansfield et al., 2016). É ainda fundamental fazer referência às vantagens que, à partida, este tipo de *screening* ou diagnóstico acarretam caso sejam levados a cabo em fases mais iniciais do ciclo de vida como a juventude ou adultez, dadas as comorbilidades associadas à terceira idade. Tal não só permitiria intervenções mais precoces, como poderia de igual modo abrir portas para as questões de sensibilização e prevenção no âmbito das questões de solidão no campo da saúde.

Ainda que tenham já sido concebidos planos de tratamento e de combate à condição de solidão, a maioria dos clínicos foca-se apenas na abordagem cognitivo-comportamental; terapias baseadas no *mindfulness* têm-se mostrado efetivas neste âmbito, bem como intervenções que visem aumentar o suporte social e promover o contacto social (Park et al., 2020). Assim, podem ser identificadas 4 estratégias para reduzir a solidão: melhorar competências sociais, realçar e fortalecer as fontes de suporte social, aumentar oportunidades que façam surgir contacto social e intervir sobre a cognição social mal adaptativa (Park et al., 2020).

4.3 Limitações e Potencialidades

Como principais limitações deste estudo, importa ressaltar que, sendo este exploratório, seria necessária uma amostra mais alargada e que esta é, na sua maioria, constituída por indivíduos da mesma faixa etária, o que dificulta a generalização dos resultados a indivíduos com idades mais avançadas. A este aspeto, acresce ainda o facto de 84.1% da amostra ser constituído por indivíduos do sexo feminino.

Relativamente às respostas, as mesmas foram obtidas através de um *google forms* que pressupunha o fornecimento do *e-mail* do participante a fim de garantir que o mesmo apenas respondesse uma vez. Este fator poderá ter contribuído para a desejabilidade social, ainda que o anonimato fosse garantido. No que toca ao protocolo, o mesmo era composto por cinco instrumentos de avaliação e um questionário sociodemográfico, o que contribuiu para a sua extensão, exigindo que os participantes despendessem mais tempo para poderem responder; esta característica poderá ter contribuído para que os mesmos desistissem e não submetessem as suas respostas.

Os resultados do presente estudo revelaram, conforme indicado no capítulo anterior, a importância do suporte social fornecido por outros significativos, o que alerta para a importância do fortalecimento deste tipo de relações. Uma solução poderia passar por intervenções psicossociais, o que deveria atravessar órgãos políticos

como Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia e, se se quisesse atuar de forma mais macro, Governos, União Europeia e Organização Mundial de Saúde, através da implementação de programas e atividades comunitárias, da estimulação ambiental ou de intervenções integradas entre Agrupamentos de Escolas e famílias.

Desta forma, a valorização da solidão e adoção de estratégias para a mitigação e prevenção da mesma contribuiria para a redução da sintomatologia psicopatológica, nomeadamente a depressão, que representa uma das psicopatologias com mais incidência e com implicações graves a vários níveis.

Do ponto de vista da personalidade, este estudo indicou que existem dimensões relacionadas com a vivência psicológica da solidão que são importantes numa perspetiva compreensiva e que, apesar de não serem diretamente suprimidas, como é o caso do neuroticismo, podem ser trabalhadas por intermédio da Terapia Cognitivo-comportamental a fim de gerir sentimentos e emoções negativos, de adotar perspetivas mais otimistas e até de aprender a identificar possíveis contextos e situações potenciadores de pensamentos e reações associados a este traço de personalidade.

Tendo em conta a relação entre solidão e estatuto socioeconómico apresentada nos resultados, é inconcebível não fazer menção ao custo psicológico e mental da precariedade e ao facto de nos encontrarmos numa era histórica pós-capitalista e pós-pandémica, onde o impacto da inflação se faz sentir diariamente em todas as famílias e onde as dificuldades económicas impossibilitam e condicionam o acesso aos serviços, redes e recursos de saúde. Desta forma, o presente estudo veio confirmar que não é viável desenraizar a narrativa da saúde mental do seu contexto social pois as condições de vida, de trabalho, a produção à custa de horas extraordinárias, a crescente taxa de desemprego, a crise na habitação, a destruturação do tempo, a desigual distribuição de riqueza, a discriminação baseada na etnia, na orientação sexual ou na idade, a culpabilização individual e a insuficiência dos salários não são indiferentes ao panorama da saúde mental, nem tão pouco no que toca à solidão. Importa que líderes políticos se lembrem de que operam com pessoas e que é necessário transformar o meio a fim de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, o que implica o aumento de salários e reformas, a criação de políticas sociais, a diminuição da carga fiscal, a reestruturação adequada do Sistema Nacional de Saúde, o investimento na contratação de psicólogos e demais trabalhadores da área social (pois esta não deixa de ser uma problemática multidisciplinar) em hospitais públicos e centros de saúde e a desconstrução objetiva do estigma associado à saúde mental.

Futuramente, seria crucial estender este estudo a camadas populacionais mais jovens a fim de tentar perceber quais os níveis de solidão que nestas se fazem sentir, tendo em conta, por exemplo, a massificação do uso de *smartphones* e dispositivos

eletrônicos, bem como a utilização excessiva de redes sociais *online*, que cada vez mais contribuem para o aumento do sedentarismo e isolamento. Da mesma forma, seria pertinente estudar a vivência psicológica da solidão em camadas populacionais mais velhas, como as 3^a e 4^a idades: por um lado, e em linha com o que foi dito atrás, o uso de smartphones, de dispositivos eletrônicos e de redes sociais *online* é também crescente em populações mais envelhecidas, fazendo prever o aumento do isolamento e sedentarismo nestas faixas etárias, o que poder-se-á tornar problemático dado que contraria o processo de envelhecimento ativo; por outro lado é importante não esquecer o impacto que a solidão e o isolamento social de crianças, jovens e jovens adultos têm nas relações intergeracionais (i.g., avós e até mesmo pais) uma vez que estas constituem fatores importantes para o crescimento social através, por exemplo, da partilha de experiências. Para fechar este parágrafo, muito se tem falado atualmente acerca do sofrimento físico e psicológico vivido por cuidadores informais, comumente apelidados de “pacientes ocultos”; dadas as implicações na qualidade de vida e as exigências que este estatuto acarreta seria imperativo que a comunidade científica se debruçasse sobre o impacto que esta atividade não reconhecida tem na vivência psicológica da solidão, o que traduzir-se-ia em ganhos para a área da Psicogerontologia e, conseqüentemente, para os serviços de saúde pois poder-se-ia evitar que cada cuidador se tornasse mais um paciente do sistema.

Por fim, seria interessante a realização de estudos em Portugal que analisassem a vivência psicológica da solidão mediante os distritos e as zonas do país (norte, centro e sul; interior e litoral) dado que cada vez mais se fazem notar as diferenças a este nível devido à centralização dos recursos e à parca regionalização dos meios. Tornar-se-ia, do mesmo modo interessante avaliar a perceção que os indivíduos têm acerca dos recursos fornecidos pelas entidades de administração autárquicas a fim de aferir a aplicabilidade e eficácia que Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia ou Centros de Saúde, por exemplo, apresentam (ou não) no combate à solidão e ao isolamento social. Tal seria importante para a criação e implementação de medidas governamentais neste âmbito, a fim de melhorar a qualidade de vida da população, uma vez que é importante não esquecer que a Solidão constitui um problema de saúde pública.

Conclusão

O presente estudo veio contribuir para a desconstrução da ideia de que são os mais velhos aqueles que sofrem mais solidão dado que os resultados permitiram concluir que a solidão é uma condição complexa que resulta de variáveis também elas complexas, que vão desde fatores económicos, à distância física, a relações familiares e com amigos, a características de personalidade e a quadros clínicos de saúde física e mental.

A diferença realçada ao longo deste trabalho entre a vivência psicológica da solidão e o isolamento social foi também importante dado que revela que sentir-se sozinho não implica que se esteja só, o que alerta para gravidade da solidão emocional e da relação que esta tem com psicopatologias como a depressão e a ansiedade.

Apesar das suas limitações, este estudo veio lembrar que a solidão é um problema social e de saúde que poder-se-á rapidamente tornar numa “epidemia” silenciosa pelo que é necessário que a comunidade académica para ela olhe como uma questão política, como um repto e como uma responsabilidade.

Referências Bibliográficas

- Ausín, B., Muñoz, M., & Castellanos, M. A. (2017). Loneliness, Sociodemographic and Mental Health Variables in Spanish Adults over 65 Years Old. *The Spanish journal of psychology*, 20, E46. <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.48>
- Bertoquini, V. & Pais-Ribeiro, Jose. (2006). Estudo de formas muito reduzidas do Modelo dos Cinco Factores da Personalidade. *Psychologica*, 43, 193-210.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., 3rd, Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193-213. [https://doi.org/10.1016/01651781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/01651781(89)90047-4)
- Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Cole, S. W., Capitanio, J. P., & Goossens, L., & Boomsma, D. I. (2015). Loneliness Across Phylogeny and a Call for Comparative Studies and Animal Models. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 202-212. <https://doi.org/10.1177/1745691614564876>
- Carmona, C. F., Dias Couto, V. V., & Scorsolini-Comin, F. (2014). The experience of loneliness and the social support to elderly women. *Psicologia em Estudo*, 19(4), 681-691. <https://doi.org/10.1590/1413-73722395510>
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Mota-Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS). *Psychologica*, (54), 309-358. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_13
- Chen, L., Alston, M., & Guo, W. (2019). The influence of social support on loneliness and depression among older elderly people in China: Coping styles as mediators. *Journal of Community Psychology*, 47(5), 1235-1245. <https://doi.org/10.1002/jcop.22185>
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York (NY): Academic Press.

- Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y., & Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 557–576. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001532>
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4(1), 5–13. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.1.5>
- Cudjoe, T. K. M., Roth, D. L., Szanton, S. L., Wolff, J. L., Boyd, C. M., & Thorpe, R. J. (2020). The Epidemiology of Social Isolation: National Health and Aging Trends Study. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 75(1), 107–113. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby037>
- Diehl, K., Jansen, C., Ishchanova, K., & Hilger-Kolb, J. (2018). Loneliness at Universities: Determinants of Emotional and Social Loneliness among Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph15091865>
- Domènech-Abella, J., Mundó, J., Lara, E., Moneta, M. V., Haro, J. M., & Olaya, B. (2017). The role of socio-economic status and neighborhood social capital on loneliness among older adults: evidence from the Sant Boi Aging Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(10), 1237–46. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1406-9>
- Donovan, N. J., & Blazer, D. (2020). Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Review and Commentary of a National Academies Report. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(12), 1233–1244. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.08.005>
- Fokkema, T., De Jong Gierveld, J., & Dykstra, P. A. (2012). Cross-national differences in older adult loneliness. *The Journal of psychology*, 146(1-2), 201–228. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.631612>
- George D, & Mallery P. (2003). *SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference 11.0 update*. New Jersey (NJ): Prentice Hall.

- Gomboc, V., Krohne, N., Lavrič, M., Podlogar, T., Poštuvan, V., Šedivy, N. Z., & De Leo, D. (2022). Emotional and Social Loneliness as Predictors of Suicidal Ideation in Different Age Groups. *Community Mental Health Journal*, 58(2), 311-320. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00823-8>
- Hawkley, L. C., Wroblewski, K., Kaiser, T., Luhmann, M., & Schumm, L. P. (2019). Are U.S. older adults getting lonelier? Age, period, and cohort differences. *Psychology and Aging*, 34(8), 1144–1157. <http://doi.org/10.1037/pag0000365>
- Kline, R. (2016). *Principles and practice of structural equation modelling* (4^a ed.). New York: Guilford.
- Lykes, V. A., & Kimmelmeier, M. (2014). What predicts loneliness? Cultural difference between individualistic and collectivistic societies in Europe. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 45(3), 468–490. <https://doi.org/10.1177/0022022113509881>
- Nazaré, B., Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2017). Avaliação breve da psicossintomatologia: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Brief Symptom Inventory 18 (BSI 18). *Análise Psicológica*, 2(35), 213-230. <https://doi.org/10.14417/ap.1287>
- Neto, F., & Barros, J. (2001). Solidão em Diferentes Níveis Etários. *Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento*, 3, 71-88. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.4670>
- Nicholson, N. R., Feinn, R., Casey, E. A., Dixon, J., & Meeks, S. (2020). Psychometric Evaluation of the Social Isolation Scale in Older Adults. *Gerontologist*, 60(7), E491– E501. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz083>
- Pais-Ribeiro, J. L. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 2(22), 387-397. <https://doi.org/10.14417/ap.199>
- Park, C., Majeed, A., Gill, H., Tamura, J., Ho, R. C., Mansur, R. B., Nasri, F., Lee, Y., Rosenblat, J. D., Wong, E., & McIntyre, R. S. (2020). The Effect of Loneliness

- on Distinct Health Outcomes: A Comprehensive Review and Meta-Analysis. *Psychiatry research*, 294. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113514>
- Perissinotto, C. M., Stijacic Cenzer, I., & Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Archives of internal medicine*, 172(14), 1078–1083. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.1993>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (6ª Ed). Lisboa: Edições Sílabo
- Rokach, A., Orzeck, T., Moya, M. C., & Expósito, F. (2002). Causes of loneliness in North America and Spain. *European Psychologist*, 7(1), 70–79. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.7.1.70>
- 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
- Schutter, N., Koorevaar, L., Holwerda, T. J., Stek, M. L., Dekker, J., & Comijs, H. C. (2020). 'Big Five' personality characteristics are associated with loneliness but not with social network size in older adults, irrespective of depression. *International psychogeriatrics*, 32(1), 53–63. <https://doi.org/10.1017/S1041610219000231>
- Zeas-Sigüenza, A., Oliveira, S., Ferreira, C., Ganho, A., & Ruisoto, P. (2021). Psychometric properties and factor structure of the *UCLA Loneliness Scale v3: the European Portuguese version*.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Folha em branco

Anexos

Anexo I – Consentimento Livre, Informado e Esclarecido

ESTUDO SOBRE A SOLIDÃO

No âmbito do Doutoramento em Psicologia Clínica e da Saúde vimos convidá-lo a responder ao questionário que se segue. Trata-se de um estudo dirigido **a pessoas com mais de 18 anos de idade**. A solidão na idade adulta é uma preocupação crescente. O objetivo geral deste estudo é avaliar e compreender a experiência de solidão.

Consentimento Livre, Informado e Esclarecido

Neste sentido, vimos solicitar-lhe o seu consentimento para a aplicação de algumas escalas, existindo determinados aspetos que pretendemos comprimir rigorosamente e que lhe damos a conhecer de seguida:

- Os dados recolhidos serão exclusivamente usados para fins de investigação e serão sempre assegurados o anonimato e a confidencialidade dos mesmos.
- A participação neste estudo é voluntária e poderá recusar-se ou desistir de responder a qualquer momento.
- O estudo não dispõe de qualquer financiamento, o proveito dos investigadores é meramente científico, não havendo remunerações ou conflitos de interesse.
- A participação neste estudo não implica qualquer consequência negativa e os benefícios correspondem apenas à experiência de participação num estudo e possível aumento dos conhecimentos sobre a solidão.
- As folhas de consentimento (assinadas por quem responde) não são anexadas a folhas com respostas aquando de entrevistas presenciais;
- Os endereços de e-mail não são associados às respostas nos questionários feitos online;
- Terão acesso aos dados do estudo apenas os investigadores do projeto mencionados a seguir.

Para qualquer esclarecimento sobre o estudo ou para ter conhecimento dos resultados globais do mesmo, poderá contactar a Equipa responsável por este projeto:

- Edna Moniz, Psicóloga Clínica e da Saúde, Estudante de Doutoramento em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior (UBI), edna.moniz@ubi.pt

- Rosa Marina Afonso, Psicóloga, Professora e Investigadora da Universidade da Beira Interior (UBI), rmafonso@ubi.pt
- Célia Barreto Carvalho, Psicóloga, Investigadora e Professora da Universidade dos Açores (UAC), celia.mo.carvalho@uac.pt
- Luís Pires, Psicólogo, Professor na Universidade da Beira Interior e na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade de Coimbra, luis.silva.pires@ubi.pt

- Declaro que compreendi as informações que me foram fornecidas sobre a investigação e **aceito** participar de livre vontade na investigação.
- Declaro que compreendi as informações que me foram fornecidas sobre a investigação e **não aceito** participar de livre vontade na investigação.

Anexo II – Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

1. Género

- Homem
- Mulher
- Outro: _____

2. Idade

3. Estado Civil

- Solteiro
- União de facto
- Casado
- Divorciado
- Viúvo
- Outro: _____

4. Área de residência

- Área predominantemente rural
- Área mediantemente urbana
- Área predominantemente urbana

5. Naturalidade:

6. Qual considera ser o seu estatuto socioeconómico?

- Baixo
- Baixo-médio
- Médio
- Médio-alto
- Alto

7. Escolaridade

- 0-4º ano
- 5º-9º ano
- 10º-12º ano
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outra: _____

8. Qual a sua profissão?

9. Qual a sua situação profissional atual

- Empregado
- Desempregado
- Reformado
- Estudante
- Trabalhador-Estudante
- Outro: _____

10. Quantos filhos tem?

11. Com quem vive?

- Vive sozinho(a)
- Vive acompanhado(a)

11.1. Caso viva acompanhado(a) com quem?

Muito obrigado pela sua participação 😊

Anexo III – Parecer da Comissão de Ética



Comissão de Ética
Universidade da Beira Interior

comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2022-077-ID1550

Na sua reunião de 20 de dezembro de 2022, a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto “**Estudo sobre a Solidão**”, da proponente **Edna Maria Lima Moniz**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2022-077.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser **aprovado**.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: **AMÉLIA MARIA MONTEIRO
FERNANDES NUNES**
Num. de Identificação: B1102417849
Data: 2023.01.11 15:14:51+00'00'



(Professora Doutora Amélia Maria Monteiro Fernandes Nunes)

(Professora Auxiliar)