

A solidão como fator moderador do impacto da idade nas expectativas em relação ao envelhecimento

Ana Alexandra Diogo dos Santos

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

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

10 de outubro de 2022

Declaração de Integridade

Eu, Ana Alexandra Diogo dos Santos que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M10840 do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior, 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 10 / 10 / 2022

A handwritten signature in black ink that reads "Ana Santos". The letters are cursive and connected, with a large initial 'A' and 'S'.

(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente
assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)

Agradecimentos

À minha família, pelo apoio constante. Por acreditarem sempre em mim e por todas as palavras de apoio, motivação e conforto ao longo deste percurso.

À professora Rosa Marina Afonso, pela orientação, disponibilidade, correções e sugestões oportunas. É, certamente, um exemplo a seguir, na qualidade de profissional, assim como pessoa.

Ao professor Luís Pires, pela disponibilidade, paciência e apoio constante. Um obrigada por explicar e ajudar a perceber que a estatística não é um enigma impossível de decifrar.

À Cristina, por partilhar este percurso académico comigo e pelos longos dias a elaborar trabalhos e a dissertação. Colega de quarto, parceira de trabalhos e, definitivamente, uma amiga para a vida.

À Marlene, que ao longo dos últimos cinco anos sempre teve uma palavra de apoio e motivação prontas para partilhar. Um obrigada por partilhares comigo o mesmo entusiasmo pelo Kpop e pelos nossos concertos improvisados.

À Francisca, que apesar de estar longe está sempre perto. Obrigada pela amizade, pelos momentos de partilha, desde os mais alegres aos mais tristes, vivenciados nos últimos cinco anos.

À Nery, que com o seu humor único conseguiu sempre revelar o lado positivo de todas as situações. Um Obrigada por partilhares o teu conhecimento, não só académico, mas também a nível de vivências.

Resumo

As expectativas em relação ao envelhecimento (EE) referem-se à forma como a pessoa se projeta no futuro, influenciado o desenvolvimento pessoal e social, e a forma como a pessoa vai envelhecer. Estas EE são continuamente reconstruídas ao longo da vida e estão em interação com diferentes variáveis, nomeadamente de ordem social e psicológicas. A solidão reporta-se a um estado emocional aversivo vivenciado de forma subjetiva quando a pessoa não está satisfeita com o tipo de interações pessoais que mantém, sendo uma temática de crescente interesse dadas as suas implicações na saúde e bem-estar.

Este estudo teve como objetivo avaliar as EE, a solidão e explorar a relação entre estas duas dimensões. Pretendeu-se ainda averiguar se existiam diferenças de sexo em relação às EE e solidão, analisar a idade como preditor da EE e, por fim, explorar se a solidão tinha um efeito moderador no impacto que a idade pode ter nas EE. Para avaliar as EE foi utilizada o *38-item Expectations Regarding Aging Survey* e para medir a solidão foi utilizada a *University of California, Los Angeles Loneliness scale (version 3)*. De forma a averiguar os objetivos foram realizadas análises descritivas, correlacionais e testados modelos de moderação.

Os resultados indicam uma associação entre a solidão e as EE, com menores níveis de solidão a estarem associados a maiores EE (EE mais positivas) e vice-versa ($r = -.26$). Constatou-se também que uma idade mais avançada dos participantes se associava a menores EE (EE menos positivas) ($r = -.37$). A solidão não se revelou moderadora da relação entre idade e o total de EE, contudo apresenta-se como uma variável moderadora na associação entre a idade e as EE no contexto específico da saúde mental. Quando consideramos o avanço da idade em interação com maiores níveis de solidão este mostra-se ainda mais associado com EE menos positivas. Os resultados sugerem, assim, que reduzindo-se a solidão poderemos reduzir a tendência para piorarem as expectativas à medida que a pessoa tem mais idade e, ainda, a possibilidade de se melhorar a forma como se envelhece, dada a influencia das expetativas no processo de envelhecimento.

Palavras-chave

Expectativas em relação ao envelhecimento; Solidão; Idade; Suporte Social; Saúde Mental

Abstract

The expectations regarding aging (EA) refer to the way in that a person projects themselves toward the future, influencing personal and social development and how a person will age. These EA are continually reconstructed during a person's lifetime while interacting with different variables that relate namely to social order and psychological factors. Loneliness reports itself as an aversive emotional state experiencing in a subjective manner when the person isn't satisfied with the type of personal interactions that they keep, with it being a theme of increasing interest given the implications regarding their health and well-being.

This study aims to evaluate the expectations regarding aging, loneliness and to explore the relationship between these two dimensions. It also aimed to determine if there are differences between the sexes regarding EA and loneliness, analyzing age as a predictor and at last to evaluate if loneliness has a moderating effect on the impact that age may have in EA. To evaluate EA the 38-item Expectations Regarding Aging Survey was used and to measure loneliness University of California, Los Angeles Loneliness scale (version 3) was used. As a way to verify the goals of this study descriptive analyses, correlations were used, and moderation models have been tested.

The results point towards an association between loneliness and EA with lesser loneliness levels being associated with larger EA's (more positive EA) and vice-versa ($r = -.26$). It was also determined that a more advanced age is associated with lesser EA (less positive EA) ($r = -.37$). Loneliness did not reveal itself as a moderator regarding age and total EA value however it did present itself as being a moderating variable in the association between age and EA regarding mental health specifically. When we consider the advancing of age while interacting with larger loneliness levels it becomes even more associated with less positive EA. The results suggest, that, by reducing loneliness we might also reduce the tendency to worsen their expectations as a person ages and to possibly also improve the way that they age given the influence of expectations regarding the aging process.

Keywords

Expectations regarding aging; Loneliness; Age; Social Support; Mental Health

Índice

Introdução	1
Expectativas em relação ao envelhecimento.....	1
Origens e preditores das Expectativas em relação ao envelhecimento.....	2
Expectativas em relação ao envelhecimento, saúde e outras variáveis.....	3
Solidão.....	5
Expectativas em relação ao envelhecimento e solidão	7
Objetivos do estudo.....	8
Método.....	9
Participantes	9
Instrumentos.....	10
Procedimentos	12
Análise de dados.....	13
Resultados.....	15
Discussão	19
Conclusão.....	22
Referências Bibliográficas	24

Lista de Figuras

Figura 1 – Efeito moderador dos níveis de solidão e isolamento social percebidos na relação entre idade e expectativas em relação ao envelhecimento no contexto da saúde mental (ERA – Saúde Mental)

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

Tabela 2 – Estatísticas descritivas das variáveis em estudo

Tabela 3 – Diferenças de sexos nas variáveis em estudo

Tabela 4 – Matriz de correlações entre as variáveis sociodemográficas, UCLA, ERA total e ERA Saúde Mental

Tabela 5 – Matriz de correlações entre as variáveis do Suporte Social Percebido (MSPSS) com a UCLA e ERA Saúde Mental

Tabela 6 – Análise de moderação dos níveis de solidão percebida na relação entre idade e expectativas em relação ao envelhecimento (ERA total)

Tabela 7 – Análise de moderação dos níveis de solidão e isolamento social percebidos na relação entre idade e expectativas em relação ao envelhecimento no contexto da saúde mental (ERA – Saúde Mental)

Lista de Acrónimos

EE	<i>Expectativas em relação ao Envelhecimento</i>
ERA-38	<i>38-item Expectations Regarding Aging Survey</i>
UCLA 3	<i>University of California Los Angeles Loneliness Scale version 3</i>
MSPSS	<i>Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido</i>

Introdução

À semelhança do que se constata na maioria dos países desenvolvidos, Portugal apresenta um significativo aumento da esperança média de vida, que em 1960 era de 64 anos (Barros et al., 2020) e em 2020 foi de 81 anos, 78 anos para os homens e 83 anos para as mulheres (Pordata, 2021).

Quanto aos anos de vida saudáveis após os 65 anos que é expectável o indivíduo viver em Portugal, é de 7.9 anos para os homens e 6.9 anos para as mulheres (Pordata, 2021), uma diminuição comparada com 1995 onde era expectável viver com saúde mais 8.3 anos para o sexo masculino e 9.9 anos para o sexo feminino. É ainda de mencionar que Portugal, de acordo com os dados da Pordata (2021), apresenta uma média de anos expectáveis para viver com saúde após os 65 anos mais baixa que a média dos países europeus, que se encontra nos 10.2 anos. É de notar que o índice de envelhecimento de Portugal é de 165,1%, o que retrata um grande aumento quando comparado com 1960 onde o mesmo era de 27.0%. Comparando os valores de Portugal com os de outros países da União Europeia, Portugal está em segundo lugar, sendo apenas ultrapassado pela Itália, o que retrata uma população portuguesa já maioritariamente envelhecida (Pordata, 2021; Pordata 2022).

O contínuo aumento da esperança média de vida e elevado índice de envelhecimento têm fortes implicações a nível psicológico, social, económico e político, o que implica adaptação não só por parte do indivíduo, mas também da sociedade (Barros et al., 2020). Como consequência das alterações do ciclo vital, como o aumento da escolaridade e da terceira idade, os indivíduos durante a sua vida ativa têm a oportunidade de se projetar e planear como serão os seus anos após o trabalho. Assim têm a oportunidade de redefinir as suas expectativas em relação ao envelhecimento e estruturar vagamente a nova fase de vida, ao desvincular-se do que o definia durante os anos de trabalho e ao participar em novas atividades ou grupos (e.g. grupos desportivos ou culturais) (Cabral et al., 2013; Choi et al., 2020; Davis et al., 2011; Sarkisian et al., 2002; Yao, 2020).

Expectativas em relação ao envelhecimento

As Expectativas em relação ao Envelhecimento (EE) reportam-se à forma como a pessoa se projeta no futuro, prevendo eventos futuros, possibilitando ao indivíduo preparar-se para essa fase do ciclo vital (e.g. Choi et al., 2020; Davis et al., 2011; Sarkisian et al., 2002). As expectativas são constantemente reconstruídas ao longo da vida de acordo com as experiências pessoais, interpessoais e socioculturais dos

indivíduos, ou seja, a visão que o indivíduo tem sobre o envelhecimento é moldada por significados coletivos, pela interação das pessoas com o seu ambiente, por políticas baseadas na idade (e.g., reforma), estereótipos sobre pessoas idosas, entre outros fatores (Davis et al., 2011; Yao, 2020).

É frequente a associação do envelhecimento a acontecimentos e condições mais negativas, tais como doenças, o que poderá gerar expectativas negativas sobre o envelhecimento (Sarkisian et al., 2002; Yao, 2019; Yao, 2020). Estas expectativas negativas podem estar associadas a uma menor adesão a medidas preventivas (como por exemplo a adoção de estilos de vida mais saudáveis e atividade física), a uma utilização de estratégias de coping deficitárias e à presença de comportamentos mal adaptativos associados a uma menor qualidade de vida e problemas de saúde nos indivíduos (e.g. tabagismo, consumo de álcool) (Choi et al., 2020; Davis et al., 2011; Yao, 2019; Yao, 2020). Contrariamente, pessoas que possuem expectativas positivas do seu envelhecimento, tendem a auto perceberem-se como sendo mais novas e apresentam cognições mais positivas em relação ao futuro e ao envelhecimento, tendo melhores níveis de saúde, maior qualidade de vida, maior bem-estar e maior adesão a atividades físicas e estilos de vida saudáveis. (Davis et al., 2011; Choi et al., 2020; Yao, 2019; Yao, 2020).

As EE, podem ser conceptualizadas de forma dicotómica (positivas ou negativas), ou como um continuum de expectativas referentes a diferentes estados de desenvolvimento psicológico ou físico e estados de saúde de acordo com a idade (Yao, 2020), o que pode propiciar os indivíduos, durante o seu processo de envelhecimento, a redefinir o que entendem como saúde ou a diminuir as suas expectativas, com o objetivo de manterem a sua satisfação com a vida, tendo em conta o declínio da sua saúde física (Sarkisian et al., 2002).

Origens e preditores das Expectativas em relação ao envelhecimento

Quanto às origens das EE foi evidenciada a influência de fatores individuais e socioculturais, dos quais fazem parte traços e experiências pessoais do indivíduo e valores culturais e políticos sobre os adultos idosos (Yao, 2020). Assim, as EE são moldadas por significados coletivos e pela interação entre o indivíduo e o meio, estando as EE, também, incorporadas em sistemas sociais e políticas baseadas na idade (Yao, 2020). Desta forma as EE negativas predis põem os indivíduos a subestimarem as suas capacidades, o que se repercute num estilo de vida mais inativo e no uso inadequado ou falta de recursos psicológicos (Yao, 2020).

No estudo de Menkin et al., (2017) que objetivava identificar as diferenças nas expectativas em relação à idade entre adultos idosos de origem coreana, chinesa, afro-americana e latina que viviam nos Estados Unidos, neste estudo foram utilizados os dados demográficos (i.e., idade, sexo, educação e raça/etnia auto-reportada), de expectativas de idade, de saúde e sociais de 229 indivíduos de minorias étnicas que participavam num ensaio de intervenção de prevenção de AVC. Menkin et al., (2017) demonstrou que indivíduos afro-americanos esperavam menor declínio funcional com a idade, em comparação com participantes de origem coreana, latina e chinesa.

Como preditores de EE elevadas foram apontadas a escolaridade, ou seja, maior nível de escolaridade estava associado à espera de menor declínio com a idade, especificamente para indivíduos afro-americanos e latinos, e o tipo de contexto social, i.e., individualista ou coletivista, constatando-se que os afro-americanos tinham EE elevadas comparado com indivíduos coreanos e chineses-americanos (Menkin et al., 2017). Assim, Menkin et al., (2017) sugere, que indivíduos de sociedades mais individualistas tendem a ter percepções mais positivas sobre o envelhecimento do que sociedades coletivistas, isto pode dever-se às diferenças na atenção atribuídas a informações negativas e positivas. Nas sociedades individualistas existe uma maior atenção nas informações positivas (i.e., reconhecimento e valorização das experiências e contribuições do idoso) e advertência a informações negativas, o que contrasta com sociedades coletivistas que tendem a ver os idosos como um fardo.

Foi constatado também que as influências culturais precoces podem moldar as EE de forma mais vincada do que a exposição recente a um novo contexto cultural, o que é consistente com a teoria de Levy (2009) de que somos mais propensos a internalizar estereótipos relacionados com a idade quando estes ainda não são auto-relevantes (Menkin et al., 2017).

Expectativas em relação ao envelhecimento, saúde e outras variáveis

Diferentes estudos, analisam a relação entre as EE com diversas variáveis, destacando-se a atividade física, autoeficácia, suporte social, crenças sobre procura de atendimento de saúde, traços do mindfulness, etnicidade, humor e a solidão (Andrew et al., 2017; Menkin et al., 2017; Moieni et al. 2021; Whatley et al., 2020; Yao, 2019).

No estudo de Andrew et al., (2017), o facto de a pessoa realizar mais atividade física está relacionado com EE mais positivas, apesar desta associação apenas se constatar em relação aos participantes do sexo feminino. Yao (2019) constatou que EE positivas estão associadas à adoção de estilos de vida saudáveis, ou seja, a adesão a atividade promotoras de saúde, como atividade física.

Observa-se ainda que as EE sofrem o efeito mediador indireto da autoeficácia na saúde, sendo que indivíduos com EE positivas tendem a ser mais confiantes nas suas capacidades de cuidar bem da sua saúde, que por sua vez traduz-se em estilos de vida mais ativos (Yao, 2019).

As EE apresentam uma correlação negativa com as crenças sobre procurar atendimento de saúde, sendo que os indivíduos com EE negativas não acham necessário procurar assistência médica para problemas de saúde associadas à idade, como depressão e incontinência urinária (Sarkisian et al., 2002). Pode, assim, considerar-se que o declínio da saúde física e das funções cognitivas no envelhecimento é considerado como esperado pelos participantes. Este resultado poderá ser explicado por se considerar que os idosos diminuem as suas EE ou redefinem a saúde como mecanismo pelo qual os idosos são capazes de manter a sua satisfação com a vida a despeito do declínio físico (Sarkisian et al., 2002).

Fiocco & Meisner (2020) analisaram a associação entre as cinco dimensões do mindfulness, isto é, observar, descrever, não julgar, agir com consciência e não reagir, e as expectativas em relação ao envelhecimento. No seu estudo Fiocco & Meisner (2020), constaram que o traço não julgar está relacionado com EE mais positivas. Este facto revela que indivíduos com atitudes de não julgamento tendem a aceitar as experiências diárias e evitam apegar-se a experiências e sensações negativas. Assim atitudes de não julgamento e aceitação em relação ao processo de envelhecimento possibilitam que o indivíduo tome consciência dos estereótipos positivos e negativos em relação ao envelhecimento e tome uma ação ativa de não internalizar os estereótipos e criar as suas próprias crenças sobre o envelhecimento.

Davis et al., (2011) avaliou as EE de médicos, constatou que expectativas irrealistas sobre o envelhecimento influenciam a forma como os médicos percebem os seus pacientes e como planeiam a intervenção. Em alguns casos EE negativas levam ao enviesamento da perspectiva dos médicos, impedindo que se apercebam dos obstáculos que os seus pacientes estão a enfrentar. Por sua vez, este facto pode despoletar nos pacientes sentimentos de inadequação, que resultam em dificuldades em atingir um envelhecimento bem-sucedido (Davis et al., 2011). Foram apontadas como possíveis causas de EE negativas as experiências de vida pessoais, profissionais e os anos de prática clínica, dado que quantos mais anos de prática clínica mais negativas eram as EE (Davis et al., 2011). Foram ainda evidenciadas diferenças de género no que concerne às EE, sendo que o sexo feminino apresentava valores mais positivos de EE, isto pode ser explicado pelo tipo de intervenção praticada, que é centrada na prevenção, com foco em aspetos emocionais e com mais tempo despendido com o paciente (Davis et al., 2011).

Whatley et al., (2020) analisou a relação entre o humor e as EE das pessoas idosas, entre outras variáveis, antes e durante a pandemia da Covid-19. Os autores observaram no primeiro estudo composto apenas por idosos, que indivíduos com pontuações mais elevadas de EE apresentavam um humor mais agradável e classificavam a sua saúde de forma positiva, contudo níveis mais baixos de EE estavam associados a pontuações mais altas de solidão.

Solidão

A solidão é um construto complexo que consiste num estado emocional aversivo vivenciado de forma subjetiva quando existe diferenças entre o tipo de relações que os indivíduos possuem e o tipo de relações que desejavam, ou seja, entre os níveis de contactos realizados e os desejados. (Azeredo & Afonso, 2016; Fierloos et al., 2021; Lim et al., 2020; Luanaigh & Lawlor, 2008; Mansfield et al., 2021; Ypsilanti & Lazuras, 2022).

Na literatura são descritos vários tipos de solidão, nomeadamente a solidão emocional, social e existencial. A solidão emocional que se manifesta na ausência ou perda de relacionamentos significativos, na perda de saúde e oportunidades sociais e com a não satisfação da necessidade de ser reconhecido e pertencer. Por sua vez, a solidão social, é caracterizada pela percepção de insatisfação com a qualidade dos relacionamentos e com uma divergência entre a quantidade e a qualidade real e desejada de interações sociais. Finalmente a solidão existencial descreve a sensação de separação dos outros, que ocorre particularmente quando os indivíduos enfrentam doenças, traumas e mortalidade (Azeredo & Afonso, 2016; Fierloos et al., 2021; Kemperman et al., 2019 Luanaigh & Lawlor, 2008; Mansfield et al., 2021).

A solidão pode variar de acordo com a sua duração, podendo ser persistente ou vivida de forma curta, esta última refere-se a sentimentos que são situacionalmente determinados e normativos, similarmente a sintomas depressivos experienciados em períodos de adaptação, como por exemplo a saída de casa ou a morte de um cônjuge. Contudo sentimentos persistentes de solidão são preocupantes e influenciam a vida do indivíduo de forma negativa quer a nível físico e cognitivo - declínio funcional, comprometimento cognitivo, doenças cardiovasculares; como a nível psicológico – redução da autoestima, aumento do stress psicológico e aumento da sintomatologia depressiva (Lim et al., 2020; Luanaigh & Lawlor, 2008; Ypsilanti & Lazuras, 2022).

De acordo com o modelo conceptual da solidão apresentado por Lim et al. (2020) existem desencadeantes que despoletam a solidão, fatores de risco, a solidão como

consequência da interação entre os desencadeados e fatores de risco e estratégias para combater a solidão.

Quanto aos desencadeantes de solidão, incluem-se as mudanças normativas do ciclo de vital, tais como: sair de casa dos pais, encontrar um emprego, a transição à parentalidade, e também acontecimentos pontuais ou súbitos, como divórcio, morte de um familiar ou amigo ou uma doença. Estes eventos implicam um ajustamento social e mudanças na identidade dos indivíduos, podendo gerar solidão (Lim et al., 2020).

Relativamente aos fatores de risco, Lim et al., (2020) destacam, por um lado, fatores que não se podem alterar, como a idade e, por outro lado, fatores passíveis de modificações, como a regulação emocional. Os fatores foram ainda categorizados em demográficos, referentes à saúde e socioambientais. Na categoria de fatores demográficos foram incluídos a idade e estatuto migratório, sendo evidenciada uma maior prevalência de solidão em jovens adultos (18-29) e em adultos mais velhos (65+), o que pode ser explicado por períodos de mudança transicionais normativas, como encontrar um emprego, ou por acontecimentos súbitos, como perda do cônjuge ou institucionalização das pessoas (Azeredo & Afonso, 2016, Fierloos et al., 2021). No que concerne à saúde, a solidão e a doença crónica muitas vezes co-existem, a solidão é um fator de risco para uma multiplicidade de doenças (e.g. doença cardíaca coronária e acidente vascular cerebral) e para o declínio cognitivo (e.g. demência associada à doença de Alzheimer), estando também associada com menor qualidade de sono, o que reduz a funcionalidade diária do indivíduo (Fierloos et al., 2021; Lim et al., 2020; Luanaigh & Lawlor, 2008; Ypsilanti & Lazuras, 2022). A solidão está ainda associada com maiores níveis de ansiedade, depressão, sintomas psicóticos e com reduzida regulação emocional hedônica (i.e., sentir prazer e evitar a dor), o que se evidencia nos indivíduos através da dificuldade em lembrar memórias felizes para aliviar o mau humor, recorrendo a estratégias de regulação emocional menos úteis (i.e., ruminação) (Azeredo & Afonso, 2016). Referente aos fatores socioambientais são mencionadas a comunicação digital, que pode aumentar os níveis de solidão quando usada para substituir as interações sociais por interações online, e o local de trabalho, onde a presença de solidão influencia o bem-estar do indivíduo, a satisfação com o seu trabalho, os seus níveis de criatividade, e o seu desempenho no trabalho (Lime t al., 2020).

Quanto à solidão como consequência da interação entre os desencadeados e fatores de risco, Lim et al., (2020) destaca a necessidade de se conhecer a severidade, quão generalizada (se o indivíduo se sente sozinho em vários contextos) e a cronicidade da solidão, porque a solidão como consequência difere de pessoa para pessoa, para que seja possível identificar as barreiras que o indivíduo está a enfrentar (Lim et al., 2020).

Como estratégias para combater a solidão segundo o modelo de Lim et al (2020) pode atuar-se a nível individual, relacional, social e na comunidade. Os autores destacam a necessidade de se compreender a experiência pessoal de solidão do indivíduo e identificar as barreiras pessoais do indivíduo. As soluções indicadas como mais eficazes para a redução da solidão implicam a alteração de crenças mal adaptativas sobre os outros e na criação de oportunidades sociais seguras para as pessoas interagirem, como por exemplo criar e manter uma rede social, realizar visitas de acompanhamento, chamadas por parte de conhecidos e amigos, experienciar sentido de pertença e experienciar sentimentos de intimidade e significância (Fierloos et al., 2021; Lim et al., 2020; Smith, 2012; Ypsilanti & Lazuras, 2022).

Expectativas em relação ao envelhecimento e solidão

Na revisão da literatura realizada no âmbito deste estudo, é escassa a literatura e investigação sobre as EE e a solidão, porém foram encontrados alguns estudos que relacionam estas duas variáveis, que são apresentados de seguida.

Algumas variáveis de ordem social, como o suporte social percebido apresentam uma correlação com EE no geral e, especificamente, no domínio da saúde mental (Menkin et al., 2017; Moieni et al. 2021). As EE mais elevadas foram relacionadas com a formação de novos amigos e preveem de forma positiva o suporte social geral percebido (Menkin et al., 2017; Moieni et al. 2021). Contudo, as EE somente se relacionam com a disponibilidade de suporte geral percebido, ou seja, as EE positivas preveem o suporte geral percebido de relações amigáveis, com menor grau de intimidade, e não o suporte percebido ou recebido de pessoas que são consideradas amigas (Menkin et al., 2017). Por sua vez, níveis mais baixos de EE levam a que os indivíduos não se envolvam nas atividades e nos relacionamentos, o que pode perpetuar expectativas errôneas preexistentes que contribuem para um maior distanciamento social, devido à incerteza nos relacionamentos e sentimentos de menor eficácia e utilidade social (Menkin et al., 2017; Moieni et al. 2021). Portanto, promover visões mais positivas do envelhecimento poderá ter um efeito positivo no otimismo e no afeto, que por sua vez pode facilitar a formação de amizades (Menkin et al., 2017).

Ainda no estudo de Moieni et al., (2021) que procurou explorar a relação entre as EE no domínio da saúde mental, níveis de apoio social percebidos e solidão num grupo de intervenção de generatividade, fizeram parte integrante deste estudo 73 indivíduos do sexo feminino. Assim foi reportada uma interação significativa entre a condição (controlo vs generatividade) e a ERA no domínio da saúde mental, sendo que EE

positivas previram menores níveis de solidão para os indivíduos que se encontravam no grupo de generatividade (Moieni et al., 2021).

Whatley et al., (2020) num estudo com jovens adultos ($N = 115$; 54 mulheres; $M=25.15$, $SD = 3.63$ anos) e adultos idosos ($N = 115$; 51 mulheres; $M = 69.70$; $DP = 6.16$ anos), constataram que para os adultos idosos valores mais positivos de EE estavam relacionados com níveis de humor classificados como agradáveis, menores níveis de solidão, classificação de saúde mais positivas e sexo. Maiores níveis de solidão estavam correlacionados com humor classificado como desagradável, baixa classificação de saúde, níveis baixos de rendimentos e ser do sexo feminino. No que concerne a pontuações relacionadas com atitudes e comportamentos direcionados à Covid-19 estas relacionaram-se com o género, ou seja, as mulheres expressavam atitudes e prevenção em relação à Covid-19 de forma mais séria. Nos jovens adultos níveis mais baixos de EE estavam associados a humor mais desagradável, maior solidão, elevados níveis de rendimentos, mais idade, ter nível elevado de educação e ser homem. Similarmente, jovens adultos do sexo feminino reportaram maior preocupação com o Covid-19.

Objetivos do estudo

O progressivo aumento do envelhecimento populacional e aumento da esperança média de vida, levou a uma reconfiguração da vivência do envelhecimento, dado que existem múltiplas mudanças sociais e contextuais que implicam mudanças nas necessidades, interesses e características dos futuros adultos idosos. Uma das implicações psicológicas do envelhecimento da população e aumento da longevidade é na forma como indivíduos vivenciam as alterações do ciclo vital, na necessidade ou não de pensar o envelhecimento e nas expectativas que constroem em relação ao envelhecimento (Davis et al., 2011; Nunes, 2017, Yao, 2020). A solidão é um fator que pode estar relacionado com as EE, neste sentido, este estudo pretende avaliar as expectativas em relação ao envelhecimento, a solidão e a possível relação entre estas duas variáveis, e a forma como esta relação pode alterar a influência da idade nas EE que tem sido descrita na literatura.

O presente estudo tem como objetivos avaliar as expectativas em relação ao envelhecimento, analisar a solidão e explorar a possível correlação entre as duas variáveis supramencionadas. Pretende-se ainda: i) averiguar se existem diferenças entre sexos em relação às EE e solidão; ii) analisar se a idade é um preditor das EE; iii) analisar se a solidão tem um efeito moderador no impacto que a idade pode ter nas EE.

Método

Participantes

Participaram neste estudo 802 indivíduos, com idades compreendidas entre os 18 e os 82 anos, sendo a média 35,12 anos ($DP = 15,67$). Dos participantes, 222 (27,7%) do sexo masculino e 580 (72,3%) do sexo feminino. Relativamente ao nível de escolaridade a maioria da amostra aparenta possuir o ensino superior (67,7%) e são solteiros (58%). No que concerne à situação profissional atual 51% da amostra encontra-se empregada e 39,4% são estudantes. No que diz respeito ao estatuto socioeconómico percebido, a maioria da amostra avalia o mesmo como médio (79,2%). A maioria dos participantes reside nas zonas norte e centro (73,3%) e 40,3% dos indivíduos habitam em áreas mediantemente urbanas (cf. Tabela 1).

Tabela 1.

Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Participantes (N=802)	
	n	%
Sexo		
Homem	222	27.7%
Mulher	580	72.3%
Escolaridade		
0-4º ano	8	1.0%
5-9º ano	28	3.5%
10º-12º ano	223	27.8%
Bacharelato	20	2.5%
Licenciatura	337	42.0%
Mestrado	153	19.1%
Doutoramento	33	4.1%
Estado civil*		
Solteiro(a)	465	58.0%
União de facto	55	6.9%
Casado(a)	219	27.3%
Divorciado(a)	42	5.2%
Viúvo(a)	11	1.4%
Outro(a)	9	1.1%

Zona geográfica		
Norte	221	27.6%
Centro	370	46.1%
Área metropolitana de Lisboa	44	5.5%
Alentejo	11	1.4%
Algarve	11	1.4%
Região Autónoma da Madeira	39	4.9%
Região Autónoma dos Açores	106	13.2%
Residência*		
Área predominantemente rural	179	22.3%
Área mediantemente urbana	323	40.3%
Área predominantemente urbana	299	37.3%
Estatuto socioeconómico*		
Baixo	15	1.9%
Médio	635	79.2%
Médio-alto	142	17.7%
Alto	9	1.1%
Situação profissional atual		
Empregado	409	51.0%
Reformado	44	5.5%
Estudante	316	39.4%
Trabalhador-estudante	33	4.1%

*Omisso (=1)

Instrumentos

38-item Expectations Regarding Aging Survey

A *Expectations Regarding Aging (ERA-38) Survey* (Sakisian et al., 2002) avalia as expectativas em relação ao envelhecimento em idosos, explorando a relação entre as perceções do envelhecimento, comportamentos de saúde e os seus resultados (condições de saúde), ou seja, tenta quantificar até que ponto os indivíduos esperam declínio associado à idade em diferentes domínios. A ERA-38 é composta por 10 domínios (saúde geral, função cognitiva, saúde mental, sono, independência funcional, função sexual, incontinência urinária, dor, aparência e cansaço/fatiga) que representam diferentes áreas de estudo das expectativas em relação ao envelhecimento (Sakisian et al., 2002). O questionário é composto por duas partes, a primeira, relativa aos primeiros 18 itens, remete para questões relacionadas sobre o que o indivíduo espera do seu próprio envelhecimento. Na segunda parte (19-38 itens), o indivíduo responde a afirmações relativas às expectativas em relação ao

envelhecimento de pessoas idosas no geral. A ERA-38 tem uma escala de resposta tipo Likert que varia desde 1 (totalmente verdadeira) a 4 (totalmente falsa). Pontuações elevadas nesta escala traduzem a expectativa de alcançar e manter elevados níveis de funcionamento físico e mental por parte dos indivíduos durante o processo de envelhecimento (Sarkisian et al., 2002).

De acordo com o estudo realizado por Sarkisian et al (2002), todas as escalas da ERA-38, com exceção da escala dor, apresentam valores de consistência interna acima da norma (i.e., .70) com um valor mínimo de $\alpha = .73$. No que concerne à discriminação de itens entre as escalas, esta é referida como sendo boa na maioria das escalas exceto na escala dor, sendo que pelo menos 80% dos itens correlacionavam-se significativamente com a própria escala do que qualquer outra.

No presente estudo a ERA-38 apresenta uma excelente consistência interna ($\alpha = .92$; $\omega = 1.13$) e o domínio saúde mental da ERA apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .87$; $\omega = .87$).

O manuscrito com os estudos de validação da ERA-38 para a população portuguesa encontra-se em preparação pelo grupo do projeto de investigação no qual este estudo se insere.

University of California, Los Angeles Loneliness scale (version 3)

A University of California Los Angeles Loneliness Scale version 3 (UCLA 3) (Russel, 1996) é uma medida de autorrelato que avalia a percepção subjetiva de solidão e a vivência de isolamento social (Zeas-Sigüenza et al., 2021). A UCLA 3 foi validada para a população portuguesa por Zeas-Sigüenza et al. em 2021. O questionário é composto por 20 itens, destes nove foram redigidos de forma positiva e 11 elaborados de forma negativa, todos com escala de resposta tipo Likert, que varia desde 1 (nunca) a 4 (sempre) (Durak & Senol-Durak, 2010; Zarei et al., 2016). Os itens 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19 e 20 são pontuados inversamente. As pontuações variam de 20 a 80 pontos e pontuações mais elevadas indicam maiores níveis de solidão e isolamento social percebido (Zeas-Sigüenza et al., 2021).

De acordo com o estudo realizado por Zeass-Sigüenza et al., (2021) a versão portuguesa da UCLA 3 apresenta uma excelente consistência interna para a medida global ($\alpha = .91$; $\omega = .91$), assim como para os fatores positivos ($\alpha = .87$; $\omega = .87$) e negativos ($\alpha = .86$; $\omega = .88$).

Neste estudo a escala UCLA 3 apresenta uma excelente consistência interna para o fator global ($\alpha = .92$; $\omega = .92$), assim como para o fator positivo ($\alpha = .86$; $\omega = .87$) e negativo ($\alpha = .89$; $\omega = .89$).

Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido

A Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS) foi desenvolvida por Zimet et al (1988) e tem como objetivo avaliar de forma subjetiva o apoio social percebido dos indivíduos em três áreas: amigos, família e outros significativos. Este questionário é composto por 12 itens e integra uma escala de resposta tipo Likert entre 1 (discorda completamente) e 7 (concorda completamente) (Carvalho et al., 2011; Zimet et al., 1988).

Esta escala foi traduzida e validada para a população portuguesa por Carvalho et al., (2011), no estudo realizado a MSPSS para a amostra de estudantes apresentou uma excelente consistência interna para o fator total ($\alpha = .92$), assim como para o fator família ($\alpha = .92$), amigos ($\alpha = .91$) e para o fator outros significativos ($\alpha = .89$). Na amostra de população geral foram obtidos valores excelentes de consistência interna para o fator total ($\alpha = .94$), família ($\alpha = .87$), amigos ($\alpha = .93$) e outros significativos ($\alpha = .93$). Por fim, na amostra de doentes foram obtidos valores de excelente consistência interna para o fator total ($\alpha = .90$), família ($\alpha = .93$), amigos ($\alpha = .94$) e outros significativos ($\alpha = .90$) (Carvalho et al., 2011).

Neste estudo a MSPSS apresenta excelente consistência interna para o fator total ($\alpha = .93$; $\omega = .92$), família ($\alpha = .94$; $\omega = .94$); amigos ($\alpha = .93$; $\omega = .93$) e outros significativos ($\alpha = .92$; $\omega = .92$).

Procedimentos

Este estudo insere-se no projeto “Thinking about Ageing (TAA) – Estudo sobre Expectativas em relação ao Envelhecimento”, aprovado pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (CE-UBI-Pj-2022-008). Os critérios de inclusão no estudo incluíram: ter idade igual ou superior a 18 anos e dar o seu consentimento informado para participar no estudo. A participação no presente estudo apresentava um carácter totalmente voluntário, sendo as questões relacionadas com o anonimato, confidencialidade da informação recolhida asseguradas. De notar, ainda, que não houve qualquer tipo de incentivo aos indivíduos que participaram neste estudo.

A recolha de dados teve início em fevereiro de 2022 e terminou em maio de 2022. Os dados foram recolhidos online mediante a utilização da plataforma *Google Forms* (<https://forms.gle/ew3ofVScKgBPf2Gd6>), que propicia a criação e partilha de formulários online. Ao abrir o link que dá acesso ao protocolo, os participantes, deparavam-se com o consentimento informado, seguido de questões relacionadas com o envelhecimento, posteriormente a escala ERA-38, em seguida era apresentada a escala

UCLA 3, depois a escala MSPSS e, por fim, o questionário sociodemográfico e profissional acompanhado por uma questão sobre o envelhecimento. A divulgação do protocolo de estudo foi realizada em plataformas digitais (e.g., e-mail, Facebook, Instagram), pelo meio de contactos dos investigadores e pela disseminação por alunos universitários.

Análise de dados

Os dados recolhidos foram analisados utilizando *IBM SPSS statistical software version 28 (SPSS)*. Inicialmente foi realizado um pré-tratamento dos dados (e.g., revisão e standardização das respostas dos itens) num ficheiro do *Microsoft Office Excel*, posteriormente houve a transferência dos dados para o *SPSS*, no qual as variáveis foram novamente tratadas e (re)codificadas.

Com o objetivo de caracterizar a amostra e para a análise descritiva dos itens foram efetuadas estatísticas descritivas (média, desvio padrão, valores mínimos e máximos, frequência). De modo a verificar os pressupostos da normalidade, procedeu-se à análise dos valores de assimetria (Skewness – Sk) e de curtose (Kurtosis – Ku) para todas as variáveis, que revelaram uma distribuição próxima da normal, de acordo com os valores pressupostos por Kline (2015) ($|Sk| < 3$ e $|Ku| < 8$), possibilitando assim o uso de testes paramétricos. Tendo por base que nem todas as escalas de respostas do protocolo foram definidas como resposta obrigatória no protocolo de avaliação, foi identificada uma resposta omissa (*missing*) nas variáveis nominais que não foi substituída.

Procedeu-se ainda à análise de consistência interna dos itens que compõem cada escala através do coeficiente de alfa de Cronbach (α) e Ômega de McDonald (ω). Foram considerados valores de α e $\omega \geq .6$ como aceitáveis (George e Mallery, 2003), apesar de Nunnally (1978) recomendar pelo menos α e $\omega \geq .7$ para uma consistência interna aceitável. Mas valores acima são preferíveis, com valores de .80 a evidenciar uma boa consistência interna e valores acima de .90 e inferiores a .95 a corresponderem a uma excelente consistência interna (Pallant, 2011).

Foram realizados testes t-student para 2 amostras independentes a fim de verificar as diferenças entre sexos nas variáveis em estudo.

Para se proceder ao estudo das correlações entre as variáveis foram utilizados os coeficientes de correlação apropriados: o coeficiente de correlação de Pearson para variáveis escalares; o coeficiente de correlação de Pearson ponto-biserial para as variáveis escalares e variáveis nominais dicotómicas binárias; e o coeficiente de correlação de Kendall para as variáveis ordinais. Os coeficientes de correlação foram

interpretados de acordo com Cohen (1988, pp.79-81, citado em Pallant, 2011): fraca ($r < 0.30$), moderada ($0.30 < r < 0.50$) ou forte ($r > 0.50$).

Por fim, foram testados modelos de moderação com o objetivo de avaliar de que forma os níveis de solidão e isolamento social percebidos influenciam a relação entre a idade e as EE, considerando o total de EE e as EE no contexto específico da saúde mental. Previamente às análises de moderação, os pressupostos das regressões lineares múltiplas foram assegurados: ausência de multicolineariedade, linearidade, normalidade, homocedasticidade e independência dos resíduos (Hayes, 2022).

Depois, recorrendo ao PROCESS (versão 4.1), foram testados modelos de moderação de forma independente para cada variável dependente (VD; EE total e EE saúde mental), considerando a idade como variável preditora e a solidão (UCLA-3 total) como variável moderadora. As variáveis incluídas foram centradas e os moderadores divididos em três categorias sendo que, para definição dos pontos de corte, foram adotados os percentis 16%, 50% e 84% (Hayes, 2022). Para cada moderação testada, foram analisados os efeitos independentes da variável preditora e da variável moderadora na VD, tal como da interação entre ambas (considerada significativas quando $p < 0.05$) na VD. Na presença de um efeito de interação significativo, foram analisados os efeitos condicionais para cada nível do moderador (i.e., perceber que níveis de solidão demonstravam moderar a relação entre a idade e as EE). Adicionalmente, quando encontrado um efeito de moderação significativo, a relação entre as variáveis foi apresentada em gráfico.

Resultados

Na tabela 2 é apresentada a análise descritiva de cada uma das variáveis em estudo.

Tabela 2

Estatísticas descritivas das variáveis em estudo

Variáveis	Participantes (N)	Média (Desvio padrão)	Amplitude	Mínimo- máximo	Assimetria (Sk < 3)	Curtose (Ku < 8)
Idade	802	35,12 (15,67)	22	18-82	0.73	-0.73
Viver só	795	0.10 (0,29)	2	0-1	2.75	5.60
ERA_TOTAL	802	86,10 (16,50)	102	43-145	0.09	0.16
ERA_MentalHealth	802	31,10 (6,23)	34	14-48	0.01	-0.22
UCLA_Total	802	43,86 (9,10)	57	20-77	0.20	0.08
MSPSS_Total	802	5,77 (1,11)	6	1-7	-1.41	2.19

Relativamente às variáveis ERA saúde mental, UCLA e MSPSS, tal como se pode observar na tabela 3, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre sexos. Contudo no que toca à ERA total foram encontradas diferenças entre sexos, com as mulheres a apresentarem maiores pontuações. Estes resultados são verificáveis após a correção de Bonferroni, onde o valor de significância utilizado é de .0125.

Tabela 3

Diferenças de sexos nas variáveis em estudo

Variáveis	Amostra total (N)	Homem		Mulher		t (800)	p	Cohen's d
		M	SD	M	SD			
ERA_Total	802	83,89	16,70	86,95	16,36	-2,35	.009	16.46
ERA_MentalHealth	802	30.62	6.23	31,28	6,23	-1,35	.088	6.23
UCLA_Total	802	43,15	9.56	44.13	8.92	-1.36	.086	9.10
MSPSS_Total	802	5.76	1.13	5.77	1.10	-.14	.442	1.11

*Foi utilizada a correção de Bonferroni considerando um valor de significância de $0.05:4 = 0.0125$ como limite para definir valores significativos.

Quanto à análise de correlações entre variáveis, os resultados, tal como se pode observar na Tabela 4, indicam que a solidão apresenta correlações negativas fracas com a idade ($r = -.13, p < .01$), escolaridade ($T = -.13, p < .05$) e o total da ERA ($r = -.26, p < .05$), uma correlação positiva muito fraca com a variável viver sozinho ($r_{pb} = .08, p < .01$) e, por fim, uma correlação negativa moderada com o domínio saúde mental da ERA-38 ($r = -.33, p < .05$).

No que concerne ao total da ERA, esta apresenta uma correlação negativa fraca com o sexo ($r_{pb} = -.08, p < .01$), uma correlação negativa moderada com a idade ($r = -.37, p < .05$) e uma correlação positiva elevada com o domínio saúde mental da ERA-38 ($r = .90, p < .05$).

Relativamente ao domínio saúde mental da ERA-38, este tem uma correlação negativa moderada com a idade ($r = -.32, p < .05$) e uma correlação positiva fraca com a escolaridade ($T = -.13, p < .05$).

Tabela 4

Matriz de correlações entre as variáveis sociodemográficas, UCLA, ERA total e ERA Saúde Mental

Variáveis	n	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Sexo	802	0,28	0,44	-							
2. Idade	802	35,12	15,67	.05	-						
3. Residência	801	2,15	0,75	-.01	-.11**	-					
4. Escolaridade	802	4,55	1,32	-.00	.02	-.12**	-				
5. Viver sozinho	795	0,10	0,29	.08*	.10**	-.11**	.09**	-			
6. Era_MentalHealth	802	31,10	6,23	-.04	-.32**	-.03	.13**	-.06	-		
7. ERA_Total	802	86,10	16,50	-.08*	-.37**	-.01	.14	-.03	.90**	-	
8. UCLA_Total	802	43,86	9,10	-.048	-.13**	0,05	-.13**	.08*	-.33**	-	-.26**

** .A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* .A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Foi utilizado o coeficiente de Tau de Kendall para a escolaridade; Foi utilizado o coeficiente de correlação ponto bisserial entre as variáveis escalares e categoriais dicotômicas binárias.

De acordo com a Tabela 5 o suporte social apresenta uma correlação positiva fraca com o total da ERA-38 ($r = .26, p < .05$), uma correlação positiva moderada com o domínio saúde mental da escala ERA-38 ($r = .33, p < .05$) e, por fim, uma correlação negativa elevada com o total da UCLA 3 ($r = -.60, p < .05$).

Tabela 5

Matriz de correlações entre as variáveis do Suporte Social Percebido (MSPSS) com a UCLA e ERA Saúde Mental

Variáveis	n	M	SD	1	2	3	4
1. MSPSS_Total	802	5.77	1.11	-			
2. Era_ MentalHealth	802	31,10	6,23	.31**	-		
3 ERA_Total	802	86.10	16.50	.26**	.90**	-	
4. UCLA_Total	802	43,86	9,10	-.60**	-.33**	-.26**	-

**A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

*A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

A seguir procedeu-se à análise de moderação entre a idade, solidão e EE, tendo por base que empiricamente a ERA total e a ERA Saúde mental apresentaram-se mais associadas à idade e total da UCLA. Assim, surgiu a hipótese de que a relação da idade com a ERA se explica em parte pelos níveis de solidão e isolamento social percebido, deste modo pretendemos avaliar se existe mesmo uma interação da idade com a pontuação total da UCLA na predição da ERA.

A variável referente aos níveis de solidão e isolamento social percebidos (total da UCLA-3) não se revelou moderadora da relação entre idade e o total de expectativas relativas ao envelhecimento, embora ambas as variáveis, idade e níveis de solidão e isolamento social percebidos, se mostrem preditoras do total de expectativas relativas ao envelhecimento (cf. Tabela 6).

Tabela 6

Análise de moderação dos níveis de solidão percebida na relação entre idade e expectativas em relação ao envelhecimento (ERA total)

ERA Total		
UCLA 3 Total como moderador		
	<i>b</i>	<i>t</i>
Idade	.451	-13.77***
UCLA 3 Total	-.594	-10.57***
Idade × Solidão	-.006	-1.52
Total R^2 ; $F(df)$	$R^2=0.49$; $F(3.00)=88.54$	

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Para pessoas com maior solidão, menor idade acompanhou-se de maiores expectativas, $b = 0.0039$, $t = -1.52$, $p < .01$. Para pessoas com menor solidão, maior idade é acompanhada de menores expectativas em relação ao envelhecimento.

Posteriormente foi realizada a análise de moderação com o objetivo de avaliar se existe mesmo uma interação da idade com a pontuação total da UCLA na predição da ERA no domínio saúde mental.

A variável referente aos níveis de solidão e isolamento social percebidos (total da UCLA-3) revelou-se moderadora da relação entre idade e expectativas relativas ao envelhecimento no contexto da saúde mental, $F(3,798) = 95.29$, $p < .001$, $R^2 = .26$ (cf. Tabela 7).

Tabela 7

Análise de moderação dos níveis de solidão e isolamento social percebidos na relação entre idade e expectativas em relação ao envelhecimento no contexto da saúde mental (ERA – Saúde Mental)

ERA-Saúde Mental		
UCLA 3 Total como moderador		
	<i>b</i>	<i>t</i>
Idade	.155	-12.67***
UCLA 3 Total	-.269	-12.78***
Idade × UCLA 3 Total	.004	-2.84**
Total R^2 ; $F(df)$	$R^2=.26$; $F(3.798)=95.29$ ***	

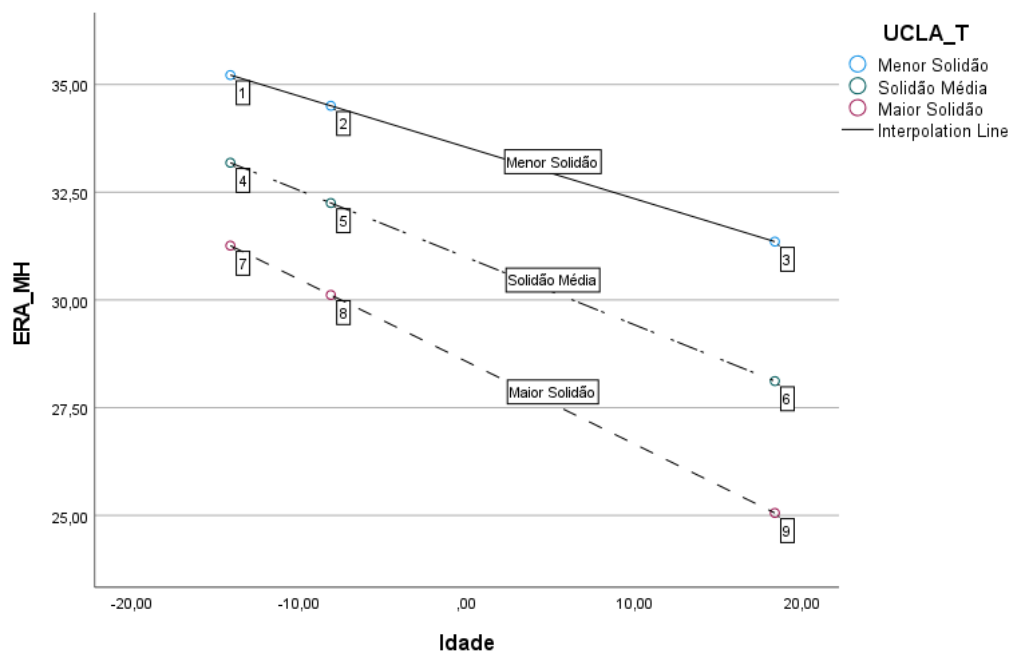
* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Para pessoas com maior solidão, menor idade acompanhou-se de expectativas mais positivas em relação ao envelhecimento ($b = .19, t = -10.49, p < .001$). Para pessoas com níveis médios de solidão, menor idade também se acompanha de expectativas mais positivas em relação ao envelhecimento ($b = -.16, t = -12.70, p < .001$), mas em menor intensidade. Finalmente, para pessoas com menor solidão, menor idade também se associa a maiores expectativas em relação ao envelhecimento ($b = -.12, t = -7.01, p < .001$), mas em menor intensidade que os outros dois níveis mencionados (cf. Figura 1).

Assim, os resultados evidenciam que as expectativas em relação ao envelhecimento no contexto da saúde mental diminuem com o aumento da idade e que esta relação é moderada pelos níveis de solidão e isolamento social percebidos.

Figura 1

Efeito moderador dos níveis de solidão e isolamento social percebidos na relação entre idade e expectativas em relação ao envelhecimento no contexto da saúde mental (ERA – Saúde Mental)



Discussão

Dando resposta ao objetivo geral deste estudo os resultados revelam que existe uma relação entre as EE e a solidão, o que revela que a solidão influencia as EE.

Relativamente às diferenças entre participantes de diferente sexo neste estudo, não se observaram diferenças em relação à solidão e isolamento social percebidos, nem

no suporte social percebido. Contudo foi verificável diferenças entre sexos nas EE, sendo que as mulheres apresentam EE mais elevadas em comparação com os homens. Estes resultados contrariam os dados apresentados por Whatley et al., (2020) que constatou em adultos idosos, associações entre o sexo feminino e elevados níveis de solidão, que se repercutem em baixas EA e em jovens adultos que menores níveis de EA estavam relacionados com elevada solidão e ser do sexo masculino. Porém, os constructos em estudo são subjetivos e dependem do conhecimento e interpretação de cada indivíduo, o que torna a informação reportada das diferenças de género nesta dimensão inconsistente. É de notar que os dados reportados por este estudo não são diretamente comparáveis com os de Whatley et al., (2020), uma vez que no seu estudo utilizou uma amostra equilibrada entre jovens adultos e adultos idosos, contudo neste estudo a amostra é composta maioritariamente por jovens adultos.

Quanto à análise da idade como preditor das EE, os resultados indicam a existência de uma correlação negativa moderada que revelam que quanto mais idade têm os participantes menos positivas são as expectativas em relação ao envelhecimento avaliadas pela ERA total e em relação às expectativas quanto à saúde mental avaliadas através da ERA saúde mental. Este resultado corrobora o constatado por Whatley et al., (2020) que, no seu estudo com jovens adultos, constata que níveis baixos de EA estão associados a maior idade, entre outros fatores. Este efeito pode dever-se ao contacto dos indivíduos com a população idosa e a confrontação com os desafios que advêm com essa etapa do ciclo vital (Davis et al., 2011; Yao, 2020).

Todavia, também, no estudo de Whatley et al., (2020) é evidenciado que adultos idosos reportam maiores níveis de EA do que os jovens adultos, antes e durante a pandemia, e que de forma geral os adultos idosos reportam maiores níveis de EA, porém não foi passível de verificar esta hipótese, uma vez que a discrepância no que concerne ao número de respondentes por faixa etária não nos possibilitou essa linha de investigação. Estes dados podem dever-se ao facto de os indivíduos se prepararem para a sua velhice ou, por outro lado, adaptarem as suas EE às suas condições, que por sua vez resultam na adoção de atividades que aumentam a sua qualidade de vida (Cabral et al., 2013; Choi et al., 2020; Davis et al., 2011; Sarkisian et al., 2002; Yao, 2020).

Os resultados da moderação indicam que os jovens adultos possuem maiores níveis de EA do que os adultos idosos, este resultado pode ser explicado tendo por base o tipo de sociedade em que nos encontramos, uma vez que vivemos numa sociedade cada vez mais individualista, onde existe a valorização e reconhecimento das experiências dos adultos idosos, ou seja, a forma como os jovens percecionam gerações mais velhas é modificada através da interação com as mesmas (Menkin et al., 2017). Por outro lado, o nível mais baixo de EE na população idosa pode referir-se a dificuldades em ajudar-se à nova etapa

do ciclo vital que é acompanhada de diversas mudanças, i.e., perda da identidade de trabalho, perda de entes queridos, dificuldade em aceitar novas limitações físicas e motoras, institucionalização, entre outras (Choi et al., 2020; Davis et al., 2011; Fierloos et al., 2021; Lim et al, 2020; Luanaigh & Lawlor, 2008; Yao, 2020; Ypsilanti & Lazuras, 2022).

Os resultados revelam, ainda, que a correlação negativa entre a idade e a ERA total e o domínio saúde mental, é moderada pela solidão. Estes dados corroboram a literatura que afirma que a solidão influencia as EA. Por exemplo, Whatley et al., (2020), no seu estudo com pessoas idosas, constatou que níveis baixos de EA estavam associados a pontuações mais altas de solidão e no estudo com jovens adultos as EA baixas estavam relacionadas com níveis de solidão mais elevados. Ainda, Moieni et al., (2021) reportou uma relação entre as EA e a solidão, no qual o grupo experimental (generatividade) reportou que EA elevadas previam valores de solidão reduzidos.

Assim, podemos afirmar que a solidão como construto subjetivo, que reporta para um estado emocional aversivo experienciado de forma subjetiva que retrata a discrepância entre os níveis de contacto realizados e desejados, influencia as EE, que atuam nas percepções do indivíduo sobre saúde, o seu autocuidado, as suas capacidades o estilo de vida do indivíduo. Deste modo níveis de solidão elevados reportam idades mais avançadas e EA mais baixas de acordo com os dados da moderação. Estes dados podem ser explicados por meio da redefinição pelo sujeito do que entende como saúde ou diminuir as EE de modo a manter a satisfação com a vida, apesar do declínio físico. Contudo é de realçar que EE baixas predisõem os indivíduos a adotar comportamentos mais desadequados, em termos de saúde, a subestimarem as suas capacidades, o que se reflete em estilos de vida inativos, não utilização e percepção dos recursos que tem a seu dispor (físicos, psicológicos e comunitários) e à não procura de assistência médica (Yao, 2019; Yao, 2020). Apesar dos efeitos negativos das EE na saúde física dos indivíduos, é importante realçar o seu efeito negativo a nível cognitivo, sendo que indivíduos com EE mais baixas têm muitas vezes menor qualidade de sono e diminuição da funcionalidade diária (Fierloos et al., 2021; Lim et al, 2020; Luanaigh & Lawlor, 2008; Sarkisian et al., 2002; Ypsilanti & Lazuras, 2022).

Com o objetivo de melhorar as expectativas em relação ao envelhecimento e a projeção do indivíduo no envelhecimento intervenções de cariz comunitário e intergeracional devem ser tomadas em consideração, uma vez que com os idosos existe uma redução de solidão e isolamento social percebidos e aumentam sentimentos de pertença e interajuda, que por sua vez refletem-se na recriação de uma identidade pós-laboral e melhorias na qualidade de vida (Cabral et al., 2013; Choi et al., 2020; Davis et al., 2011; Fierloos et al., 2021; Lim et al., 2020; Moieni et al., 2021; Sarkisian et al., 2002;

Smith, 2012; Yao, 2020; Ypsilanti & Lazuras, 2022). Por sua vez, tentar munir as gerações mais novas de conhecimento para que possam de forma consciente tomar decisões sobre o seu envelhecimento e criar laços com as gerações mais velhas (Choi et al., 2020; Davis et al., 2011; Sarkisian et al., 2002).

A solidão é um fator de risco em termos de saúde física e psicológica, o que se reflete em declínio físico, cognitivo (comprometimento cognitivo, doenças cardiovasculares) e psicológico (redução autoestima, aumento sintomatologia depressiva). Para além do impacto na saúde a solidão influencia também o desenvolvimento profissional do indivíduo, uma vez que níveis mais elevados de solidão influenciam a criatividade, bem-estar e satisfação no trabalho do indivíduo. Este estudo acrescenta o papel da solidão como fator moderador nas EE, o que sugere que a atenção dada à solidão e à sua redução da mesma permite reduzir o impacto que o aumento da idade tem nas EE. Sabendo-se o papel das expectativas no envelhecimento bem-sucedido poderá antecipar-se que a redução da solidão possa melhorar as EE e como consequência traduzir-se em qualidade de vida mais elevada, dado que assim os indivíduos ao planear e cuidar de si de forma proativa conseguem enfrentar e resolver de forma eficaz e positiva os obstáculos que possam surgir.

Conclusão

Este estudo centra-se nas Expectativas em relação ao envelhecimento, solidão e idade, concluindo que as EE se reduzem à medida que aumenta a idade e que essa relação é moderada pela solidão que pessoa sente. Assim, mais solidão gera níveis mais baixos de EE.

Numa sociedade crescentemente envelhecida que se confronta com as mais valias de uma população mais velha e longeva e, simultaneamente com os desafios inerentes a problemas de saúde, mal-estar e configurações de dependência é necessário encontrar formas de promoção de saúde e qualidade de vida. Trabalhar as EE ao longo da vida, é uma das estratégias dadas como mais apropriadas de forma a combater EE negativas, uma vez que possibilita ao indivíduo projetar-se no futuro, prever eventos futuros e preparar-se para as novas etapas do ciclo vital. A esta linha de intervenção, os resultados destes estudos acrescentam o peso que a solidão pode ter a nível físico, cognitivo e psicológico. Assim, reduzindo a solidão é possível que os indivíduos

Os níveis de solidão, agravados pela pandemia têm-se revelado elevados, o que para as expectativas têm contribuído de forma negativa, ou seja, existe uma predominância de EE negativas.

Como potencialidades deste estudo destaca-se, assim, o seu contributo para se refletir sobre as EE e solidão, e desenharem estratégias que culminem no combate à solidão e EE para se melhorar a qualidade de vida não só dos adultos idosos, mas da população em geral.

Como limitações deste trabalho destaca-se o facto de a amostra ser de conveniência e ser constituída maioritariamente por jovens, o que limitou os resultados, a sua comparação com a literatura e não permitiu analisar de forma mais aprofundada o papel da solidão nas EE. O facto de a recolha ter sido online pode ter sido um dos fatores que contribuiu para que a amostra fosse maioritariamente jovem, uma vez que por norma a população mais idosa não se encontra na internet.

Este estudo sugere a importância de se perceber melhor a relação da solidão e EE com uma amostra de participantes que inclua mais população idosa. Um desenho longitudinal permitiria analisar a evolução e mudanças das variáveis em diferentes momentos de avaliação. Em futuros estudos seria interessante averiguar se existem diferenças de géneros por faixas etárias.

Em suma este estudo possibilitou evidenciar que a solidão é um fator importante nas nossas vidas e que influência todas as áreas da nossa vivência, assim sendo a sua redução não só influência de forma positiva as EE, mas também a nossa qualidade de vida a curto e longo prazo. Contudo foi passível de averiguar o efeito da idade e da solidão nas EA.

Referências Bibliográficas

- Andrews, R. M., Tan, E. J., Varma, V. R., Rebok, G. W., Romani, W. A., Seeman, T. E., Gruenewald, T. L., Tanner, E. K., & Carlson, M. C. (2017). Positive aging expectations are associated with physical activity among urban-dwelling older adults. *The Gerontologist*, *57*(2), 178-186. <https://doi.org/gd4z95>
- Azeredo, Z. D. A. S. & Afonso, M. A. N. (2016). Solidão na perspetiva do idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *19*(2), 313-324. <https://doi.org/gm3h>
- Barros, D. M. V., Nobre, A. M. F., Gil, H. M. P. T., Chenoll, A., & Macedo, C. A. S. (2020). Universidades Seniores em Portugal e o uso das redes sociais: inclusão digital e social. *Educação Em Foco*, *23*(41), 446-461. <https://doi.org/10.24934/eef.v23i41.4444>
- Boehlen, F. H., Maatouk, I., Friederich, H. C., Schoettker, B., Brenner, H., & Wild, B. (2021). Loneliness as a gender-specific predictor of physical and mental health-related quality of life in older adults. *Quality of Life Research*, 1-11. <https://doi.org/gpbsfc>
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P. & Marques, T. (2013). Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <http://hdl.handle.net/10451/24456>
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Mota-Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS). *Psychologica*, (54), 331-357. <https://doi.org/jdpi>
- Choi, J. W., Kim, J. H., & Yoo, K. B. (2020). Subjective expectations for future and mortality among middle-aged and older adults. *Medicine*, *99*(17). <https://doi.org/hhm3>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^a ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Davis, M. M., Bond, L. A., Howard, A., & Sarkisian, C. A. (2011). Primary Care Clinician Expectations Regarding Aging. *The Gerontologist*, *51*(6), 856-866.
- Durak, M., & Senol-Durak, E. (2010). Psychometric Qualities of the UCLA Loneliness Scale-Version 3 as Applied in a Turkish Culture. *Educational Gerontology*. 36. 988-1007. <https://doi.org/bkpszf>
- Dziechciaz, M., & Filip, R. (2014). Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, *21*(4), 835-838. <https://doi.org/bn3b8g>

- Fierloos, I. N., Tan, S. S., Williams, G., Alhambra-Borrás, T., Koppelaar, E., Bilajac, L., Verma, A., Markaki, A., Mattace-Raso, F., Vasiljev, V., Franse, C. B., & Raat, H. (2021). Socio-demographic characteristics associated with emotional and social loneliness among older adults. *BMC geriatrics*, *21*(1), 1-12. <https://doi.org/gj58cm>
- Fiocco, A. J., & Meisner, B. (2020). Mindful aging: The association between trait mindfulness and expectations regarding aging among middle-aged and older adults. *Aging & Mental Health*, *24*(4), 591-595. <https://doi.org/hjbm>
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*, 11.0 update (4.^a ed.). Allyn & Bacon.
- Hayes, A. (2022). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach* (3rd ed.). The Guilford Press.
- Kemperman, A., Berg, P. V. D., Weijs-Perrée, M., & Uijtewillegen, K. (2019). Loneliness of Older Adults: Social Network and the Living Environment. *International Journal of Environmental Research an Dublic Health*, *16*(3), 406. <https://doi.org/ggdkdr>
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling* (4.^a ed.). Guilford Publications.
- Lim, M. H., Eres, R., & Vasan, S. (2020). Understanding loneliness in the twenty-first century: an update on correlates, risk factors and potential solutions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *55*, 793-810. <https://doi.org/hjby>
- Luanagh, C. O., & Lawlor, B. A., (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *23*(12). 1213–1221. <https://doi.org/cm6c5z>
- Mansfield, L., Victor, C., Meads, C., Daykin, N., Tomlinson, A., Lane, J., Gray, K., & Golding, A. (2021). A Conceptual Review of Loneliness in Adults: Qualitative Evidence Synthesis. *International journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(21). 11522. <https://doi.org/hhm7>
- Menezes, J. N. R., Costa, M. D. P. M., Iwata, A. C. D. N. S., de Araújo, P. M., Oliveira, L. G., de Souza, C. G. D., & Fernandes, P. H. P. D. (2018). A visão do idoso sobre o seu processo de envelhecimento. *Revista Contexto & Saúde*, *18*(35), 8-12.
- Menkin, J. A., Robles, T. F., Gruenewald, T. L., Tanner, E. K. & Seeman, T. E. (2017). Positive expectations regarding aging linked to a more new friends in later life. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *72*(5), 771-781. <https://doi.org/hhm5>
- Menkin, J. A., Guan, S. A., Araiza, D., Reyes, C. E., Trejo, L., Choi, S. E., Willis, P., Kotick, J., Jimenez, E., Ma, S., McCreath, H. E., Chang, E., Witarama, T., & Sarkisian, C.

- A. (2017). Racial/Ethnic Differences in Expectations Regarding Aging Among Older Adults. *The Gerontologist*, 57(2), 138-148. <https://doi.org/gdshkx>
- Moiene, M., Seeman, T. E., Robles, T. F., Lieberman, M. D., Okimoto, S., Lengacher, C., Irwin, M. R., & Eisenberger, N. I. 2021. Generativity and Social Well-Being in Older Women: Expectations Regarding Aging Matter. *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 76(2), 289-294. <https://doi.org/hhm4>
- Monteiro, H., & Neto, F. (2006). A Solidão em pessoas idosas: universidades da terceira idade. *Psicologia Educação e Cultura*, 1, 183-286.
- Nunnally, J. C., & Nunnally, J. C. (1978). Psychometric theory. McGraw-Hill.
- Pallant, J. (2011). SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (4rd ed.). Allen & Unwin.
- Pordata. (2021, Agosto 26). Healthy life years at 65: by sex. <https://www.pordata.pt/en/Europe/HEElthy+life+yEErs+at+65+by+sex-1590-1175>
- Pordata. (2021, Agosto 26). Life expectancy at birth: total and by sex. <https://www.pordata.pt/en/Europe/HEElthy+life+yEErs+at+65+by+sex-1590-1175>
- Pordata. (2022, Março 02). Ageing index. <https://www.pordata.pt/en/Europe/Ageing+index-1609>
- 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/dxj3n2>
- Sarkisian, C. A., Hays, R. D., & Mangione, C. M. 2002. Do older adults expect to age successfully? The association between expectations regarding aging and beliefs regarding healthcare seeking among older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(11), 1837-1843.
- Sarkisian, C. A., Hays, R. D., Berry, S. Mangione, C. M. (2002). Development, reliability and validity of the expectations regarding aging (ERA-38) survey. *The Gerontologist*, 42(4), 534-542.
- Smith, J. M. (2012). Toward a better understanding of loneliness in community-dwelling older adults. *The Journal of Psychology*, 146(3), 293-311. <https://doi.org/hr9k>
- Whatley, M. C., Siegel, A. L. M., Schwartz, S. T., Silaj, K. M., & Castel, A. D. (2020). Younger and older adults' mood and expectations regarding aging during COVID-19. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 6, 1-9. <https://doi.org/ghd9pj>
- Yao, J. J. (2019). It's a matter of perspective: the role of aging expectations and self-efficacy towards engagement in healthy lifestyles among older adults. *Asian/Pacific Island Nursing Journal*, 4(3), 116. <https://doi.org/hhm2>

- Yao, J. J. (2020). "Elderly" Seniors Vs. "Youthful" Seniors: Attributions and Reshaping of Aging Expectations. *The Qualitative Report*, 25(8), 3047-3066.
- Ypsilanti, A., & Lazuras, L. (2022). Loneliness is not a homogeneous experience: An empirical analysis of adaptive and maladaptive forms of loneliness in the UK. *Psychiatry Research*, 312, 114571. <https://doi.org/hr86>
- Zarei, S., Memari, A. H., Moshayedi, P., & Shayestehfar, M. (2016). Validity and reliability of the UCLA loneliness scale version 3 in Farsi. *Educational Gerontology*, 42(1), 49-57. <https://doi.org/hjbw>
- ZEEs-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. *PsyArXiv*. November, 30. <https://doi.org/jdpk>
- Zimet, G., 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/dt7nqw>