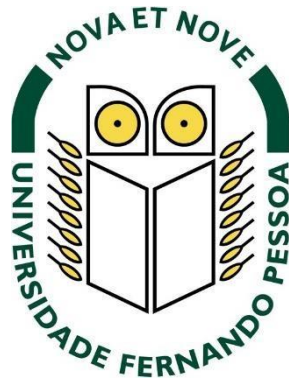


Daniela Filipa Oliveira de Sá



**Relação entre Sentido de vida, Ansiedade, Depressão e o Stress numa  
população adulta**

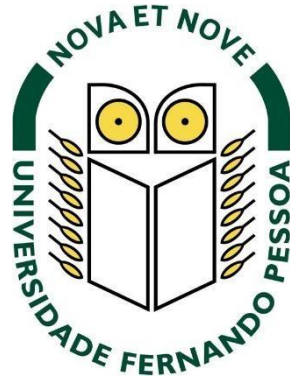
Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humana e Sociais

Porto, 2021



Daniela Filipa Oliveira de Sá



**Relação entre Sentido de vida, Ansiedade, Depressão e o Stress numa população adulta**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humana e Sociais

Porto, 2021

Daniela Filipa Oliveira de Sá

**Relação entre Sentido de vida, Ansiedade, Depressão e o Stress numa  
população adulta**

Daniela Filipa Oliveira de Sá

Trabalho apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, com especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Carla Fonte

## RESUMO

O sentido de vida tem sido um construto importante para a Filosofia e ultimamente também para a Ciência. Muitos estudos têm evidenciado que o sentido de vida tem influência na saúde mental e que a ausência deste, está relacionada com o sofrimento psicológico, nomeadamente com a depressão, ansiedade e o stress.

Desta forma, o objetivo do estudo desta dissertação consiste em analisar a relação entre o sentido de vida e a ansiedade, depressão e stress. Neste estudo participaram 471 adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 86 anos. A recolha de dados procedeu-se através de um Questionário Sociodemográfico, do Questionário de Sentido de Vida (QSV) e ainda da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).

Dos resultados analisados, percebeu-se que a amostra apresenta bons níveis de sentido de vida e baixos níveis de psicopatologia, sendo que os indivíduos com elevada presença de sentido tinham menores níveis de depressão, ansiedade e stress, e que os indivíduos com elevado nível de procura de sentido revelam maiores níveis de ansiedade, depressão e stress. Quanto à ansiedade, depressão e stress, percebeu-se que basta que o nível de uma só dimensão seja elevado, para que os níveis das restantes dimensões também o sejam. Também foram encontradas algumas associações entre as variáveis em estudo e as variáveis sociodemográficas. Em relação aos níveis de presença e de procura de sentido de vida, constatou-se que os indivíduos viúvos apresentaram níveis menores de procura de sentido de vida e que os indivíduos casados/ união de facto igualmente apresentam menores níveis de procura do que os indivíduos solteiros. Verificou-se ainda que os indivíduos que têm filhos relatam também níveis significativamente inferiores de procura de sentido de vida e níveis mais elevados de presença de sentido de vida. Em relação aos níveis de ansiedade, depressão e stress, as mulheres apresentam maior stress do que os homens, e os indivíduos viúvos apresentam menor ansiedade e stress do que os solteiros, e ainda menor stress do que os casados/união de facto. Constatou-se que os participantes sem o ensino superior apresentam um maior nível de depressão e ansiedade e ainda que os indivíduos com filhos têm níveis menores de ansiedade e stress.

Assim, conclui-se que o sentido de vida consiste num fator de proteção contra a ansiedade, depressão e o stress.

## **ABSTRACT**

The meaning of life has been an important construct for Philosophy and lately also for Science. Many studies have shown that the meaning of life has an influence on mental health and that its absence is related to psychological suffering, namely depression, anxiety and stress.

The aim of this dissertation study is to analyze the relationship between meaning of life and depression, anxiety and stress. Data collection was carried out using a Sociodemographic Questionnaire, the Meaning of Life Questionnaire (QSV) and the Anxiety, Depression and Stress Scale (EADS-21).

From the analyzed results, it was noticed that the sample has good levels of meaning in life and low levels of psychopathology, with individuals with a high presence of meaning having lower levels of anxiety, depression and stress, and individuals with a high level of meaning-seeking reveal higher levels of anxiety, depression and stress. As for anxiety, depression and stress, it was realized that it is enough that the level of a single dimension is high, so that the levels of the other dimensions are also high. Some associations were also found between the variables under study and the sociodemographic variables. In relation to the levels of presence and search for meaning in life, it was found that widowed individuals had lower levels of search for meaning in life and that married individuals/married couples also had lower levels of search than single individuals. It was also found that individuals who have children also report significantly lower levels of search for meaning in life and higher levels of presence of meaning in life. Regarding the levels of anxiety, depression and stress, women have more stress than men, and widowed individuals have less anxiety and stress than single people, and even less stress than married/cohabiting couples. It was found that participants without higher education have a higher level of depression and anxiety and that individuals with children have lower levels of anxiety and stress.

Thus, it is concluded that the meaning of life is a protective factor against anxiety, depression and stress.

## AGRADECIMENTOS

Com emoção escrevo estas linhas, nesta investigação que marca a chegada à meta da minha longa e oscilante caminhada, que simboliza a concretização de um grande objetivo de vida.

Não percorri este caminho sozinha e, por isso, agradeço...

Agradeço aos meus pais, nada era possível sem eles. Agradeço ao meu pai por ter acreditado em mim e ter feito um esforço para possibilitar o meu prosseguimento nos estudos. Agradeço à minha mãe que na liberdade sempre me ajudou e facilitou o meu caminho, e por me mostrar o que é a resiliência na adversidade.

Agradeço ao meu padrinho, espectador atento da minha caminhada, sempre a postos para me dar a mão e tornar o meu caminho melhor.

À minha madrinha, toda a ajuda, preocupação e disponibilidade.

Ao meu avô, simplesmente por estares cá. Sei o quanto torces por mim.

Ao meu namorado, Fábio, que acompanhou todo este meu percurso e que viveu comigo todas as emoções, agradeço muito todo o amor e toda a compreensão, apoio e companhia em todas as horas. Obrigada por teres tornado este caminho mais bonito!

Agradeço à Maria, luz na minha vida, que me permitia recarregar baterias para continuar.

Aos meus amigos mais chegados, principalmente à Di, pela presença e amizade.

Aos meus amores de 4 patas, principalmente ao Cute e ao Kyle, todo o sentimento e companhia.

À Cat, companheira de curso, toda a ajuda e partilha de emoções neste trajeto.

Agradeço a toda a minha família e amigos, que estiveram por perto.

E, como não poderia deixar de ser, agradeço à minha orientadora Prof. Dra. Carla Fonte, que mesmo a viver um ano atípico e cansativo, me prestou todo o apoio e me demonstrou sempre compreensão, revelando ser uma profissional de excelência e um extraordinário ser humano.

Vocês dão sentido à minha vida!

# ÍNDICE

RESUMO .....	V
ABSTRACT .....	VI
AGRADECIMENTOS.....	VII
ÍNDICE DE TABELAS .....	X
ÍNDICE DE ANEXOS .....	XI
ÍNDICE DE ABREVIATURAS .....	XII

Introdução .....	1
------------------	---

## **PARTE I- Enquadramento Teórico**

### **Capítulo I- Sentido de vida e Propósito de Vida**

1.1. Sobre o sentido de vida: compreensão teórica empírica .....	4
1.1.1. Psicologia Positiva e Sentido de Vida.....	8
2.2.2. Procura e Presença de Sentido de Vida.....	10

### **Capítulo II- Perturbações Emocionais**

2.1. Sobre a Doença Mental: definição e compreensão .....	14
2.1.1. Stress .....	17
2.2.2. Ansiedade.....	19
2.2.3. Depressão .....	22
2.2. Relação entre o Sentido de vida e as perturbações emocionais.....	24

## **PARTE II – Estudo Empírico**

### **Capítulo III- Relação entre sentido de vida, Depressão, Ansiedade e Stress.**

3.1. Objetivos do estudo .....	33
3.2. Método .....	33
3.2.1. Amostra .....	33
3.2.2. Instrumentos .....	35
3.2.2.1. Questionário Sociodemográfico .....	35
3.2.2.2. Escala Escalas de Ansiedade Depressão e Stress.....	35
3.2.2.3. Questionário do Sentido da vida- Versão Portuguesa .....	36
3.2.3. Procedimentos .....	37
3.3. Apresentação dos resultados .....	38
3.4. Discussão dos resultados .....	45
4.5. Conclusão .....	50
<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>52</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>66</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Sintomas de stress comuns de acordo com cada fase .....	18
<b>Tabela 2.</b> Caracterização sociodemográfica dos participantes quanto ao sexo, estado civil, habilitações académicas, situação profissional, estatuto trabalhador-estudante, zona em que vive e se tem filhos.....	34
<b>Tabela 3.</b> Caracterizar a amostra em função dos níveis de procura/presença de sentido de vida e da ansiedade, depressão e stress.....	39
<b>Tabela 4.</b> Caracterização da relação entre a ansiedade, depressão e stress e o sentido de vida. ....	40
<b>Tabela 5.</b> Diferenças entre o sexo masculino e o sexo feminino, ao nível da presença e da procura de sentido de vida (QSV), da ansiedade, depressão e stress (EADS-21).....	41
<b>Tabela 6.</b> Diferenças ao nível da presença e da procura de sentido de vida (QSV) e da ansiedade, depressão e stress (EADS-21) em função das habilitações académicas.....	42
<b>Tabela 7.</b> Nível da presença e procura de sentido de vida (QSV) e do nível de ansiedade, depressão e stress (EADS-21) em função do estado civil.....	43
<b>Tabela 8.</b> Diferenças entre indivíduos com filhos e indivíduos sem filhos, ao nível da presença e da procura do sentido de vida (QSV) e ao nível da ansiedade, depressão e stress (EADS-21).....	44

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo I.</b> Parecer da comissão de ética.....	61
<b>Anexo II.</b> Questionário sociodemográfico .....	62
<b>Anexo III.</b> Escalas de Ansiedade Depressão e Stress (EADS- 21).....	63
<b>Anexo IV.</b> Questionário de Sentido da Vida (QSV).....	64
<b>Anexo V.</b> Assentimento informado.....	65

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

**EADS-21-** Escalas de Ansiedade Depressão e Stress

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**QVS-** Questionário de Sentido da Vida

## Introdução

Enquanto humanos, os desejos de felicidade e de uma vida significativa são dois dos objetivos comuns pelos quais nos regemos e nos motivamos (Baumaister et al., 2013). Já nos tempos primitivos, o Homem procurou construir o sentido para a sua razão de ser e de estar no mundo, através, por exemplo, da sua luta pela sobrevivência, da descoberta e ocupação dos territórios, e da formação das sociedades primitivas. Assim, aos poucos foi tomando consciência da sua singularidade e condição diferenciada das outras espécies e, cada vez mais, desenvolveu meios para afirmar a sua presença no mundo e dar sentido à mesma (Carneiro & Abritta, 2008).

Embora a procura por um sentido para as nossas vidas exista desde os tempos mais primitivos, foi com Viktor Frankl, um psiquiatra e neurologista austríaco, com o seu livro “O Homem em busca de um sentido”, que esta temática do sentido de vida emergiu. Na sua obra o autor narra a sua vivência num campo de concentração em Auschwitz, relatando as suas teorias acerca do sentido da vida.

Há já vários anos que as raízes da reflexão filosófica sobre o sentido de vida fazem, a par da felicidade e do bem-estar, o objeto de estudo da Psicologia (Kraus et al., 2008). Mas foi nos anos 90 que a psicologia positiva começou a emergir e com ela um forte destaque para a psicologia na doença, o sofrimento e a infelicidade, privilegiando o estudo da felicidade e também do sentido de vida, embora a pesquisa sobre o sentido de vida seja em menor número (Baumeister et al., 2013).

Atualmente, o Homem vive num mundo de azáfama, prazer efêmero e consumismo sem sentido, onde os valores parecem ter passado para último, tendo este modo de vida gerado psicopatologias como ansiedade e depressão devido à existência de um vazio existencial (Armas-Arraés & Castedo, 2018). Desta forma, os jovens procuram nas tecnologias e até mesmo nas drogas alguma compensação para a falta de uma razão de ser e de existir. O homem do século XXI procura na virtualidade a substituição da relação afetiva consistente e engana o seu estado de solidão e sentimento de vazio existencial com aquilo que é oferecido pela tecnologia (Carneiro & Abritta, 2008).

A literatura existente demonstra que a falta de sentido está consistentemente associada a resultados patológicos e que o sentido de vida está relacionado a resultados físicos e psicológicos positivos (Bronk, 2014). Embora a presença de sentido seja adaptativa, a procura de sentido parece estar relacionada com o mal-estar psicológico, com angústia e sofrimento maior (Linley & Joseph, 2014; Steger, 2013; Steger & Shin, 2010).

O sentido de vida serve como fator de resiliência e mediador direto da saúde mental (Mascaro & Rosen, 2005). Em contrapartida, a ausência de sentido de vida ou realização existencial está relacionada com maiores níveis de depressão e ansiedade (Steger et al., 2009). Procurar uma vida com sentido pode expor as pessoas a novas fontes de stress, mas indivíduos com sentido tendem a ser resistentes e resilientes e estão mais bem preparados para recuperar dos desafios e lidar com a adversidade (Bronk, 2014).

Neste seguimento, este estudo tem como objetivo principal analisar a relação entre o sentido de vida, a ansiedade, a depressão e o stress. A dissertação está estruturada em duas partes que se relacionam, sendo a primeira parte o enquadramento teórico e a segunda, o estudo empírico. A primeira parte está dividida em dois capítulos, o primeiro é sobre o sentido de vida e o segundo capítulo sobre as perturbações emocionais (depressão, ansiedade e stress) e a sua relação com o sentido de vida. Os dois capítulos fazem referência aos principais conceitos e aos principais estudos. A segunda parte deste estudo consiste no estudo empírico, composta por um capítulo onde se encontram os objetivos, a metodologia, a análise estatística, a discussão dos resultados, e por último uma conclusão sobre o trabalho de investigação realizado.

## **PARTE I**

### **Enquadramento Teórico**

## **Capítulo I- Sentido e propósito de vida**

### **1.1. Sobre o sentido de vida: compreensão teórica e empírica.**

Em termos históricos foi com a obra de Viktor Frankl “O Homem em busca de sentido” (Frankl, 1985) que a temática do sentido de vida emergiu como constructo relevante para a comunidade científica. Na sua obra, o psiquiatra e neurologista austríaco, descreve a sua vivência num campo de concentração em Auschwitz, relata as suas teorias sobre o sentido da vida e reforça a sua ideia de que a vida não é essencialmente uma busca de prazer ou uma busca de poder, mas sim uma busca de sentido (Frankl, 2020). O autor define o sentido da vida como “o motivo, o para quê, a razão pela qual se luta por alguma coisa ou para se ser de uma determinada maneira, ou seja, é o que orienta e guia os indivíduos” (Frankl, 1986, p.45). A busca de sentido é a motivação essencial da vida do Homem (Frankl, 2020). Esta motivação é considerada uma motivação constante, pois de cada vez que o indivíduo alcança os seus objetivos, surgem novas metas, o que estimula a pessoa a procurar novas formas de compreender e organizar, de maneira mais coerente, as experiências de vida e a atribuir-lhes um sentido único (Steger et al., 2008).

Por outro lado, a compreensão do ser humano enquanto naturalmente direcionado para encontrar sentido na sua vida, leva a que a inexistência de sentido se traduza num “vácuo ou vazio existencial”. E foi neste sentido que, Viktor Emil Frankl (1905-1997), fundou a chamada logoterapia, uma escola psicológica de carácter fenomenológico, existencial e humanista, conhecida, também como a “Terceira Escola Vienense em Psicoterapia”, depois das escolas de Freud e Alder. O termo logoterapia significa a cura através do sentido, sendo que a palavra “*logos*” significa sentido e a palavra “*terapia*” refere-se a cura. De acordo com a logoterapia, o esforço para encontrar significado na vida é, como já referido, a principal força motivadora do Homem e, para isto, é necessário superar a situação de falta de sentido (vazio existencial), mediante uma tensão inata e contínua que dirige a busca de sentido denominada de vontade de sentido. A vontade de sentido converte-se assim na motivação principal do ser humano. Este autor entende ainda que as pessoas podem viver na falta de sentido e na medida em que realizam valores diferentes, caminham no sentido de atingirem o último sentido, o ultra-sentido, que responde ao desejo de sentido radical que existe em todo o ser humano. Este ultra-sentido

está relacionado com a dimensão espiritual e transcendência, ultrapassa as capacidades intelectuais finitas dos indivíduos. Para o autor, o fracasso em encontrar o sentido de vida, resulta em sofrimento psicológico (Frankl, 2020).

Contrariamente à psicanálise freudiana e à psicologia individual de Adler, que reduzem o ser humano às dimensões biológica e psíquica, Frankl sugere que o Homem vive em três dimensões: a somática, a mental e a espiritual (Frankl, 1986).

Segundo este autor, podemos descobrir o sentido de três formas distintas: 1) dedicando-se a um trabalho ou à prática de algo através da via da realização ou do aperfeiçoamento (valores criativos); 2) vivendo uma experiência como a bondade, a verdade e a beleza e o contacto com a natureza e a cultura ou encontrando alguém, por meio do amor (valores vivenciais); 3) por meio da atitude que assumimos perante um sofrimento inevitável (valores de atitude) (Frankl, 2020).

Para Frankl, o sentido de vida é individual e não é estático, pois varia de pessoa para pessoa e de momento para momento, e por esta razão, ninguém pode ser substituído, sendo que o importante é o sentido específico da vida para uma pessoa num determinado momento. Neste sentido, a logoterapia encara a responsabilização como a essência da existência humana, uma vez que cada pessoa é questionada pela vida e à vida cada um só pode responder sendo responsável (Frankl, 2020).

Ao longo do tempo e após Viktor Frankl, foram vários os autores que se debruçaram sobre esta temática, levando a que a definição de sentido de vida, ao longo do tempo, sofresse mudanças e fosse conceptualizada de variadas formas, consoante a perspetiva de cada autor. A maioria dos autores concordam que o sentido é uma construção multidimensional que compreende interrelacionados componentes cognitivos, motivacionais e componentes afetivos.

Os primeiros autores a abordar esta temática após Frankl foram, provavelmente, Reker e Wong (1988). Estes autores consideram o sentido de vida pessoal e definiram o sentido da vida como um construto multidimensional, composto por três componentes distintas: uma componente cognitiva, uma componente motivacional e uma componente afetiva. A componente cognitiva engloba as crenças e a visão do mundo, o que ajuda o indivíduo nas suas preocupações existenciais, na organização e na compreensão existencial. A componente motivacional, reúne os sistemas de valores de cada indivíduo, que interferem e conduzem à realização das metas pessoais. Por último, a componente

afetiva está relacionada com o sentimento de satisfação e a convicção de que a vida vale a pena.

Segundo Reker (1997), o sentido de vida pessoal está associado à presença de um propósito, uma direção, uma razão para a existência, uma percepção de identidade pessoal e interesse social, para além da sensação de satisfação com a vida, mesmo perante situações difíceis. Na dimensão individual, as crenças, os valores e as necessidades da pessoa guiam quais as metas que se deve perseguir e em quais relacionamentos se deve investir. Prager (1997) acrescenta que constructo do sentido de vida para além da dimensão individual, tendo também uma dimensão cultural. Os valores e temas da vida, embora sejam individuais, fazem parte de um todo maior que é a cultura na qual o sujeito está inserido, e isso influencia as decisões pessoais, ou seja, os sujeitos decidem também com base em opiniões, valores e metas coletivas.

Baumeister (1991), define o sentido de vida como uma representação mental de possíveis relações entre as coisas, eventos e relacionamentos. Este autor, postulou que o sentido da vida de um indivíduo constrói-se e alcança-se com a realização das suas necessidades básicas: com a existência de um propósito claro (grandes objetivos), autoestima (sentir-se bem consigo mesmo), valor (forma de justificar as decisões e as ações) e eficácia (sensação de competência para agir no mundo).

Steger é um dos principais investigadores deste constructo e apresenta uma teoria baseada numa compreensão mais abrangente do sentido da vida. Segundo este autor, o indivíduo apenas vivencia sentido na vida quando apresenta um grau elevado de autoconhecimento e quando é capaz de identificar quais os seus objetivos e o que pretende conquistar na sua vida (Steger et al., 2008).

Este autor chama a atenção para o facto de haver uma tendência para usar o termo “sentido de vida” e “propósito” indistintamente, isto é, com falta de precisão na terminologia, dado que estes termos não são equivalentes para os estudiosos (Steger, 2012). Desta forma, o sentido é visto com um termo que engloba duas principais dimensões, a componente cognitiva que remete para a compreensão e sentido de realização com a vida, e a componente motivacional, que se traduz no propósito, inclui os objetivos e aspirações na vida futura. Para este autor, os aspetos emocionais/afetivos que derivam do sentido de vida, por exemplo a felicidade, são consequência da sensação da realização existencial, mas não a realização existencial em si mesma. Mais

especificamente, as pessoas que sentem as suas vidas como tendo sentido são também felizes, mas como resultado da sensação de realização existencial (Steger, 2009; Steger et al., 2006).

Também Schnell (2010), conceptualizou o sentido da vida segundo uma perspetiva multidimensional, mencionando quatro dimensões: o propósito, a compreensão, a responsabilidade e o prazer. Segundo esta abordagem, cada fonte de sentido reflete as necessidades básicas do indivíduo e os seus objetivos de vida. Este autor distingue ainda duas dimensões do significado de vida, a experiência (positiva) de significância e a experiência (negativa) de uma crise de significado, sendo ambas as dimensões independentes, pois uma pode ocorrer sem variação recíproca na outra. A significância é definida como um senso fundamental de significado, baseado numa avaliação da vida de alguém como coerente, significativa, direcionada e pertencente, enquanto uma crise de significado se traduz num julgamento sobre a vida como vazia, sem sentido e sem significado. Para este autor, a significância não é alcançável sem esforço e a sua consistência requer autoconhecimento, comprometimento e motivação.

Mais tarde, também George e Park (2016) identificaram que o sentido de vida é composto por três dimensões: a) a compreensão, que se refere ao grau em que as pessoas percebem uma sensação de coerência e compreensão sobre suas vidas ou mundo; b) o objetivo, que é a extensão para a qual as pessoas vivenciam a vida como sendo dirigida e motivada por objetivos de vida valiosos; e c) a matéria, que se refere ao grau em que as pessoas sentem que a sua existência tem significado, importância e valor no mundo. Em contraste, o baixo sentido da vida é um estado cognitivo-emocional-motivacional negativo associado à desesperança, percepção de falta de controlo sobre a própria vida e ausência de objetivos de vida.

No fundo, para viver no mundo como seres reflexivos, os humanos parecem precisar de três coisas: precisam de compreender o mundo ao seu redor, precisam de encontrar direção para as suas ações e precisam encontrar valor nas suas vidas (Martela & Steger, 2016). Estes mesmo autores, sugerem então que o significado da vida é composto de três dimensões: a) coerência, o componente cognitivo do significado da vida, que é definida como o grau em que as pessoas sentem que o mundo ao seu redor é estruturado, previsível e explicável; b) propósito, a dimensão motivacional, que se refere à maneira como as pessoas experimentam a sua vida guiadas por objetivos de vida

valiosos e; c) significância, o componente afetivo, que se refere ao sentido do valor inerente da vida e implica ter uma vida que vale a pena viver.

### **1.1.1. Psicologia Positiva e o Sentido de Vida**

Mais tarde, o sentido da vida foi um constructo abordado pela Psicologia Positiva. Seligman, na sua obra “Authentic Happiness” (2003), defende que o caminho para a felicidade é constituído por três dimensões: as emoções positivas (prazer), o compromisso e o sentido da vida que se centra no uso de forças pessoais no alcance de fins ou propósitos maiores. O sentido de vida é a dimensão que o autor reconhece como requerendo um maior esforço de investimento contínuo, e assim é também a que proporciona um maior grau e duração de felicidade pessoal (Seligman 2003). O sentido de vida e a felicidade estão positivamente correlacionados, por isso têm muito em comum. Vários fatores, como sentir-se ligado a outras pessoas, produtivo e não estar sozinho ou entediado contribui de forma semelhante para ambos, o que levou alguns pesquisadores a definir uma forma de felicidade chamada eudaimonia, que engloba sentimentos positivos como a determinação e significado (Deci & Ryan, 2008). Para Seligman (2003), a vida significativa é aquela que é alcançada usando forças e virtudes internas a serviço de algo que nos transcende e o objetivo principal da existência é a felicidade. Quando fala de felicidade, o autor refere-se à eudaimonia, felicidade que surge de boas obras, da participação em atividades que permitem a realização de si, e não a uma felicidade hedónica que encontra o seu sentido na procura do prazer (Kashdan, Biswas-Diener e King, 2008). Os prazeres da vida como componentes da felicidade têm vida curta e dedicar-lhes a vida impede a sua autenticidade e significado, enquanto que uma vida significativa promete um grau de felicidade mais autêntico (Seligman, 2003).

Posto isto, é possível perceber que a psicologia positiva de Seligman (2003) e a teoria de Viktor Frankl (1985) têm características comuns, estando ainda intimamente relacionadas nas suas três fases necessárias para alcançar a felicidade e o sentido da vida, sendo possível comparar ambas as teorias através dos seus principais conceitos. A primeira fase é o “vazio existencial” e a “vida prazerosa”, que coincide com a tendência atual, uma vida sem sentido, voltada para o prazer imediato e superficial sem valores que leva à desumanização. A segunda fase, a “vontade de sentido” e a “boa vida”, Seligman considera que é necessário comprometer-se a alcançar a boa vida no trabalho, no amor e

nos objetivos pessoais, utilizando forças e virtudes para obter gratificação em cada uma das suas atividades, portanto, coincide com os valores criativos e vivenciais de Frankl, enquanto este último agrega enfrentamento ao sofrimento. A terceira fase é o “ultra-sentido” e a “vida significativa”, que para Frankl vai além do caráter metafísico, o caráter religioso é necessário na vida da pessoa para a transcendência, da mesma forma, para Seligman, este último componente transfere a emoção e a personalidade positiva, embora este autor não aborde explicitamente a dimensão espiritual (Armas-Arraés & Castedo, 2018).

No entanto, embora a felicidade e o significado de vida sejam características importantes para uma vida desejável e de ambas estarem relacionadas, estes conceitos têm origens e implicações diferentes, dado que, a felicidade é geralmente definida como um bem-estar subjetivo, ou seja, é um estado experimental que se relaciona com a realização das necessidades e dos desejos e que pode ser medida de duas maneiras distintas, quer através do equilíbrio entre ter mais prazer do que estados emocionais desagradáveis, quer através da satisfação com a vida. Por outro lado, o significado de vida requer uma construção interpretativa das circunstâncias, que vai além dos sentimentos momentâneos, não envolvendo apenas o ambiente e o estímulo presente como também permitindo às pessoas pensarem sobre o passado e o futuro, envolvendo assim a avaliação da vida como um todo e uma compreensão que vai além do aqui e do agora (Baumeister et al., 2013/2015).

Baumeister et al. (2013/2015), referem no seu estudo a possibilidade de indivíduos terem um elevado sentido de vida e uma baixa felicidade, assim como o contrário. Segundo os autores, os indivíduos com elevada felicidade e sem sentido parecem bastante despreocupados, sem preocupações e ansiedades, sugerindo que a que felicidade sem significado caracteriza uma forma relativamente superficial, egocêntrica ou mesmo egoísta, em que as coisas vão bem, as necessidades e os desejos são facilmente satisfeitos, e as complicações difíceis ou exigentes são evitadas.

Cohen e Cairns (2011), verificam que à medida que os níveis de presença de significado na vida aumentam a procura por sentido na vida diminui e os níveis de felicidade conseqüentemente aumentam.

### **1.1.2. Procura e Presença de Sentido na Vida**

Frankl sugeriu que o sentido da vida tem duas dimensões: a busca necessária para encontrar ou melhorar o sentido das nossas vidas, e sentir ou vivenciar que a vida tem sentido em si mesma, onde o objetivo principal é a compreensão e aceitação das realidades da vida (Frankl 1994). Estes conceitos evoluíram até hoje como “presença de significado” e “busca de significado”, respetivamente (Steger, Oishi et al., 2009). Desta forma, o sentido da vida compreende dois subfatores: a busca de significado e presença de significado. A “presença de sentido” é definida como uma perceção subjetiva de que a vida de alguém é significativa, ao passo que a “busca por sentido” é definida como uma vontade e esforço para encontrar/aumentar o sentido na vida, não sendo equivalente a ausência de significado, pois até pode ser particularmente positivo quando as pessoas procuraram um sentido mais profundo, recorrendo até a terapia (Steger et al., 2006). Quando as pessoas já têm sentido na sua vida, têm um fundamento que lhes permite que a procura por mais sentido seja um processo de modificação e expansão. Em contrapartida, quando as pessoas não têm sentido, a procura por sentido pode ser difícil e frustrante. Este processo requer a criação de uma compreensão mais profunda de si mesmos e do mundo, uma perspetiva mais ampla sobre a vida e um esforço contínuo para retirar o significado de experiências contínuas (Park, & Peterson, 2010).

Também Park (2010), por meio de uma extensa revisão da literatura sobre o sentido da vida, em que avaliou as fragilidades e potencialidades das pesquisas, enfatizou a distinção entre construção de significado (procura de significado) e de significado feito (significado encontrado). Este autor propôs um modelo integrado de criação de sentido e distinguiu dois níveis de significado: o sentido global e o sentido situacional. O significado global é construído desde muito cedo na vida e modifica-se a partir de experiências pessoais, sendo composto por crenças (sobre o lugar no mundo, controlo, justiça, previsibilidade, coerência, de justiça ou de Deus), por objetivos vitais para os quais o indivíduo é motivado (por exemplo, relacionamentos e trabalho) e pelo senso subjetivo de significado (sentimentos de significado ou propósito na vida). Por outro lado, o sentido situacional são as crenças que aparecem em situações específicas potencialmente stressantes e determinam a forma de lidar adequadamente com a situação. O processo de sentido situacional é criado a partir da discrepância entre o sentido que a pessoa dá a uma situação stressante e o seu próprio sentido global, o que cria um sentimento de angústia, que se tenta reduzir de diferentes maneiras, automática ou

intencionalmente, através de um ajuste à situação e da procura por um sentido para o acontecimento, o que leva a um novo sentido, no qual aparece a aceitação, a compreensão causal do acontecimento, uma reavaliação adequada do sentido vital ou sentimento que se tem sentido na vida. Assim, por meio da criação de significado, as pessoas podem experimentar reduções de angústia e emoções negativas e aumentar o seu senso de sentido na vida.

Nesta direção, alguns estudos descobriram que a criação de significado é uma estratégia de enfrentamento eficaz para lidar com eventos stressantes e uma resposta adaptativa à ocorrência de eventos negativos e traumáticos (por exemplo, Park e Baumeister, 2017; Updegraff et al., 2008).

No entanto, são poucas as evidências científicas que apoiam esta ideia de que a procura por sentido após a adversidade é adaptativa. Pelo contrário, parece que, embora a presença de significado seja adaptativa, a procura de sentido está, na verdade, relacionada com mal-estar psicológico, com uma angústia e sofrimento maior (Linley & Joseph, 2014; Steger, 2013; Steger & Shin, 2010).

Estudos existentes mostram que, embora a presença de sentido esteja associada a menos sintomas depressivos e menos neuroticismo e que a procura de significado está associada a maiores sintomas depressivos e a maior neuroticismo (Steger et al., 2006; Steger et al., 2008). As pessoas com níveis altos de procura de sentido, mas baixos níveis de presença de sentido na vida, manifestam maiores sintomas depressivos e, portanto, é necessário vivenciar que a vida tem sentido para obter maior bem-estar psicológico (Cohen & Cairns, 2010). Na mesma linha de pensamento, Park et al. (2010) descobriram no seu estudo que a presença de significado está positivamente relacionada ao bem-estar e negativamente à depressão, enquanto a busca de sentido não apresenta os mesmos resultados, exceto nos casos em que o indivíduo também apresenta altos indicadores de presença de sentido.

Também, um estudo realizado com o objetivo de explorar a presença de sentido na vida, a procura de sentido na vida e a sua correlação com ansiedade de saúde, permitiu observar que a presença de sentido na vida está associada a uma menor ansiedade, enquanto o oposto foi observado na procura de sentido para a vida. Os resultados também revelaram que indivíduos com elevada procura por sentido na vida e grande presença de

sentido na vida apresentaram menor ansiedade de saúde do que aqueles com uma procura alta por sentido na vida e baixa presença de sentido na vida (Yek et al., 2017).

Neste seguimento, parece que é incontestável que a busca de sentido tem uma valência negativa intrínseca pois representa a luta com as questões existenciais que surgem a seguir adversidade (Linley & Joseph, 2014). Assim, procurar uma vida com propósito pode expor as pessoas a novas fontes de stress, mas indivíduos com propósito tendem a ser resistentes e resilientes e, conseqüentemente, estão mais bem preparados para se recuperar dos desafios e contratempos potencialmente stressantes que encontram (Bronk, 2014).

Para Schnell (2020), a procura de significado em eventos negativos, não pode simplesmente ser descartada como obstrutiva. Vários estudos demonstram que a procura por sentido, por exemplo, numa doença, num acidente ou noutros eventos críticos tendem a ter efeitos negativos. Ao mesmo tempo, sabe-se que encontrar tal significado pode ser benéfico, pois aqueles que conseguem encontrar um significado para o evento podem, na verdade, lidar melhor com ele e até levar a um aumento de qualidade de vida. Portanto, apenas a procura mal sucedida tem um efeito destrutivo.

Linley e Joseph (2014) sugerem que a procura de sentido é vital para o desenvolvimento de mudanças positivas, mas não é em si mesmo relacionado com estas mudanças, em vez disso, é a engrenagem necessária para um processo competitivo através do qual as pessoas são capazes de encontrar significado. Desta forma, à medida que o sentido é encontrado, as pessoas resolvem as suas questões e ocorrem mudanças positivas, como uma maior valorização dos relacionamentos e sensação de maior experiência com a vida. Contudo, ainda não se comprovou que a procura de significado leva à obtenção de significado na vida (Steger et al., 2008).

Guerra et al. (2017) referem que o conceito de presença de sentido de vida inclui um tipo de procura, pois não é um conceito estático, está sempre a remodelar-se de acordo com as circunstâncias que envolvem o indivíduo. Para estes autores, a principal diferença entre a procura e a presença de sentido de vida é que, por um lado, pode-se passar a vida à procura de um significado e nunca o encontrar. Por outro lado, quando se sente a sua presença, de acordo com os seus principais valores e filosofia de vida, pode-se, mesmo diante de uma crise ou doença, manter a sua presença e reestruturá-la em conformidade.

A presença e a procura de significado podem se expressar de formas distintas ao longo dos estágios de desenvolvimento da vida, sendo que a procura por significado é mais prevalente em indivíduos mais jovens (Steger et al., 2008; Steger, Oishi et al., 2009) e a presença de significado é maior em indivíduos mais velhos (Park, Park, & Peterson, 2010).

Capeda (2018), no seu estudo com jovens adultos verificou que quanto maiores eram os níveis de presença de sentido de vida, menores eram os níveis de procura por ele, sendo que, em relação ao estado civil, verificaram que os jovens adultos que estavam numa relação amorosa reportaram níveis mais elevados de presença de sentido de vida, comparativamente aos seus pares que não estavam.

Segundo Steger et al. (2006), o ser humano possui motivação para a presença e para a procura de sentido na vida, o autor propõe então, um questionário para avaliar essas dimensões, o Questionário de sentido da vida (QSV). Este questionário será utilizado na presente dissertação.

## **Capítulo II- Perturbações emocionais**

### **2.1. Sobre a doença mental: definição e compreensão.**

A Associação Americana de Psiquiatria (APA) refere que a saúde mental envolve um funcionamento eficaz nas atividades diárias, que resultam em atividades produtivas, relacionamentos saudáveis e na capacidade do indivíduo se adaptar à mudança e lidar com a adversidade. A saúde mental é a base para as emoções, pensamento, comunicação, aprendizagem, resiliência e autoestima, e é ainda, considerada fundamental para as relações, bem-estar pessoal e emocional, e para a contribuição para a comunidade ou sociedade (APA, 2018).

No que concerne à psicopatologia, o campo da psicopatologia integra um leque de fenómenos humanos especiais, associados ao que se intitulou historicamente de doença mental. São vivências, estados mentais e padrões comportamentais que apresentam, por um lado, uma especificidade psicológica, isto é, as vivências das pessoas com doenças mentais apresentam dimensão própria, genuína, não sendo apenas “exageros” do normal e, por outro, conexões complexas com a psicologia do normal, ou seja, o mundo da doença mental não é totalmente estranho ao mundo das experiências psicológicas ditas “normais” (Dalgalarrondo, 2019)

Para Barlow & Durand (2016, pp. 3), o transtorno psicológico traduz-se numa disfunção psicológica, ou seja, numa desordem no funcionamento cognitivo, emocional ou comportamental, associada ao sofrimento ou prejuízo no funcionamento e uma resposta que não é típica ou culturalmente esperada. Todos os três critérios básicos devem ser atingidos, sendo que nenhum critério por si só identificado, pode definir a essência da anormalidade.

Segundo a APA (2018), as perturbações mentais são condições de saúde que se caracterizam por mudanças significativas na emoção, pensamento e/ou comportamento, associadas a sofrimento e/ou problemas no funcionamento nas atividades sociais, de trabalho ou familiares.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2002), cerca de 450 milhões de pessoas a nível global sofrem de doenças mentais, sendo rara a família que não tem algum

tipo de contacto com perturbações mentais, dado que se estima que uma em cada quatro pessoas será afetada por uma perturbação mental em certa etapa da vida.

Segundo o referido organismo internacional, a relação entre a saúde mental, a saúde física e social está cada vez mais evidenciada, sendo que, à medida que cresce a compreensão desse relacionamento torna-se claro que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, das sociedades e dos países. No entanto, a maior parte dos países, ainda estão longe de atribuir à saúde mental e às perturbações mentais a mesma relevância dada à saúde física e, por isso, é negligenciado o tratamento necessário para manter ou melhorar o estado dos indivíduos, levando ao aumento dos problemas de saúde mental (OMS, 2002).

Existem diversas doenças mentais com critérios diferentes, e caracterizam-se, de forma geral, pela combinação de pensamentos, perceções, emoções, comportamentos e relações irregulares. Alguns exemplos de perturbações mentais são a depressão, ansiedade, bipolaridade, esquizofrenia e demência. A depressão e a ansiedade são as perturbações mais comuns (DSM-V, 2014; WHO, 2019).

As perturbações depressivas e as perturbações da ansiedade são consideradas de perturbações mentais comuns, dado que são altamente prevalentes na população e têm impacto no humor ou nos sentimentos, sendo que os sintomas variam quanto à gravidade (de ligeiros a graves e à duração (de meses a anos). Estas perturbações são condições de saúde diagnosticáveis e diferentes de sentimentos de tristeza, tensão ou medo que qualquer individuo pode vivenciar ao longo da vida (Carvalho, 2017).

De acordo com o 1º Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (2013), dos 34 países que integraram a pesquisa da OMS, Portugal teve a 4ª mais elevada taxa de prevalência anual (22.9 %), sendo que os nossos vizinhos geográficos e culturais, Espanha e Itália, registaram respetivamente 9,2% e 8,2%, uma percentagem significativamente abaixo. De um conjunto de 9 países da Região Europa da OMS, Portugal teve as prevalências anuais mais elevadas de perturbações de ansiedade (16,5%) e de controlo dos impulsos (3,5%) em comparação com os restantes países (Almeida & Xavier, 2013).

A ciência psicológica mostra que certos tipos de perturbações mentais e comportamentais, como é o caso da ansiedade e a depressão, podem ocorrer em consequência da incapacidade de lidar de forma adaptada a um acontecimento vital

gerador de stress (OMS, 2002). Estudos demonstram que existe uma relação forte entre as perturbações de ansiedade e as respostas de stress, e também uma forte comorbidade entre as perturbações de ansiedade e a depressão (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Para Keyes (2005) a saúde mental e a doença mental devem ser consideradas dois conceitos separados e medidos de forma distinta, na qual a saúde mental deve ser medida por indicadores de bem-estar e a doença mental por sintomas identificados em perturbações de doença mental.

Historicamente, a relação entre as dimensões afetivas negativas da ansiedade e depressão tem tido um considerável interesse para a teoria e para a clínica (Lovibond & Lovibond, 1995). Estes autores referem que a ansiedade e a depressão são distintas no que diz respeito à fenomenologia e conceptualização, contudo difíceis de diferenciar empiricamente. Para além disso, o conceito de stress tem afinidades claras com a ansiedade e representa problemas no estudo das dimensões afetivas negativas, pois além de precipitar episódios de ansiedade e depressão, as respostas aos eventos de vida stressantes podem envolver excitação crónica e função prejudicada.

Clark e Watson (1991) propuseram um modelo tripartido, que divide a sintomatologia da ansiedade e depressão em três grupos: 1) *distress* ou afeto negativo, que engloba sintomas inespecíficos vivenciados por indivíduos deprimidos ou ansiosos, incluindo, o humor deprimido e ansioso, insónia, desconforto, irritabilidade e dificuldade de concentração; 2) a tensão somática e hiperatividade que são específicos para a ansiedade; e 3) a anedonia e ausência de afeto positivo que são específicas para a depressão (Clark & Watson, 1991; Watson et al., 1995). A partir deste modelo, Lovibond e Lovibond (1995) conseguiram identificar sintomas que não eram especificados da ansiedade ou depressão, como a dificuldade em relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação, que foram agrupados na nova categoria designada de stress, permitindo distinguir as três síndromes.

Neste sentido, Lovibond e Lovibond (1995) propuseram a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS) com o objetivo de apresentar um instrumento psicométrico adequado, capaz de mensurar simultaneamente e distinguir a depressão, a ansiedade e o estresse.

Relativamente às diferenças nos sintomas emocionais em função do sexo, torna-se evidente uma maior suscetibilidade para depressão, ansiedade e stress, nas mulheres

do que nos homens (Apóstolo et al., 2012; Apóstolo, Figueiredo, et al, 2011; Apóstolo, Mendes, et al., 2011b; Monte et al., 2015, Moutinho et al., 2017).

A literatura existente demonstra o aumento de problemas de saúde mental como stress, ansiedade, depressão, insónia e medo durante a pandemia de COVID-19 nos vários grupos populacionais, para além de uma maior prevalência de depressão em pessoas que já tinham a doença (Ladeia et al., 2020).

Na presente dissertação, serão destacadas as três patologias com elevada incidência na população em geral - A Depressão, a Ansiedade e o Stress.

### **2.2.1. Stress**

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o stress constitui-se atualmente como uma “verdadeira epidemia mundial” e representa elevados custos em termos individuais, familiares, organizacionais, comunitários e sociopolíticos (WHO, 2002).

O stress tem sido estudado por vários investigadores da área da saúde, na medida em que existe uma elevada preocupação com as consequências que pode vir acarretar na qualidade de vida do ser humano (Malagris & Fiorito, 2006). Os primeiros estudos sobre o stress foram realizados, na década de 1930, na área da saúde por Hans Selye. Este autor atribuiu um significado específico à reação de stress, definindo este conceito como uma “síndrome geral de adaptação” (Selye, 1951).

O stress é uma resposta complexa e automática do corpo diante de situações que consideramos como ameaçadoras. Essa resposta dá-se a partir da produção de um conjunto de reações físicas, psicológicas, mentais e hormonais (Straub, 2014).

Segundo Lipp & Malagris (2011) a resposta orgânica aos eventos stressores é constituída por quatro fases. A primeira - alerta - é considerada a fase na qual o stress inicia de forma benéfica para o corpo, onde o indivíduo ganha energia devido à produção de adrenalina, assegurando a sobrevivência, acarretando um desgaste emocional e físico, tal como, taquicardia, respiração ofegante, picos de hipertensão e suores. Se a situação persistir ou se não houver uma adaptação a esta, começamos a entrar na segunda fase do estresse - a resistência - é a fase em que o indivíduo tenta lidar automaticamente com os stressores de forma a manter a homeostasia. Caso o organismo não recupere o equilíbrio,

o processo evolui para a terceira fase - quase exaustão – nesta fase pode ocorrer o início de um processo de adoecimento, dado que a resistência física e emocional é constantemente afetada, havendo conseqüentemente um desconforto e instabilidade emocional. A última fase – exaustão - ocorre quando os fatores de stress persistem em frequência e intensidade, ocorrendo uma quebra da resistência. É nesta última fase que surgem frequentemente perturbações físicas e psicológicas.

Os sintomas de stress variam consoante a fase em que a pessoa se encontra (cf. Tabela 1). Tais sintomas podem evoluir quando o stress não é gerido adequadamente, podendo chegar ao desenvolvimento de doenças físicas, como gastrite e hipertensão, e ainda perturbações psicológicas, como a depressão e a ansiedade (Malagris & Dias, 2019)

**Tabela 1.**

*Sintomas de stress comuns de acordo com cada fase.*

Fase	Sintomas
Alerta	Hiperatividade, respiração acelerada, taquicardia, tensão muscular, aumento da libido, sudorese.
Resistência	Cansaço, problemas de memória, perda de libido, problemas de concentração.
Quase exaustão	Sintomas da fase anterior em maior quantidade e intensidade; início das doenças físicas e psicológicas.
Exaustão	Cansaço extremo, dificuldades em trabalhar/estudar, ansiedade, mau humor, pesadelos, vontade de desaparecer, instauração de doenças físicas e psicológicas

Nota. Lipp & Malagris (2011).

Desta forma, o stress em níveis moderados, prepara o indivíduo para lidar com situações de mudança e situações adversas, possibilita uma melhor percepção destas situações e das suas conseqüências, permite um processamento mais rápido da informação e capacidade de resolução de problemas e, aumenta a motivação, a energia e a produtividade. Contrariamente, o stress, quando em níveis elevados, tem conseqüências sérias no bem-estar dos indivíduos, podendo resultar em cansaço mental, dificuldade de concentração, perda de memória imediata, crises de ansiedade e de humor, baixa percepção de realização pessoal e doenças físicas devido à diminuição do funcionamento imunitário (Lipp, 2006; Margiset al., 2003). Este stress, como resposta a um ou a vários

acontecimentos com um nível de exigência aos quais o sujeito é sensível e não desenvolve estratégias adequadas e que acarreta implicações negativas é denominado na literatura por *distress* (Vaz Serra, 2002).

Na área da Psicologia, o conceito de stress pode ter inúmeras definições. As definições mais atuais consideram que o stress é causado pelo ambiente externo e, conseqüentemente, o stress advém da resposta ao evento stressante ou ao sofrimento (Pais Ribeiro, 2007). Hoje em dia, sabemos que a avaliação que fazemos de uma determinada situação tem influência direta na forma como nos sentimos e nos comportamos, sendo que muitas vezes podemos pensar de uma forma irrealista e disfuncional (Beck, 2013).

### **2.2.2. Ansiedade**

A proporção de perturbações de ansiedade na população global em 2015 foi estimada em 3,6%, o equivalente a 264 milhões de pessoas. Este total em 2015 reflete um aumento de prevalência das perturbações de ansiedade de 14,9% desde 2005 como resultado do crescimento da população e do envelhecimento. As perturbações da ansiedade estão classificadas como o sexto maior contribuidor para a perda de saúde e qualidade de vida a nível mundial e surgem nas dez principais causas dos anos vividos com incapacidade em todas regiões da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2017).

Segundo Barlow (2002), a ansiedade é um estado de humor orientado para o futuro associado à preparação para a possibilidade de ocorrência de um acontecimento negativo, no qual o medo é a resposta de alarme ao perigo iminente ou presente, real ou percebido.

Os eventos causadores de stress normalmente causam nos indivíduos várias respostas fisiológicas tais como o aumento do batimento cardíaco, da respiração, da transpiração e o surgimento de sentimentos de ansiedade (Hodges, 2015). A ansiedade pode assim ser considerada uma resposta universal adaptativa do organismo a situações que se apresentam como uma ameaça para o indivíduo. No entanto, a resposta que o indivíduo dá posteriormente é que pode tornar-se desadaptativa, isto é, quando o perigo a que o indivíduo pretende responder não é real e é desproporcional à situação e à ameaça em questão, não justificando os ataques de pânico, a forte sintomatologia física e as crenças desadaptativas (Arroll & Kendrick, 2018).

De acordo com o DSM-V (2014), a perturbação da ansiedade abrange várias tipologias: a perturbação de ansiedade de separação; o mutismo seletivo; a fobia específica; a perturbação de ansiedade social; a perturbação de pânico; a agorafobia; a fobia social; a perturbação de ansiedade generalizada; a perturbação da ansiedade induzida por substâncias/medicamentos; a perturbação da ansiedade derivada de uma outra condição médica; e ainda a perturbação da ansiedade sem outra especificação.

Segundo Barlow (2016), a perturbação de ansiedade generalizada é caracterizada como um transtorno da ansiedade “básica”, posto que esta perturbação é uma componente de outros transtornos de ansiedade. A perturbação de ansiedade generalizada caracteriza-se por uma preocupação excessiva e persistente que interfere nos acontecimentos ou atividades diárias e que ocorrem há pelo menos seis meses, mostrando dificuldades em controlar essa preocupação, em que estão associados pelo menos três dos seguintes sintomas: agitação, nervosismo ou tensão interior; fadiga fácil; dificuldades de concentração ou mente vazia; irritabilidade; tensão muscular; perturbações do sono, manifestando dificuldades em adormecer ou permanecer a dormir, ou sono agitado ou pouco satisfatório (DSM-V, 2014).

Segundo o modelo cognitivo de Beck para a ansiedade, esta perturbação é caracterizada pelo facto de o processamento da informação ser baseado em esquemas disfuncionais que geram erros ou enviesamentos na interpretação dos estímulos, sendo estes percecionados como perigosos ou potencialmente ameaçadores para o sujeito. Para além disto, estes indivíduos subestimam os seus recursos de *coping* e as características de segurança do meio (Beck & Clark, 1997). Assim, a distinção entre ansiedade normal e patológica está relacionada com o facto de na ansiedade patológica existir uma perceção tendenciosa ou aumentada de perigo que não é congruente com as exigências do ambiente interno ou externo, ao passo que na ansiedade normal, o modo de orientação não é tão condicionado para a deteção de estímulos negativos, nem apresenta sensibilidade aumentada a estes estímulos (Clark & Beck, 2016).

O modelo cognitivo reconhece que a ansiedade consiste num complexo padrão cognitivo e em mudanças afetivas, fisiológicas e comportamentais, tratando-se assim de um padrão complexo que inclui quatro esquemas: fisiológicos, em que há uma hiperexcitação do sistema autónomo para preparar a fuga ou mobilizar a defesa de acordo com o perigo percebido; comportamental/ motivacionais, em que há a mobilização com o objetivo de “fuga” ou de “luta” (resposta defensiva perante o perigo percebido); afetivo,

em que surgem os sentimentos de medo e de apreensão; e por fim, o cognitivo, em que surgem sintomas sensório-perceptivos (sentimentos de irrealidade, de hipervigilância e consciência de si, dificuldades de pensamento (dificuldades na concentração, incapacidade em controlar o pensamento, bloqueio e dificuldades em raciocinar), sintomas concetuais (distorções cognitivas, crenças relacionadas com o medo, imagens assustadoras e pensamentos automáticos negativos). Desta forma, existe a atribuição de significados ameaçadores a estímulos neutros (Beck et al., 1985).

Este sistema cognitivo-afetivo-fisiológico-comportamental que se designa de ansiedade surge de um processamento de informação que prevê três modos de funcionamento: a) o registo inicial ou modo de orientação e reconhecimento dos estímulos, em que é atribuído ao estímulo uma valência, prioridade e recursos de atenção; b) a preparação imediata ou modo primário de processamento da ameaça, que tem como objetivo assegurar a sobrevivência do indivíduo, a partir da ativação dos esquemas que visam a maximização dos indicadores de segurança e minimização do perigo, havendo a atribuição de um significado à ameaça suportada por informações incompletas; e a reavaliação secundária ou modo meta-cognitivo, em que há a avaliação da possibilidade e da eficácia dos recursos de coping existentes face à ameaça, levando ao aumento ou à redução da ameaça (Beck & Clark, 1997; Clark & Beck, 2016).

Beck et al. (1985, pp. 67-68), definem a noção de “vulnerabilidade” como a “perceção de uma pessoa de si mesma como sujeita a perigos internos e externos sobre os quais não tem controlo suficiente para produzir uma sensação de segurança”, variando em função de processos cognitivos disfuncionais que ocorrem durante a avaliação secundária da ameaça, subestimando tanto a probabilidade de que o dano ocorra como a sua gravidade, produzindo um comportamento de evitação. Segundo Beck et al. (1985), os indivíduos ansiosos não conseguem, na avaliação secundária da situação identificada como ameaçadora na avaliação primária, perceber os seus aspetos de segurança, subestimando sua capacidade de enfrentamento perante o dano ou perigo antecipado, fortalecendo a ideia inicial de ameaça.

Em suma, a ansiedade clínica é produto de um sistema de avaliação de informação que interpreta uma dada situação como sendo ameaçadora dos interesses vitais e do bem-estar do sujeito, havendo uma reação a uma avaliação inadequada e exagerada da vulnerabilidade pessoal derivada de um sistema de processamento da informação

defeituoso que interpreta erradamente situações neutras como ameaçadoras (Clark & Beck, 2016).

### **2.2.3. Depressão**

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2015, o total de pessoas com depressão foi superior a 300 milhões, o equivalente a 4,4% da população mundial (WHO, 2017). A depressão é uma condição psiquiátrica muito frequente, sendo que estudos apontam para que 10% a 25% das pessoas que procuram atendimento médico e psicológico apresentam sintomas depressivos. Além de que, a depressão causa sérias dificuldades à vida da pessoa com esta perturbação, assim como a quem convive com esta (APA, 2014).

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V, 2014), subdivide as perturbações de humor em grupos: perturbação de desregulação do humor disruptivo; perturbação depressiva major que se encontra fortemente associada a fatores biológicos, logo é mais recetiva ao tratamento psicofarmacológico; perturbação depressiva persistente (distímia) que possui um prognóstico mais reservado devido às alterações biológicas e fatores psicossociais que fazem com que as condicionantes promotoras de um novo episódio sejam diversas e difíceis de controlar; perturbação disfórica; e perturbação depressiva sem outra especificação.

Segundo Vaz Serra (1994), os sintomas de depressão mais comuns são o humor deprimido associado a um forte sentimento de tristeza, desesperança em relação ao futuro, falta de ânimo e sensação de "vazio"; perda de interesse e falta de desejo em realizar atividades que anteriormente eram sentidas como prazerosas, observando-se um isolamento social; diminuição da libido sexual; alterações no apetite com perda ou ganho significativo do peso; distúrbios do sono com possíveis manifestações de insónias e alterações do padrão de sono; lentidão na fala (diminuição do volume da voz ou da variedade de assuntos) ou agitação psicomotora excessiva; fadiga e perda de energia, revelando cansaço (sem esforço físico associado) em realizar tarefas comuns e rotineiras; sentimento de inutilidade ou culpa com baixa autoestima e culpabilização excessiva; dificuldades de concentração na tomada de decisões simples ou na conclusão de tarefas

habituais, pensamentos de morte ou suicidas associados geralmente a sensações de inutilidade ou falta de esperança.

A depressão mais comumente diagnosticada e a mais grave é denominada de perturbação depressiva major. Os critérios do DSM-V descrevem-na como um estado de humor extremamente deprimido, com duração de pelo menos duas semanas, e inclui sintomas cognitivos como sentimentos de inutilidade e indecisão, e funções físicas perturbadas como padrões de sono alterados, alterações significativas no apetite e no peso ou uma perda notável de energia, ao ponto da menor atividade exigir um grande esforço. A perturbação é normalmente acompanhada por perda de interesse nas coisas e pela incapacidade em sentir qualquer prazer da vida, incluindo interações com a família ou amigos ou realizações no trabalho/escola (Barlow & Durand, 2015)

O aparecimento da terapia cognitiva e a publicação de um aprofundado manual de tratamento para a depressão, em 1979 por Beck, traduzem-se num dos principais avanços no tratamento da depressão (Beck et al., 1979).

O modelo cognitivo da depressão é um dos diversos modelos teóricos que explicam a etiologia e os mecanismos da depressão. Este modelo considera que as emoções, os comportamentos e as reações, estão diretamente ligados à forma como o sujeito avalia as suas experiências e as do mundo. Desta forma, o modelo é composto por três conceitos para explicar o substrato psicológico da depressão: a tríade cognitiva, os esquemas cognitivos disfuncionais e as distorções ou erros cognitivos (Beck et al., 1997).

A tríade cognitiva consiste em padrões cognitivos principais que induzem as pessoas deprimidas a ter cognições negativas em três áreas: elas próprias, o meio ambiente e o futuro. O sujeito vê-se a si próprio como inadequado ou impróprio; sobre o mundo, o sujeito faz uma interpretação distorcida do meio que o rodeia; e sobre o futuro, o sujeito antecipa que o seu sofrimento será permanente. Através desta interpretação distorcida, o sujeito sente-se encurralado, envolvido por situações na qual resultam deceções, sofrimento, desamparo e desesperança. Estes autores consideram que a presença dos sintomas depressivos, resultam desta visão negativa (Beck et al., 1997).

Os esquemas cognitivos são padrões cognitivos estáveis adquiridos precocemente e que são ativados por situações congruentes com essas crenças que modelam o estilo de pensamento, conduzindo ao desenvolvimento de erros e distorções cognitivas. Estes esquemas explicam o motivo do sujeito manter atitudes indutoras de sofrimento, apesar

de existirem evidências positivas. Desta forma, a pessoa quando apresenta distorções cognitivas, retira conclusões negativas sem qualquer evidência baseada na realidade (Beck et al., 1997).

Os erros e distorções cognitivas surgem a partir destes esquemas que são ativados pelos acontecimentos de vida. As distorções mais comuns em pessoas deprimidas são: a inferência arbitrária, isto é, a conclusão precipitada baseada em fracas evidências ou em evidências contrárias; a abstração seletiva, em que a pessoa tem tendência para selecionar as evidências que refletem o seu mau desempenho ignorando outros aspetos mais salientes da situação; a hipergeneralização, que consiste num padrão segundo o qual se chega a uma conclusão geral com base em incidentes isolados e se aplica o conceito a situações relacionadas e não relacionadas com os incidentes; e a personalização, que é a atribuição pessoal geralmente de carácter negativo sem evidências para isso; e o pensamento absolutista (dicotómico), que se traduz num pensamento de tudo ou nada (Beck et al., 1997).

No fundo, o pressuposto deste modelo parte da premissa de que a cognição, o comportamento e a bioquímica são todos componentes importantes das perturbações depressivas, sendo que a experiência sugere que quando alteramos cognições depressivas, mudamos simultaneamente o humor característico e o comportamento (Baslow, 2016).

## **2.2. Relação entre o Sentido de Vida e as Perturbações Emocionais**

A literatura aponta para que a experiência de sentido de vida esteja associada a variáveis relacionadas com o bem-estar subjetivo e a saúde psicológica do indivíduo, e que a experiência de falta de sentido pode estar associada ao surgimento de consequências negativas, como sintomas de ansiedade ou depressão (Smith, 2017).

O sentido de vida foi identificado como uma possível proteção contra o stress e é um reconhecido recurso psicológico, tendo mostrado ser um fator crucial para a resiliência e para a capacidade de enfrentamento, especialmente em tempos de crise. No entanto, situações ameaçadoras e stressantes podem colocar em risco a segurança existencial e desencadear crises de sentido (Schnell & Krampe, 2020; Van Tongeren et al., 2017). Estes eventos stressantes são todos aqueles que nos podem levar a sofrimento psicológico ou físico, que podem incluir aborrecimentos diários e eventos traumáticos

como uma separação, um acidente ou uma doença grave. Estes eventos podem ser destrutivos, interromper a vida e causar um grande sofrimento (Schnell, 2020).

Algumas hipóteses sugerem que o sentido de vida, enquanto processo cognitivo, é um recurso central na autorregulação e na autopercepção, auxilia na utilização de comportamentos adaptativos e oferece uma sensação de significado existencial. O sentido de vida, por si só, não regula o comportamento, contudo direciona os indivíduos para que através dos seus recursos psicossociais, estes possam superar mais facilmente os eventos stressantes, por meio de decisões congruentes com um sistema organizado de valores pessoais (McKnight & Kashdan, 2009). As pessoas que veem significado nas suas vidas e são capazes de regular impulsos, emoções e pensamentos são menos propensas a desenvolver sinais de distúrbio mental (Schnell & Krampe, 2020).

O Sentido de Vida foi definido de várias maneiras, mas a maioria dos pesquisadores concordam que é de natureza multidimensional (Heintzelman & King, 2014). Por exemplo, o significado consiste em coerência, propósito e significância. Como referido na parte da conceptualização do construto, a coerência refere-se à capacidade de dar sentido às situações e muitas vezes é alcançado quando as expectativas de alguém sobre uma situação são confirmadas pela experiência. O propósito é um recurso direcionado a objetivos de significado em que os indivíduos são orientados para algum objetivo ou ambição. Por fim, a significância é um sentimento de importância ou valorização (Martela & Steger, 2016).

Isto, para dizer que o stress pode desafiar o significado das pessoas nestes três domínios. O stress tende a destruir o senso de coerência ao violar as regras e princípios que os indivíduos usam para ordenar a sua vida e torná-la mais previsível (por exemplo, as pessoas não deveriam cometer crimes). O stress pode ainda, interferir no bloqueio ao acesso à conclusão da meta (por exemplo, através de uma perda de emprego). Para além disso, o stress pode interromper um senso de importância por rebaixar o *status* de alguém aos olhos dos outros (por exemplo, o divórcio). Como resultado, os eventos stressantes podem reduzir o significado (Park, 2010; Van Tongeren et al., 2017). No entanto, quando as pessoas mantêm um senso de significado em face destes eventos stressantes, relatam uma melhor saúde (Steger et al., 2015; Van Tongeren et al., 2017).

Mascaro e Rosen (2006), demonstraram que o índice de *distresse* é diminuído através da perceção de um sentido para a situação stressante, de maneira que quando não

há uma realização de sentido diante da situação potencialmente stressante, o evento culmina no *distresse*, repercutindo-se de forma negativa para a saúde mental, e quando há a percepção de sentido, a visão sobre o evento stressante modifica-se e passa a ser considerado como um desafio positivo e inerente à vida, que impulsiona a realização existencial, repercutindo-se de forma positiva na saúde mental.

Neste seguimento, Pulpulos & Kozusznik (2018) desenvolveram um estudo que indica que as pessoas que percebem as suas atividades de vida como valiosas e importantes, mostram uma secreção mais saudável de cortisol (hormona do stress) em situações stressantes, o que ajuda a explicar o motivo de algumas pessoas desenvolverem problemas de saúde relacionados com o stress, enquanto outras pessoas não o desenvolvem.

Krause (2007), documentou a função do amortecimento do stress com significado na vida nas consequências de traumas graves. A partir do seu estudo, o autor descobriu que as pessoas traumatizadas, cujo significado era alto, relatavam significativamente menos sintomas de depressão do que os participantes com baixo significado. Este facto sugere que o sentido de vida pode compensar as destrutivas consequências dos traumas vividos. Também neste contexto, a percepção da vida como significativa e a ainda a resiliência provaram ser um amortecedor importante, pois os indivíduos que relataram significado foram significativamente menos afetados por sintomas de stress pós-traumático.

Os autores Park & Baumeister (2016), nos seus estudos, retiraram três conclusões: a) os participantes com níveis mais baixos de significado na vida relatam maior stress do que aqueles que relatam maior significado na vida; b) os participantes cujo significado na vida foi ameaçado experimentam maior stress do que aqueles cujo significado de vida tinha sido deixado intacto; c) a antecipação do stress futuro faz com que os participantes classifiquem mais alto na busca por significado de vida. Posto isto, os autores postulam que construir interpretações significativas é uma estratégia de enfrentamento eficaz para lidar com o stress e uma resposta adaptativa à ocorrência do evento negativo.

O stress parece ter efeitos na qualidade de vida dos idosos. A partir de um estudo realizado com idosos em que se pretendia conhecer se o sentido de vida podia moderar a relação entre o stress e a qualidade de vida em idosos, conclui-se que a influência do stress na qualidade de vida era significativa para o grupo com baixo sentido de vida, não se

verificando o mesmo para o grupo com alto sentido de vida. Assim, o sentido de vida parece operar como um recurso protetor da qualidade de vida frente ao stress, refletindo o seu papel moderador (Melo et al., 2013)

Face à conjuntura atual do mundo, as pesquisas sugerem que pessoas com graus altos de significância podem contar com uma variedade de fatores de resiliência que as ajuda a lidar com eventos de vida stressantes, como atual pandemia. Por outro lado, uma grande sensação de stress devido à pandemia pode comprometer a segurança existencial das pessoas e trazer uma crise de significado, o que torna a vida equilibrada mais difícil (Schnell & Krampe, 2020).

Schnell & Krampe (2020), investigaram o efeito amortecedor de dois recursos psicológicos, a significância e o autocontrolo, no que diz respeito à relação entre o stress provado pela COVID-19 e o sofrimento mental geral, e ainda examinaram um potencial agravamento do sofrimento mental devido à ocorrência de crises de significado. Os resultados demonstraram que, em geral, o sofrimento mental era alto. As pontuações foram maiores após o confinamento do que durante, indicando uma contínua desestabilização de parte significativa da população. As pessoas que viam significado nas suas vidas e que eram capazes de autocontrolo relataram substancialmente menos distúrbio mental. A significância e o autocontrolo serviram como amortecedores entre o stress provocado pela COVID-19 e o sofrimento mental geral, sendo que quando o stress do COVID-19 estava alto, a presença da significância e do autocontrolo foram responsáveis por um menor sofrimento mental geral. Além disso, pessoas que sofriam de um forte stress face à COVID-19 eram mais propensas a desenvolver uma crise de significado que, por sua vez, foi associado a maior sofrimento mental geral, o que sugere que a ansiedade e a depressão contínuas podem ser baseadas em lutas existenciais.

Li (2020), procurou examinar as associações entre o significado em vida e adaptação psicossocial ao surto de COVID-19 entre os chineses. Também este autor percebeu que o nível de sentido de vida dos indivíduos anteriormente ao surto, pode ajudar os indivíduos a manter um ajuste psicossocial saudável durante o surto da doença, dado que o significado de vida dos participantes antes da eclosão estava positivamente relacionado à satisfação com a vida e negativamente relacionado à depressão, ansiedade, stress e emoções negativas, 7 semanas depois da ocorrência do surto.

Neste seguimento, Korkmaz e Güloğlu (2021) procuraram investigar o papel da tolerância à incerteza e do significado da vida na depressão e ansiedade durante a pandemia, tendo constatado que o sentido de vida é um fator protetor para ansiedade e depressão, e que as doenças crónicas afetam a ansiedade, ao passo que a higienização das mãos tem impacto na depressão. Ainda, um outro estudo desenvolvido durante a atual pandemia Covid-19, indica que o enfrentamento centrado no significado está fortemente associado à diminuição dos sintomas de stress, ansiedade e depressão. Para além disso, moderou várias relações entre fatores de vulnerabilidade sociodemográficos e marcadores de sofrimento psíquico, principalmente no caso da depressão (Eisenbeck et al., 2021).

O sentido de significado na vida tem influência causal na saúde mental, isto é, o significado existencial serve como fator de resiliência e mediador direto da saúde mental (Mascaro & Rosen, 2005). Assim, a ausência de sentido de vida ou realização existencial está relacionada com maiores níveis de depressão e ansiedade (Steger, Mann, et al., 2009).

A partir de uma revisão da literatura sobre o sentido da vida nos cuidados de saúde mental, concluiu-se que quando o sentido de vida não é encontrado, as pessoas tornam-se existencialmente frustradas e desenvolvem psicopatologias, sendo a falta de sentido na vida uma causa e ainda um efeito da depressão (Glaw et al., 2016). O sentido de vida é mais baixo em indivíduos com perturbações mentais em comparação com a comunidade, e, em particular, em doentes com depressão (Volkert, 2013).

O sentido da vida é explicado predominantemente pelas variáveis psicopatologia, idade e sexo. As pessoas com ansiedade têm mais sentido na vida do que indivíduos com depressão, devido ao seu interesse pela vida e medo de morrer (Armas-Arraés & Castedo, 2018). Quando o sentido de vida não é robusto, os indivíduos correm o risco de experienciar quedas repentinas de sentido, conseqüentemente perdas de motivação e direção e, portanto, aumentos repentinos na desesperança e na depressão (Mascaro & Rosen, 2005).

As pessoas com depressão muitas vezes lutam para encontrar motivação e isso pode ter um impacto negativo na sua capacidade de fazer as coisas necessárias para crescer, aprender e desenvolver, sendo a sintomatologia depressiva um possível entrave nas realizações pessoais em todas as áreas da vida (Glaw et al., 2020). Mais concretamente e a título de exemplo, quando as pessoas são excluídas ou incapazes de desenvolver relações sociais, podem vivenciar falta de sentido, prejudicial para o bem-

estar de longo-prazo, sendo as que pessoas que vivem com doenças mentais, particularmente com depressão, são muito suscetíveis a dificuldades nesta área. Estas pessoas querem sentir-se conectadas com o mundo e querem encontrar relacionamentos significativos, mas vêm a sua doença mental como uma barreira (Glaw et al., 2016).

Disabato et al. (2017) realizaram um estudo longitudinal para testarem se a gratidão e o significado da vida podiam prever aumentos dos eventos de vida positiva e, por sua vez, diminuir depressão, tendo descoberto que estas duas componentes facilitam a remissão da depressão.

Numa amostra de participantes com ansiedade e depressão, percebeu-se que ao nível do sexo, as mulheres demonstram ter mais sentido na vida do que os homens (Armas-Arraés & Castedo, 2018).

No estudo de Armas-Arraés e Castedo (2018), o sentido de vida de indivíduos com ansiedade e depressão, com idades compreendidas 35 e os 46 anos é significativamente maior do que em sujeitos com mais de 46 e menos de 28 anos. Os autores sugerem que os indivíduos com menos de 28 anos de idade estão preocupados com a incerteza de seu futuro e produzem uma insatisfação no presente que reflete esse menor sentido de vida. Da mesma forma, sugerem que as pessoas com mais de 46 anos podem começar a sofrer uma crise existencial, se insatisfeitas com o sentido de vida.

No que diz respeito à associação do sentido de vida e a depressão em idosos residentes na comunidade, constatou-se que os idosos que relatam um sentido de vida mais baixo mostram também uma maior probabilidade de sofrerem de perturbações depressivas (Volkert et al., 2017). Um outro estudo com população idosa, verificou que os idosos com um perfil de alta presença e baixa procura de sentido de vida testemunharam sintomas menos depressivos, em comparação com aqueles com um perfil de baixa presença e baixa procura (Van der Heyden et al., 2015).

Mascaro e Rosen (2005) elaboraram um estudo com estudantes universitários que sugere que num ambiente não clínico, as populações adultas jovens com altos níveis de sentido na vida tendem a ter menos sintomas de depressão e uma maior probabilidade de experimentar estados de esperança que indivíduos com baixos níveis de sentido. Mais tarde, um outro estudo realizado com alunos universitários, com o objetivo de mostrar o grau de associação entre a resiliência, a ansiedade e o sentido de vida, demonstrou uma correlação positiva significativa entre o sentido de vida e a resiliência, bem como uma

relação negativa entre ansiedade e as outras duas variáveis investigadas (Malonda & Módenes, 2018).

Nesta linha de pensamento, Marco e Alonso (2019), elaboraram um estudo em exploram o papel protetor do significado da vida na relação entre ansiedade ou afeto negativo e o desajustamento em participantes com distúrbios mentais em licença médica. Os resultados do estudo sugeriram que encorajar o desenvolvimento de significado na vida em participantes com ansiedade e perturbações depressivas pode ser uma estratégia para aumentar a resiliência.

Shiah et al. (2013), examinaram a associação entre ansiedade, religiosidade, sentido da vida e saúde mental numa amostra não clínica de uma sociedade chinesa e verificaram que o sentido de vida tem correlação negativa significativa com ansiedade e correlação positiva significativa com saúde mental e religiosidade.

Kelso et al. (2020), postulam que a evitação experiencial ou a falta de vontade de permanecer em contacto com pensamentos aversivos, sentimentos e sensações, tem sido implicada como fator de risco e manutenção da ansiedade. Perante este facto, os autores objetivaram testar a magnitude do impacto da evitação sensorial na ansiedade consequente e a relação com o sentido de vida, descobrindo que, embora a evitação experiencial seja uma vulnerabilidade para a ansiedade, o sentido de vida amortece o pequeno efeito que tem na ansiedade posterior.

Muitos estudos investigaram conexões entre o sentido de vida e sofrimento mental em pacientes com cancro. O cancro também é considerado um trauma, porque interrompe o curso da vida de forma perturbadora e perigosa. Os indivíduos que são afetados por esta doença são sobrecarregados com sintomas físicos e efeitos colaterais dos tratamentos, mas em muitos casos, também têm depressão, ansiedade e uma infinidade de outros sentimentos e humor negativos (Schnell, 2020).

Estudos com pacientes oncológicos mostram que um maior sentido da vida é indicador de menor ansiedade e depressão (Rodríguez, 2005). Num estudo realizado por Loeffler (2018) com pacientes com cancro da mama, os pacientes com um senso de significado mais forte tendem a ser menos ansiosos, menos deprimidos, estão mais satisfeitos com as suas vidas e relatam um melhor funcionamento relacionado com a sua saúde. No mesmo sentido, o estudo de Vehling et al. (2011), sugere que um forte senso de sentido de vida pode facilitar a adaptação a uma condição médica desafiadora, dado

que um sentido global de significado se traduz num importante fator de proteção em relação ao desenvolvimento de sintomas de angústia.

Winger et al. (2016), compararam 62 estudos sobre o sentido de vida e o sofrimento mental em pacientes com cancro. No geral, os resultados confirmaram que o sofrimento mental de pacientes com cancro é menos pronunciado quando percebem a sua vida como significativa.

No estudo de Armas-Arraés e Castedo (2018), as pessoas com depressão que viveram uma situação próxima à própria morte, pontuam uma satisfação com a vida ligeiramente inferior. Por outro lado, o significado da vida é mais pronunciado em sujeitos com ansiedade que tiveram a sua própria experiência de quase-morte.

Por último, um estudo sobre a qualidade de vida nos cuidados paliativos, aponta para que tanto bem-estar espiritual como o sentido de vida sejam potenciais fatores de proteção contra o sofrimento psicológico no final da vida. Estes resultados são importantes para o desenvolvimento de intervenções direcionadas para o sentido de vida e para o cuidado espiritual (Bernard et al., 2017)

Em síntese, podemos dizer que vários estudos têm mostrado que o significado pessoal tem uma influência sobre as consequências do stress. No entanto, se uma pessoa é fortalecida pela presença de significado na vida, então o sofrimento é menor na maioria dos casos. A base existencial pode evitar a perda de perspetivas e objetivos e ajudar as pessoas a enfrentar e a lidar com o stress de forma mais construtiva, podendo evitar que a nossa vida seja dominada por uma doença, trauma ou outra limitação. Desta forma, o sentido de vida motiva o comportamento de saúde e tem uma função moderadora.

Investigadores concordam que existem poucas pesquisas teóricas e empíricas sobre ansiedade e depressão com relação ao sentido da vida (e.g Armas-Arraés & Castedo, 2018), embora se tenha evidenciado um aumento de literatura recente devido à atual pandemia COVID-19, uma vez que instigou os investigadores a relacionar este fator de stress, a ansiedade, depressão e o sentido de vida. Os estudos que englobam a relação entre as variáveis procura e presença de sentido de vida com as variáveis psicopatológicas são muito escassos. Desta forma, apesar de haver alguma investigação que se tem debruçado sobre o estudo destas variáveis parece ainda existir espaço no campo científico para acrescentar conhecimento a estas dimensões, sobretudo em Portugal.

## **PARTE II**

### **Estudo Empírico**

## **Capítulo III- Relação entre sentido de vida e a Ansiedade, Depressão e Stress.**

### **3.1. Objetivos do estudo**

O presente estudo tem como objetivo principal analisar a relação entre o sentido de vida e a ansiedade, a depressão e o stress na população adulta. Mais especificamente, pretende-se:

- 1) Caracterizar a amostra em função dos níveis de procura/presença de sentido de vida e da ansiedade, depressão e stress.
- 2) Analisar a relação entre o sentido de vida experienciado e os níveis de ansiedade, depressão e stress.
- 3) Analisar a diferença na procura/presença de sentido de vida e na ansiedade, depressão e stress em função do sexo.
- 4) Analisar a diferença na procura/presença de sentido de vida e na ansiedade, depressão e stress em função das habilitações académicas.
- 5) Analisar a diferença na procura/presença de sentido de vida e na ansiedade, depressão e stress em função do estado civil.
- 6) Analisar a diferença na procura/presença de sentido de vida e na ansiedade, depressão e stress em função da existência de filhos.

### **3.2. Método**

A metodologia utilizada é de carácter quantitativo, recorrendo-se à utilização de instrumentos quantitativos, como técnica de recolha de dados, para procurar avaliar a ansiedade, depressão e stress e o sentido de vida.

#### **3.2.1. Amostra**

Neste estudo, participaram 471 adultos, dos quais 338 são do sexo feminino e 133 são do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 86 anos e (média de 36,76 e um desvio padrão de 13,99).

No que diz respeito ao estado civil, a maioria dos participantes são casados ou estão numa união de facto (46,3 %), seguindo-se os solteiros (44,6%), em menor número os separados/divorciados (5,9%) e, por fim, os viúvos (3,2 %) (cf. Tabela 2).

Relativamente às habilitações académicas, a maioria dos participantes tem ensino superior (64.3%), os restantes participantes apresentam apenas o ensino básico ou secundário (27.9%) (cf. Tabela 2).

No que toca à situação profissional, a maioria dos participantes está empregado (88,1%), e em menor número os desempregados (11,9%) (cf. Tabela 2).

Em relação ao estatuto de trabalhador-estudante, a maioria dos participantes não é trabalhador-estudante (63,5 %), apenas uma minoria é trabalhador-estudante (14,6 %) (cf. Tabela 2).

No que se refere à zona em que residem, a maioria dos participantes vive numa zona urbana (66,9%), seguindo-se os que vivem numa zona rural (33,1%) (cf. Tabela 2).

Quanto aos filhos, uma percentagem maior participantes não tem filhos (56,7 %), sendo que os restantes participantes (43,3%) têm pelo menos um filho (cf. Tabela 2).

## **Tabela 2.**

*Caracterização sociodemográfica dos participantes quanto ao sexo, estado civil, habilitações académicas, situação profissional, estatuto trabalhador-estudante, zona em que vive e se tem filhos.*

<b>Amostra (N=471)</b>			
		<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	133	28,2%
	<b>Feminino</b>	338	71,8%
<b>Estado civil</b>	<b>Casado/ União de Facto</b>	218	46,3%
	<b>Solteiro</b>	210	44,6%
	<b>Separado/divorciado</b>	28	5,9%
	<b>Viúvo</b>	15	3,2%
<b>Habilitações académicas</b>	<b>C/ Ensino Superior</b>	303	64,3%
	<b>S/ Ensino Superior</b>	168	35,7%
<b>Situação profissional</b>	<b>Empregado</b>	414	88,1%
	<b>Desempregado</b>	156	11,9%

<b>Estatuto trabalhador-estudante</b>	<b>Sim</b>	88	18,7%
	<b>Não</b>	383	81,3%
<b>Zona em que vive</b>	<b>Urbana</b>	315	66,9%
	<b>Rural</b>	62	33,1%
<b>Filhos</b>	<b>Sim</b>	204	43,3%
	<b>Não</b>	267	56,7%

---

### 3.3.2. Instrumentos

No sentido de recolher os dados pretendidos para concretizar os objetivos da investigação, recorreu-se ao Questionário Sociodemográfico construído para o efeito (Anexo II), ao Questionário do Sentido da Vida- Versão Portuguesa (QSV) (Anexo IV) e às Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) (Anexo III).

#### 3.2.2.1. Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico pretende recolher os dados dos participantes com o objetivo de descrever e caracterizar a amostra da presente investigação. Desta forma, a informação recolhida refere-se ao sexo, estado civil, habilitações académicas, situação profissional, estatuto trabalhador-estudante, zona em que vive e a existência de filhos (Anexo II).

#### 3.2.2.2. Questionário do Sentido de Vida- Versão Portuguesa

O Questionário do Sentido da Vida (QSV) (Portugal, 2017) é a versão portuguesa do *The Meaning in Life Questionnaire* (Steger, et al., 2006). Este questionário tem o objetivo de medir a presença e a procura de sentido de vida através de duas subescalas de cinco itens cada. A subescala presença de sentido de vida, tem como objetivo detetar a existência de sentido da vida e é composta por cinco itens: 1; 4; 5; 6 e 9 (ex.: item 1. “*Eu compreendo o sentido da minha vida.*”). A subescala procura de sentido de vida é, também, composta por cinco itens: 2; 3; 7; 8 e 10 (ex.: item 8 “*Estou à procura de um sentido ou missão para a minha vida.*”) e permite avaliar a procura e o processo de busca

de sentido da vida. Cada item é avaliado através de uma escala de Likert de 7 pontos, em que 1 corresponde a “*Absolutamente Falso*” e 7 a “*Absolutamente Verdadeiro*”.

A cotação do instrumento exige a inversão do item 9, sendo este o único item revertido do questionário. No estudo de validação da versão portuguesa (Portugal, 2017), os resultados de *alfa de Cronbach* para ambas as subescalas apresentaram valores superiores a .90, demonstrando que o questionário apresenta uma boa consistência interna. O questionário encontra-se anexado (Anexo IV).

### **3.2.2.3. Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)**

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) é uma adaptação da *Depression Anxiety and Stress Scale* (DASS), desenvolvida por Lovibond & Lovibond (1995) e aferida à população portuguesa no estudo de Pais-Ribeiro et al. (2004). Esta escala é composta por um questionário de autoavaliação com 21 itens, distribuídos de igual número pelas três escalas: ansiedade, depressão e stress. A versão inglesa original é constituída por 42 itens.

Cada escala inclui vários conceitos. A escala depressão avalia a disforia (dois itens), desânimo, (dois itens), desvalorização da vida (dois itens), auto-depreciação (dois itens), falta de interesse ou de envolvimento (dois itens), anedonia (dois itens) e inércia (dois itens). A escala ansiedade avalia a excitação do sistema autónomo (cinco itens), efeitos músculo esqueléticos (dois itens), ansiedade situacional (três itens) e experiências subjetivas de ansiedade (quatro itens). Por fim, a escala stress abrange a dificuldade em relaxar (três itens), excitação nervosa (dois itens), facilmente agitado/chateado (três itens); irritável/reação exagerada (três itens) e impaciência (três itens).

Cada item consiste numa afirmação, que remete para sintomas emocionais negativos, em que o sujeito identifica o seu estado emocional relativamente à semana anterior. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, quatro pontos de gravidade ou frequência “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim de muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”, apresentadas numa escala tipo *likert*. Os resultados de cada escala determinam-se pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por sub-escala, em

que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Na versão portuguesa desta escala, os valores de consistência interna encontrados com recurso ao Alfa de *Cronbach* para a EADS foram respetivamente de 0,85 (0,93 na versão de 14 itens) para a escala de depressão, de 0,74 para a de ansiedade (0,83 na versão de 14 itens) e de 0,81 para a de stress (0,88 na versão de 14 itens) (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). O questionário encontra-se anexado (Anexo III).

### **3.2.3. Procedimentos**

A investigação desenvolvida nesta dissertação está integrada num projeto de investigação mais alargado, intitulado “A.LIFE MEANING – *Life Meaning, mental health, well-being and work: what relationships?*”, sob a coordenação científica da Prof. Doutora Carla Fonte e Prof. Doutora Cristina Pimentão.

Este projeto alargado foi submetido e aceite por parte da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, (Anexo I). Os instrumentos utilizados já se encontravam devidamente autorizados.

De modo a informar os participantes sobre todos os esclarecimentos quanto aos instrumentos e ao estudo em si e a salvaguardar o anonimato e a confidencialidade, foi numa primeira fase, obtida a autorização por parte dos participantes (assentimento informado) - (Anexo V), sendo este um fator obrigatório para a informação disponibilizada no questionário relativo aos dados sociodemográficos e aos restantes instrumentos.

A recolha de dados foi efetuada *online*. Todos os instrumentos estiveram disponíveis durante o tempo de resposta num *link* especificamente criado através do *Google Forms*.

Relativamente à recolha de dados, esta foi feita por meio informático, de forma não-aleatória e pelo método de *Snowball*, através da divulgação do *link* do estudo na rede de contactos. Importa salientar que as respostas dadas pelos sujeitos foram sumariadas num documento *Excel* criado de forma automática pelo *Google Forms* e que só ficaram disponíveis para o criador do *link*.

Por fim, para o tratamento estatístico todos os dados foram tratados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, (versão 25), cuja licença foi disponibilizada pelo departamento informático da Universidade Fernando Pessoa, sendo utilizadas análises descritivas, o Teste de Associação- Coeficiente de correlação de Pearson e Teste de Diferenças em contexto de Design Intersujeitos, especificamente o Teste T para Amostras Independentes, a Análise de variância (ANOVA) Unifatorial.

### **3.3. Apresentação dos resultados**

A análise dos resultados foi efetuada a partir do objetivo principal desta investigação, analisar a relação entre o sentido de vida e a depressão, ansiedade e stress.

#### **1) Caracterizar a amostra em função dos níveis de procura/presença de sentido de vida e da ansiedade, depressão e stress.**

Relativamente à existência de presença e procura de sentido de vida, podemos afirmar que os participantes revelam níveis mais elevados de presença de sentido de vida, contudo, revelam também níveis elevados de procura de sentido de vida ainda que menos quando comparados com os valores para a presença de sentido de vida (cf. Tabela 3).

Em relação à existência de sintomas de depressão, ansiedade e stress, podemos constatar que os participantes apresentam níveis relativamente baixos nos três domínios, sendo que revelam maiores níveis de stress, seguidos de depressão e, por fim, ansiedade (cf. Tabela 3)

**Tabela 3.**

*Caracterizar a amostra em função dos níveis de procura/presença de sentido de vida e da ansiedade, depressão e stress.*

<b>Amostra (N= 471)</b>				
	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Presença de sentido de vida</b>	6	35	24.41	8.65
<b>Procura de sentido de vida</b>	5	35	18.52	4.27
<b>Depressão</b>	0	21	5.15	5.37
<b>Ansiedade</b>	0	21	4.76	5.22
<b>Stress</b>	0	21	7.84	5.33

**2) Analisar a relação entre o sentido de vida experienciado e os níveis de ansiedade, depressão e stress.**

No que toca à relação entre o sentido de vida e os níveis de depressão, ansiedade e stress, podemos verificar a existência de uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a presença de sentido de vida com todas as outras dimensões em estudo, isto é, com a procura de sentido de vida ( $r = -.153, p = .001$ ), com a depressão ( $r = -.344, p = .001$ ), com a ansiedade ( $r = -.277, p = .001$ ), com o stress ( $r = -.309, p = .001$ ) (cf. Tabela 4). Estes resultados mostram que quanto maiores forem os valores do nível da presença de sentido de vida, menores serão os valores de procura de sentido de vida; de depressão, ansiedade e stress.

Relativamente à procura de sentido de vida, podemos verificar que está positivamente correlacionada e estatisticamente significativa com a depressão ( $r = .298, p = .001$ ), a ansiedade ( $r = .274, p = .001$ ), e com o stress ( $r = .263, p = .001$ ) (cf. Tabela 4). Estes resultados demonstram que os participantes com níveis elevados de procura de sentido de vida, evidenciam também níveis mais elevados de depressão, ansiedade e stress.

Em relação à depressão, esta para além da correlação negativa estatisticamente significativa com a presença de sentido de vida, e da correlação positiva estatisticamente significativa com a procura de sentido de vida, esta dimensão também apresenta uma correlação estatisticamente significativa com as outras duas dimensões

avaliadas na EADS-21, ou seja, com a ansiedade ( $r=.794, p=.001$ ) e com o stress ( $r=.790, p=.001$ ) (cf. Tabela 4). Os resultados demonstram que quanto mais elevados os níveis de depressão dos participantes, maiores os níveis de ansiedade e stress dos participantes, ou que, quando mais elevados os níveis de ansiedade e stress, mais elevados os seus níveis de depressão.

No que concerne à ansiedade, para além da correlação negativa estatisticamente significativa com a presença de sentido de vida, e da correlação estatisticamente significativa com a procura de sentido de vida e a depressão, esta dimensão também apresenta uma correlação estatisticamente significativa com o stress ( $r=.812, p=.001$ ) (cf. Tabela 4). Assim, estes resultados mostram que quanto maiores os níveis de ansiedade, também maiores os níveis de stress, e vice-versa.

Posto isto, verificamos que relativamente ao QSV, a dimensão da presença de sentido de vida apresenta uma correlação negativa estatisticamente significativa com a outra dimensão da mesma escala (procura de sentido de vida) e com todas as dimensões avaliadas na EADS-21, demonstrando que níveis elevados nesta dimensão do QVS revelaram níveis menores nas restantes dimensões, ou vice-versa. Em relação à procura de sentido de vida esta apresenta para além de uma correlação negativa estatisticamente significativa com a procura de sentido de vida, esta apresenta também uma correlação estatisticamente significativa com todas as dimensões da EADS-21, que evidencia que para níveis elevados de procura de sentido de vida, igualmente níveis de elevados de todas as dimensões psicopatológicas e vice-versa.

Quanto à EADS-21, esta apresenta uma correlação estatisticamente significativa entre todas as suas dimensões, o que significa que quando níveis de somente uma dimensão são elevados o das outras também o são.

**Tabela 4.**

*Caracterização da relação entre a ansiedade, depressão e stress e o sentido de vida.*

Amostra (N=471)					
	Presença de sentido de vida	Procura de sentido de vida	Depressão	Ansiedade	Stress
Presença de sentido de vida	1	-.153**	-.344**	-.277**	-.309**
Procura de sentido de vida	-.153**	1	.298**	.274*	.263**

Relação entre Sentido de vida, Ansiedade, Depressão e o Stress numa população adulta

<b>Depressão</b>	-.344**	.298**	1	.794**	.790**
<b>Ansiedade</b>	-.277**	.274**	.794**	1	.812**
<b>Stress</b>	-.309**	.263*	.790**	.812**	1

\* $p < .05$  \*\*  $p < 0.01$

**3) Analisar a diferença na procura/presença de sentido de vida e na ansiedade, depressão e stress em função do sexo.**

Em relação ao sexo, não existem diferenças significativas ao nível da presença de sentido de vida ( $t = -.693$ ,  $p = .489$ ), nem ao nível da procura de sentido de vida ( $t = -.152$ ,  $p = .880$ ). Quanto às dimensões psicopatológicas, também não foram encontradas diferenças significativas em relação ao sexo ao nível da depressão ( $t = -.203$ ,  $p = .839$ ) e da ansiedade ( $t = .973$ ,  $p = .331$ ). Por outro lado, existem diferenças significativas entre o sexo feminino e o sexo masculino ao nível do stress. Os participantes do sexo feminino relatam um maior nível de stress do que o sexo masculino (cf. Tabela 5).

**Tabela 5.**

*Diferenças entre o sexo masculino e o sexo feminino, ao nível da presença e da procura de sentido de vida (QSV), da ansiedade, depressão e stress (EADS-21).*

	<b>Género</b>		<i>t</i>
	<b>Masculino</b> ( <i>n</i> = 133) <i>Média (DP)</i>	<b>Feminino</b> ( <i>n</i> = 338) <i>Média (DP)</i>	
<b>Presença de sentido de vida</b>	27.19 (5.85)	24.33 (4.19)	-.693
<b>Procura de sentido de vida</b>	18.61 (8.88)	18.48 (8.57)	-.152
<b>Depressão</b>	4.39 (5.70)	5.12 (5.24)	3.75
<b>Ansiedade</b>	4.39 (5.19)	4.91 (5.24)	.973
<b>Stress</b>	6.92 (5.35)	8.20 (5.29)	-.203*

\* $p < .05$

**4) Analisar a diferença na procura/presença de sentido de vida e na ansiedade, depressão e stress em função das habilitações académicas.**

No que toca às habilitações literárias, não existem diferenças significativas ao nível da presença de sentido de vida ( $t = 0.010$ ,  $p = .992$ ), nem ao nível da procura de sentido de vida ( $t = -1.78$ ,  $p = .076$ ). Relativamente à dimensão stress, também não foram encontradas diferenças significativas em função das habilitações académicas ( $t = 1.02$ ,  $p = .306$ ). Contudo, existem diferenças significativas nas restantes dimensões psicopatológicas, isto é, na depressão ( $t = 2.40$ ,  $p = .017$ ) e na ansiedade ( $t = 3.50$ ,  $p = .001$ ). Deste modo, os participantes sem o ensino superior apresentam um maior nível de depressão e ansiedade.

**Tabela 6.**

*Diferenças ao nível da presença e da procura de sentido de vida (QSV) e da ansiedade, depressão e stress (EADS-21) em função das habilitações académicas.*

	Habilitações Académicas		<i>t</i>
	C/Ensino Superior ( <i>n</i> = 303) <i>Média (DP)</i>	S/Ensino Superior ( <i>n</i> = 168) <i>Média (DP)</i>	
<b>Presença de sentido de vida</b>	24.41 (3.91)	24.42 (4,88)	.010
<b>Procura de sentido de vida</b>	19.05 (8.47)	17.57 (8,92)	-1.78
<b>Depressão</b>	4.71 (4.79)	5.95 (6,22)	2.40*
<b>Ansiedade</b>	4.15 (4.73)	5.88 (5,85)	3.50*
<b>Stress</b>	7.65 (4.87)	8.18 (6,09)	1.02

\* $p < .05$

**5) Analisar a diferença na procura/presença de sentido de vida e na ansiedade, depressão e stress em função do estado civil.**

No que respeita ao estado civil, existem diferenças significativas entre os participantes ao nível da procura de sentido de vida ( $f = 10.96$ ,  $p = .001$ ), (cf. Tabela 7), verificando-se através do teste de Post-Hoc de Gabriel que estas diferenças encontram-se entre os indivíduos viúvos e as restantes possibilidades de estado civil, sendo que, os indivíduos viúvos apresentam menores níveis de procura de sentido de vida quando

comparados com os solteiros, com os casados/união de facto e com os separados/divorciados. Pode-se constatar ainda que existem diferenças significativas ao nível da procura de sentido de vida entre os indivíduos solteiros e os indivíduos casados/união de facto, tendo os casados/união de facto menores níveis de procura de sentido do que os solteiros. Por outro lado, não existem diferenças significativas ao nível da procura de sentido de vida os entre os indivíduos separados/divorciados e os indivíduos em casados/união de facto, assim como entre os separados/divorciados e os solteiros.

Quanto às dimensões psicopatológicas, existem diferenças significativas no nível da ansiedade ( $f = 2.79$ ,  $p = .040$ ), e do stress ( $f = 2.95$ ,  $p = .032$ ), em função do estado civil (cf. Tabela 7). Após a realização do teste Post-Hoc de Gabriel, foi possível observar que ao nível da ansiedade, existem diferenças significativas entre os solteiros e os viúvos, sendo que indivíduos solteiros apresentam maior ansiedade do que os viúvos. No que toca ao stress, existem diferenças significativas entre os participantes viúvos e os solteiros e entre os viúvos e os casados/união de facto, verificando-se que os indivíduos viúvos apresentam menor stress do que os solteiros e os casados/união de facto.

**Tabela 7.**

*Nível da presença e procura de sentido de vida (QSV) e do nível de ansiedade, depressão e stress (EADS-21) em função do estado civil.*

	Estado civil				<i>f</i>
	Solteiro ( <i>n</i> =95)	Casado/União de facto ( <i>n</i> =35)	Separado/Divorciado ( <i>n</i> =95)	Viúvo ( <i>n</i> =22)	
	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	
<b>Presença de sentido de vida</b>	24.14 (4.33)	24.69 (4.05)	23.96 (4.83)	25.13 (5.41)	.836
<b>Procura de sentido de vida</b>	20.58 (8.08)	16.95 (8.71)	19.36 (8.66)	10.93 (7.22)	<b>10.96*</b>
<b>Depressão</b>	5.80 (5.60)	4.63 (5.14)	5.39 (3.93)	3.13 (6.70)	2.49
<b>Ansiedade</b>	5.38 (5.48)	4.47 (5.10)	3.96 (3.82)	2.07 (4.57)	<b>2.79*</b>
<b>Stress</b>	8.28 (5.55)	7.61 (5.16)	8.29 (4.24)	4.27 (5.40)	<b>2.95*</b>

\* $p < .05$

**6) Analisar a diferença na procura/presença de sentido de vida e na ansiedade, depressão e stress em função da existência de filhos.**

No que se refere à descendência os indivíduos que têm filhos relatam níveis significativamente inferiores de procura de sentido de vida ( $t = -5.66, p = .001$ ). Neste seguimento, os indivíduos que têm filhos, revelam níveis mais elevados de presença de sentido de vida ( $t = 2.15, p = .032$ ) do que aqueles que não têm filhos. (cf. Tabela 8).

Acerca das dimensões psicopatológicas, não existem diferenças significativas entre os indivíduos com ou sem filhos ao nível da depressão ( $t = -1.70, p = .089$ ), mas, em contrapartida, existem diferenças significativas ao nível da ansiedade ( $t = -1.98, p = .048$ ) e do stress ( $t = -2.98, p = .008$ ) (cf. Tabela 8), sendo os indivíduos com filhos, os que têm menor ansiedade e stress.

**Tabela 8.**

*Diferenças entre indivíduos com filhos e indivíduos sem filhos, ao nível da presença e da procura do sentido de vida (QSV) e ao nível da ansiedade, depressão e stress (EADS-21)*

	Descendência		<i>t</i>
	Tem filhos ( <i>n</i> =204) <i>Média (DP)</i>	Não tem filhos ( <i>n</i> =267) <i>Média (DP)</i>	
<b>Presença de sentido de vida</b>	24.90 (4.21)	24.04 (4.30)	2.15*
<b>Procura de sentido de vida</b>	16.02 (8.77)	20.43 (8.06)	-5.66*
<b>Depressão</b>	7.09(5.21)	8.41 (5.36)	-1.70
<b>Ansiedade</b>	4.22 (5.06)	5.17 (5.32)	-1.98*
<b>Stress</b>	19.14 (5.47)	19.29 (5.37)	-2.68*

\* $p < .05$

### **3.4. Discussão dos Resultados**

O presente estudo teve como objetivo geral analisar a relação entre o sentido de vida, a ansiedade, depressão e o stress.

No primeiro objetivo deste estudo pretendia-se caracterizar a amostra em função dos níveis de procura e presença de sentido de vida e da ansiedade, depressão e stress. Neste seguimento, percebeu-se que embora os participantes apresentem níveis mais elevados de presença de sentido, os níveis de procura de sentido de vida são também elevados. Estes resultados podem ser explicados pelo facto da procura de sentido, não significar ausência de sentido, ou seja, os indivíduos podem ter sentido na vida, mas querer desenvolver um sentido mais profundo através de um processo de modificação e expansão (Park, & Peterson, 2010; Steger et al., 2006). O conceito de presença de sentido de vida, inclui sempre a procura, uma vez que está sempre a atualizar-se de acordo com as circunstâncias que envolvem o indivíduo (Guerra et al., 2017).

No que concerne às dimensões ansiedade, depressão e stress, os participantes revelaram níveis baixos nos três domínios, tendo sido demonstrado níveis maiores de stress, seguido de depressão e, por fim, ansiedade. Esta ordem de resultados é consistente com os resultados obtidos por Apóstolo et al. (2012) e por Pinto et al. (2015), e afastam-se de forma significativa, de valores considerados preocupantes do ponto de vista da saúde mental. Estes valores podem dever-se ao facto da amostra deste estudo ser composta por uma população não clínica.

O segundo objetivo específico deste estudo pretendia analisar a relação entre os níveis de ansiedade, depressão e stress e o sentido de vida experienciado.

A dimensão presença de sentido de vida evidencia uma correlação negativa estatisticamente significativa com todas as outras variáveis em estudo. Ao relacionar esta dimensão com a outra dimensão da mesma escala (procura de sentido de vida), percebemos que, os participantes com níveis mais elevados de presença de sentido de vida relatam níveis menores de procura de sentido de vida, ou o contrário, que os participantes com níveis menores de procura de sentido de vida evidenciam níveis maiores de presença de sentido de vida. No estudo de Cohen e Cairns (2011), verifica-se que à medida que os níveis de presença de significado na vida aumentam a procura por significado na vida diminui e os níveis de felicidade consequentemente aumentam.

Da mesma forma, Capeda (2018), no seu estudo com jovens adultos verificou que quanto maiores eram os níveis de presença de sentido de vida, menores eram os níveis de procura por ele.

Como referido, esta dimensão apresenta ainda uma correlação negativa estatisticamente significativa com todas as dimensões psicopatológicas, ou seja, os participantes com níveis elevados de presença de sentido de vida evidenciam níveis baixos de ansiedade, depressão e stress emocional, ou vice-versa, os participantes com níveis elevados de ansiedade, depressão e stress revelam níveis baixos de presença de sentido de vida, tendo em conta estes resultados. Segundo Mascaro & Rosen (2005), a presença de significado tem uma influência causal na saúde mental, servindo como fator de resiliência e mediador direto da saúde mental.

Em contrapartida, esta investigação mostrou que os participantes com níveis elevados de procura de sentido de vida, evidenciam também níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stress. Estes resultados são congruentes com a literatura existente que postula que a presença de significado é adaptativa e que a procura de sentido se relacionada com o mal-estar psicológico, com uma angústia e sofrimento maior (Steger, 2013; Linley & Joseph, 2014; Steger & Shin, 2010). Os estudos existentes demonstram que a presença de sentido está associada a menos sintomas depressivos e que a procura de sentido está associada a maiores sintomas depressivos e (Cohen e Cairns, 2010; Park et al., 2010; Steger et al., 2006; Steger et al., 2008). Estes resultados podem ser explicados pelo facto da procura de sentido de vida representar a luta com as questões existenciais que surgem a seguir à adversidade, expondo as pessoas a novas fontes de stress, enquanto que as pessoas com propósito tendem a ser resistentes e resilientes e, por isso, estão mais bem preparadas para se recuperar dos desafios e contratempos potencialmente stressantes que encontram (Bronk, 2014; Linley & Joseph, 2014).

Estes resultados reforçam a literatura existente, demonstrando que o sentido de vida tem influência causal na saúde mental (Glaw et al., 2016; Mascaro & Rosen, 2005) e que indivíduos com perturbação mental têm um sentido mais baixo (Volkert, 2013), sendo que os indivíduos que veem sentido nas suas vidas têm uma maior capacidade de regular impulsos, emoções e pensamentos e são menos propícios a desenvolver distúrbios mentais (Schnell & Krampe, 2020). Assim, a par com este estudo, a literatura apoia que um baixo sentido de vida está relacionado com maiores níveis de stress (e.g. Eisenbeck et al., 2021; Mascaro e Rosen, 2006; Krause, 2007; Melo et al., 2013; Park & Baumeister,

2016), depressão (e.g. Disabato et al., 2017; Eisenbeck et al., 2021; Loeffler 2018; Mascaro & Rosen, 2005; Rodríguez, 2005; Steger et al., 2009; Volkert et al., 2017) e ansiedade (e.g. Eisenbeck et al., 2021; Loeffler 2018; Malonda & Módenes, 2018; Shiah et al., 2013, Rodríguez, 2005; Steger, Mann, et al., 2009) e vice-versa, demonstrado o papel protetor do sentido de vida face à psicopatologia.

Quanto às dimensões ansiedade, depressão e stress, existe uma correlação estatisticamente significativa entre todas as suas dimensões, o que significa que quando os níveis de somente uma dimensão são elevados o das outras também o são. Segundo Pais-Ribeiro et al. (2004) existe uma relação forte entre as perturbações de ansiedade e as respostas de stress, e também uma forte comorbilidade entre as perturbações de ansiedade e a depressão. A ansiedade e a depressão, podem resultar da incapacidade de lidar de forma adaptada a um acontecimento vital gerador de stress (OMS, 2002).

O terceiro objetivo deste estudo referia-se a analisar a diferença na procura e presença de sentido de vida e na ansiedade, depressão e stress em função do sexo, o que vai de encontro aos resultados encontrados por Pinto et al. (2015).

Relativamente ao sexo, não existem diferenças significativas ao nível da presença de sentido de vida e da procura de sentido de vida. À semelhança deste resultado, também Góngora & Solano (2011), não encontraram diferenças significativas entre os sexos nestas subescalas.

No que diz respeito às dimensões psicopatológicas, também não foram encontradas diferenças significativas ao nível da depressão e da ansiedade. Contudo, existem diferenças significativas entre o sexo feminino e o sexo masculino ao nível do stress, sendo os participantes do sexo feminino a relatar um maior nível de stress do que o sexo masculino. Embora esta investigação tenha apenas encontrado diferenças significativas ao nível do stress, a literatura aponta para uma maior suscetibilidade para os três domínios, nas mulheres do que nos homens (Apóstolo et al., 2012; Apóstolo, Figueiredo, et al., 2011; Apóstolo, Mendes et al., 2011; Monte et al., 2015; Moutinho et al., 2017).

O quarto objetivo deste estudo prendia-se com a análise da diferença na procura e presença de sentido de vida e na ansiedade, depressão e stress em função das habilitações académicas. No que diz respeito às habilitações literárias, não existem diferenças significativas ao nível da presença de sentido de vida e no nível da procura de sentido de

vida. Da pesquisa realizada não se verificou na literatura existente, estudos que referissem a diferença de sentido (presença e procura) em função das habilitações académicas.

No entanto, existem diferenças significativas na depressão e na ansiedade, sendo que os participantes sem o ensino superior apresentam um maior nível de depressão e ansiedade. Segundo Pinto et al. (2015), os estudos têm apontado para resultados incongruentes acerca da (in)existência de diferenças entre pessoas com níveis de escolaridade. No estudo realizado por Monte et al., 2015, os indivíduos com o ensino básico revelaram também níveis mais elevados de depressão, demonstrando que a baixa escolaridade, assim como outros fatores, pode estar associada a níveis mais elevados de depressão, devido às condições de vida e ao maior número de stressores ambientais (Molina et al., 2012).

Para concretizar o penúltimo objetivo desta investigação, analisou-se a diferença na procura e presença de sentido de vida e na ansiedade, depressão e stress em função do estado civil.

Quanto à variável estado civil, existem diferenças significativas entre os participantes ao nível da procura de sentido de vida, tendo os indivíduos viúvos apresentam menores níveis de procura de sentido de vida quando comparados com os solteiros, com os casados/união de facto e com os separados/divorciados. Pode-se ainda constatar que os indivíduos casados/união de facto relatam menores níveis de procura de sentido do que os solteiros. Este último facto vai de encontro ao estudo de Capeda (2018), que demonstra que os jovens adultos que vivem uma relação amorosa reportaram níveis mais elevados de presença de sentido de vida em comparação com a restante amostra. Schnell (2010), refere que crises de significado são mais comuns em indivíduos solteiros, salientando que viver num relacionamento íntimo, diminui a probabilidade de sofrer uma crise de sentido.

No que concerne, às dimensões psicopatológicas, existem diferenças significativas no nível da ansiedade e do stress. Ao nível da ansiedade, os indivíduos solteiros apresentam maior ansiedade do que os viúvos. No que toca ao stress, existem diferenças significativas entre os participantes viúvos e os solteiros e entre os viúvos e os casados/união de facto, verificando-se que os indivíduos viúvos apresentam menor stress do que os solteiros e os casados/união de facto. Estes achados são contraditórios com o estudo realizado por Monte et al. (2015), sendo os indivíduos casados a pontuar

mais elevado em todas as dimensões em comparação com os solteiros. Contudo, outros autores referem que as pessoas casadas ou a viver uma relação, são em média, mais felizes e gozam de melhor saúde mental, nomeadamente menor risco de depressão, do que as que vivem sozinhas, são solteiras, viúvas, divorciadas ou separadas (Argyle, 1999; Ronco et al., 2015). O resultado obtido no presente estudo pode ser explicado pelo facto da amostra de participantes viúvos ser muito reduzida.

Por fim, no que toca ao último objetivo deste estudo, analisar a diferença na procura e presença de sentido de vida e na ansiedade, depressão e stress em função da existência de filhos, verificou-se que os indivíduos que têm filhos relatam níveis significativamente inferiores de procura de sentido de vida e que os indivíduos que têm filhos revelam níveis mais elevados de presença de sentido de vida do que aqueles que não têm filhos.

Relativamente às dimensões psicopatológicas, não existem diferenças significativas entre os indivíduos com ou sem filhos ao nível da depressão, contudo, existem diferenças significativas ao nível da ansiedade e do stress, sendo os indivíduos com filhos os que evidenciam menor ansiedade e stress. Estes resultados não são consistentes com os resultados encontrados por Monte et al. (2015), contudo uma *checklist* recente, disponibilizada pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2021), refere que embora educar as crianças e os jovens possa gerar stress e sentimentos de sobrecarrega, ter filhos dá um sentido de propósito e significado à vida, trazendo satisfação, gratificação e sentimentos de realização e bem-estar. A literatura aponta para que a procura de um sentido, resulte na descoberta de um propósito satisfatório, sendo que a existência de filhos pode contribuir para o propósito de vida destes pais (Steger & Kashdan, 2006). A existência de filhos pode ser englobada naquilo que Frankl (2020), chama de valores vivenciais, uma das formas de descobrir o sentido de vida. Importa salientar que a associação entre parentalidade e saúde mental é complexa e depende fortemente de fatores contextuais (Rimehaug & Wallander, 2010).

### 3.5. Conclusão

A investigação tem vindo a mostrar que a vivência de sentido na vida está associada a variáveis relacionadas com o bem-estar e a saúde psicológica do indivíduo, e que a experiência de falta de sentido pode estar associada ao surgimento de consequências negativas, como o sofrimento psicológico. Assim, este estudo apresenta como objetivo geral a análise da relação entre o sentido de vida e a ansiedade, depressão e stress.

A presente investigação permitiu constatar que os participantes apresentam níveis elevados tanto de presença como de procura de sentido de vida, e níveis relativamente baixos de ansiedade, depressão e stress, destacando-se a variável stress.

Quanto à relação entre a depressão, a ansiedade e o stress, e o sentido de vida experienciado, o presente estudo verificou que quanto maiores forem os valores do nível da presença de sentido de vida, menores serão os valores de procura de sentido de vida, de ansiedade, depressão e stress e que quanto mais elevados os valores de procura de sentido de vida, também níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stress.

Os resultados deste estudo demonstram ainda, que no que toca à ansiedade, depressão e stress, basta que o nível de somente uma dimensão seja elevado, para que os níveis das restantes emoções também o sejam.

Em relação às variáveis sociodemográficas, analisou-se as variáveis, sexo, habilitações académicas, estado civil e descendência. Quanto ao sexo, as mulheres apresentam níveis mais elevados de stress.

No que toca às habilitações académicas, são os participantes sem o ensino superior, os que apresentam um maior nível de depressão e ansiedade.

Relativamente ao estado civil, os indivíduos viúvos revelam menores níveis de procura de sentido de vida quando comparados com as outras hipóteses de estado civil, e também os participantes casados/união de facto apresentam menores níveis de procura de sentido do que os solteiros. Os indivíduos viúvos apresentam menor ansiedade e stress do que os solteiros, e ainda menor stress do que os casados/união de facto.

No que se refere à descendência, os indivíduos que têm filhos relatam níveis significativamente inferiores de procura de sentido de vida e revelam níveis mais elevados de presença de sentido de vida, sendo os indivíduos com filhos os que têm níveis menores de ansiedade e stress.

Este estudo permite concluir que a presença de sentido está associada a menos sintomas psicopatológicos, ao passo que a procura por um sentido na vida está relacionada com mal-estar psicológico e a um sofrimento psicológico maior. Desta forma, verificamos que o sentido de vida tem um papel amortecedor da psicopatologia e que, embora a maioria da amostra apresente bons níveis de sentido de vida e baixos níveis de ansiedade, depressão e stress, existem variáveis que interferem com estas.

A investigação realizada contribuiu para o aumento do conhecimento científico sobre as variáveis em estudo, assim como a relação entre as mesmas. Contudo, ainda há muito espaço para estudos nesta área, sobretudo em Portugal, dada a relevância do tema e a grande escassez de literatura.

Os resultados deste estudo, apesar das limitações metodológicas que interferem com a qualidade da investigação, são congruentes com os resultados encontrados na literatura encontrada. Uma das limitações que importa mencionar prende-se com o facto dos estudos nesta área serem muitos escassos, o que limita a retirada de conclusões, permitindo apenas aprofundar a temática. Outra limitação é a não homogeneidade da amostra em relação às variáveis sexo e estado civil, em que a maioria da amostra é constituída por participantes do sexo feminino e por poucos viúvos.

Para finalizar, acrescento que existe a necessidade de realização de estudos futuros sobre a relação do sentido de vida e a psicopatologia, dado que através deste estudo podemos perceber que tanto a presença como a procura de sentido de vida são variáveis muito importantes na saúde mental e no sofrimento psicológico. Assim, torna-se importantíssimo serem considerados os resultados desta investigação nas intervenções psicológicas e nos cuidados de saúde. Reforça-se a necessidade de aprofundamento desta linha de investigação em função das características sociodemográficas e, eventualmente, também a produção e testagem da eficácia de intervenção psicológica que promova o sentido de vida.

### Referências Bibliográficas

- Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º Relatório* (1). Universidade Nova de Lisboa.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5. ed.). Artmed.
- American Psychiatric Association. (2018). What Is Mental Illness?. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>
- Apóstolo, J.L.A., Figueiredo, M.H., Mendes, A.C., & Rodrigues, M.A. (2011). Depression, anxiety and stress in primary health care users. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 348- 353. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000200017>
- Apóstolo, J.L.A., Mendes, A.C., Antunes, M.T.C., Rodrigues, M.A., Figueiredo, M.H. & Lopes, M. C.F.G. (2011). Perturbações afectivo-emocionais em contexto de cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem*, 3, 67-74.
- Apóstolo, J.L.A., Tanner, B.A., & Arfken, C.L. (2012). Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa da Depression Anxiety Stress Scale-21. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20, 1-7. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300022>
- Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 353–373). Russell Sage Foundation.
- Armas-Arráez, M., & Castedo, A. (2018). El sentido de la vida: factor protector de ansiedad y depresión. *Cauriensia*, XIII, 57–72. <https://doi.org/10.17398/2340-4256.13.57>

- Arroll, B., & Kendrick, T. (2018). Definition of Anxiety. In Gask, Kendrick, Peveler & Chew-Graham (Eds.), *Primary Care Mental Health* (pp.125-136). Cambridge University Press.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Guilford Press
- Barlow, D. H. (2016). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos* (Vol. 5). Artmed.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2016). *Psicopatologia: uma abordagem integrada* (2nd ed.). Cengage Learning.
- Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. Guilford Press.
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., Aaker, J. L., & Garbinsky, E. L. (2013). Some key differences between a happy life and a meaningful life. *The Journal of Positive Psychology, 1*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/17439760.2013.830764>
- Beck, A., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Artemed Editora.
- Beck, J.S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática*. Artmed.
- Bronk, K. C. (2014). *Purpose in Life*. Springer Publishing.

- Capeda, C. (2018). *Rituais familiares e esperança em jovens adultos: o papel mediador do sentido da vida*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/37545>
- Carneiro, C., & Abritta, S. (2008). Formas de existir: A busca de sentido para a vida. *Revista de Abordagem Gestáltica, 14*, 190-194.
- Carvalho, A. (2017). *Depressão e outras Perturbações Mentais Comuns*. Direção Geral da Saúde.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2016). *Terapia Cognitiva para os Transtornos de Ansiedade*. Artmed Editora.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 316-336. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>
- Cohen, K., & Cairns, D. (2011). Is searching for meaning in life associated with reduced subjective well-being? Confirmation and possible moderators. *Journal of happiness studies, 13* (2), 313-331. <https://doi.org/10.1007/s10902-011-9265-7>
- Dalgalarrondo, P. (2019). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais* (3rd ed.). Artmed.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction. *Journal of Happiness Studies, 9*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9018-1>

Eisenbeck, N., Carreno, D. F., & Pérez-Escobar, J. A. (2021). Meaning-Centered Coping in the Era of COVID-19: Direct and Moderating Effects on Depression, Anxiety, and Stress. *Frontiers in Psychology, 12*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.648383>

Frankl, V. (1985). *Man's search for meaning*. Pocket Books.

Frankl, V. (1986). *The doctor and the soul: From psychotherapy to logotherapy*. Vintage Books.

Frankl, V. (2020). *O Homem em busca de um sentido* (11th ed.). Lua de papel.

George, L. S., & Park, C. L. (2016). Meaning in life as comprehension, purpose, and mattering: Toward integration and new research questions. *Review of General Psychology, 20*(3), 205–220. <https://doi.org/10.1037/gpr0000077>

Góngora, V., & Castro Solano, A. (2011). Validación del Cuestionario de Significado de la Vida MLQ en población adulta y adolescente argentina. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology, 45*(3), 395–404.

Glaw, X., Hazelton, M., Kable, A., & Inder, K. (2020). Exploring academics beliefs about the meaning of life to inform mental health clinical practice. *Archives of Psychiatric Nursing, 34*(2), 36–42. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.02.009>

Glaw, X., Kable, A., Hazelton, M., & Inder, K. (2016). Meaning in Life and Meaning of Life in Mental Health Care: An Integrative Literature Review. *Issues in Mental Health Nursing, 1*–13. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1253804>

- Guerra, M. P., Lencastre, L., Silva, E., & Teixeira, P. M. (2017). Meaning in life in medical settings: A new measure correlating with psychological variables in disease. *Cogent Psychology*, 4(1), 1286747. <https://doi.org/10.1080/23311908.2017.1286747>
- Heintzelman, S. J., & King, L.A. (2014). *Life is pretty meaningful*. *American Psychologist*, 69(6), 561–574. <https://doi.org/10.1037/a0035049>
- Hodges, W. F. (2015). The psychophysiology of anxiety. In Zuckerman & Spielberger (Eds) *Emotions and anxiety (PLE: emotion): New concepts, methods, and applications* (pp.175-194). Psychology Press.
- Kashdan, T. B., Biswas-Diener, R., y King, L. A. (2008). Reconsidering happiness: the costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *The Journal of Positive Psychology*, 3(4), 219-233. <https://doi.org/10.1080/17439760802303044>
- Kelso, K. C., Kashdan, T. B., Imamoğlu, A., & Ashraf, A. (2020). Meaning in life buffers the impact of experiential avoidance on anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 192–198. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.009>
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Korkmaz, H., & Güloğlu, B. (2021). The role of uncertainty tolerance and meaning in life on depression and anxiety throughout Covid-19 pandemic. *Personality and Individual Differences*, 179, 110952. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110952>

- Krause, N. (2007). Evaluating the Stress-Buffering Function of Meaning in Life Among Older People. *Journal of Aging and Health, 19*(5), 792–812. [https://doi.org/10.1177 / 0898264307304390](https://doi.org/10.1177/0898264307304390)
- Kraus, T., Rodrigues, M., & Dixe, M. (2008). Sentido de vida, saúde e desenvolvimento humano. *Revista referência, 10*, 77-88.
- Ladeia, D. N., Silva, A. F. D., Gonçalves, B. B. S., Damasceno, C. M. C., Vieira, J. P. G., Silva, J. A. L., Lopes, L. M. D. M., Queiroz, N. O., & Lopes, A. G. (2020). Análise da saúde mental na população geral durante a pandemia de Covid-19. *Revista Eletrônica Acervo Saúde, 46*, e3925. <https://doi.org/10.25248/reas.e3925.2020>
- Li, J. B., Salcuni, S., & Delvecchio, E. (2019). Meaning in life, self-control and psychological distress among adolescents: A cross-national study. *Psychiatry Research, 272*, 122–129. [https://doi.org/10.1016 / j.psychres.2018.12.033](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.033)
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2011). Meaning in Life and Posttraumatic Growth. *Journal of Loss and Trauma, 16*(2), 150–159. <https://doi.org/10.1080/15325024.2010.519287>
- Lipp, M. E. (2006). Teoria de temas de vida do stress recente e crónico. *Boletim Academia Paulista de Psicologia, XXVI*, 3, 82-93.
- Lipp, M. E. N. & Malagris, L. E. N. (2011). Estresse: Aspectos históricos, teóricos e clínicos. In B. Range (Org), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. (pp 617-633). Artmed.
- Loeffler, S., Poehlmann, K., & Hornemann, B. (2018). Finding meaning in suffering? Meaning making and psychological adjustment over the course of a breast cancer

disease. *European Journal of Cancer Care*, 27(3), e12841.

<https://doi.org/10.1111/ecc.12841>

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)

Malonda, Y. S., & Módenes, M. P. F. (2018). Resiliencia, ansiedad y sentido de la vida en estudiantes universitarios/Resilience, anxiety and sense of life in university students. *Cauriensia*, XIII, 87–106. <https://doi.org/10.17398/2340-4256.13.87>

Malagris, L. E. N., & Dias, F. M. (2019). Estresse. In M. R. Carvalho, L. E. N. Malagris, & B. P. Rangé (Eds.), *Psicoeducação em Teoria Cognitivo-Comportamental* (pp. 245–257). Sinopsys Editora.

Malagris, L.E.N. & Fiorito, A.C. (2006). Avaliação do nível de stress de técnicos da área da saúde. *Estudos de psicologia*, 23(4), 391 – 398.

Marco, J. H., & Alonso, S. (2019). Meaning in life buffers the association between clinical anxiety and global maladjustment in participants with common mental disorders on sick leave. *Psychiatry Research*, 271, 548–553. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.027>

Martela, F., & Steger, M. F. (2016). The three meanings of meaning in life: Distinguishing coherence, purpose, and significance. *The Journal of Positive Psychology*, 11(5), 531–545. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1137623>

- Mascaro, N., & Rosen, D. H. (2005). Existential Meaning's Role in the Enhancement of Hope and Prevention of Depressive Symptoms. *Journal of Personality*, 73(4), 985–1014. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00336.x>
- Mascaro, N., & Rosen, D. H. (2006). The Role of Existential Meaning as a Buffer Against Stress. *Journal of Humanistic Psychology*, 46(2), 168–190. <https://doi.org/10.1177/0022167805283779>
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A., & Silveira, R. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria RS*, 25, 65-74.
- McKnight, P. E., & Kashdan, T. B. (2009). Purpose in Life as a System that Creates and Sustains Health and Well-Being: An Integrative, Testable Theory. *Review of General Psychology*, 13(3), 242–251. <https://doi.org/10.1037/a0017152>
- Melo, R. L. P. D., Eulálio, M. D. C., Gouveia, V. V., & Silva, H. D. M. (2013). O efeito do estresse na qualidade de vida de idosos: o papel moderador do sentido de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(2), 222–230. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000200002>
- Molina, M., Wiener, C., Branco, J., Jansen, K., Souza, L., Tomasi, E., Silva, R., & Pinheiro, R. (2012). Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(6), 194-197. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000600003>
- Monte, K., Fonte, C., & Alves, S. (2015). Saúde mental numa população não clínica de jovens adultos: Da psicopatologia ao bem-estar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 2), 83-87.

- Moutinho, I. L., Maddalena, N. C., Roland, R. K., Lucchetti, A. L., Tibiriçá, S. H., Ezequiel, O. D., & Lucchetti, G. (2017). Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 63(1), 21-28. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.01.21>
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Relatório Mundial da Saúde-Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. (1ªed). Direção Geral da Saúde.
- Schnell, T. (2010). Existential indifference: Another quality of meaning in life. *Journal of Humanistic Psychology*, 50(3), 351–373. <https://doi.org/10.1177/0022167809360259>
- Schnell, T. (2020). *The Psychology of Meaning in Life* (1st ed.). Routledge.
- Schnell, T., & Krampe, H. (2020). Meaning in Life and Self-Control Buffer Stress in Times of COVID-19: Moderating and Mediating Effects With Regard to Mental Distress. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.582352>
- Seligman, M. E. P. (2003). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. Free Press.
- Selye, H. (1951). The General Adaptation Syndrome. *Annual Review of Medicine*, 2, 327-342. <https://doi.org/10.1146/annurev.me.02.020151.001551>
- Shiah, Y.J., Chang, F., Chiang, S.-K., Lin, I.-M., & Tam, W.-C. C. (2013). *Religion and Health: Anxiety, Religiosity, Meaning of Life and Mental Health*. *Journal of Religion and Health*, 54(1), 35–45. <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9781-3>

- Smith, EE. (2017). *The power of meaning. Crafting a life that matters*. Rider.
- Steger, M. F. (2009). *Meaning in life*. In S. J. Lopez (Ed.), *Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed., pp. 679-687). Oxford University Press.
- Steger, M. F. (2012). Making Meaning in Life. *Psychological Inquiry*, 23(4), 381–385. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2012.720832>
- Steger, M., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 80–93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
- Steger, M. F., Kashdan, T. B., Sullivan, B. A., & Lorentz, D. (2008). Understanding the Search for Meaning in Life: Personality, Cognitive Style, and the Dynamic Between Seeking and Experiencing Meaning. *Journal of Personality*, 76(2), 199–228. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2007.00484.x>
- Steger, M. F., Fitch-Martin, A., Donnelly, J., & Rickard, K. M. (2015). Meaning in life and health: Proactive health orientation links meaning in life to health variables among American undergraduates. *Journal of Happiness Studies*, 16, 583-597. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9523-6>
- Steger, M. F., Mann, J., Michels, P., & Cooper, T. (2009). Meaning in life, anxiety, depression, and general health among smoking cessation patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 353-358. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.02.006>

- Steger, M. F., Oishi, S., & Kashdan, T. B. (2009). Meaning in life across the life span: Levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older adulthood. *The Journal of Positive Psychology, 4*, 43–52. <https://doi.org/10.1080/17439760802303127>
- Steger, M. F., & Kashdan, T. B. (2013). The unbearable lightness of meaning: Well-being and unstable meaning in life. *The Journal of Positive Psychology, 8*, 103–115. <https://doi.org/10.1080/17439760.2013.771208>
- Straub, O. (2014). *Psicologia da Saúde: Uma abordagem biopsicossocial* (3rd ed.). Artmed.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contributos para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5*, 229-239
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin, 136*(2), 257–301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>
- Park, J., & Baumeister, R. F. (2017). *Meaning in life and adjustment to daily stressors. The Journal of Positive Psychology, 12*(4), 333–341. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1209542>
- Park, N., Park, M., & Peterson, C. (2010). When is the search for meaning related to life satisfaction? *Journal of occupational and organizational psychology, 2* (1), 1-13. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01024.x>

- Portugal, M. V. (2017). Versão portuguesa do questionário do sentido da vida: Primeiros estudos psicométricos [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/33211>
- Pulopulos, M. M., & Kozusznik, M. W. (2018). The moderating role of meaning in life in the relationship between perceived stress and diurnal cortisol. *Stress, 21*(3), 203–210. <https://doi.org/10.1080/10253890.2018.1429397>
- Prager, E. (1997). Meaning in later life: An organizing theme for gerontological curriculum design. *Educational Gerontology, 23*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/0360127970230101>
- Ribeiro, J. P. (2007). *Introdução à psicologia da Saúde* (2ª Edição). Quarteto.
- Rimehaug, T., & Wallander, J. (2010). Anxiety and depressive symptoms related to parenthood in a large Norwegian community sample: The HUNT2 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*, 713-721. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0110-9>
- Reker, G. T. (1997). Personal meaning, optimism, and choice: Existential predictors of depression in community and institutional elderly. *The Gerontologist, 37*(6), 709-71. <https://doi.org/10.1093/geront/37.6.709>
- Reker, G. T., & Wong, P. T. (1988). Aging and the individual process: Toward a theory of personal meaning. In J. E. Birren & V. L. Bengston (Eds.), *Emergent theories of aging* (pp. 214–246). Springer

- Roncon, J., Lima, S., & Pereira, M. (2015). Qualidade de vida, morbilidade psicológica e stress familiar em idosos residentes na comunidade. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 31(1), 87-96. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015011637087096>
- Updegraff, J. A., Silver, R. C., & Holman, E. A. (2008). Searching for and finding meaning in collective trauma: Results from a national longitudinal study of the 9/11 terrorist attacks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(3), 709–722. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.3.709>
- Van der Heyden, K., Dezutter, J., & Beyers, W. (2015). Meaning in Life and depressive symptoms: a person-oriented approach in residential and community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health*, 19(12), 1063–1070. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.995589>
- Van Tongeren, D. R., Hill, P. C., Krause, N., Ironson, G. H., & Pargament, K. I. (2017). The Mediating Role of Meaning in the Association between Stress and Health. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(5), 775–781. <https://doi.org/10.1007/s12160-017-9899-8>
- Vaz Serra, A (1994). *IACLIDE- Inventário de depressão clínica da depressão*. Edição Psiquiatria clínica.
- Vaz Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Gráfica de Coimbra.
- Vehling, S., Lehmann, C., Oechsle, K., Bokemeyer, C., Krüll, A., Koch, U., & Mehnert, A. (2010). Global meaning and meaning-related life attitudes: exploring their role in predicting depression, anxiety, and demoralization in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 19(4), 513–520. <https://doi.org/10.1007 / s00520-010-0845-6>

- Volkert, J., Härter, M., Dehoust, M. C., Ausín, B., Canuto, A., Da Ronch, C., Suling, A., Grassi, L., Munoz, M., Santos-Olmo, A. B., Sehner, S., Weber, K., Wegscheider, K., Wittchen, H. U., Schulz, H., & Andreas, S. (2017). The role of meaning in life in community-dwelling older adults with depression and relationship to other risk factors. *Aging & Mental Health*, 23(1), 100–106. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1396576>
- Volkert, J., Schulz, H., Brütt, A. L., & Andreas, S. (2014). Meaning in Life: Relationship to Clinical Diagnosis and Psychotherapy Outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 70(6), 528–535. <https://doi.org/10.1002/JCLP.22053>
- Watson, D., Clark, L. A., Weber, K., Assenheimer, J. S., Strayss, M. E., & McCormick, R. A. (1995). Testing a Tripartite Model: II. Exploring the Symptom Structure of Anxiety and Depression in Student, Adult, and Patient Samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 1, 15-25. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.104.1.15>
- Winger, J. G., Adams, R. N., & Mosher, C. E. (2015). Relations of meaning in life and sense of coherence to distress in cancer patients: a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 25(1), 2–10. <https://doi.org/10.1002/pon.3798>
- World Health Organization (2002). *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. World Health Organization.
- World Health Organization (2019, 28 de novembro). Mental disorders. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>