

Mariana Gaiofatto Rodrigues



**SENTIDO DE VIDA E SAÚDE MENTAL: DO BEM-ESTAR À  
PSICOPATOLOGIA EM UMA POPULAÇÃO ADULTA DO BRASIL**

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Porto, 2022



Mariana Gaiofatto Rodrigues



**SENTIDO DE VIDA E SAÚDE MENTAL: DO BEM-ESTAR À  
PSICOPATOLOGIA EM UMA POPULAÇÃO ADULTA DO BRASIL**

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Porto, 2022

Mariana Gaiofatto Rodrigues

Assinatura: \_\_\_\_\_

**SENTIDO DE VIDA E SAÚDE MENTAL: DO BEM-ESTAR À  
PSICOPATOLOGIA EM UMA POPULAÇÃO ADULTA DO BRASIL**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Carla Fonte.

## Resumo

Embora cercado por um mundo com tantas facilidades, prazeres, tecnologias e diversas outras opções, cada vez mais as pessoas se sentem sozinhas e com dificuldades de encontrar um real sentido para as suas vidas. Esse sentimento de ausência de sentido foi definido por Frankl (2007) como vácuo existencial. Vazio este que surge em decorrência da falta de metas e objetivos que motivem o indivíduo a viver e que é capaz de gerar afetos negativos, depressão e outros problemas psicológicos, afetando assim a saúde mental do indivíduo (Frankl, 2010). A proposta geral do estudo realizado, consistiu justamente em conhecer, em jovens e adultos, as correlações entre o sentido de vida e níveis de saúde mental, em termos do bem-estar e da psicopatologia (ansiedade, depressão e stress), que apresentam grande prevalência e um aumento significativo nos dias atuais. A questão central do estudo é: Que relações pode se estabelecer entre os níveis de sentido de vida e de saúde mental, no que se refere ao bem-estar e a psicopatologia (ansiedade, depressão e stress)? O enquadramento metodológico utilizado para desenvolver o estudo foi a pesquisa quantitativa, tendo participado desta, 319 adultos com idades compreendidas entre os 19 e os 75 anos, brasileiros, de ambos os sexos. Os dados foram recolhidos com recurso aos seguintes instrumentos, na versão brasileira: Questionário Sociodemográfico; Questionário do Sentido de Vida (QSV); Escala Continuum de Saúde Mental – Versão Reduzida (Adultos) (MHC\_SF) e à Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21); Sendo os dados tratados com o programa estatístico SPSS, versão 27. Em relação aos resultados, são apresentados os níveis de sentido de vida, de saúde mental: bem-estar e psicopatologia (depressão, ansiedade e stress), bem como suas correlações e diferenças de acordo com algumas variáveis sociodemográficas. Com a pesquisa realizada constatou-se que, a população em estudo apresenta níveis relativamente altos de sentido de vida e saúde mental positiva/bem-estar, bem como níveis inferiores de psicopatologia, nomeadamente de ansiedade, depressão e stress, tendo sido encontradas correlações positivas entre presença de sentido de vida e saúde mental positiva/bem-estar, bem como correlações negativas entre procura de sentido de vida e psicopatologia (depressão, ansiedade e depressão). Verificou-se, ainda, que são os mais jovens, solteiros, sem o ensino superior e sem filhos que apresentaram os níveis mais baixos de presença de sentido de vida. As mulheres apresentaram níveis mais altos de psicopatologia e os homens de saúde mental positiva. Resultados que reforçam a

necessidade de incluir o sentido de vida em programas de intervenção e promoção da saúde.

**Palavras-chave:** adultos brasileiros, sentido de vida, saúde mental, bem-estar, psicopatologia

## **Abstract**

Although surrounded by a world with so many facilities, pleasures, technologies and many other options, more and more people feel alone and struggling to find a real meaning for their lives. This sense of absence of meaning was defined by Frankl (2007) as an existential vacuum. This void arises due to the lack of goals and objectives that motivate the individual to live and that is capable of generating negative affects, depression and other psychological problems, thus affecting the mental health of the individual (Frankl, 2010). The general proposal of the study was precisely to know, in young people and adults, the correlations between the meaning of life and mental health levels, in terms of well-being and psychopathology (anxiety, depression and stress), which present great prevalence and a significant increase today. The central question of the study is: What relationships can be established between the levels of meaning of life and mental health, with regard to well-being and psychopathology (anxiety, depression and stress)? The methodological framework used to develop the study was quantitative research, having participated in this, 319 adults aged between 19 and 75 years, Brazilian, of both sexes. The data were collected using the following instruments, in the Brazilian version: Sociodemographic Questionnaire; Meaning of Life Questionnaire (QSV); Continuum Mental Health Scale - Reduced Version (Adults) (MHC\_SF) and the Anxiety, Depression and Stress Scale (EADS-21); The data being treated with the statistical program SPSS, version 27. Regarding the results, the levels of meaning of life, mental health: well-being and psychopathology (depression, anxiety and stress) are presented, as well as their correlations and differences according to some sociodemographic variables. With the research conducted it was found that the study population has relatively high levels of meaning of life and positive mental health/well-being, as well as lower levels of psychopathology, namely anxiety, depression and stress, and positive correlations were found between the presence of meaning of life and positive mental health/well-being, as well as negative correlations between search for meaning of life and psychopathology (depression, anxiety and depression). It was also verified that it is the youngest, single, without higher education and without children who presented lowest the levels of presence of meaning of life. Women had higher levels of psychopathology and men had positive mental health. Results that reinforce the need to include meaning of life in intervention and health promotion programs.

**Keywords:** Brazilian adults, meaning of life, mental health, well-being, psychopathology.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente à Deus por me guiar em todos os momentos e me permitir ter saúde para seguir adiante.

Os meus sinceros agradecimentos ao meu marido, Wellington por não poupar esforços para me ver feliz e me incentivar todos os dias. Ele que é meu alicerce e embarcou comigo literalmente nesse sonho, me proporcionando forças quando o desânimo começava a bater, acreditando sempre no meu potencial.

Ao meu pai por sempre me mostrar a importância do conhecimento, principalmente através de seu exemplo, além de me apoiar na minha trajetória.

A minha mãe por seus cuidados, amor e por ter despertado em mim o interesse pela psicologia.

As minhas irmã Mayara e Caroline pela cumplicidade e por me presentear com meus sobrinhos Laura e Joaquim, que amo demais.

A minha sogra Regina, por se preocupar diariamente comigo, demonstrando sempre seu carinho, amor e atenção e a Vivi, que tanto amo.

A minha madrastra Ana por contribuir com suas ideias e me auxiliar sempre que necessito, por seu carinho e sua paciência.

A minha amiga Marcela pela confiança e por mesmo longe fisicamente, se manter presente em minha vida.

A minha psicóloga, Eudinéia, que me acompanha durante quase toda a minha vida, por me escutar, orientar e ser a profissional a qual admiro e me inspiro.

E não poderia deixar de agradecer a minha orientadora Prof. Carla, por ter me incluído em um dos seus projetos, aceitando me orientar e acompanhar na elaboração desta pesquisa e por toda a sua colaboração, seus ensinamentos, suas palavras de carinho, incentivo e seu acolhimento deste o início.

E a todos que de alguma forma contribuíram direta ou indiretamente para o desenvolvimento dessa dissertação, meu muito obrigado!!

## Sumário

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>PARTE I:ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>4</b>
<b>CAPÍTULO I – SENTIDO DE VIDA.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1. DEFININDO O CONSTRUTO .....</b>	<b>5</b>
<b>1.2. CONTRIBUIÇÕES DA LOGOTERAPIA PARA O ESTUDO DO SENTIDO DE VIDA .....</b>	<b>9</b>
<i>1.2.1.A Logoterapia de Viktor Frankl.....</i>	<i>9</i>
<i>1.2.2.O sentido de vida à luz da Logoterapia.....</i>	<i>13</i>
<i>1.2.3.O vazio existencial e a depressão noogênica.....</i>	<i>15</i>
<b>CAPÍTULO II – SAÚDE MENTAL E PSICOPATOLOGIA .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1. SAÚDE MENTAL NUMA PERSPECTIVA POSITIVA.....</b>	<b>19</b>
<i>2.1.1. Bem-estar .....</i>	<i>24</i>
<b>2.2. DOENÇA MENTAL/PSICOPATOLOGIA .....</b>	<b>28</b>
<i>2.2.1. Depressão .....</i>	<i>28</i>
<i>2.2.2. Ansiedade .....</i>	<i>32</i>
<i>2.2.3. Stress.....</i>	<i>36</i>
<b>CAPÍTULO III – RELAÇÃO ENTRE SENTIDO DE VIDA, SAÚDE MENTAL E PSICOPATOLOGIA.....</b>	<b>39</b>
<b>3.1. SENTIDO DE VIDA, SAÚDE MENTAL E PSICOPATOLOGIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA .....</b>	<b>43</b>
<b>PARTE II: ENQUADRAMENTO EMPÍRICO.....</b>	<b>49</b>
<b>CAPÍTULO IV – ESTUDO EMPÍRICO.....</b>	<b>50</b>
<b>4.1. OBJETIVOS.....</b>	<b>50</b>
<b>4.2. MÉTODO .....</b>	<b>50</b>
<i>4.2.1. Participantes.....</i>	<i>50</i>
<i>4.2.2. Instrumentos.....</i>	<i>52</i>
<i>4.2.3. Procedimentos .....</i>	<i>55</i>
<b>CAPÍTULO V – ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>57</b>

<b>5.1. RESULTADOS .....</b>	<b>57</b>
<b>5.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>68</b>
<b>5.3. CONCLUSÃO.....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>104</b>

## ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES - FIGURAS

Figura 1: Modelo de saúde mental completa (adaptado de Keys & Lopes, 2002, por Santos, 2011).....	23
---	----

## ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES – TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Caracterização sociodemográfica dos participantes quanto ao sexo, zona em que vive, estado civil, filhos e números dos mesmos, rendimento anual líquido, níveis de escolaridade e situação profissional. ....	51
<b>Tabela 2.</b> Caracterização dos participantes em termos de presença de sentido de vida e procura de sentido de vida.....	57
<b>Tabela 3.</b> Caracterização da saúde mental dos participantes nas dimensões do bem-estar emocional, bem-estar social, bem-estar psicológico, bem-estar geral e da psicopatologia em função dos níveis de depressão, ansiedade e stress. ....	58
<b>Tabela 4.</b> Caracterização da relação entre os níveis de sentido de vida e os níveis de bem-estar .....	60
<b>Tabela 5.</b> Caracterização da relação entre os níveis de sentido de vida e os níveis de psicopatologia (depressão, ansiedade e stress).....	62
<b>Tabela 6.</b> Diferenças entre o sexo masculino e o sexo feminino, em função dos níveis de presença e procura de sentido de vida (QSV), dos níveis de bem-estar (MHC-SF) e dos níveis de ansiedade, depressão e stress (EADS-21). ....	63
<b>Tabela 7.</b> Diferenças entre o estado civil, em função dos níveis de presença e procura de sentido de vida (QSV), dos níveis de bem-estar (MHC-SF) e dos níveis de ansiedade, depressão e stress (EADS-21).....	64
<b>Tabela 8.</b> Diferenças entre o grau de escolaridade, em função dos níveis de presença e procura de sentido de vida (QSV), dos níveis de bem-estar (MHC-SF) e dos níveis de ansiedade, depressão e stress (EADS-21).....	65
<b>Tabela 9.</b> Diferenças entre a existência ou não de filhos, em função dos níveis de presença e procura de sentido de vida (QSV), dos níveis de bem-estar (MH-SH) e dos níveis de ansiedade, depressão e stress (EADS-21).....	66
<b>Tabela 10.</b> Correlação entre idade e os níveis de sentido e procura de sentido de vida (QSV), dos níveis de bem-estar (MHC-SF) e dos níveis de ansiedade, depressão e stress (EADS-	

21) ..... 67

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo I.</b> Questionário sociodemográfico .....	105
<b>Anexo II.</b> Questionário de Sentido da Vida (QSV).....	106
<b>Anexo III.</b> Escala Continuum de Saúde Mental – (MHC_SF).....	108
<b>Anexo IV.</b> Escala de Ansiedade Depressão e Stress (EADS- 21).....	110
<b>Anexo V.</b> Parecer da comissão de ética.....	112

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APA – Associação de psiquiatria americana

AMA – Associação médica americana

EADS-21- Escala de ansiedade depressão e stress

DSM-5 – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais

MHC\_SF - Escala continuum de saúde mental

OMS – Organização mundial de saúde

QSV – Questionário de sentido de vida

SNA – Sistema Nervoso Autônomo

TCC – Terapia cognitiva comportamental

WHO – World Health Organization

## **Introdução**

O ser humano sempre buscou compreender o sentido da vida, é da natureza humana fazer perguntas como: De onde viemos? Qual é o propósito da vida? Para onde vamos quando morremos? Qual é o significado de tudo isso? Vale a pena viver? São questões que sempre intrigaram o ser humano. Desse modo, tal temática tem sido investigada ao longo dos anos, por diversas áreas do conhecimento, tais como a Filosofia, a Teologia, bem como a Psicologia.

Enquanto construto psicológico, o sentido da vida, foi inicialmente teorizado e divulgado pela teoria logoterapêutica do psiquiatra e psicólogo Viktor E. Frankl (1905-1997). De acordo com esta teoria, encontrar um sentido para a vida, um significado, meta ou finalidade que valha a pena viver e traga razões para ser feliz é, uma necessidade diária, proveniente de uma motivação intrínseca ao ser humano, denominada ‘vontade de sentido’. Essa ‘vontade de sentido’ refere-se, portanto, ao interesse contínuo do ser humano por um significado para a sua vida (Frankl,1989).

Segundo Frankl (2005), a presença de um sentido de vida, é um componente fundamental tanto para o bem-estar psicológico quanto para o bem-estar subjetivo das pessoas. Nessa perspectiva argumenta que, poderá existir uma relação direta entre a falta de sentido e o sofrimento psíquico.

Embora cercado por um mundo com tantas facilidades, prazeres, tecnologias e diversas outras opções, cada vez mais as pessoas se sentem sozinhas e com dificuldades de encontrar um real sentido para as suas vidas. Esse sentimento de ausência de sentido é definido por Frankl (2007) como vácuo existencial, em que o homem vivencia uma frustração da ‘vontade de sentido’. Vazio este que surge em decorrência da falta de metas e objetivos que motivem o indivíduo a viver e que é capaz de gerar afetos negativos, depressão e outros problemas psicológicos, afetando assim a saúde mental do indivíduo (Frankl, 1978, 2001, 2003).

A proposta do estudo realizado, consistiu justamente, em analisar as relações entre os níveis de sentido de vida experienciado pelos indivíduos e os níveis de saúde mental que manifestam, em termos de bem-estar e da psicopatologia nomeadamente depressão, ansiedade e stress, que apresentam grande prevalência e um aumento significativo nos dias atuais. Dessa forma, estabeleceu-se os seguintes objetivos

específicos: caracterizar a amostra nos níveis de sentido de vida e de saúde mental (nas dimensões do bem-estar e da psicopatologia); analisar a relação entre os níveis de sentido de vida e os níveis de bem-estar; analisar a relação entre os níveis de sentido de vida e os níveis de psicopatologia (depressão, ansiedade e stress); identificar as diferenças dos níveis de sentido de vida e de saúde mental (bem-estar e psicopatologia) quando associadas as seguintes variáveis sociodemográficas: idade, gênero, estado civil, grau de escolaridade e existência de filhos.

A relevância deste estudo consiste na importância que o fenômeno da saúde mental, em termos dos níveis de bem-estar, mas também depressão, ansiedade e stress, vem alcançando na contemporaneidade e na crescente inquietação por parte dos estudiosos sobre esses transtornos, devido a sua incidência (Cruwys. et al, 2014), em todo o mundo, principalmente na população brasileira.

Segundo dados estatísticos, o Brasil é o segundo país das Américas com maior número de pessoas depressivas (OMS, 2020) e o país com maior prevalência de ansiedade no mundo (OMS, 2017).

Considerando que, depressão, ansiedade e stress coexistem com frequência e acarretam considerável sofrimento para muitos, a investigação da relação entre a ocorrência desses transtornos psicológicos e a percepção do indivíduo em relação ao sentido de vida, que é segundo Frankl (1985), um componente fundamental para o bem-estar, pode ser importante para o desenvolvimento de intervenções que visem contribuir para que o indivíduo vivencie sentido na sua vida, aliviando seu sofrimento.

O interesse pelo tema se deu, há algum tempo, devido ao convívio e trabalho com pessoas depressivas e ansiosas e por presenciar mudanças de comportamentos e a angústia sentida por essas pessoas em relação ao sentido que atribuíam para suas próprias vidas, pois é comum nessas pessoas a queixa de um vazio, uma angústia, medo, o que me despertou certa curiosidade acerca dos sentimentos, crenças, medos e expectativas da pessoa em sofrimento psíquico.

O desejo de estudar mais profundamente este tema também se justifica pela possibilidade de utilizar os conhecimentos que serão adquiridos para auxiliar a minha prática profissional e de tantos outros profissionais.

Espera-se que este estudo, promova reflexões, que tenham como resultado, práticas com o intuito de prevenir e promover a saúde mental, com foco no sentido da vida, de modo a aumentar os fatores protetivos do indivíduo e consequentemente diminuir a incidência de desfechos negativos em saúde mental.

Tendo em conta essas questões, realizou-se uma breve revisão na literatura dos conceitos e estudos sobre o sentido de vida, saúde mental, ansiedade, depressão e stress, procurando identificar as principais contribuições da logoterapia no desenvolvimento de ações de prevenção e na promoção da saúde mental, bem como uma pesquisa quantitativa cujo o principal intuito é analisar as relações entre o sentido de vida experienciado pelos indivíduos e os níveis de saúde mental, em termos de bem-estar e da psicopatologia (depressão, ansiedade e stress) que manifestam.

## **PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **CAPÍTULO I – Sentido de Vida**

### **1.1. Definindo o construto**

No decorrer da história da humanidade, muitas foram as reflexões sobre o sentido da vida, um tema que tem sido estudado por filósofos, teólogos, religiosos, poetas e psicólogos, dentre outros, constituindo assunto de interesse das pessoas de modo geral. É da natureza humana fazer perguntas como “De onde viemos? Qual é o propósito da vida? O que estamos fazendo aqui? Para onde vamos quando morremos? Qual é o significado de tudo isso? Vale a pena viver? São questões que sempre intrigaram o ser humano e por isso há uma quantidade grande de possíveis respostas sobre o tema, pois cada pessoa pode ter uma opinião diferente e encontrar respostas distintas, bem como em cada momento de sua vida (Aquino et. Al., 2015; Frankl, 1965).

Especificamente em relação a área da psicologia, o interesse em compreender e descrever a busca do ser humano por um sentido na vida, foi extremamente influenciado pelos conhecimentos e pressupostos do existencialismo, tendo como base filósofos como: Kierkegaard, 1976; Jaspers, 1973, Heidegger, 1989, Sartre, 1987 (Aquino et. al., 2015; Damásio, 2013). A partir da influência destes filósofos, a Psicologia Humanista surge, passando a ser a corrente psicológica responsável por propagar a ideia de que o construto sentido da vida seria um elemento essencial para o funcionamento psicológico positivo (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2003; Schnell & Becker, 2006).

Nesse sentido, enquanto filósofos e teólogos, em geral, tentavam compreender o sentido da vida humana, através da avaliação da origem e do significado cósmico do universo, a Psicologia Humanista ocupou-se em auxiliar os indivíduos no entendimento de qual seria o sentido de suas vidas em particular (Damásio, 2013). Ou seja, voltou-se para uma perspectiva idiossincrática, compreendendo que cada ser humano, teria (ou deveria ter) um sentido único e exclusivo para a sua existência. Dentre os principais autores desta linha, destacam-se Gordon Allport, Abraham Maslow e, principalmente, Viktor Emil Frankl.

Um impulso decisivo da investigação sobre o sentido de vida foi dado pelo psiquiatra e neurologista vienense, Viktor Frankl (1905-1997), a partir do livro “O Homem em busca de sentido”. Nesta obra, o autor, descreve sua passagem por campos de concentração e expõe a teoria que desenvolveu, a Logoterapia, conhecida como a

Terceira Escola Vienense de Psicoterapia, que pode ser compreendida como uma psicoterapia centrada no sentido. A obra, foi traduzida em várias línguas e teve dezenas de milhões de exemplares vendidos, sendo certamente uma das publicações mais influentes do século passado, o que revela o grande interesse e a aceitação da logoterapia. Desse modo, considerando a enorme contribuição de Frankl para a temática em questão, sua história de vida, bem como sua teoria, serão melhores abordadas no próximo sub capítulo desta dissertação.

Segundo Frankl, algumas pessoas ao perceberem a inexistência de sentido em suas vidas, o que definiu como “vazio existencial”, podem passar por altos níveis de stress psicológico. Em suas experiências no campo de concentração observou que, as pessoas que não tinham um propósito definido para as suas vidas, morriam antes do que aquelas que enxergavam um significado em viver (Frankl, 2011).

Assim, para o autor, o sentido da vida pode ser compreendido como: “o motivo, o para quê, a razão pela qual se luta por alguma coisa ou para ser de uma determinada maneira, ou seja, é o que orienta e guia os indivíduos” (Frankl, 1986, p 45). O que significa que, o sentido de vida, é um modo específico de enxergar um significado à situação e ter assim uma motivação para enfrentá-la, como uma necessidade diária, parte de uma vida humana saudável, que funciona como um fator de proteção interno do indivíduo (Frankl, 2011).

Frankl, ressaltou, portanto, a importância de se atentar ao sentido de vida individual, diferenciando de perguntas filosóficas que buscam entender o sentido da existência humana, mas especificamente enquanto espécie animal. Ou seja, o foco do estudo de Frankl estava para a questão: ‘Qual o sentido da minha vida’, e não para a pergunta: ‘Qual o sentido da vida humana na Terra?’ (Frankl, 1978).

Após a influência de Frankl, outros autores somaram novas dimensões ao construto, na tentativa de sistematizá-lo e apresentaram suas definições sobre o sentido de vida. Por exemplo Reker e Wong (1988, p.221), conceituaram sentido de vida como o “conhecimento e a coerência do propósito da existência de um indivíduo, através da busca e realização de objetivos que contribuem para o sentimento de satisfação”. Sugerindo que o sentido de vida é um construto multidimensional, composto por três componentes fundamentais: o componente cognitivo, o motivacional e o afetivo.

O componente cognitivo do construto em questão, engloba crenças e interpretações do mundo, que auxiliam o indivíduo a lidar com questões existenciais, buscando dar sentido as experiências de vida (Reker, 2000). De acordo com a ciência cognitivista, as pessoas necessitam atribuir sentido as todas as suas experiências, para viver suas vidas. Assim, tendem a extrair sentido de vida avaliando a coerência de suas ações e a relação destas com seus sistemas de valores pessoais.

Já o aspecto motivacional, trata da busca e do alcance de objetivos que as pessoas estabelecem para as suas vidas, ou seja, seus propósitos (Marcela & Steger, 2016; Reker & Wong, 1988). Esse componente reúne os sistemas de valores de cada indivíduo, que vão interferir no alcance de suas metas. De acordo com essa perspectiva, ao ter objetivos significativos, o indivíduo compreende o que ele quer realizar na sua vida e conseqüentemente o leva a compreensão do significado de sua existência.

Por fim, o componente afetivo refere-se a sentimentos de satisfação, realização e felicidade, proporcionados através da percepção de sentido e da busca e concretização dos propósitos. Está relacionado por tanto com a crença de que vale a pena viver, levando o indivíduo a uma sensação de bem-estar (Marcela & Steger, 2016; Reker & Wong, 1988).

De acordo com Reker (1977), o sentido de vida por tanto, está relacionado a ter um propósito, uma direção, uma razão para existir, ou seja, saber o que quer, para onde se quer ir e o que esperar da vida. Para isso as crenças, valores e as necessidades de cada indivíduo vão funcionar como um guia, indicando quais metas e projetos ele deve perseguir.

Mais tarde Baumeister (1991), sugeriu que o indivíduo pode encontrar um sentido de vida, através da realização de suas necessidades básicas, da existência de um propósito, eficácia e autoestima, além da importância que dá aos acontecimentos da vida.

Schnell (2010) assim como os autores, Reker e Wong (1988), conceitualizou o sentido da vida, de acordo com uma perspectiva multidimensional composta por quatro dimensões: o propósito, a compreensão, a responsabilidade e o prazer. Segundo essa abordagem, cada fonte de sentido considera as necessidades básicas e os objetivos de vida do indivíduo.

As fontes de sentido, por sua vez, referem-se “às orientações generalizadas e relativamente estáveis para a vida (...) são as fontes de sentido que motivam o compromisso, fortalecendo e aumentando o sentido da vida” (pp.353-354).

Considerando esses aspectos, Schnell (2009), definiu sentido de vida como uma percepção de significado, ou seja, quando o indivíduo avalia que a própria vida é coerente, significativa e direcionada a objetivos.

Dentre as investigações sobre o construto do sentido de vida, cabe destacar ainda, os trabalhos de Steger, por ter apresentado uma teoria mais abrangente de compreensão do significado existencial. Diferente de Reker e Wong (1988), o autor em questão apresentou cautela ao incluir os aspectos afetivos como componentes do construto sentido de vida.

Para Steger (2009), são os componentes cognitivos e motivacionais que diferenciam o construto do sentido de vida, de outros construtos psicológicos já existentes. Os aspectos emocionais, como por exemplo a felicidade, são consequências da sensação de realização existencial e não a realização em si, ou seja, as pessoas que compreendem um sentido para a sua existência, se sentem felizes, em decorrência da sensação de realização existencial.

Conforme pode ser percebido, ambas as definições propostas por Steger (2009) e Schnell (2009) diferem daquela elaborada por Reker e Wong (1988), por não incorporarem os aspectos afetivos na compreensão do que seria sentido de vida.

Tendo em vista estes aspectos, Steger (2016) afirma que, para o ser humano experimentar sentido na vida, ele precisa ser capaz de compreender o mundo ao seu redor, encontrar uma direção para suas ações, bem como identificar valores, propósito e objetivos em sua vida. Dessa forma, sentirá que tem sentido viver, que vale a pena estar vivo e, portanto, lutar para realizar seus ideais.

Steger, defende ainda, a ideia de que além de ser motivado para a presença de sentido de vida, o ser humano também possui uma motivação para procurar por um sentido. Esclarecendo que, a busca por sentido se refere àqueles indivíduos que estão tentando compreender ou aumentar o propósito de sua vida, enquanto que a presença diz respeito àqueles que estão engajadas em um sentido ao longo da vida (Steger, 2016).

Considerando que poucas pesquisas levam em conta a busca das pessoas por um sentido, Steger et al. (2006), em seus estudos, discriminam essas duas dimensões: a busca e a presença de sentido, ressaltando que uma não exclui a outra, a pessoa pode perceber um sentido em sua vida e ao mesmo tempo estar buscando uma compreensão mais profunda daquilo que já faz a sua vida parecer significativa, além de tentar buscar novas fontes de significado.

Nesse âmbito, o autor observa, ainda que, pode existir também uma correlação negativa entre procura e vivência do sentido de vida. Se por um lado, a falta de sentido contribui para a procura de sentido, por outro lado, quando essa procura é excessiva, pode facilitar e contribuir para que o indivíduo vivencie sentido na sua vida. Ou seja, parece assim, haver uma relação complexa e dinâmica entre essas duas variáveis (Steger et al, 2000, 2008, 2009, 2010 & 2012).

Na literatura, embora as definições sobre o sentido de vida apresentem algumas diferenças, observa-se que os teóricos de forma geral, que investigam essa temática, consideram de forma unânime o significado como fundamental para uma vida humana saudável.

## **1.2. Contribuições da Logoterapia para o estudo do sentido de vida**

### **1.2.1.A Logoterapia de Viktor Frankl**

Como foi descrito no sub capítulo anterior, Viktor Frankl foi o teórico pioneiro na busca por investigações sobre o sentido de vida dentro do contexto da psicologia. Com a sua obra, “O Homem em busca de sentido”, a temática do sentido de vida passou a ser relevante na comunidade científica. E considerando que, a obra de Viktor E. Frankl está diretamente associada à sua vida pessoal e profissional, torna-se importante conhecer um pouco da vida e da teoria logoterapêutica do psiquiatra e psicólogo austríaco Viktor Emil Frankl (1905-1997) e a sua valiosa contribuição para o estudo do conceito de sentido de vida.

A vida e a obra de Viktor E. Frankl é uma sequência de fatos que se desencadeiam em um testemunho inquestionável. Mostra como se pode viver humanamente se a busca de sentido é ‘resolvida’. Frankl coloca que a busca de sentido

é uma exata e precisa definição da natureza humana.

Desde cedo Frankl começou a se interessar pela descoberta de um sentido para a vida. Aos treze anos durante uma aula em que o professor de história natural explicava que o homem em última análise nada mais era do que um processo de oxidação, o jovem Frankl o questionou com a seguinte pergunta: “Sim, mas então o que é que dá sentido a toda uma vida?” (Frankl, 2003a, p.57), este interesse foi o propulsor de sua vida e teoria.

Segundo Xausa (1986), “Viktor foi educado dentro da tradição judaica, envolvido por grande afeto familiar e no respeito aos valores espirituais” (p.21). O clima familiar era sereno e alegre. Os valores espirituais eram cultivados com seriedade. Toda a infância e adolescência de Frankl transcorreram no que se pode chamar de um clima rico em calor humano e cultural. O lar afetuoso de Frankl foi possivelmente o responsável pela formação de uma personalidade marcada pelo seu amor ao ser humano e pelo desejo de vê-lo melhor, motivação que o conduziu a elaborar a Logoterapia.

Ainda muito jovem, começou a interessar-se por Psicanálise e iniciou contatos com Sigmund Freud e, entre 1926 e 1927, fez parte do círculo de colaboradores de Alfred Adler, fundador da chamada Psicologia Individual. Ambos tiveram influência em sua formação. Frankl formou-se em Medicina em 1930 e durante esse período, publicou vários artigos, especialmente e, em sua maioria, dedicados à juventude, fase na qual o autor percebia sofrimentos, conflitos e a falta de sentido e significado na vida (Xausa, 1986).

Xausa (1986) faz uma referência a uma reportagem feita pela Revista Manchete, em Porto Alegre-RS, em 1984, em que Frankl explica como surgiu a logoterapia: “Em 1926, durante uma conferência para psiquiatras que houve em Viena, usei pela primeira vez a expressão logoterapia. Então, em três anos, passei de Freud a Adler e, por fim, criei uma nova escola”. Portanto no final da década de vinte do século passado Frankl cria a sua escola sobre o sentido da vida e na década de trinta então desenvolveu e complementou sua análise existencial, diferenciando-a de outras escolas existenciais da época.

Sendo assim, sua teoria foi formulada antes e durante o tempo em que passou em campos de concentração nazista, contudo sua experiência vivida nestes campos, não mais como psiquiatra, mas como refém, aprendendo a conhecer a humanidade através

do próprio sofrimento e do sofrimento de seus companheiros, fez com que toda a sua teoria fosse colocada à prova e enriquecida através dessa sua experiência.

Durante o tempo em que foi prisioneiro, Frankl viveu momentos muito dramáticos que o marcaram profundamente, “Quem não vivenciou pessoalmente a situação reinante num campo de concentração não faz a menor ideia da radical insignificância a que se reduz o valor da vida do indivíduo ali internado” (Frankl, 2010, p.72). Toda a sua família exceto a sua irmã morreu em campos de concentração ou crematórios. É fato a estreita relação entre o autor e sua teoria. Para Xausa (1986), é nesse contexto, que a relação existencial entre a vida e a obra de Frankl se torna ímpar na história da Psicologia.

De acordo com Xausa (1986, p.15), “Sua dolorosa experiência fez Frankl perceber que o ser humano seria capaz de passar pelo mais intenso sofrimento quando tivesse uma razão e um por que viver”. Nesta experiência Frankl, portanto pôde comprovar que o ser humano, embora enfrentando situações que o levassem ao extremo da condição humana, “pode sobreviver com muito maior probabilidade, se tiver um sentido, um objetivo, uma meta de vida que o espera ou que pretenda realizar quando terminar seu cativeiro” (p.15). Frankl, diante desse extremo conseguiu sobreviver, pois pensava em um objetivo, o sentido de vida e a meta única de sua vida. Para Rodrigues (1991), seu objetivo era: “Transmitir ao mundo a sua Logoterapia, a sua teoria agora reforçada e revigorada com suas próprias experiências e com suas próprias observações e vivências com outros companheiros de infortúnio!”(p.15).

Ao conhecer um pouco a trajetória pessoal de Viktor E. Frankl pode-se perceber que sua obra foi elaborada em resposta ao sentido que deu à sua vida e com o objetivo de criar melhores condições existenciais para os seres humanos.

Frankl (2010) escolheu o termo Logoterapia para designar sua teoria. Logos significa, em grego, ‘sentido’. Ele explica que “a Logoterapia, ou, como tem sido chamada por alguns autores, a ‘terceira Escola Vienense de Psicoterapia’, concentra-se no sentido da existência humana, bem como na busca da pessoa por esse sentido” (p.124).

Para Frankl (2005) “o indivíduo está sempre se movendo em busca de um sentido de seu viver” (p.23), esta busca de acordo com a Logoterapia é a principal força

que motiva o indivíduo em sua vida. Por esta razão Frankl (2010) costuma falar de uma vontade de sentido, não de prazer como coloca a psicanálise ou de poder, enfatizada pela psicologia adleriana. “É exatamente este desejo de sentido que permanece insatisfeito na sociedade atual e não encontra consideração alguma por parte da psicologia moderna” (Frankl, 2005, p.23).

A meta principal do homem segundo Frankl (1978) não seria o prazer ou o poder em si, mas a consequência da realização de suas aspirações. O ser humano seria “um ente empenhado na busca de sentido” (p.11) e mediante a isso poderia atingir sua felicidade e plenitude. Portanto, o homem não deve buscar a felicidade e sim uma razão para esta, na medida em que encontra essa razão está decorrerá de maneira espontânea e automática.

Assim a tarefa da Logoterapia é ajudar o paciente a encontrar uma razão para a felicidade, ou seja, sentido em sua vida, buscando resgatar aquilo que é especialmente humano na pessoa, nas palavras de Frankl (2010, p.128) “procura tornar o paciente consciente daquilo por que ele realmente anseia na profundidade do seu ser”. O autor acredita que o ser humano busca e luta por um objetivo que valha a pena, precisa de algo em função do que viver que ele tenha escolhido livremente.

Desse modo, ao conscientizar o indivíduo deste sentido, a Logoterapia também procura criar uma consciência de sua própria responsabilidade, deixando que ele opte pelo que ele quer ou por quem ele se julga responsável. Frankl (2010) utiliza a máxima: “Viva como se já estivesse vivendo pela segunda vez, e como se na primeira vez você tivesse agido tão errado como está prestes a agir agora” (p.134) com o intuito de instigar o senso de responsabilidade do homem. Para o autor, olhar o presente como passado e a possibilidade deste ser alterado através de uma atitude correta, o coloca diante da finitude da vida e o questiona sobre o que faz da sua vida e de si mesmo.

Ao dizer que o indivíduo é um ser responsável e que por isso precisa realizar o sentido de sua vida, Frankl (2010) admite que esse sentido deverá ser descoberto no mundo, não dentro da pessoa, chamando essa característica constitutiva do existir humano de “autotranscedência” (p.135).

Para o autor quanto mais a pessoa esquecer de si mesma e dedicar-se a uma causa ou a alguém, mais realizada esta pessoa será, o que implica no fato de que ser homem

significa, estar em relação com ou orientado para qualquer coisa diferente de si próprio (Frankl, 1991).

### 1.2.2.O sentido de vida à luz da Logoterapia

O homem sempre procurou dar um sentido à sua vida e aprofundar-se em sua existência. Para Frankl (2005) a busca pelo sentido da vida é natural do ser humano, é uma genuína manifestação da sua humanidade, um traço distintivo dele. Somente ele é capaz de se interrogar pela sua existência e discutir a problemática do ser, todo ser humano possui a necessidade de responder a perguntas sobre sentido como estas: Quem sou eu? Que vida quero ter? O homem é um ser que procura sentido, por participar da história e querer construir vida e dar sentido a ela.

Desse modo, o sentido assume uma grande importância na vida do ser humano tal como Frankl (2005) demonstra ao citar Einstein “o homem que considera sua vida sem sentido, não é simplesmente um infeliz, mas alguém que dificilmente se adapta à vida” (p.28). Frankl (2010) acredita que encontrar um sentido para a vida é uma questão de sobrevivência não apenas de sucesso e de felicidade.

De acordo com Frankl (2003b) o indivíduo não dá sentido a uma situação e sim encontra sentido nesta. Para ele “não se trata, portanto, de injetar sentido nas coisas, mas sim de extrair o sentido delas, de captar o sentido de cada uma das situações com que nos defrontamos” (p.28). Dessa forma, a possibilidade de encontrar sentido em alguma situação é única e irrepetível, assim como a pessoa que o busca em cada situação.

Frankl (2010) concorda que embora o sentido da vida possa se modificar ele nunca deixa de existir, a Logoterapia aponta três diferentes caminhos principais pelos quais se pode descobrir o sentido da vida: Por meio da realização de algo, ou seja, pela criação de um trabalho ou pela prática de um ato; amando algo ou alguém; e da atitude tomada em relação a um sofrimento inevitável.

A primeira delas é o caminho da realização, no qual praticando algum ato ou então realizando algum trabalho, o homem demonstra sua capacidade criativa. Portanto essa forma de encontrar sentido se dá por meio dos valores criativos em que o homem enriquece o mundo com o seu agir (Frankl, 2003b). Muitas pessoas passam a vida

dedicando-se à criação de alguma obra, por exemplo, como alguns pintores, músicos dentre outros e expressam por meio de seu trabalho o sentido de vida que encontram em suas vidas.

A segunda forma de encontrar sentido na vida “é experimentando algo – como a bondade, a verdade e a beleza -, experimentando a natureza e a cultura ou, ainda, experimentando outro ser humano em sua originalidade única – amando-o”(Frankl, 2010, p. 135). Neste caso, Frankl (2010) fala de um amor profundo e verdadeiro, não de experiências afetivas superficiais. Este caminho se dá através dos valores vivencias, pois se realiza na experiência vital.

O terceiro caminho para encontrar o sentido de vida é para Frankl (2010) o mais importante, que seria por meio da superação e do enfrentamento de uma situação inalterável, em que o ser humano realiza valores de atitudes, por que tudo vai depender da atitude que ele adota em meio a uma situação sem esperanças. Para Frankl (2010) quando o homem se encontra diante de uma fatalidade em que nada se pode fazer “o importante, então, é dar testemunho do potencial especificamente humano no que ele tem de mais elevado e que consiste transformar uma tragédia pessoal num triunfo, em converter nosso sofrimento numa conquista humana” (p.136-137). Diante de uma situação então, em que o homem já não é mais capaz de mudar, como no caso de uma doença incurável, Frankl (2010) diz que “somos desafiados a mudar nós próprios” (p.137). Para o autor quando a pessoa encontra um sentido para o seu sofrimento, como o sentido do sacrifício, ele deixa de ser um sofrimento, “Ele só tem sentido quando quem sofre muda para melhor” (Frankl, 2005, p. 33).

Nos dias atuais, porém, parece que este caminho de realização de sentido na vida está um pouco distante de ser experimentado pelas pessoas, pois sofrer parece ao homem contemporâneo de modo geral, não ser permitido. A sociedade atual tende a valorizar o prazer e o bem-estar como únicas formas de viver a vida assim, passa a não aceitar aquele que sofre, pois considera que não há um porque ter sofrimento em um mundo repleto de prazeres e alegrias, por isso as pessoas parecem ter vergonha do seu sofrimento, optando às vezes por rejeitá-lo por tentar negar a sua existência através da busca de compensações no prazer ou até mesmo tentando acabar com a própria vida para não sofrer.

Para Frankl (2010) “uma vez que a busca de sentido por parte do indivíduo é bem sucedida, isto não só o deixa feliz, mas também lhe dá a capacidade de enfrentar sofrimento” (p.162).

Portanto, encontrar um sentido na vida diante de um sofrimento, constitui um desafio a cada pessoa para responder com seu potencial de saúde e riqueza humana às provocações próprias do viver.

### 1.2.3.O vazio existencial e a depressão noogênica

Encontrar um sentido para a vida, um significado, meta ou finalidade que valha a pena viver e traga razões para ser feliz é uma das motivações primárias do ser humano de acordo com a Logoterapia, porém nos dias de hoje há muitas pessoas que agem sem ter presente seus objetivos e sem mesmo saber por que estão agindo, que não encontram motivação para viver, sentindo ausência de interesse e falta de iniciativa, e que se queixam da sensação de uma total e extrema falta de sentido.

Frankl (2007) define esse sentimento de ausência de sentido como vácuo existencial, em que o homem vivencia uma frustração da vontade de sentido. “É justamente essa vontade que hoje se encontra amplamente frustrada” (p.102). De acordo com o autor os indivíduos atualmente “Sentem-se perseguidos pela experiência de seu vazio interior, de um vazio dentro de si mesmos; estão presos na situação que tenho chamado de ‘vazio existencial’ (Frankl, 2010, p. 130). Vazio este que surge em decorrência justamente dessa falta de metas e objetivos que motivem o indivíduo a viver, que pode ser visto principalmente no tédio, representado por uma perda de interesse pelo mundo e na indiferença por este, levando o indivíduo a desvalorizar a própria vida.

Ao contrário da modernidade em que as pessoas voltavam-se para as questões da natureza, da arte, do romantismo, encontrando desse modo um sentido para a sua existência, o homem contemporâneo quando sente-se frustrado na sua vontade de sentido tende a disfarçar essa frustração se refugiando no prazer e no consumismo por exemplo.

Dessa forma, embora cercado por um mundo com tantas facilidades, prazeres, tecnologias e diversas outras opções, na sociedade atual cada vez mais o indivíduo se

sente sozinho e com dificuldades de encontrar um real sentido para a sua vida. Sem conseguir achar respostas para perguntas como: Para quê e por que sobreviver? Segundo Frankl (2005), “em nossos dias um número cada vez maior de indivíduos dispõe de recursos para viver, mas não de um sentido pelo qual viver” (p.15). Frankl (2003) diz que esse aumento do sentimento de falta de sentido na sociedade atual é compreensível.

Sem saber que caminho seguir diante de tantas escolhas que o mundo atualmente oferece e sem ter mais as tradições e os valores tradicionais para se apoiar, o homem contemporâneo talvez se sinta perdido, sem saber o que fazer. O resultado disso até mesmo para não se sentir excluído, de acordo com Frankl (2003a) é fazer o que os outros fazem, seguir, por exemplo, os valores que a mídia transmite, o estilo e o comportamento das outras pessoas que são reconhecidas e tem prestígio -, o que se pode chamar de conformismo, ou no dizer de Frankl (2003a) “a massificação típica da sociedade atual” (p. 12). De outro lado pode ocorrer também de a pessoa fazer aquilo que se é exigido ou imposto por outros - o totalitarismo.

Segundo Frankl (2010) o sentimento de ausência de sentido que é resultado da frustração existencial “se transformou num fenômeno universal das nossas sociedades industriais” (p.163). Esse sentimento, o vazio existencial vem crescendo tanto a ponto de ser chamada pelo autor de síndrome neurótica de massa.

Diversas são as manifestações do vazio existencial, dentre elas encontra-se, por exemplo, a tríade proposta por Frankl (2010) a depressão, a agressão e a dependência de drogas que Frankl chama de síndrome da neurose de massa, da qual segundo o autor “comprovadamente tem como causa a sensação de falta de sentido” (2007, p.101).

Para Frankl (2010) nem todo caso de depressão e suicídio pode ser atribuído ao sentimento de ausência de sentido, contudo ele afirma que mesmo que uma tentativa de suicídio aconteça sem, necessariamente, ser causada por uma falta de sentido, se a pessoa for consciente de algum sentido para a sua vida, algum propósito pelo qual ela acredita que vale a pena viver não cometeria tal ato.

A falta de sentido manifesta-se também através da agressão, que cada vez aumenta mais na atual sociedade.

A dependência das drogas e do álcool é outra forma de manifestação do vazio,

as pessoas acabam buscando esse tipo de dependência como forma de fugir da sua realidade, tentando buscar no vício um significado para a sua vida (Frankl, 2005). O aumento do consumo de drogas é uma realidade preocupante em inúmeros países.

Essas manifestações do vazio existencial devido a frustração da vontade de sentido, de acordo com Frankl (2010) pode resultar em neuroses, das quais ele nomeou como “neuroses noogênicas”, justamente porque estas surgem de conflitos existenciais. Porém para este autor: “Nem todo conflito é necessariamente neurótico; certa dose de conflito é normal e sadia.[...] A preocupação ou mesmo o desespero da pessoa sobre se a sua vida vale a pena ser vivida é uma angústia existencial, mas de forma alguma uma doença mental” (p.128). Entretanto quando todas as tentativas do indivíduo de buscar um sentido para a sua vida foram frustradas ou ele sente um vazio tão pleno, tão absoluto que o impossibilita de estabelecer e/ou reconhecer qualquer sentido em sua vida, seja a nível racional ou espiritual ele adentra em uma depressão noogênica, em que o sujeito não consegue ver qualquer motivo para o seu existir, nem lugar para ele no mundo. Por isso é que muitas vezes a depressão leva a pessoa a cometer o suicídio, para se livrar deste sofrimento profundo já que não vê sentido algum na sua existência.

## **CAPÍTULO II – Saúde Mental e Psicopatologia**

A saúde e a doença integram a existência humana, e a forma como têm sido conceitualizadas vem se modificando com a evolução do homem, conforme cada contexto histórico, cultural, social e os avanços científicos, retratando a diversidade da experiência humana (Pais Ribeiro, 1994).

Durante muito tempo, tanto a saúde física quanto a saúde mental estavam diretamente relacionadas com a ausência de patologia/doença (Lamers et al., 2011). O foco de atenção era voltado as pessoas doentes, limitando a intervenção ao tratamento de doenças físicas ou dos transtornos mentais (Lavikainen et al., 2000).

A saúde e a doença eram conceitualizadas como duas entidades qualitativamente diferentes, não havia uma continuidade entre elas, ou seja, ou a pessoa era doente ou saudável (Ogden, 2004). Do mesmo modo, a saúde mental era vista como ausência de doenças mentais. Os indivíduos eram considerados mentalmente doentes ou mentalmente saudáveis (Keyes & Shapiro, 2004; Keyes, 2005).

A avaliação psicológica consistia principalmente em identificar indivíduos funcionais e indivíduos disfuncionais. Esta abordagem, corresponde ao considerado modelo biomédico ou tradicional em que há necessidade de tratar as perturbações mentais, cujo o pressuposto é a saúde igual a ausência de doença. Uma perspectiva psicopatológica que está inserida dentro do contexto da psiquiatria, no qual o conceito de saúde mental teve origem (Pais Ribeiro, 2001).

Neste modelo, quando algo está errado com o indivíduo o papel do clínico é consertar, curar a pessoa, eliminar os seus sintomas, com o objetivo de que o mesmo fique bem, volte a ser “normal”. O homem é comparado assim, a uma máquina e a doença a uma avaria temporária ou permanente (Santos, 2011). Ao aplicar esse modelo à doença mental, o intuito por tanto é remover um comportamento problemático ou conjunto de ideias que está interferindo na capacidade de uma pessoa de viver “normalmente” (Keys, 2002).

O foco da atenção médica portanto, estava mais voltado para o corpo, para as características universais de cada doença, em detrimento do indivíduo com as suas especificidades (Pais Ribeiro, 2007a). Esta perspectiva é reducionista uma vez que

omite aspectos positivos inerentes ao conceito de saúde mental, que permaneceu indefinido e não mensurável durante muito tempo (Keyes, 2007).

Contudo, a partir de meados do século XX, surge uma epidemia comportamental, constata-se que as doenças com etiologia comportamental eram as que mais contribuíam para a mortalidade, nos países desenvolvidos (Pais Ribeiro, 2011). Ocorre então uma crescente consciência de que os comportamentos podem contribuir de forma significativa para o surgimento de doenças, o que altera o foco das doenças para a promoção de saúde.

É neste contexto que surge uma insatisfação com o modelo biomédico, sendo criado um modelo alternativo, o biopsicossocial, que pressupõe ações integradas e interdisciplinares, considerando a interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais no diagnóstico (Santos, 2011).

A própria definição atual de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), elaborada em 1946, corresponde a uma visão da saúde que representa uma ruptura com o conceito biomédico, ao se basear no modelo biopsicossocial, incluindo aspectos psicológicos e sociais e juntá-los à dimensão biológica (Almeida, 2014).

Saúde foi então definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Ainda segundo esta definição, a saúde mental é parte integrante da saúde, ou seja, não existe saúde sem saúde mental (Prince et al., 2007, WHO, 1946).

## **2.1. Saúde Mental numa perspectiva positiva**

Embora a atenção aos aspectos positivos e virtuosos dos seres humanos tenham sido negligenciados no passado, há várias décadas estudiosos se interessam em desenvolver um posicionamento positivo da saúde geral, incluindo, portanto, a saúde mental. Johoda (1958), por exemplo, trouxe uma das mais importantes contribuições, propondo na época um construto de saúde mental positiva a partir de indicadores como atitudes positivas, auto realização, autonomia, desenvolvimento, crescimento e atualização, integração consigo mesmo, além da correta percepção da realidade, com o devido controle e domínio do entorno, no qual a ausência de doença não represente

necessariamente a saúde (Vázquez-Colunga et al., 2017).

Nessa perspectiva positiva a saúde mental é percebida como o estado de funcionamento ótimo do indivíduo e que promove as suas potencialidades de ser humano (Johada, 1958; Tusquets e Gran, 1987).

O foco nos estudos sobre as forças e as potencialidades humanas, significou uma mudança de perspectivas e interesses, em que a atenção voltada para as emoções negativas, passa a ser direcionada para as emoções positivas. Assim sendo, pesquisas interessadas nos aspectos positivos do potencial humano, que até então eram realizadas de maneira muito escassa, começaram a surgir (Myers, 2000; Seligman, 2004; Passarelli & Silva, 2007).

Em 1998, Martin Seligman assumiu a presidência da American Psychological Association (APA) e juntamente com Csikszentmihalyi iniciaram o movimento da Psicologia Positiva, que está, em processo de evolução dentro da ciência psicológica, a qual possibilita uma reavaliação das potencialidades e virtudes humanas por meio do estudo das condições e processos que contribuem para a prosperidade, cujo o propósito está em melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e prevenir as patologias (Paludo & Koeller, 2007; Seligman, 2002).

Sob o ponto de vista de Seligman (2002), a psicologia deve possibilitar muito mais do que apenas reparar o que está errado, deve identificar e fortalecer o que está bom, bem como destacar pesquisas sobre aspectos positivos como, por exemplo, esperança, criatividade, coragem, sabedoria, espiritualidade, felicidade.

Com o avanço das investigações neste âmbito, principalmente com os contributos trazidos às ciências da saúde pela psicologia positiva (Matos et al., 2010), a concepção de saúde mental vem deixando assim, de ser entendida apenas como a ausência de doença, para incorporar uma visão compreensiva e integrativa da pessoa, além de uma multiplicidade de fatores sociais, psicológicos e físicos inter-relacionados (WHO, 2005). A saúde mental passa a incluir então a presença de algo positivo, designado de saúde mental positiva (Keys, 2002, 2007).

Hoje, a Organização Mundial de Saúde define saúde mental como um estado positivo que corresponde a um estado de bem-estar no qual o indivíduo perceba suas

próprias habilidades, consiga lidar com as tensões normais da vida, trabalhe produtivamente e seja capaz de fazer uma contribuição para a sua comunidade (WHO, 2007a).

Para Keyes (2002) e outros autores (por exemplo, Headey, Kelley e Wearing, 1993; Shmotkin e Ryff, 2002) saúde mental é definida como uma síndrome de sintomas de sentimentos e funcionamento positivos, operacionalizados por medidas de bem-estar subjetivo, que são percepções dos indivíduos e avaliações de suas próprias vidas e da qualidade de seu funcionamento psicológico e social.

Nessas definições positivas, existem portanto, três componentes principais que juntos compõem a saúde mental positiva: 1) sentimentos de felicidade e satisfação com relação a vida (bem-estar emocional); 2) funcionamento positivo de um indivíduo em termos de auto realização (bem-estar psicológico) e 3) funcionamento eficaz para uma comunidade (bem-estar social). (Lamers et al., 2011).

Neste sentido, para Keyes (2002), a saúde mental positiva consiste portanto, em um estado em que ocorre a combinação de altos níveis de bem-estar emocional, psicológico e social, estando o indivíduo em “florescimento” (flourishing) e livre de doenças mentais (keyes, 2005; Westerhof & Keyes, 2010).

O termo “Florescimento” tem sido bastante utilizado na psicologia positiva, sendo definido por Keyes e Haidt (2003), como uma condição que permite o indivíduo desenvolver de forma plena, saudável e positiva seus aspectos psicológicos, biológicos e sociais. Assim, ao estar em um estado de florescimento o indivíduo vive de forma intensa a vida, pois sente por esta uma emoção positiva e apresenta um ótimo funcionamento psicológico e social, além de não possuir nenhum problema relacionado à saúde mental (Keyes & Haidt, 2003; Paludo & Koller, 2007).

Keyes também introduziu um novo conceito para a psicologia positiva – definhar/languishing. Ao contrário do estado de florescimento, os indivíduos que estão definhando apresentam poucos sinais de saúde mental, embora não sejam doentes mentais. Definhar, por tanto, se refere a um estado em que os níveis de bem-estar emocional são baixos e combinam com os baixos níveis de bem-estar psicológico e social (Keyes, 2002). Aqueles que não se encaixam nos critérios para o florescimento ou definhando na vida, segundo Keyes (2007), são indivíduos que apresentam uma

saúde mental moderada. Cabe ainda pontuar que, um indivíduo, no decorrer de sua vida, poderá oscilar entre esses estados completos de saúde mental.

O estado de saúde mental de uma pessoa é o resultado do seu grau de bem-estar com os níveis de sintomatologia que possui (Keyes, 2002, 2005, 2007). Keyes descreveu portanto, um modelo de dois contínuos de saúde mental, afirmando que, a saúde e doença mental são fenômenos distintos, mas que se relacionam entre si (Westerhof & Keyes, 2010). O que significa que, a saúde e doença mental, não são extremos opostos de um mesmo contínuo, mas sim eixos de contínuos distintos, que se interligam, sugerindo assim a observação da saúde mental como um estado completo (Monte, 2014; Keyes, 2002; Keyes & Lopez, 2002, citado em Keyes & Shapiro, 2004; Westerhof & Keyes, 2010).

O modelo completo de saúde mental combina a doença mental e a dimensão da saúde mental. Nesse modelo a saúde mental consiste, em um estado completo e incompleto, da mesma forma que a doença mental também consiste de um estado incompleto e de um estado completo (Keyes & Lopez, 2002).

A saúde mental completa consiste no estado de “florescimento” (altos níveis de bem-estar emocional, psicológico e social) e na ausência de doença mental. Já a saúde mental incompleta é uma condição na qual o indivíduo também está livre de patologias, no entanto apresenta baixos níveis de bem-estar, ou seja, está definhando. No estado de doença mental completa, o indivíduo não só está doente mentalmente, como também apresenta níveis muito baixos de bem-estar emocional, psicológico e social. Em contraste, na doença mental incompleta o indivíduo tem algum diagnóstico de uma doença mental, como depressão por exemplo, mas apresenta sinais de bem-estar psicológico e social, sentindo-se relativamente satisfeito e feliz com a sua vida. (Keyes & Lopez, 2002) O modelo de saúde mental completa encontra-se representado na figura abaixo:

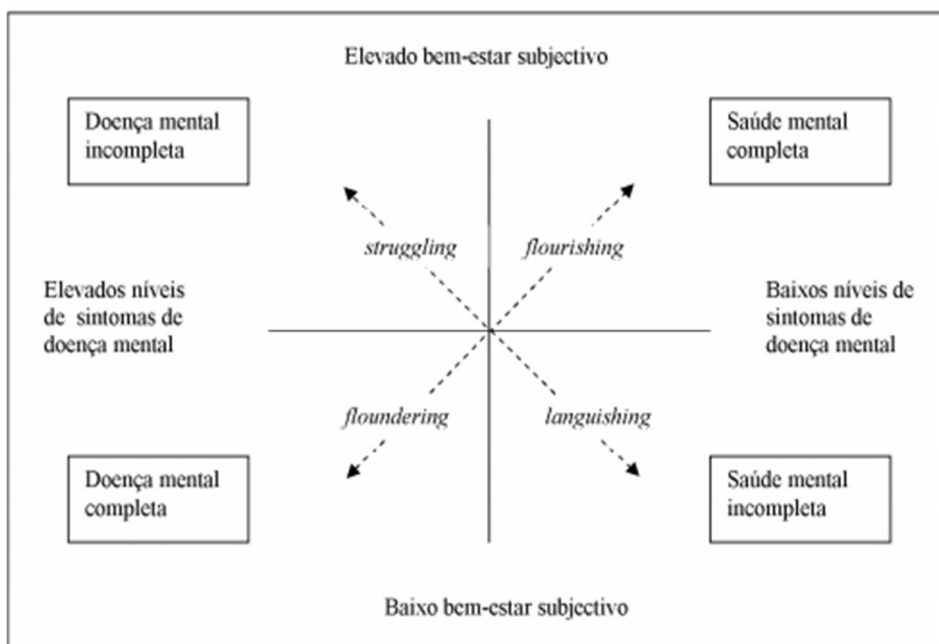


Figura 1: Modelo de saúde mental completa (adaptado de Keys & Lopes, 2002, por Santos, 2011).

Em suma, saúde e doença mental são estados mais bem diagnosticados, quando considerado o grau de bem-estar da pessoa com os níveis de sintomatologia que possui (Keys & Lopez, 2002). Um indivíduo que apresenta elevados níveis de sintomatologia, tende a experimentar baixos níveis de bem-estar, com sentimentos negativos, insatisfação com a vida e diminuição do funcionamento psicológico e social. No entanto, como essa relação nem sempre é perfeita, um indivíduo pode apresentar níveis de bem-estar relativamente altos, mesmo sofrendo de alguma doença mental. Assim como, ser livre de psicopatologias, não significa que um indivíduo tenha uma vida próspera, produtiva e atualizada. Ou seja, a ausência de doença, não significa a presença de saúde mental, e a ausência de saúde não implica a presença de psicopatologia (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster & Keys, 2011).

Deste modo, a capacidade de diagnosticar estados completos e incompletos de doença ou saúde mental se faz necessária e importante, pois sob o ponto de vista de Keys e Lopez (2002), a avaliação correta pode levar a uma prevenção e a tratamentos mais eficazes. Existem evidências de que indivíduos que não se encontram em flourishing têm maior probabilidade de desenvolver uma doença cardiovascular ou uma depressão por exemplo. Essa probabilidade aumenta ainda mais no estado de saúde

mental incompleta, em que a pessoa está em languishing, ou seja, definhando. Dessa forma, o devido diagnóstico pode ser usado para identificar indivíduos que requerem tratamentos ou terapias para elevar o bem-estar e prevenir a doença mental (Keys, 2005).

O estado de saúde mental que uma pessoa se encontra, portanto, pode ser um preditor ou um fator de risco de doença mental (Keyes, 2002; Keyes et al., 2010). Existem evidências crescentes de que a saúde mental positiva ao longo do tempo funciona como um recurso de resiliência e contribui para o funcionamento adaptativo. Logo, a promoção e a proteção da saúde mental positiva pode reduzir a incidência da doença mental na população (Monte, 2014; Keyes et al., 2010; Trompeter et al., 2016).

Sendo o bem-estar uma condição essencial para a saúde mental positiva, considera-se importante uma melhor compreensão deste conceito, que faz referência ao ótimo funcionamento psicológico e a experiências positivas (Ryan & Deci, 2001).

#### 2.1.1. Bem-estar

A questão sobre o que constitui o bem-estar, não é recente, antigos filósofos gregos já tentavam compreender o seu significado. Contudo, foi na década de 1960, que alguns pesquisadores começaram a estudar o tema no âmbito psicológico no domínio da investigação científica, impulsionados por grandes transformações sociais da época, como o fim da Segunda Guerra Mundial e pela necessidade de desenvolver indicadores sociais de qualidade (Diener, 1984; Galinha & Ribeiro, 2005; Keyes, 2006; Ryan & Deci, 2001; Ryff, 1989).

Com o avanço das investigações sobre o tema do bem-estar, os pesquisadores observaram se tratar de um construto bastante complexo, tendo, portanto, diferentes proposições teóricas sobre a questão retratadas na literatura científica. No entanto, hoje, as principais definições sobre a saúde baseiam-se em duas tradições de longa data inseridas em estudos sobre uma vida bem vivida. (Deci & Ryan, 2008; Lamers, et al., 2011; Ryff, 1989). A primeira é a tradição hedônica que faz referência as emoções positivas do indivíduo e a segunda é a tradição eudaimônica que diz respeito ao seu funcionamento psicológico e social positivo na vida (Keyes, 1998; Waterman, 1993).

Segundo a tradição hedônica, o bem-estar hedônico, também designado de bem-

estar subjetivo/emocional, corresponde a felicidade e ao prazer, ou seja, a vivência de emoções agradáveis. (Lamers et al., 2011). De forma ampla, o estudo do bem-estar nessa perspectiva, foca em como as pessoas avaliam suas vidas (Diener, 1996), mais especificamente em como e por que as pessoas experimentam suas vidas positivamente. Nessas avaliações, são consideradas as reações emocionais que as pessoas têm diante dos acontecimentos de vida, os julgamentos que fazem sobre a satisfação com a vida e seus domínios específicos (Diener & Chan, 2011; Diener et al., 2000; Diener et al., 2003; Monte, 2014).

O bem-estar emocional é constituído por três componentes básicos, que juntos muitas vezes resumem a felicidade, são eles: satisfação com a vida, a presença de humor positivo e a ausência de humor negativo (Ryan & Deci, 2001).

De acordo com vários autores, esses componentes constituem duas dimensões do bem-estar emocional: a cognitiva e a emocional/afetiva. A dimensão cognitiva, que se refere a satisfação com a vida, visto que, consiste na avaliação cognitiva da vida como um todo, sendo considerado o componente mais estável ao longo do tempo (Agner, 2010; Diener et al., 1999; Keyes, 2002). E a dimensão emocional/afetiva, que abrange os afetos positivos e negativos, consistindo nas reações aos eventos da vida, devendo os afetos positivos serem mais frequentes que os negativos, uma vez que afetos positivos referem-se as emoções e humores agradáveis, enquanto afetos negativos estão relacionados a emoções negativas, como raiva, stress, depressão (Diener, 1984).

Nas décadas de 1980 e 1990, estudiosos no assunto começaram a sentir algum desconforto em relação ao retrato do bem-estar na tradição hedônica (Ryff, 1989; Waterman, 1993; Westerhof & Keyes, 2010). Psicólogos passaram a refletir sobre a noção de bem-estar em termos de esforços individuais e funcionamento ideal, dando origem então a tradição eudaimônica.

O conceito de eudaimônica remonta a Aristóteles, que considerava a realização dos potenciais humanos, não a felicidade, como elemento essencial de uma vida boa (Waterman, 1993; Westerhof & Keyes, 2010). Ou seja, nessa perspectiva, o bem-estar se refere a um processo de realização do verdadeiro potencial de cada indivíduo, não simplesmente a obtenção do prazer ou seja a felicidade em si, como um resultado ou fim (Ryan & Deci, 2001; Ryff & Singer, 1998).

A perspectiva Eudaimônica apresenta foco no funcionamento positivo, na auto realização e no florescimento humano (Baptista, 2013; Clow & Edmunds, 2014; Lamers, et al., 2011; Monte, 2014; Tennat, et al., 2007; Westerhof & Keys, 2010), aspectos que tem sido medidos utilizando dois modelos multidimensionais – bem-estar psicológico e bem-estar social, que refletem até que ponto os indivíduos se veem funcionando bem na vida (Keyes, 2002; Lamers et al., 2011).

O trabalho conceitual e empírico de Ryff (1989), tornou-se o mais influente nessa perspectiva. Após examinar diversas teorias psicológicas, Ryff desenvolveu um modelo de bem-estar psicológico que compreende seis dimensões que se relacionam entre si, baseado no trabalho de renomados psicólogos como Jung, Maslow, Allport, Rogers e Erikson. (Lamers et. al., 2011). Sendo cada dimensão, importante para a realização do potencial de cada indivíduo (Machado & Bandeira, 2012; Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008; Westerhof & Keyes, 2009). Auto aceitação: Atitude positiva consigo mesmo, aceitar aspectos da sua personalidade;

- 1- Objetivo na vida: Acreditar em um sentido ou propósito para a vida, ter objetivos, senso de direção na vida;
- 2- Autonomia: ser autodeterminado, independente, ter uma avaliação das suas experiências segundo seus próprios critérios em um contexto social abrangente;
- 3- Relações positivas com os outros: possuir relacionamentos saudáveis que despertem emoções positivas e expressam empatia e intimidade;
- 4- Domínio Ambiental: ter competência para gerenciar o ambiente de modo a satisfazer as próprias necessidades e seus valores;
- 5- Crescimento pessoal: Perceber um desenvolvimento pessoal contínuo e estar aberto a novas experiências.

No entanto, Keyes (1998), argumentou que, além de estudar o funcionamento ideal psicológico, é importante também focar no funcionamento social ideal, em termos de engajamento e inserção social. Assim, para encontrar indicadores do que significa

prosperar socialmente, Keyes examinou o trabalho de diversos sociólogos e psicólogos sociais, como Marx, Durkheim, Seeman e Merton e desenvolveu um modelo de bem-estar social que consiste em cinco dimensões, que indicam um bom funcionamento social (Keyes, 2002; Lamers et al., 2011; Westerhof & Keyes, 2009):

- 1- Coerência social: conseguir compreender e dar sentido ao que acontece na sociedade;
- 2- Aceitação Social: ter uma atitude positiva com as outras pessoas, aceitando as diferenças e complexidade de cada um;
- 3- Atualização social: acreditar no potencial da comunidade e que ela pode crescer de forma positiva;
- 4- Contribuição social: sentir que contribui para a sociedade com suas atividades e que estas são valorizadas;
- 5- Integração social: sentir que pertence a uma comunidade.

De acordo com essas cinco dimensões, os indivíduos considerados socialmente saudáveis possuem um sentimento positivo pela sociedade a qual estão inseridos, contribuem de forma significativa para o crescimento de sua comunidade, sentindo-se seguros e com recursos sociais, que os levam a ter uma vida pessoal coerente e satisfatória. (Horta, 2013; Monte, 2014; Giesta, 2016; Westerhof & Keyes, 2009).

Em suma, para ser considerado mentalmente saudável é necessária a combinação do bem-estar hedônico e dos aspectos psicológicos e sociais do bem-estar eudaimônico (Westerhof & Keyes, 2009). Vários autores, bem como definições positivistas, concordam que, sintomas de bem-estar emocional combinados com sintomas de bem-estar psicológico e social constituem a saúde mental positiva (Ferreira 2015; Keyes, 2002; 2007; Lamers, et al., 2011; Westerhof & Keyes, 2009).

Assim, para o desenvolvimento das capacidades humanas não basta somente promover a felicidade humana (bem-estar subjetivo/emocional), é preciso concentrar esforços para permitir que as pessoas desenvolvam suas competências e

consequentemente realizem os seus verdadeiros potenciais (bem-estar psicológico) e prosperem socialmente (bem-estar social) (Keyes, 2006; Westerhof & Keyes, 2009).

Os estudos sobre a saúde mental positiva ainda estão em curso, com diversos questionamentos, mas já apontam para os efeitos benéficos da adoção de atitudes mais positivas no que se refere às condições de saúde, atuando inclusive como uma fonte de proteção contra problemas de saúde física e mental (Keyes, Dhingra & Simões, 2010; Trompeter et al., 2016). Sendo portanto, fundamental a crescente promoção, proteção e recuperação da saúde mental, devendo constituir uma crescente preocupação dos indivíduos, comunidades e sociedades (Giesta, 2016; OMS, 2002; 2013). Principalmente, devido ao aumento significativo de perturbações, como a depressão, ansiedade e stress que afetam inúmeros indivíduos em todo o mundo, estando associadas a várias doenças graves e mortais, (França & Rodrigues, 2005; Fonte et al., 2017), interferindo assim na qualidade de vida e no funcionamento geral (Fonte et al., 2017).

No próximo capítulo, então, será abordada a psicopatologia representada através de três patologias mais prevalentes na população em geral: depressão, ansiedade e stress. Uma vez que, a análise numa perspectiva psicopatológica, é também importante para uma melhor compreensão global do conceito de saúde mental (Giesta, 2016; Westerhof & Keyes, 2010).

## **2.2. Doença Mental/Psicopatologia**

### **2.2.1. Depressão**

A depressão está em todos os lugares nos dias atuais. Os clínicos gerais a diagnosticam; diferentes antidepressivos são receitados todos os dias; as crianças recebem receitas para tratá-la; na mídia frequentemente ela é discutida; os personagens das novelas lutam contra ela; algumas celebridades revelam que sofrem de depressão. Contudo, segundo Leader (2011), há 50 anos atrás, quase não se ouvia falar em depressão, uma parcela muito pequena da população recebia esse diagnóstico. As pessoas eram consideradas neuróticas, mas dificilmente deprimidas. Fato, que às vezes, é parcialmente justificado pelo avanço da ciência, visto que, somente hoje realmente compreende-se a depressão. Desse modo, fazendo uma retrospectiva, é possível perceber que ela sempre esteve presente, embora não diagnosticada (Leader, 2011).

Conforme dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020), a depressão é uma doença e atinge cerca de 350 milhões de pessoas ao redor do mundo, de todas as idades, equivalente a aproximadamente 4,4% da população mundial, 18% a mais do que há dez anos, constatando uma ascensão da doença depressiva em todo o mundo. O Brasil é o segundo país das Américas com maior número de pessoas depressivas, equivalente a 5,8% da população, atrás dos Estados Unidos com 5,9%. Segundo a OMS (2020), a depressão já é a principal causa de incapacidade em todo o mundo e contribui de forma importante para a carga global de doenças, gerando grandes custos econômicos e sociais para os governos, devido aos gastos com as perdas de produção e tratamento para a população (Pinho et. al., 2009).

A Associação Médica Americana - AMA (2002) define a depressão como "um tipo de distúrbio mental que perturba o humor da pessoa" (p.16), comparando os estados de espírito humanos com uma espécie de arco-íris, em que cada humor é diferente, mas funde-se com o seguinte. É como se as cores deste arco-íris fossem da depressão profunda até a branda. De acordo com a AMA (2002) todas as pessoas costumam atravessar várias cores deste arco-íris. É normal sentir tristeza ou desânimo, diante de uma experiência difícil, no entanto quando esses sentimentos tornam-se intensos demais sendo desproporcionais a situação e inadequados são considerados um distúrbio do humor.

Já o termo depressão de acordo com Lafer et al (2000) na linguagem corrente, pode significar tanto um estado afetivo normal quanto um sintoma, uma síndrome e uma doença.

Devido ao fato de não existir um exame simples de diagnóstico da depressão, este é feito pelos profissionais de saúde (psicólogos e médicos) através de um grupo de sintomas que possam apontar e caracterizar a depressão. Portanto conforme a AMA (2002) "a doença depressiva é uma espécie de patologia conhecida como síndrome, o que quer dizer que ela se caracteriza por um grupo de sintomas" (p.41).

As síndromes depressivas do ponto de vista psicopatológico "tem como elementos mais salientes o humor triste e o desânimo" (Dalgalarrodo, 2008, p. 307). Entretanto, elas se caracterizam por uma multiplicidade de sintomas de natureza afetiva tais como tristeza, choro fácil, apatia, impressão de falta de sentimento, tédio,

irritabilidade, angústia dentre outros; instintivos e neurovegetativos que se apresentam como incapacidade de sentir prazer, fadiga, desânimo, insônia, perda ou amento de apetite, etc.; ideativos e cognitivos tais como déficit de atenção, de concentração e de memória, dificuldades de tomar decisões; relativos à auto valoração como, por exemplo, autoestima diminuída; impressão de incapacidade, auto depreciação; relativos à vontade e psicomotricidade que se expressam como dificuldade para iniciar o dia, lentificação psicomotora, diminuição na intensidade de voz e lentidão na fala e etc (Dalgalarrondo, 2008; Knapp, 2004; Inácio, 2008; Rodrigues & Horta, 2012).

Segundo o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014) para que a doença depressiva seja diagnosticada, é preciso que a pessoa apresente os principais indícios, que é um humor deprimido ou perda do interesse ou prazer por quase todas as atividades e ter um prejuízo no funcionamento psicossocial ou sofrimento significativo por um período mínimo de duas semanas junto com pelo menos quatro dos sintomas relatados no parágrafo anterior. A pessoa pode apresentar qualquer combinação destes sintomas durante a depressão (APA, 2014; Dalgalarrondo, 2008).

A origem da depressão é considerada multifatorial, o que significa que, a combinação de fatores biológicos, genéticos e emocionais/ambientais contribui para o aparecimento da doença. Leader (2011) e outros estudiosos, considera a depressão o resultado de mudanças profundas em nossas sociedades. Segundo essa perspectiva o surgimento das economias direcionadas ao mercado cria um colapso dos mecanismos de apoio social e do sentido de comunidade. As pessoas estão perdendo o sentimento de pertencimento, vínculos com os grupos sociais, sentindo-se assim vazias e solitárias. Desprovidas de recursos, economicamente instáveis, sujeitas a pressões agudas e cada vez mais, sem as conhecidas tradições da sociedade, perdidas, elas adoecem (Leader, 2011).

Desse mesmo modo, o stress, as perdas, eventos traumáticos, infância infeliz, entre outros diversos acontecimentos da vida de uma pessoa, assim como o tipo da sua personalidade, podem desencadear a depressão. Segundo a AMA (2002) no caso de algumas pessoas, as dificuldades da vida e a depressão podem se entrelaçar, podendo ser difícil detectar se o que ocorreu primeiro foram os sentimentos de angústia ou um evento difícil.

A depressão também pode surgir em decorrência de outras doenças, passando a ser um sintoma destas. Como no caso da esquizofrenia, transtorno pós-traumático, demência, alcoolismo dentre outras (Lafer et al, 2000), Quem já teve depressão uma vez também possui 50% a 60% mais chances de ter outra (OMS, 2017).

Principalmente quando os sintomas depressivos apresentam longa duração e com intensidade moderada ou grave, a depressão pode se tornar uma condição crítica de saúde (AMA, 2002; Dalgarrondo, 2008; WHO, 2017). Quando não tratada a depressão grave pode ser perigosa, pois pode levar ao suicídio. Cerca de 1 milhão de pessoas cometem suicídio a cada ano, sendo essa a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade entre 15 e 29 anos (WHO, 2007).

Embora hoje, existam muitos tratamentos eficazes conhecidos para a depressão, menos da metade das pessoas afetadas no mundo (em muitos países, menos de 10%) recebem tais tratamentos, fato que se deve à falta de recursos, de profissionais treinados e o estigma social associado ainda aos transtornos mentais. Outro problema, é a avaliação imprecisa. Em muitos países, independente dos níveis de renda, frequentemente pessoas são diagnosticadas de forma incorreta e outras que não têm o transtorno, recebem intervenções desnecessárias (OMS, 2017).

A terapia cognitiva comportamental, desenvolvida por Aaron Beck, é a forma de tratamento mais bem pesquisada envolvendo qualquer transtorno psicológico. Há portanto, diversas evidências científicas de que ela é eficaz no tratamento da depressão, seja leve, moderada ou grave (Beck, 2005). Na década de 1960, Albert Ellis e Aaron Beck, após muitos estudos e pesquisas, evidenciaram que, a depressão, é decorrente de pensamentos disfuncionais e crenças desadaptativas, ocasionando comportamentos e emoções disfuncionais (Neufeld, 2014; Rodrigues & Horta, 2012).

Segundo Beck (1976), o surgimento da depressão se dá a partir de uma vulnerabilidade cognitiva, decorrente de experiências que a pessoa tem no início de sua vida, que resultaria da formação de crenças disfuncionais consideradas negativistas, que ao serem ativadas, influenciarão a forma como o indivíduo irá interpretar cada evento ao longo de sua vida.

A teoria de Beck, pressupõe que os acontecimentos da vida, conjuntamente com os pensamentos, comportamentos e estados de humor, estão interconectados e se

influenciam de forma recíproca. Além disso, segundo o autor, os eventos da vida contribuem para a formação de um conjunto de crenças, podendo predispor os indivíduos a vulnerabilidade e manutenção da depressão (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997).

Dessa forma, se faz necessário identificar os sintomas da depressão e sua frequência, duração e intensidade, assim como prejuízos funcionais, para avaliar possíveis fatores de vulnerabilidade que possam estar associados ao quadro. Ademais, aspectos cognitivos, como o estilo que a pessoa atribui aos eventos de sua vida, suas habilidades interpessoais e seus esquemas disfuncionais são importantes serem considerados (Vazquez et al., 2014). Do mesmo modo que, também é importante identificar possíveis fatores de proteção ao suicídio, bem como, a percepção de um sentido para a vida, o que salienta a importância deste estudo (Aquino et al., 2016; Frankl, 2001).

Conforme a AMA (2002) a maioria das pessoas que são diagnosticadas clinicamente como depressivas "sentem-se tristes, vazias, desesperançadas ou inúteis. Seu desânimo sombrio é muito mais agudo do que a tristeza comum – e uma dor emocional angustiante" (AMA, 2002, pp. 43- 44). Durante o quadro depressivo a pessoa tem a sensação que tudo de bom foi retirado da sua vida ou que está não tem mais sentido nenhum, se sentindo incapaz de recordar momentos felizes ou ter esperança que algum dia voltará a se sentir feliz. Além da depressão, a ansiedade também está entre as patologias mais prevalentes do mundo (OMS, 2017) e por isso será abordada no subcapítulo seguinte.

### 2.2.2. Ansiedade

Quando estamos pertos de lidar com uma situação de stress ou antecipamos uma preocupação futura, nosso corpo entra em um estado de alerta, para nos preparar para possibilidade de ocorrência de um acontecimento negativo, no qual o medo é a resposta emocional ao perigo iminente ou presente, real ou percebido ou ameaça à integridade física ou psicológica. Ansiedade é esse estado de alerta, que também pode ser entendida como uma resposta natural e adaptativa do organismo a ameaça, envolvendo sintomas fisiológicos, comportamentais, cognitivos e afetivos (Barlow, 2002; Clark & Beck,

2012; Craske et. al.,2009; Ruiz Cuadrado & Rodriguez, 2001).

Os sintomas fisiológicos, segundo Clark & Beck (2012) incluem principalmente: tremor, agitação, ondas de calor e frio, palpitações cardíacas, boca seca, sudorese, falta de ar, dor ou pressão no peito e tensão muscular; Já os sintomas comportamentais estão relacionados a fuga ou evitação, bem como respostas de busca de segurança, inquietação, hiperventilação, congelamento e dificuldade para falar (Barlow, 2002; Clark & Beck, 2012); Quanto aos sintomas cognitivos, estes englobam: preocupações intrusivas, recorrentes e desproporcionais, pensamentos que refletem a apreensão e a preocupação muitas vezes antecipatória, a ruminação, dificuldade de memória e concentração. E os aspectos afetivos que derivam da ativação cognitiva e fisiológica, segundo Clark e Beck (2012) e constitui a experiência subjetiva de se sentir ansioso, tendo como principais sintomas: tensão, nervosismo, apreensão, irritação e frustração.

Ansiedade, portanto, é uma reação normal de defesa, sobrevivência e proteção, que todos os seres humanos experimentam (Savoia, 2009; Serson, 2016; Pontes, 2018). No entanto, embora universal, cada indivíduo irá experienciar a ansiedade de uma maneira, dependendo da forma como irá interpretar cada situação, sendo considerada transtorno quando seus níveis são excessivos ou persistem por longo período (Savoia, 2009; Serson, 2016).

A ansiedade quando desadaptativa, ao invés de ajudar, acaba atrapalhando, interferindo no bem-estar geral, podendo trazer diferentes graus de sofrimento e prejuízos no funcionamento social, familiar, escolar e profissional do sujeito (APA, 2013; Castilho et al, 2000; Menezes et al., 2007; Monte, 2014; Pinto et al., 2015; Rosen & Schulkin, 1998; Ruiz et al.,2001;). Além disso, quem sofre de um transtorno de ansiedade tem uma probabilidade maior de se tornar clinicamente deprimido e ter problemas cardíacos, hipertensão, desconforto gastrointestinal, doenças respiratórias, asma, diabete, problemas de pele, artrite e inúmeras outras condições, incluindo dependência de substâncias, configurando-se por tanto um problema grave de saúde pública (Leahy, 2011).

Isso tudo tem um custo alto, segundo Leahy (2011), tanto para o indivíduo quanto para a sociedade. O tratamento de transtornos mentais acarreta custos que chegam a milhões de dólares; aproximadamente um terço dos custos médicos de todos

os problemas psiquiátricos é para o tratamento da ansiedade. As pessoas com transtornos de ansiedade costumam usar mais os serviços médicos e de emergência, além de serem menos produtivas no trabalho (Leahy, 2011).

Os índices de ansiedade geral aumentaram consideravelmente nas últimas décadas, conforme Leahy (2011) um dos fatores parece ser devido ao nível de “conexão social”, que os indivíduos vêm experimentando, como: relacionamentos menos estáveis e previsíveis; aumento dos divórcios e de famílias desestruturadas; crescente individualismo e maior isolamento; aumento de todos os tipos de violência; competição econômica intensificada e menor segurança no emprego; pensões e aposentadorias inadequadas na velhice para muitas pessoas. Todas essas questões e outras inúmeras mudanças associadas ao mundo “moderno” contribuem para o aumento do sentimento de insegurança (Leahy, 2011).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017), indicam que o Brasil é o país com maior prevalência de ansiedade no mundo, 9,3% dos brasileiros apresentam algum transtorno ansioso.

Os transtornos de ansiedade podem ser ordenados inicialmente em dois grandes grupos: quadros de ansiedade constante e permanente (ansiedade generalizada, livre e flutuante) e crises de ansiedade abruptas, mais ou menos intensas, que são chamadas de crises de pânico, podendo ocorrer de modo repetitivo, se configurando como transtorno do pânico (Dalgarrondo, 2008).

Segundo a classificação do DSM-5 (2014), os transtornos de ansiedade são enquadrados como: Transtorno de Ansiedade de Separação; Mutismo Seletivo; Fobia Específica; Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social); Transtorno do Pânico; Transtorno de Ansiedade Generalizada; Transtorno de Ansiedade Induzida por substância/medicamento; Transtorno de Ansiedade devido a outra condição médica; Outro transtorno de Ansiedade Especificado e Transtorno de Ansiedade Não Especificado (DSM-5, 2014).

Dentre esses transtornos específicos, o Transtorno de Ansiedade Generalizada é o mais frequente (Hanrahan et al., 2013; Lenze et al., 2009; Munaretti & Terra, 2007), sendo marcado por uma preocupação excessiva sobre diferentes circunstâncias da vida durante a maior parte dos dias, por pelo menos seis meses (Lenze et al., 2009), sendo

difícil controlá-la. Nesse transtorno a ansiedade é crônica e praticamente contínua, entretanto não chega a atingir grandes picos de intensidade. Já no transtorno do pânico, há episódios recorrentes de ansiedade, sendo os sintomas principalmente fisiológicos de grande intensidade e que duram apenas alguns minutos (ataques de pânico).

O diagnóstico de cada transtorno de ansiedade é realizado somente quando os sintomas não são consequência de outra enfermidade ou de efeitos fisiológicos do uso de substâncias/medicamentos, além de não possuírem características que se enquadrem melhor em outro transtorno mental (DSM -5, 2014).

Diversos fatores podem desencadear a ansiedade, desde desequilíbrios químicos cerebrais, características de personalidade, vulnerabilidade genética, além de fatores ambientais e experiências traumáticas (Mangolini, Andrade & Wang, 2019; Sampaio et. al., 2020).

Muitos dos transtornos de ansiedade se desenvolvem na infância, visto que, eventos negativos e traumáticos durante o desenvolvimento infantil provocam uma vulnerabilidade neurobiológica que desencadeia uma predisposição para transtornos ansiosos e do humor na fase adulta, que tendem a persistir se não receberem o devido tratamento (WHO, 2004; DSM-5, 2014; Monte, 2014). A maioria dos transtornos de ansiedade ocorre com mais frequência em mulheres do que em homens (DSM-5, 2014) e tem maior prevalência em indivíduos com mais de 18 anos de idade (Holmes, 2001; Rodrigues, 2012)

Mediante do exposto, conclui-se que, não podemos eliminar a ansiedade, pois ela desempenha um papel fundamental em nossa sobrevivência e em nossa preparação para situações novas. No entanto quando a pessoa possui uma ansiedade exagerada em algumas situações ou de forma persistente, configura-se uma condição que causa impactos graves sobre a saúde e o bem-estar, em termos gerais (Barlow, 2002; Castilho et al., 2000; Clark & Beck, 2012; Ruiz et al., 2001; Menezes et. al., 2007; Pereira, 1999; Rosen & Schulkin, 1998; Pinto et. al., 2015).

Assim como a ansiedade desadaptativa, o stress também está muito presente na sociedade atual, interferindo no bem-estar físico e psicológico dos indivíduos. Dessa maneira, em seguida, o stress será brevemente contextualizado, para uma melhor compreensão e influência deste construto na saúde.

### 2.2.3. Stress

Primeiramente, é importante esclarecer que, para explanação teórica deste conceito, optou-se por utilizar o termo stress na sua escrita original. Muitos textos e estudos brasileiros utilizam a escrita do termo como estresse, que é uma versão adaptada para a língua portuguesa do Brasil. Justifica-se tal escolha pelo fato do termo em sua escrita original poder ser reconhecido mundialmente e também por ter sido utilizado por Marilda Lipp, autora responsável por inúmeras pesquisas sobre stress no Brasil (Zamperi, 2013).

Originalmente, o termo stress era utilizado em engenharia e física e fazia referência ao desgaste e resistência de materiais sob algum tipo de tensão ou pressão (Pontes, 2018). Em 1956, Hans Selye, atendo-se à dimensão biológica do stress, passou a utilizar o termo para se referir à sintomas fisiológicos e psicológicos decorrentes de uma reação do organismo, diante de qualquer situação que ameace a homeostase do indivíduo, alterando a sua percepção de bem-estar. Esse complexo processo de reação corresponde, portanto, a uma tentativa de restaurar o equilíbrio corporal (Selye, 1956; Ferrero et.al., 1998 citado em Seidl et.al., 2001).

Segundo Selye (1952, citado em Lovibond & Lovibond, 1995), acontecimentos estressantes da vida podem desencadear episódios de depressão e de ansiedade, assim como levar a respostas características de stress. Quando as pessoas se deparam com uma situação estressante, tensa, perigosa ou ameaçadora, experimentam sentimentos de apreensão e preocupação (Spielberger, 1981). Elas também passam por uma série de mudanças fisiológicas e comportamentais que resultam da ativação ou excitação do Sistema Nervoso Autônomo (SNA).

Dentro de uma abordagem cognitivo-comportamental, Marilda Lipp (1984), define o stress como “uma reação psicológica, com componentes emocionais, físicos, mentais e químicos, a determinados estímulos que irritam, amedrontam, excitam e/ou confundem a pessoa” (p.6). Segundo a autora, o nível de stress excessivo ou insuficiente (distresse), difere daquele que é necessário para um bom desempenho do indivíduo (eustresse).

Os estímulos que produzem stress não são necessariamente aversivos, entretanto a duração do estímulo e as respostas dos indivíduos às situações estressoras podem ter

repercussões psíquicas diferentes, levando ao sofrimento psíquico e transtornos psiquiátricos (Corchs et al., 2011; Lipp, 2006; Margis et. al., 2003; Ribeiro, 2005; Selye, 1951).

Selye (1951), descreveu a resposta orgânica aos stressores como Síndrome de Adaptação Geral, consistida em três fases. A primeira consiste na fase de alerta, na qual o organismo prepara sua defesa, o indivíduo ganha energia através da produção de adrenalina, preservando assim sua sobrevivência. É considerada uma fase positiva do stress, podendo gerar uma sensação de plenitude ou leveza, caso a situação seja resolvida, do contrário, o organismo passa para a próxima fase, da resistência.

Caso a fase de alerta então se mantenha por períodos prolongados ou se os stressores se acumulem, a fase de resistência surge, levando a um aumento da capacidade de resistência do organismo, de maneira a lidar com o estressor e restaurar o equilíbrio. Quando a situação ainda assim persiste, ocorre a fase de exaustão.

A terceira fase, portanto, é a exaustão que acontece quando o fator de stress se mantém de forma frequente e intensa, ocorrendo uma quebra total da resistência. Nessa fase os sintomas são mais intensificados e costumam surgir com frequência perturbações físicas e psicológicas, como depressão, ansiedade e enfarte (Lipp, 2003; Selye, 1951).

Em um momento posterior, Lipp (2003), verificou a existência de uma nova fase intermediária que denominou de quase exaustão, estando entre a resistência e a exaustão. É nessa fase que, segundo a autora, se inicia o processo de adoecimento, quando a resistência física e emocional começa a se deteriorar. O nível de ansiedade e outros sintomas se intensificam, surgindo doenças e a necessidade de tratamento.

Pustiglione e Cocchiola (1999), acreditam que é possível identificar sinais ou reações que indicam o estado de stress, como: taquicardia, alterações no sono e no apetite, dermatites, impotência, dores de cabeça, problemas gastrointestinais, ansiedade e/ou depressão, bem como possíveis problemas cognitivos, como dificuldade de memória e concentração.

Desse modo, compreende-se que em níveis moderados, o stress capacita o indivíduo para lidar com as adversidades e mudanças da vida, aumentando sua capacidade de resolução de problemas e processamento de informações, além de elevar

sua motivação, energia e produtividade, proporcionando ao indivíduo uma melhor aceitação das situações e de suas consequências. Por outro lado, quando o stress se manifesta de forma intensa e com grande frequência pode trazer consideráveis consequências para o indivíduo, afetando seu bem-estar e sua saúde física e psíquica (Lipp, 2006; Lipp & Malagris, 2001; Margis et al., 2003; Pafaro & Martino, 2004; Paschoal & Tamayo, 2004).

### **CAPÍTULO III – Relação entre sentido de vida, saúde mental e psicopatologia**

Viver e ser feliz, são objetivos de todas as pessoas e, para encontrarem esta felicidade e sentirem-se realizadas, estão constantemente em busca de algo como: um amor, um emprego, uma profissão, atividades para realizar, algo que torne suas vidas cheias de sentido (Freire, Resende & Sommerhalder, 2000).

Ao encontrar algo que torne sua vida significativa, o indivíduo passa a sentir um maior bem-estar psicológico, uma vez que, é fundamental ao ser humano atribuir um sentido à própria vida, sendo esta a sua principal motivação (Frankl, 2010; Damásio, 2010).

Por outro lado, de acordo com Frankl, quando o indivíduo não encontra uma razão que o mantenha vivo, pode vir a sentir um mal-estar e até adoecer psiquicamente, desencadeando sintomas como ansiedade, depressão, falta de esperança e declínio físico (Frankl, 2003).

Essa suposição de Frankl, de que a ausência de um sentido na vida estaria relacionada com um mal-estar ou mesmo estados patológicos, bem como, ter um significado na vida estaria associado a fatores positivos da saúde, tem sido apoiada atualmente por inúmeros estudos empíricos, visto que o tema tem recebido cada vez mais atenção de estudiosos (Schnell, 2009).

Os resultados de vários estudos vêm demonstrando que, a presença do sentido da vida está correlacionada positivamente com diversos indicadores, tais como: bem-estar psicológico (Ho, Cheung & Cheung, 2010), satisfação com a vida, autoestima (Baumeister, Vohs, Aaker & Garbinsky, 2013; Zika & Chamberlain, 1992), felicidade (Debats et al., 1993), ajustamento psicológico (Thompson et al. 2003), enfrentamento ativo focado no problema (Cho, Lee, Lee, Bae & Jeong, 2014). Podendo funcionar ainda como um fator de proteção para estressores da vida diária (Park & Baumeister, 2017), ao tornar a pessoa resistente ou resiliente ao stress, garantindo dessa forma uma melhor saúde mental (Weiss, 1999).

É possível, então, que ter uma noção clara de um sentido de vida, proporcione mais perspectivas quanto à própria autonomia, expressão de sentimentos, decisões e

desejos pessoais (Reker, 2001). Tudo isso resultando em altos níveis de saúde física e psicológica (Silva & Faro, 2017).

De forma paralela, ter menos significado na vida tem sido associado à maior necessidade de terapia (Battista & Almond, 1973), altos níveis de neuroticismo (Zika & Chamberlain, 1992), afeto negativo (Debats, van der Lubbe & Wezeman, 1993), maiores níveis de depressão (Mascaro & Rosen, 2005), ansiedade (Steger et.al., 2009), drogadição (Henrion, 2002), ideação suicida (Edwards & Holden, 2001), bem como outras formas de angústia (Steger, 2016).

Um estudo sobre a relação de significado na vida, depressão e saúde psicológica geral de Kleftras & Psarra (2012), também apontou que, presença de sentido e depressão se correlacionam negativamente, destacando ainda uma associação significativa entre sentido de vida, saúde mental e interações sociais. Estar envolvido em relacionamentos significativos, e em atividades sociais, políticas, esportivas e culturais foi associado a um aumento de significado na vida e conseqüentemente a redução da sintomatologia da depressão.

Nessa mesma perspectiva, Reker (1997) ao analisar a depressão em idosos, constata que ter um sentido na vida e ser otimista, bem como possuir uma religiosidade, são fatores que contribuem para proteger a saúde na medida em que promovem o bem-estar subjetivo.

Esses e outros inúmeros estudos sobre o tema em questão vem mostrando, portanto que, a presença de sentido na vida parece ser um indicador de uma vida saudável e apreciada, merecendo assim cada vez mais essa atenção em investigações empíricas (Steger et al.,2006).

Outra variável essencial que vem sendo considerada nesse âmbito, é a busca por sentido e, pesquisas recentes vêm demonstrando a importância de considerá-la nas correlações com a saúde mental, defendendo uma distinção entre presença e procura por significado (Steger et al.,2006; Steger, 2009). Visto que, procurar significado remete ao desejo e esforços de uma pessoa para encontrar um propósito ou sentido mais profundo para a sua vida. A intensidade da presença e dimensões de pesquisa nos estados mentais dos indivíduos podem levar a diferentes associações para o bem-estar (Park et. al.,2010).

Em uma pesquisa sobre presença e busca de significado, Steger et. al. (2009) demonstrou que, as pessoas que relataram maior presença de sentido de vida, apresentavam um nível maior de saúde e menos ansiedade, enquanto aquelas que expressaram estar buscando esse significado, por ainda não terem o encontrado, manifestavam menores níveis de saúde e mais ansiedade (Silva & Faro, 2017). Provavelmente porque, algumas pessoas que estão procurando por sentido podem ter dificuldade para estabelecer um nível mínimo de presença de significado em suas vidas (Steger et. al., 2006).

Outras, porém, já tendo um nível de significado alto, podem desejar buscar uma compreensão mais profunda daquilo que já faz a sua vida parecer significativa, além da procura por novas fontes de significado, nesses casos a busca pode estar positivamente associada com uma maior satisfação de vida, mais felicidade e menos depressão (Park et al., 2010). Ou seja, a busca por sentido não surge apenas quando a vida parece sem sentido, sendo assim, uma variável distinta e independente da presença de sentido na vida (Krok, 2018; Steger et al. 2008).

A busca por um significado também facilita respostas adaptativas, diante de situações negativas, que causam stress, como por exemplo: um luto familiar (Chan & Chan, 2011), vivência de uma doença cancerígena (Bauer-Wu & Farran, 2005), mudanças no trabalho (Guevara & Ord, 1996), conflitos conjugais (Farghadani, Navabinejad & Shafiabady, 2010). Ou seja, perante uma situação adversa, a procura por um sentido positivo contribui para o processo de adaptação e conseqüentemente para uma melhor saúde mental.

Possível explicação é que, o sentido de vida seja capaz de ressignificar as situações adversas, funcionando como um recurso apaziguador, que atua transformando a percepção/ e ou significado de eventos estressores (Halama & Bakosova, 2009; Mascaro & Rosen, 2006). Dessa forma auxilia o indivíduo no manejo do stress, protegendo os sujeitos de eventos e sentimentos negativos que estejam vivenciando (Bonebright, Clay, & Ankenmann, 2000; Mascaro & Rosen, 2006).

No estudo realizado por Mascaro e Rosen (2005), foi demonstrado que, a presença de sentido, através da vontade de sentido, ao atenuar os efeitos do stress, pode reduzir bastante os indícios de depressão. As correlações realizadas pelos autores

confirmam ainda a relação entre sentido existencial e esperança, comprovando que, na ausência de ambos, os índices de depressão e stress aumentam de forma considerável, resultando em um quadro de mal-estar subjetivo.

Assim, identifica-se que os sintomas da depressão decorrente de questões existenciais, podem se manifestar quando o indivíduo apresenta uma dificuldade interna em enxergar algum sentido em seu campo perceptivo (presente e futuro) e avalia a sua vida, de forma geral, sem significado (Aquino, Dará & Simeão, 2016; Frankl, 1989; Jung, 1987).

O quadro depressivo piora, quando o indivíduo não percebe nenhum sentido também no futuro, passando a não ter mais esperança, deixa de responder o presente de forma significativa, o que intensifica ainda mais a sensação de falta de sentido (Aquino, Dará & Simeão, 2016; Lukas, 1990).

Tendo em vista, esses e outros inúmeros estudos sobre o tema, diversos autores consideram, assim, o sentido de vida como uma parte vital dos processos mentais e do comportamento (Frankl, 1979; Steger, 2012). Para Frankl “nada contribui tão efetivamente para a sobrevivência, mesmo nas piores situações, como saber que a vida da gente tem um sentido” (p. 129). Por este motivo é um elemento fundamental para o bem-estar psicológico, usado, portanto para lidar com as dificuldades e desafios da vida (Krok, 2015).

No DSM-5 (APA, 2014), há diversos temas existenciais, principalmente aqueles inicialmente abordados pela logoterapia (Paciolla, 2014a; Pacciolla, 2014b). De acordo com Aquino et. al., 2016, o construto do sentido de vida, pode ser identificado em um dos elementos do funcionamento da personalidade denominado de Autodirecionamento. Uma vez que, este componente definido como a “busca de objetivos de curto prazo e de vida coerentes e significativos; utilização de padrões internos de comportamento construtivo e pró-sociais; capacidade de auto refletir produtivamente” (APA, p. 762), está em consonância com os temas que Frankl (1989) abordava (Aquino, Dará, Simeão, 2016). A logoterapia se aproxima desse conceito, ao compreender que o ser humano sempre se dirige ou aponta para algo ou alguém diferente de si próprio (Frankl, 2010).

Já autores como, Martínez Ortiz, Rodríguez, Del Castillo e Pacciolla (2015) compreendem que o construto da “vontade de sentido”, está incluído no eixo

“autodeterminação” do DSM-5. Visto que, se por um lado, o autodirecionamento é uma característica da personalidade humana, por outro, ao perder o sentido da vida, o indivíduo torna-se mais vulnerável para a ocorrência de sintomas depressivos por exemplo, uma vez que, se torna mais suscetível psiquicamente, afetando sua saúde mental (Aquino, Dará, Simeão, 2016).

Diante do exposto, compreende-se, portanto, que, o ser humano necessita viver em função de “algo”, sendo capaz de lutar até o fim por seus objetivos e valores (Frankl, 2010). A percepção de um sentido constitui assim, o principal fator de proteção ao ser humano. Tendo em conta que ter um motivo para estar vivo é condição necessária para a resiliência humana (Aquino et al.,2015).

### **3.1. Sentido de vida, saúde mental e psicopatologia na sociedade contemporânea**

Diante do exposto, compreende-se, portanto, que, o ser humano necessita viver em função de “algo”, sendo capaz de lutar até o fim por seus objetivos e valores (Frankl, 2010). A percepção de um sentido constitui assim, o principal fator de proteção ao ser humano. Tendo em conta que ter um motivo para estar vivo é condição necessária para a resiliência humana (Aquino et al.,2015).

Hoje, as pessoas parecem estar procurando uma sensação de objetivo na vida mais do que nunca (Seligman, 2004). Apesar de ser uma busca de séculos, nesse tempo de intensas mudanças sociais e econômicas, percebe-se constantemente pessoas perdidas, sem objetivos em suas vidas, desorientadas, procurando às cegas algo que dê sustentação e significado para o seu existir (Freire & Sommerhalder, 2000; Matos, 2012; Moraes, 1997).

Por conseguinte, o que observa-se nesse período de grandes afirmações científicas, é o crescimento das incertezas, dúvidas e inseguranças, associado ao vazio existencial (Freire & Sommerhalder, 2000; Moraes, 1997).

Para simbolizar seus valores, crenças, pensamentos e desejos, o homem sempre se ocupou de rituais e tradições, que ao longo do tempo foram em parte perdidos e esvaziados (Carneiro & Abritta, 2008).

Sob o ponto de vista de Giddens (2002) em uma sociedade tradicional, a identidade social do homem é limitada pela própria tradição, pelo parentesco, pela localidade. A modernidade, caracterizada pelo autor como uma ordem pós-tradicional, ao romper com essas práticas, enfatiza as potencialidades individuais, oferecendo ao homem contemporâneo uma identidade "móvel". Não existindo mais a tradição, abre-se um mundo repleto de possibilidades, de diversidades e por tanto de escolhas, fazendo com que o homem seja responsável por si mesmo, decidindo em que acreditar, podendo assim planejar a sua vida. Neste contexto em que as condutas e as situações cotidianas não são mais moldadas pela tradição, é que o indivíduo age como ator, planejador e diretor da sua própria vida. Porém, para o autor esse rompimento, mesmo que parcialmente das tradições, ao mesmo tempo em que promove essa certa autonomia pessoal, retira também uma sensação de firmeza das coisas, podendo constituir-se em uma grande fonte de ansiedade para o homem nesta sociedade contemporânea.

A modernidade pode-se dizer, rompe o referencial protetor da pequena comunidade e da tradição, substituindo-as por organizações muito maiores e impessoais. O indivíduo se sente privado e só num mundo em que lhe falta o apoio psicológico e o sentido de segurança oferecido em ambientes mais tradicionais (Giddens, 2002, p. 38).

O homem vive, assim, em um mundo cada vez mais constituído de informações que o obrigam a viver se atualizando e realizando escolhas, o que faz com que sensações de inquietude e ansiedade acabem aparecendo (Giddens, 2002).

Com a perda dos instintos e das tradições, Frankl (2010) afirma que, o ser humano sofre por não saber o que quer e o que fazer da sua vida, seguindo por tanto o que outros fazem (conformismo) ou o que os outros querem (totalitarismo).

As pessoas agem, sem ter clareza de seus objetivos e sem mesmo saber o porquê estão agindo, vão seguindo o fluxo, sem refletir. A mídia por exemplo, acaba ditando a maneira como devem se vestir, se comportar, falar, etc. As pessoas, por vezes, se misturam, tornando cópias do meio, agindo de maneira igual aos demais, com atitudes que não lhes são próprias (Giddens, 2002).

Ao renunciar a sua autenticidade e unicidade para seguir o que os outros fazem ou ordenam, o homem acaba aceitando este reducionismo, o que dificulta a consciência

de suas possibilidades, prejudicando sua busca por sentido. Sendo o sentido exclusivo e específico, uma vez que, difere de pessoa para pessoa e de um momento para o outro, só a pessoa envolvida precisa e poderá encontrar o sentido potencial de sua vida, que descobrirá no mundo, e não dentro de si. É uma tarefa individual que torna a pessoa responsável por sua vida, ressignificando-a (Frankl, 2010).

O sentido pessoal de vida é essencial para dar significado à existência humana e conseqüentemente superar o vazio existencial. Segundo Frankl (2010), essa conquista vem através da autotranscendência, que:

... denota o fato de que o ser humano sempre aponta e se dirige para algo ou alguém diferente de si mesmo – seja um sentido a realizar ou outro ser humano a encontrar. Quanto mais a pessoa esquecer de si mesma – dedicando-se a servir uma causa ou a amar outra pessoa-mais humana será e mais se realizará (Frankl, 2010, p. 135).

No entanto, nesta nova conjuntura, o indivíduo torna-se individualista e superficial, com dificuldade de transcendência pessoal, predominando a exterioridade do existir de forma superficial (Bauman, 2001).

A atual sociedade não é muito apropriada para sustentar amizades, o homem não está investindo tanto nas suas relações pessoais, não há mais tantas amizades profundas e nem grandes amores. Segundo Lasch (1983), não há projeções de que essas relações estejam presentes no futuro, por este motivo não há o cuidado com o outro e, conseqüentemente, nem consigo mesmo. Este homem está sozinho no meio da multidão, no dizer de Lasch (1983), “sem refúgio num mundo sem coração” (p.50). As relações entre as pessoas vêm se tornando cada vez mais superficiais, falta compreensão, afeto, atenção, e isso está sendo deixado de lado, por exemplo, pela falta de tempo e é considerado muito mais fácil por isso cultivar essas “amizades virtuais”. Esta superficialidade nas relações não aparece somente nos grupos externos, tem aparecido também dentro de casa, pais e filhos, por exemplo, já não se sentam mais à mesa para conversarem e quando há problemas, eles se evitam, em vez de dialogar. Tudo isso traz solidão e angústia o que gera a depressão.

O homem do século XXI busca na virtualidade um substituto para a relação afetiva consistente, na tentativa de driblar o seu estado de solidão e não se deparar assim

com o seu sofrimento (Carneiro & Abritta, 2008).

Lasch (1983), afirma que vive-se numa sociedade narcisista. De acordo com o autor os narcisistas se caracterizam por esta superficialidade emocional, medo da intimidade, senso de tempo alterado, fascínio pela celebridade, medo da competição, horror à velhice e à morte, desprezam o passado e vivem para o momento, o futuro lhe desperta pouco interesse. Este não consegue, portanto, interiorizar momentos felizes, não podendo assim contar com essas recordações nos momentos difíceis como fonte psicológica. Referindo-se ao que considera como esfacelamento da vida íntima “(...) ‘ a vida interior’ não mais oferece qualquer refúgio para os perigos que nos envolvem” (p. 37).

Para Lasch (1983) o homem é extremamente competitivo, busca aprovação e reconhecimento. Necessita de uma plateia que lhe aplauda, lhe admire. Muitas vezes se junta a pessoas carismáticas, célebres ou poderosas para poder ficar em evidência.

Lasch (1983) utiliza o conceito de narcisismo para tentar compreender o impacto psicológico das recentes mudanças sociais. Para ele, esse narcisismo presente nesta sociedade contemporânea é uma defesa contra tensões e ansiedades da vida moderna.

[...] as condições sociais predominantes tendem [...] a fazer aflorar os traços narcisistas presente, em vários graus, em todos nós. Estas condições também transformaram a família, que por sua vez modela a estrutura subjacente da personalidade (Lasch, 1983, p. 76).

O homem acaba sendo aquilo que ele tem não aquilo que ele é, até mesmo como uma forma de se sentir incluído na sociedade. Como disse Birman (1999), "o sujeito se transforma numa máscara para a exibição fascinante e para a captura do outro" (p.189). Como consequência disso, o homem acaba não se permitindo entrar em contato com a sua dor, querendo viver em pleno estado de prazer e alegria. A sociedade passa a não aceitar aquele que sofre, pois acredita que não há um porque ter sofrimento. Desse modo o que sobressai é a busca pelo prazer constante e por isso imediato, a todo custo e a todo o momento.

De acordo com Lasch (1983), a propaganda de produtos e do viver bem mostram ao homem que se ele obtiver sucesso, poderá adquirir mercadorias que irão demonstrar

suas conquistas. É a sociedade do ter em que o homem é valorizado pelo o que ele possui não pelo o que ele é. Ele é admirado pelo o seu corpo, pelos seus bens materiais, pela sua beleza. Devido a essa inversão de valores, o homem interiormente está vazio. Com poucos recursos interiores, o narcisista "olha para os outros para validar seu senso do eu. Precisa ser admirado por sua beleza, encanto, celebridade ou poder – atributos que geralmente declinam com o tempo" (p.254).

A psicopatologia da pós-modernidade caracteriza-se por um funcionamento psíquico de fracasso na realização e na glorificação do EU e na estetização da existência, ou seja, o fracasso em particular da cultura do narcisismo e do espetáculo. Daí a depressão, a síndrome do pânico, toxicomania... (Birman, citado em Pelegrini, 2003, p.39).

O consumismo é uma das principais características dessa sociedade contemporânea, o homem acaba por comprar mercadorias para preencher o vazio que sente e com isso conquistar a felicidade que tanto almeja. O dinheiro, por exemplo, passa a ser questão de status, de exibicionismo e de espetáculo. Segundo Lipovertsky (2004) como atualmente não existe mais grandes ideologias políticas, muitos indivíduos tendem a afirmar sua identidade por meio do consumo próprio.

Este homem contemporâneo então, sob o ponto de vista de Lasch (1983) busca um sentido para a sua vida. A ansiedade, a depressão, o descontentamento e um vazio interior o incomodam. Na visão de Frankl (2010), diversas máscaras e disfarces são usados sob os quais transparece esse vazio e essa vontade de sentido frustrada às vezes, acaba sendo compensada muitas vezes por uma vontade de poder e de prazer.

Para Frankl (2010), o homem deve buscar a sua realização. No entanto, o que de fato o impulsiona é a vontade de sentido, não a vontade de poder, como aponta Adler, nem a vontade de prazer, como em Freud. Ou seja esta realização, nada tem a ver com o prazer que determinada situação provoca, uma vez que o prazer é um estado, uma consequência e não um objetivo (Matos, 2012).

Quanto mais o homem procurar o prazer, o sucesso ou a felicidade, em detrimento da realização de sentido, mais distante estará do seu propósito, segundo Frankl (2010). Pois não se pode perseguir a felicidade, ela deve acontecer naturalmente, na medida em que houver uma razão para ela.

Um indivíduo é feliz, quando escuta o que a sua consciência diz que deve fazer, e o coloca em prática da melhor maneira possível. A felicidade, portanto, não pode ser adquirida através do ato de comprar ou consumir produtos e serviços como a sociedade capitalista contemporânea acredita (Matos, 2012).

A felicidade é um subproduto da realização de um sentido, ela acontece então como efeito colateral quando o indivíduo fica absorvido pela dedicação a uma tarefa, quando se esquece de si mesmo a serviço de uma causa, ou no amor a uma pessoa (Frankl, 2010) O sentido é encontrado no mundo, não no indivíduo que o experiência.

Ao ter essa busca por sentido, bem-sucedida, o indivíduo não só fica feliz, mas também passa a ser capaz de enfrentar o sofrimento, tendo assim um motivo para lutar por seus ideais. (Frankl, 2010)

Hoje, contudo, a vontade de sentido encontra-se frustrada. Frankl (2009), por meio de suas experiências clínicas, constatou que o vazio existencial vem se sobressaindo e, por conseguinte, tornando o ser humano vulnerável a transtornos afetivos (Frankl, 2011).

Apesar dos avanços científicos, das conquistas na área da saúde, tratamentos mais eficazes, o fardo dos transtornos mentais parecem estar se tornando cada vez maior. Sendo o Brasil, o país que mais tem casos de depressão e ansiedade conforme dados informados no capítulo dois desta tese.

Com as incertezas trazidas com a doença COVID-19 e as mudanças impostas pelo isolamento social, o resultado de uma pesquisa recente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ, 2020), indica um aumento significativo de casos de depressão, ansiedade e stress entre os brasileiros.

Desse modo, à medida que a incidência desses sintomas continuam a aumentar, torna-se cada vez mais importante investigar fatores que afetam o desenvolvimento desses sintomas.

A partir das considerações anteriores, a presente pesquisa consistiu em analisar as questões do sentido de vida em jovens e adultos brasileiros, maiores de 18 anos de diferentes áreas acadêmicas e profissionais e as suas relações com a saúde mental, nas dimensões do bem-estar e da psicopatologia, mais propriamente da ansiedade, depressão

e stress.

## **PARTE II: ENQUADRAMENTO EMPÍRICO**

## **CAPÍTULO IV – Estudo Empírico**

### **4.1. Objetivos**

Trata-se de uma pesquisa quantitativa tendo como principal intuito, analisar as relações entre os níveis de sentido de vida experienciado pelos indivíduos e os níveis de saúde mental que manifestam, em termos de bem-estar e da psicopatologia (depressão, ansiedade e stress). De forma específica pretendeu-se:

- a) Caracterizar a amostra nos níveis de sentido de vida e de saúde mental (nas dimensões do bem-estar e da psicopatologia);
- b) Analisar a relação entre os níveis de sentido de vida e os níveis de bem-estar;
- c) Analisar a relação entre os níveis de sentido de vida e os níveis de psicopatologia (depressão, ansiedade e stress);
- d) Identificar as diferenças dos níveis de sentido de vida e de saúde mental (bem-estar e psicopatologia) quando associadas a algumas variáveis sociodemográficas (idade, gênero, estado civil, grau de escolaridade e existência de filhos).

### **4.2. Método**

Como procedimento metodológico adotado, optou-se por uma abordagem quantitativa, realizada a partir de instrumentos quantitativos, utilizados como técnica de recolha de dados, com o intuito de analisar os níveis de sentido de vida e de saúde mental (nas dimensões do bem-estar e da psicopatologia).

#### **4.2.1. Participantes**

Participaram da pesquisa 319 adultos com idade média de 42.33 (dp=11.42) anos e amplitude de 19 a 75 anos de ambos os sexos (feminino [f=219; 68.8%], masculino [f=100;31.2%] com nacionalidade brasileira e que vivem, em sua maioria, na zona urbana (98.8%) (cf. tabela 1).

Quanto ao estado civil dos participantes, 49.40% são casados/união estável, 30% solteiros, 17.80% divorciados/separados e 2.8% são viúvos.

Em relação a filhos, 55.6% dos participantes têm e 44.4% não têm. Dos indivíduos que têm filhos, a maioria tem entre um e três filhos (um filho [20.6%]; dois filhos [22.2%] e três filhos [10.3%]), sete participantes informaram ter quatro filhos e apenas um informou ter 5 filhos (cf. tabela 1).

Em relação ao rendimento anual líquido dos participantes, 22.2% recebem até R\$ 22.847,76; 29.4% acima de R\$55.976,16 e 39.9% dos indivíduos apresentam renda anual entre essas duas quantias referidas. E o percentual restante de 8.4% equivale a participantes que marcaram a opção “não aplicável” (cf. tabela 1).

Os níveis de escolaridade variaram entre os participantes sem ensino superior (6,20%) e com ensino superior (93.80%).

Referente à situação profissional, a maioria dos participantes encontram-se empregados (91.9%) e uma percentagem equivalente a 8.1% estão desempregados. Sendo observado que, 45% dos indivíduos são trabalhadores e estudantes e 55% não se enquadram nessa condição (cf. tabela 1).

**Tabela 1.** *Caracterização sociodemográfica dos participantes quanto ao sexo, zona em que vive, estado civil, filhos e números dos mesmos, rendimento anual líquido, níveis de escolaridade e situação profissional.*

<b>Amostra (N = 320)</b>			
		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	100	31.20%
	Feminino	219	68.80%
<b>Zona em que vive</b>	Rural	4	98.8%
	Urbana	315	1.2%
<b>Estado Civil</b>	Solteira(o)	95	30%
	Em união estável/	158	49.40%
	Casada(o)		
	Viúva(o)	9	2.80%
	Separada(o)/Divorciada(o)	57	17.80%
<b>Filhos</b>	Sim	178	55.60%
	Não	141	44.40%
<b>Nº de filhos</b>	1	66	20.60%
	2	71	22.20%

	3	33	10.30%
	4	7	2.20%
	5	1	0.30%
<b>Renda anual</b>	Até R\$22.847,76	71	22.20%
	De R\$22.847,77 até R\$33.919,80	43	13.40%
	De R\$33.919,81 até R\$45.012,60	42	13.10%
	De R\$45.012,61 até R\$55.976,16	43	13.40%
	Acima de R\$55.976,16	94	29.40%
	Não aplicável	26	8.40%
<b>Habilitação acadêmica</b>	S/ Ensino superior	19	6.20%
	C/ Ensino superior	300	93.80%
<b>Trabalhador e estudante</b>	Sim	144	45.00%
	Não	175	55.00%
<b>Situação Profissional</b>	Empregada(o)	294	91.90%
	Desempregado(o)	25	8.10%

#### 4.2.2. Instrumentos

Neste estudo os instrumentos abaixo relacionados foram utilizados, para o processo de coleta de dados, estando estes devidamente autorizados por seus autores para uso e validados para a população brasileira.

1- **Questionário Sociodemográfico** constituído para recolher dados relativos aos participantes com o objetivo de posterior descrição e caracterização da amostra. As informações recolhidas foram relativas ao sexo, idade, nacionalidade, grau de escolaridade, se é trabalhador e estudante, estado civil, filhos e sua quantidade, zona em que vive, situação profissional, renda anual e outras questões relativas ao trabalho, conforme descrito em detalhes no anexo I.

**2- Questionário do Sentido de Vida (QSV)** (Aquino, Veloso, Aguiar, Pereira & Fernandes, 2015) versão brasileira do The Meaning in Life Questionnaire (Steger, Frazier, Oishi & Kaler, 2006) que contém 10 itens para serem avaliados em uma escala de 7 pontos, sendo 1=totalmente falso e 7=absolutamente verdade e tem como objetivo medir a presença (itens 1,4,5,6 e 9) e a procura de sentido de vida (itens 2,3,7,8 e 10).

A cotação do instrumento exige a inversão do item 9, sendo este o único item revertido do questionário. No estudo de validação para o Brasil (Aquino et.al.,2015), os resultados de alfa de Cronbach dos fatores presença de sentido de vida e busca de sentido de vida, foram equivalentes a 0.85 e 0.89 respectivamente, demonstrando que o questionário apresenta uma boa consistência interna. O questionário encontra-se em anexo (Anexo II).

**3- Escala Continuum de Saúde Mental (MHC\_SF)** – versão brasileira (Anexo III) , que foi originalmente desenvolvida por Keyes (2002), em língua inglesa, adaptada e validada no Brasil por Machado e Bandeira (2015). Trata-se de um instrumento para a avaliação da saúde mental positiva que foi desenvolvido de acordo com vários construtos que fazem referência ao bem-estar emocional, psicológico e social (Keyes, 2002), sendo composto por 14 itens de autorresposta, distribuídos da seguinte forma: três itens para o bem-estar emocional (itens 1,2 e 3), cinco itens para o bem-estar social (itens 4,5, 6,7 e 8) e seis itens para o bem-estar psicológico (itens 9,10,11,12,13 e 14) (Lamers et al.,2011; Matos et al.,2010).

A pontuação dos itens é classificada de acordo com a escala de Likert de 6 pontos, sendo que 1 corresponde a “nunca” e 6 a “todos os dias”. (Lamers et al., 2011; Salama-Younes, 2011). O resultado permite categorizar os participantes em estados de flourishing (presença da saúde mental), saúde mental moderada e de languishing (ausência de saúde mental).

O estado de flourishing é classificado quando a pontuação equivale a 5 pontos (quase todos os dias) ou 6 pontos (todos os dias), em pelo menos um dos três itens do bem-estar emocional e em pelo menos seis dos onze itens de bem-estar social e

psicológico. De maneira contrária, o estado languishing classifica-se quando ocorre pontuações baixas, com 1 ponto (nunca) ou 2 pontos (uma ou duas vezes) em pelo menos um dos três itens do bem-estar emocional e em pelo menos seis dos onze itens de bem-estar social e psicológico. Já para o diagnóstico de saúde mental moderada a pontuação deve ser de 3 pontos (cerca de uma vez por semana) ou 4 pontos (cerca de duas ou três vezes por semana) em pelo menos um dos três itens de bem-estar emocional e em pelo menos seis dos onze itens de bem-estar psicológico e social (Keyes, 2007).

**4- Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse – EADS 21** que é uma adaptação da DASS (Depression, Anxiety and Stress) (Anexo IV), desenvolvida por Lovibond & Lovibond (1995) e aferida para a população do Brasil por Vignola e Tucci em 2013 e que tem como objetivo avaliar a severidade dos sintomas associados à ansiedade, a depressão e o stress na amostra.

O desenvolvimento desta escala surge quando Lovibond e Lovibond (1995), procuravam discriminar de forma empírica os sintomas da depressão e ansiedade e após análise fatorial, observarem que alguns itens não representavam especificamente nem a ansiedade nem a depressão, havendo a necessidade de alocá-los em outro fator, denominado ‘stress’, seguindo assim a premissa teórica do modelo tripartido. Contudo, os autores afirmam que, embora essas três subescalas apresentem uma relação positiva entre elas, a associação mais evidente ocorre entre a ansiedade e o stress.

A EADS-21 é composta por um questionário de auto-avaliação, com um total de 21 itens (versão reduzida da original que é composta por 42 itens) divididos igualmente (7 itens) entre as três subescalas (ansiedade, itens 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20; depressão, itens: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21; e stress, itens: 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18), visando avaliar os seguintes estados emocionais: excitação do sistema nervoso autónomo, ansiedade situacional, experiências subjetivas de ansiedade e efeitos músculo-esqueléticos (subescala ansiedade); anedonia, inércia, disforia, desânimo, desvalorização da vida, auto-depreciação, falta de interesse/ envolvimento (subescala depressão); irritabilidade/reação exagerada, impaciência, dificuldade em relaxar, excitação nervosa, agitação fácil (subescala stress) (Vignola & Tucci, 2013).

As respostas estão distribuídas em uma escala do tipo Likert de quatro pontos

(0,1,2 e 3) conforme a severidade ou a frequência. Para cada um dos 21 itens, o participante escolhe uma opção entre: 0 – “Não se aplicou de maneira alguma, 1 – “Aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo”, 2- “Aplicou-se por um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo”, 3-“Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo”; em referência a quanto aquela afirmação se aplicou a ele durante a última semana.

O resultado é obtido a partir da soma dos valores dos 7 itens correspondentes a cada uma das subescalas, que pode variar de 0 a 21 e deve ser obrigatoriamente multiplicado por dois para o cálculo do escore final e aplicação do corte, que será classificado em 5 níveis: Normal/ leve, mínimo, moderado, grave e muito grave. Da seguinte forma: depressão (0-9) normal/leve, (10-13) mínimo, (14-20) moderada, (21-27) grave e (>28) muito grave; ansiedade (0-7) normal/leve, (8-9) mínimo, (10-14) moderada, (15-19) grave e (>20) muito grave; e estresse (0-14) normal/leve, (15-18) mínimo, (19-25) moderado, (25-33) grave e (>34) muito grave. Assim, quanto mais elevada for a pontuação mais negativos são os estados emocionais do indivíduo (Vignola & Tucci, 2014).

#### 4.2.3. Procedimentos

Para a realização deste estudo, foram seguidos os procedimentos abaixo, conforme projeto de investigação mais amplo denominado de “A. LIFE MEANING-Life Meaning, mental health, well-being and work: what relationships?”, sob a coordenação científica da Prof. Doutora Carla Fonte e da Prof. Doutora Cristina Pimentão, no qual esta pesquisa encontra-se inserida. O projeto foi submetido para apreciação por parte da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, tendo recebido um parecer positivo. Todos os instrumentos utilizados no presente estudo já se encontravam autorizados.

Antes de iniciar a coleta de dados, este estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica de Petrópolis (UCP) localizada no estado do Rio de Janeiro, através da plataforma Brasil, obtendo sua aprovação com o parecer nº 3.852.437 conforme Anexo V.

Os questionários foram transpostos para suporte online de forma a facilitar a participação dos sujeitos e a obter um maior número de dados.

Todos os instrumentos estiveram disponíveis durante o tempo de resposta num link especificamente criado através do Google Docs de forma a que os sujeitos conseguissem ter acesso ao mesmo. No entanto, assim que foram reunidas as respostas necessárias o link tornou-se indisponível.

No que diz respeito à recolha de dados, esta foi realizada por meio informático, de forma não aleatória e pelo método Snowball, através da divulgação do link do estudo num grupo inicial de contato das investigadoras, sendo pedido a esses mesmos participantes a divulgação do link do estudo a outros adultos maiores de 18 anos da sua rede de contatos pessoais e profissionais.

De ressaltar que as respostas dadas pelos sujeitos são sumariadas num documento Excel criado automaticamente pelo Google Docs. e que só ficam disponíveis para o criador do questionário online.

Por último, todos os dados foram tratados com o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão atual, no qual a licença foi disponibilizada pelo departamento de informática 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, nomeadamente o Teste T para Amostras Independentes e a Análise de variância (ANOVA) Unifatorial.

## CAPÍTULO V – Análise dos resultados

### 5.1. Resultados

Os resultados serão apresentados de acordo com os objetivos específicos desta investigação, sendo efetuada a análise estatística dos dados recolhidos recorrendo ao programa SPSS.

- a) Caracterizar a amostra nos níveis de sentido de vida e de saúde mental (nas dimensões do bem-estar e da psicopatologia)

No que se refere à existência de presença e procura de sentido de vida, observou-se que os participantes apresentam níveis mais elevados de presença de sentido de vida, contudo pode-se afirmar que os níveis de procura de sentido de vida apresentados também são significativos, ainda que menores, ao serem comparados com os valores referenciados a presença de sentido de vida (cf.Tabela 2).

**Tabela 2.** *Caracterização dos participantes em termos de presença de sentido de vida e procura de sentido de vida.*

	Amostra (N=319)			
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
<b>Presença de sentido de vida</b>	5	35	24.20	7.81
<b>Procura de sentido de vida</b>	4	35	21.94	8.27

Em relação à saúde mental, nas dimensões do bem-estar emocional, social, psicológico e geral, constata-se que os participantes apresentam níveis relativamente altos quando observados os valores mínimos e máximos possíveis da Escala Continuum de Saúde Mental utilizada.

E no que tange à saúde mental em termos de psicopatologia, ao ser observado a existência de sintomas de depressão, ansiedade e stress verifica-se que os participantes apresentam níveis relativamente baixos nos três domínios, quando comparados constata-se que os níveis de stress apresentados são mais elevados, seguidos dos níveis

de depressão e posteriormente de ansiedade (cf. Tabela 3).

**Tabela 3.** Caracterização da saúde mental dos participantes nas dimensões do bem-estar emocional, bem-estar social, bem-estar psicológico, bem-estar geral e da psicopatologia em função dos níveis de depressão, ansiedade e stress.

<b>Amostra (N=319)</b>				
	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Bem-estar emocional</b>	3	18	13.27	2.85
<b>Bem-estar social</b>	5	30	16.61	5.1
<b>Bem-estar psicológico</b>	7	36	26.12	5.64
<b>Bem-estar geral</b>	17	84	56	11.9
<b>Depressão</b>	0	42	7.82	9.21
<b>Ansiedade</b>	0	42	6.87	8.35
<b>Stress</b>	0	42	13.8	9.72

b) Analisar a relação entre os níveis de sentido de vida e os níveis de bem-estar.

Ao realizar o teste de correlação de variáveis a partir do coeficiente de correlação de Person, foi possível constatar uma correlação negativa, fraca e significativa ( $r = -.294$ ,  $p < .001$ ) entre a presença de sentido de vida e a procura de sentido de vida (cf. Tabela 4), o que indica que, quanto maior a presença de sentido de vida, menor a procura de sentido de vida e, vice-versa.

Da mesma forma, as correlações entre procura de sentido de vida e todas as outras dimensões do estudo, isto é, com o bem-estar geral ( $r = -.236$ ,  $p < .001$ ), com o bem-estar emocional ( $r = -.239$ ,  $p < .001$ ), com o bem-estar social ( $r = -.228$ ,  $p < .001$ ) e com o bem-estar psicológico ( $r = -.170$ ,  $p < .001$ ) resultaram em uma correlação negativa, fraca e significativa (cf. Tabela 4). Esse resultado indica que, quanto maior for a procura de sentido de vida, menor será o nível de bem-estar geral, emocional, social e psicológico.

Já os resultados das correlações realizadas entre a presença de sentido de vida e as variáveis do bem-estar geral ( $r = .462$ ,  $p < .001$ ), bem-estar emocional ( $r = .441$ ,  $p < .001$ ), bem-estar social ( $r = .323$ ,  $p < .001$ ) e bem-estar psicológico ( $r = .460$ ,  $p < .001$ ), indicam correlações positivas, fracas e estatisticamente significativas (cf. Tabela 4).

Esse resultado demonstra que, quanto maior for o nível de presença de sentido de vida, maior também será o nível de bem-estar geral, emocional, social e psicológico dos indivíduos desta amostra.

No que se refere a correlação entre o bem-estar geral e as outras variáveis em estudo, observa-se que além da correlação negativa, fraca e significativa com a variável da procura de sentido de vida, a variável do bem-estar geral também se correlaciona significativamente, porém de forma positiva e fraca com o bem-estar emocional ( $r=.812$ ,  $p< .001$ ), com o bem-estar social ( $r=.882$ ,  $p< .001$ ) e com o bem-estar psicológico ( $r=.902$ ,  $p< .001$ ) (cf. Tabela 4). Esse resultado significa que maiores valores no nível de bem-estar geral estão associados a maiores valores nos níveis de bem-estar emocional, social e psicológico.

Em relação à variável do bem-estar emocional, para além da correlação negativa, fraca e significativa com a dimensão da procura de sentido de vida, constata-se ainda uma correlação significativa, fraca e positiva com o bem-estar social ( $r=.626$ ,  $p< .001$ ) e com o bem-estar psicológico ( $r= .641$ ,  $p< .001$ ) (cf. Tabela 4). Essa constatação indica que quanto maior for o valor do bem-estar emocional, maior também serão os valores do bem-estar social e psicológico.

E no que concerne à variável do bem-estar social, além de apresentar correlação negativa, fraca e significativa com a variável da procura de sentido de vida, apresenta também uma correlação significativa, fraca e positiva com a variável do bem-estar psicológico ( $r= .639$ ,  $p< .001$ ) (cf. Tabela 4). Esse resultado demonstra que, quanto maiores os níveis de bem-estar social, maiores também serão os níveis de bem-estar psicológico que os participantes evidenciaram e, ao contrário.

Em suma, observa-se que, no diz respeito à Escala Continuum de Saúde Mental (MHC\_SF), esta apresentou uma correlação significativa, fraca e positiva entre todas as suas variáveis, o que significa dizer que uma variável acompanha o crescimento da outra, ou seja quando os níveis de uma variável são elevados, os níveis das demais também são e, vice-versa.

Já em relação ao Questionário do Sentido de Vida (QSV), nessa amostra, constata-se que as variáveis da presença de sentido de vida e procura de sentido de vida, apresentam uma correlação negativa, fraca e significativa entre si, ou seja, estão em

caminhos opostos, valores baixos na variável da presença de sentido de vida estão associados a valores altos na variável da procura de sentido de vida, e vice-versa.

Igualmente, além dessa associação significativa, a variável da procura de sentido de vida, também apresenta correlação negativa, fraca e significativa com todas as variáveis do bem-estar, o que significa que níveis elevados de procura de sentido de vida indicam níveis baixos de bem-estar geral, emocional, social e psicológico.

E relativamente, a variável de presença de sentido de vida, constata-se ainda que, além da correlação negativa com a variável da procura de sentido de vida, ocorre uma associação positiva estatisticamente significativa com todas as dimensões da MHC\_SH, em que níveis elevados de presença de sentido de vida estão associados a também níveis elevados de bem-estar geral, emocional, social e psicológico e, vice-versa.

*Tabela 4. Caracterização da relação entre os níveis de sentido de vida e os níveis de bem-estar*

Amostra (N=319)						
	Presença de sentido de vida	Procura de sentido de vida	Bem-estar geral	Bem-estar emocional	Bem-estar social	Bem-estar psicológico
Presença de sentido de vida	1	-.294**	.462**	.441**	.323**	.460**
Procura de sentido de vida	-.294**	1	-.236**	-.239**	-.228**	-.170**
Bem-estar geral	.462**	-.236**	1	.812**	.882**	.902**
Bem-estar emocional	.441**	-.239**	.812**	1	.626**	.641**
Bem-estar social	.323**	-.228**	.882**	.626**	1	.639**
Bem-estar psicológico	.460**	-.170**	.902**	.641**	.639**	1

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

c) Analisar a relação entre os níveis de sentido de vida e os níveis de psicopatologia (depressão, ansiedade e stress).

A partir do coeficiente de correlação de Person, constatou-se uma correlação negativa, fraca e significativa entre a variável da presença de sentido de vida e todas as

outras dimensões em análise, isto é, com a procura de sentido de vida ( $r = -.294$ ,  $p < .001$ ), com a depressão ( $r = -.381$ ,  $p < .001$ ), com a ansiedade ( $r = -.215$ ,  $p < .001$ ) e com o stress ( $r = -.262$ ,  $p < .001$ ) (cf. Tabela 5). Esses resultados demonstram que, quanto maiores os níveis de presença de sentido de vida, menores serão os níveis de procura de sentido de vida e psicopatologia (depressão, ansiedade e stress).

Já à respeito da variável de procura de sentido de vida, observa-se que existe uma correlação positiva, fraca e significativa com a depressão ( $r = .156$ ,  $p < .001$ ), com a ansiedade ( $r = .115$ ,  $p < .005$ ) e com o stress ( $r = .138$ ,  $p < .005$ ) (cf. Tabela 5). O que demonstra que, quando os níveis de procura de sentido de vida estiverem altos, os níveis de depressão, ansiedade e stress também estarão e, vice-versa.

No que se refere à variável da depressão, além de estar correlacionada de forma negativa, fraca e significativa com a presença de sentido de vida e positiva, fraca e significativa com a procura de sentido de vida, encontra-se ainda correlacionada com a ansiedade ( $r = .765$ ,  $p < .001$ ) e o stress ( $r = .706$ ,  $p < .001$ ) de maneira positiva, forte e estatisticamente significativa (cf. Tabela 5). Esses resultados demonstram que, quanto mais elevados os níveis de depressão, mais elevados também serão os níveis de ansiedade e stress ou que quanto maiores forem os níveis de ansiedade e stress que os participantes apresentarem, maiores serão também os níveis de depressão que evidenciaram.

Em relação à variável da ansiedade, percebe-se que, além de apresentar uma correlação negativa, fraca e significativa com a presença de sentido de vida e estar positivamente correlacionada de forma significativa com a procura de sentido de vida e a depressão, apresenta ainda uma correlação positiva, forte e significativa com o stress ( $r = .717$ ,  $p < .001$ ) (cf. Tabela 5). Esse resultado indica que, quanto maior for o nível de ansiedade, maior será o nível de stress do participante e, vice-versa.

Em suma, observa-se que, à respeito do Questionário de sentido de vida (QSV), a variável presença de sentido de vida se correlaciona de forma negativa, fraca e significativa com a outra variável do referido questionário (procura de sentido de vida) e também com todas as variáveis da Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse – EADS 21, indicando que, níveis mais elevados desta dimensão, revelam níveis mais baixos das demais variáveis ou, vice-versa. Já em relação à variável procura de sentido de vida,

percebe-se, que além da correlação negativa, fraca e significativa com a outra variável do QSV (presença de sentido de vida), apresenta ainda correlação positiva, fraca e significativa com todas variáveis da EADS 21, evidenciando que, quando os níveis de procura de sentido de vida forem elevados, os níveis de todas as dimensões psicopatológicas deste estudo também serão elevados.

Relativamente a EADS 21, todas as suas variáveis (depressão, ansiedade e stress), correlacionam-se entre si de forma positiva, forte e estatisticamente significativa demonstrando que, maiores valores em uma variável estão associados a maiores valores nas outras variáveis em questão e, vice-versa.

**Tabela 5.** Caracterização da relação entre os níveis de sentido de vida e os níveis de psicopatologia (depressão, ansiedade e stress).

Amostra (N=319)					
	Presença de sentido de vida	Procura de sentido de vida	Depressão	Ansiedade	Stress
Presença de sentido de vida	1	-.294**	-.381**	-.215**	-.262**
Procura de sentido de vida	-.294**	1	.156**	.115*	.138*
Depressão	-.381**	.156**	1	.765**	.706**
Ansiedade	-.215**	.115*	.765**	1	.717**
Stress	-.262**	.138*	.706**	.717**	1

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

- d) Identificar as diferenças dos níveis de sentido de vida e de saúde mental (bem-estar e psicopatologia) quando associadas a algumas variáveis sociodemográficas (gênero, estado civil, grau de escolaridade, existência de filhos e idade).

Ao comparar os índices de presença de sentido de vida entre homens e mulheres, não foi possível encontrar diferenças significativas por meio do teste t ( $t(318) = -.771$ ,  $p > .05$ ), nem em relação ao índice de procura de sentido de vida ( $t(318) = -1.41$ ,  $p > .05$ ) (cf. Tabela 6).

Já no que se refere aos níveis de bem-estar, foram encontradas diferenças significativas em relação ao sexo por meio do teste t, ao nível do bem-estar emocional ( $t(248.465) = 3,53$ ,  $p < .001$ ), do bem-estar social ( $t(236.751) = 3.76$ ,  $p < .001$ ), ao nível

do bem-estar psicológico ( $t(260.465) = 3.69, p < .001$ ) e ao nível do bem-estar geral ( $t(259.263) = 4.30, p < .001$ ). Sendo possível constatar que os homens apresentam maiores níveis de bem-estar emocional, social, psicológico e geral do que as mulheres (cf. Tabela 6).

Quanto às dimensões psicopatológicas, também foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres por meio do teste t, ao nível da depressão ( $t(269.809) = -3.56, p < .001$ ), da ansiedade ( $t(274.045) = -4.55, p < .001$ ) e do stress ( $t(317) = -3.75, p < .001$ ). O que indica que, os participantes do sexo feminino relatam um maior nível de psicopatologia do que o sexo masculino (cf. Tabela 6).

**Tabela 6.** Diferenças entre o sexo masculino e o sexo feminino, em função dos níveis de presença e procura de sentido de vida (QSV), dos níveis de bem-estar (MHC-SF) e dos níveis de ansiedade, depressão e stress (EADS-21).

	Gênero		t
	Masculino (n=100) Média (DP)	Feminino (n=219) Média (DP)	
<b>Presença de sentido de vida</b>	23.70 (7.96)	24.42 (7.75)	-.771
<b>Procura de sentido de vida</b>	20.98 (7.57)	22.38 (8.56)	-1.41
<b>Bem-estar emocional</b>	14.02 (2.28)	12.93 (3.02)	3.53
<b>Bem-estar social</b>	18.05 (4.24)	15.95 (5.32)	3.76
<b>Bem-estar psicológico</b>	27.63 (4.31)	25.43 (6.04)	3.69
<b>Bem-estar geral</b>	59.70 (9.09)	54.32 (12.65)	4.30
<b>Depressão</b>	5.48 (6.81)	8.89 (9.96)	-3.56
<b>Ansiedade</b>	4.20 (6.01)	8.09 (8.97)	-4.55
<b>Stress</b>	10.84 (9.11)	15.15 (9.70)	-3.75

\* $p < .05$

Em relação ao estado civil dos participantes, após realizar o teste de ANOVA para comparar os grupos estudados em função da presença de sentido de vida, foi possível encontrar diferença estatisticamente significativa entre eles [ $F(3.316) = 5.66; p < .001$ ] (cf. Tabela 7). Por meio do post-hoc de Bonferroni, verificou-se diferença significativa ( $p < .0001$ ) entre solteiros ( $M=21.51; DP= 7.98$ ) e união estável/casados ( $M=25.39; DP= 7.60$ ) e entre solteiros ( $M=21.51; DP= 7.98$ ) e separados/divorciados ( $M=25.17, DP=7.17$ ) (cf. Tabela 7). Esses resultados indicam que, os indivíduos em união estável/casados/separados/divorciados apresentam um nível de presença de

sentido de vida maior quando comparado com os solteiros. Porém não houve diferença ao comparar com viúvos.

Por outro lado em relação à procura de sentido de vida, os grupos comparados (estado civil), não apresentaram diferenças significativas [F (3.316 = 1.63;  $p > .05$ )] (cf. Tabela 7).

Também não foram constatadas diferenças significativas entre os estados civis dos participantes e os seus níveis de bem-estar emocional [F (3.315 = .255;  $p > .05$ )], de bem-estar social [F (3.315 = .880;  $p > .05$ )], de bem-estar psicológico [F (3.315 = .714;  $p > .05$ )] e de bem-estar geral [F (3.315 = .390;  $p > .05$ )] (cf. Tabela 7).

Igualmente, não foram identificadas diferenças significativas entre os seus estados civis dos indivíduos que participaram da pesquisa e os seus níveis de depressão [F (3.315 = .378;  $p > .05$ )], de ansiedade [F (3.315 = .771;  $p > .05$ )] e de stress [F (3.315 = .100;  $p > .05$ )] (cf. Tabela 7).

**Tabela 7.** Diferenças entre o estado civil, em função dos níveis de presença e procura de sentido de vida (QSV), dos níveis de bem-estar (MHC-SF) e dos níveis de ansiedade, depressão e stress (EADS-21).

	Estado Civil				Z
	Solteira(o) (n=95) Média (DP)	Em união estável/ Casada(o) (n=158) Média (DP)	Viúva(o) (n=9) Média (DP)	Separada(o)/ Divorciada(o) (n=57) Média (DP)	
<b>Presença de sentido de vida</b>	21.51 (7.98)	25.39 (7.60)	25.66 (7.74)	25.17 (7.17)	5.66
<b>Procura de sentido de vida</b>	22.89 (8.03)	21.31 (8.54)	17.88 (8.22)	21.94 (8.27)	1.63
<b>Bem-estar emocional</b>	13.28 (2.79)	13.37 (2.71)	13.11 (3.10)	13.00 (3.34)	.255
<b>Bem-estar social</b>	16.80 (5.27)	16.47 (5.02)	19.11 (4.19)	16.28 (5.14)	.880
<b>Bem-estar psicológico</b>	25.82 (5.43)	25.96 (5.73)	28.00 (3.31)	26.77 (6.04)	.714
<b>Bem-estar geral</b>	55.90 (11.49)	55.81 (11.92)	60.22 (8.74)	56.05 (13.07)	.390
<b>Depressão</b>	8.33 (9.52)	7.92 (8.88)	6.00 (7.93)	6.98 (9.92)	.378
<b>Ansiedade</b>	7.41 (8.78)	6.88 (8.25)	3.11 (5.30)	6.52 (8.27)	.771
<b>Stress</b>	13.81 (9.41)	14.01 (9.38)	14.00 (12.28)	13.19 (10.89)	.100

\* $p < .05$

Ao comparar os índices de presença de sentido de vida entre os participantes sem

o ensino superior e com o ensino superior, foi possível perceber uma diferença estatisticamente significativa por meio do teste t ( $t(318) = -3.64$ ;  $p < .001$ ). O que significa que os participantes com ensino superior apresentam maiores níveis de presença de sentido de vida ( $M=24.60$ ;  $DP=7.63$ ) do que os participantes sem ensino superior ( $M=18.15$ ;  $DP=8.21$ ) (cf. Tabela 8).

No caso das outras variáveis, procura de sentido de vida ( $t(318) = -3.60$ ;  $p > .05$ ), bem-estar emocional ( $t(18.93) = .098$ ;  $p > .05$ ), bem-estar social ( $t(317) = .435$ ;  $p > .05$ ), bem-estar psicológico ( $t(317) = .070$ ;  $p > .05$ ), bem-estar geral ( $t(317) = .254$ ;  $p > .05$ ), depressão ( $t(317) = 1.164$ ;  $p > .05$ ), ansiedade ( $t(18,805) = .889$ ;  $p > .05$ ) e stress ( $t(317) = -.202$ ;  $p > .05$ ), não foi possível identificar uma diferença estatisticamente significativa entre os participantes com ensino superior e sem ensino superior.

**Tabela 8.** Diferenças entre o grau de escolaridade, em função dos níveis de presença e procura de sentido de vida (QSV), dos níveis de bem-estar (MHC-SF) e dos níveis de ansiedade, depressão e stress (EADS-21).

	Habilitação acadêmica		t
	S/Ensino superior ( <i>n</i> = 19) Média (DP)	C/Ensino superior ( <i>n</i> = 300) Média (DP)	
<b>Presença de sentido de vida</b>	18.15 (8.21)	24.60 (7.63)	-3.64
<b>Procura de sentido de vida</b>	21.30 (8.99)	21.99 (8,24)	-.360
<b>Bem-estar emocional</b>	13.36 (4.32)	13.27 (2.74)	.098
<b>Bem-estar social</b>	17.10 (6.46)	16.58 (5.01)	.435
<b>Bem-estar psicológico</b>	26.21 (5.15)	26.11 (5.68)	.070
<b>Bem-estar geral</b>	56.68 (14.30)	55.96 (11.76)	.254
<b>Depressão</b>	10.21 (9.95)	7.67 (9.16)	1.164
<b>Ansiedade</b>	9.47 (13.41)	6.70 (7.92)	.889
<b>Stress</b>	13.36 (10.41)	13.83 (9.69)	-.202

\* $p < .05$

Ao comparar os índices de presença de sentido de vida entre os participantes que não têm filhos e os que têm, foi possível encontrar diferença estatisticamente significativa por meio do teste t ( $t(318) = 3.597$ ;  $p < .001$ ). O que significa que os participantes que têm filhos apresentam maiores índices de presença de sentido de vida ( $M=25.57$ ;  $DP=7.31$ ), do que os que não têm filhos ( $M=22.47$ ;  $DP=8.10$ ) (cf. Tabela 9)..

Já ao comparar os índices de procura de sentido de vida entre os participantes que não têm filhos e os que têm, não foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas por meio do teste t ( $t(318) = -.877; p = .381$ ) (cf. Tabela 9).

Da mesma forma, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa por meio do teste t, ao comparar os participantes que têm filhos e os que relataram não terem filhos com os seus níveis de bem-estar emocional ( $t(316.030) = -.452, p = .651$ ), de bem-estar social ( $t(317) = .225, p = .822$ ), de bem-estar psicológico ( $t(317) = .124, p = .901$ ) e de bem-estar geral ( $t(317) = .050, p = .960$ ) (cf. Tabela 9).

Também não foi identificado diferença significativa entre os participantes com ou sem filhos e os seus níveis de depressão ( $t(317) = -.131, p = .896$ ), de ansiedade ( $t(317) = .147, p = .884$ ) e de stress ( $t(317) = -1.36, p = .174$ ) (cf. Tabela 9).

**Tabela 9.** Diferenças entre a existência ou não de filhos, em função dos níveis de presença e procura de sentido de vida (QSV), dos níveis de bem-estar (MH-SH) e dos níveis de ansiedade, depressão e stress (EADS-21).

	Existência de Filhos		t
	Sim (n= 178)	Não (n= 141)	
	Média (DP)	Média (DP)	
<b>Presença de sentido de vida</b>	25.57 (7.31)	22.47 (8.10)	3.59
<b>Procura de sentido de vida</b>	21.58 (8.75)	22.40 (7.64)	-.877
<b>Bem-estar emocional</b>	13.21 (3.18)	13.35 (2.38)	-.452
<b>Bem-estar social</b>	16.66 (5.30)	16.53 (4.84)	.225
<b>Bem-estar psicológico</b>	26.15 (5.94)	26.07 (5.27)	.124
<b>Bem-estar geral</b>	56.03 (12.68)	55.97 (10.89)	.050
<b>Depressão</b>	7.76 (9.48)	7.90 (8.91)	-.131
<b>Ansiedade</b>	6.93 (8.65)	6.79 (7.97)	.147
<b>Stress</b>	13.14(9.90)	14.63 (9.44)	-1.36

Ao realizar o teste de correlação de variáveis a partir do coeficiente de Person, constatou-se uma correlação positiva, fraca, e significativa ( $r = .302, p < .001$ ) entre a idade e a presença de sentido de vida, o que indica que, quanto maior a idade, maior também será o nível de presença de sentido de vida (cf. Tabela 10).

Já em relação à procura de sentido de vida, encontrou-se uma correlação negativa, fraca e significativa ( $r = -.208, p < .001$ ) (cf. Tabela 10) com a idade, o que

significa dizer que, quanto menor a idade, maior a busca por sentido de vida e, vice-versa.

No que diz respeito à variável bem-estar emocional, não foi possível encontrar uma correlação estatisticamente significativa com a idade ( $r = .064, p > 0.06$ ). Da mesma forma não foi possível encontrar uma correlação estatisticamente significativa entre a variável do bem-estar social com a idade ( $r = .098, p > 0.06$ ) (cf. Tabela 10).

Por outro lado, em relação à variável do bem-estar psicológico, foi encontrada uma correlação positiva, fraca e significativa com a idade ( $r = .129, p < .05$ ) (cf. Tabela 10). Esse resultado, demonstra que, quanto maior a idade, maior o bem-estar psicológico.

Sendo assim, é possível encontrar uma correlação positiva, fraca e significativa entre o bem-estar geral e a idade ( $r = .119, p < .05$ ) (cf. Tabela 10), demonstrando que quanto maior a idade, maior tende a ser o bem-estar geral dos participantes.

Quanto à dimensão psicopatológica, observa-se que existe uma correlação negativa, fraca e significativa entre a idade e os níveis de depressão ( $r = -.145, p < .001$ ), de ansiedade ( $r = -.135, p < .05$ ) e de stress ( $r = -.183, p < .001$ ) (cf. Tabela 10) dos participantes. Esses resultados, apontam que, os participantes mais novos, apresentam níveis maiores de depressão, ansiedade e stress do que aqueles que apresentam idades mais avançadas.

**Tabela 10.** Correlação entre idade e os níveis de sentido e procura de sentido de vida (QSV), dos níveis de bem-estar (MHC-SF) e dos níveis de ansiedade, depressão e stress (EADS-21)

	<b>Idade</b>
	<i>r</i>
<b>Presença de sentido de vida</b>	.302**
<b>Procura de sentido de vida</b>	-.208**
<b>Bem-estar emocional</b>	.064
<b>Bem-estar social</b>	.098
<b>Bem-estar psicológico</b>	.129*
<b>Bem-estar geral</b>	.119*
<b>Depressão</b>	-.145**
<b>Ansiedade</b>	-.135*

Stress

-.183\*\*

\*p < .05

## 5.2. Discussão dos resultados

A presente pesquisa teve como objetivo geral conhecer em que medida os níveis de sentido de vida estão associados com os níveis de saúde mental, no que se refere ao bem-estar e psicopatologia (depressão, ansiedade e stress).

Desse modo, primeiramente foi feita a caracterização da amostra em função dos níveis de sentido de vida e de saúde mental. Nesse sentido, observou-se que embora os participantes apresentem níveis elevados de presença de sentido de vida, os níveis de busca de sentido de vida apresentados também são altos, ainda que menores quando comparados com os níveis de presença. Esses resultados podem ser compreendidos, considerando os estudos de Steger et al. (2006), que ressaltam o fato das duas dimensões (presença e busca de sentido) não necessariamente serem excludentes. O que significa que, algumas pessoas em busca de significado, podem ter dificuldade para estabelecer um nível mínimo de presença de sentido em suas vidas, no entanto outras, mesmo já tendo encontrado um sentido, podem estar buscando uma melhor compreensão do que parece fazer sua vida significativa, além de tentar encontrar novas fontes de sentido (Steger et al.2008).

Em relação aos níveis de saúde mental, é possível verificar que os participantes apresentam níveis relativamente altos em todas as dimensões do bem-estar (emocional, psicológico e social) e níveis baixos de psicopatologia (depressão, ansiedade e stress), sendo os sintomas do stress os que parecem ser mais vivenciados. No entanto salienta-se que os valores obtidos não são considerados preocupantes do ponto de vista de saúde mental (Pinto et al., 2015). Em níveis como os apresentados neste estudo, o stress moderado capacita o indivíduo a lidar com as situações de mudanças e adversas, além de aumentar a motivação, energia, produtividade, dentre outros benefícios (Lipp, 2006; Lipp & Malagris, 2001; Margis et al., 2003).

Se considerarmos que, a saúde mental positiva consiste em um estado em que ocorre a combinação de altos níveis de bem-estar emocional, psicológico e social,

estando o indivíduo dessa forma em “florescimento” (flourishing) e livre de doenças mentais (keys, 2005; Westerhof & Keyes, 2010), os resultados deste estudo parecem indicar, portanto que, a maioria dos participantes apresentam uma saúde mental positiva. Observação esta, que pode estar relacionada com o fato de se tratar de uma amostra não-clínica.

O segundo objetivo desta pesquisa consistia em analisar a relação entre os níveis de sentido de vida e os níveis de bem-estar. Dessa forma, foi possível verificar que, os participantes com níveis altos de significado, também apresentam níveis elevados em todas as dimensões do bem-estar e níveis baixos de procura de sentido de vida. Já os que manifestam níveis altos de procura, revelam níveis baixos de bem-estar geral, emocional, social e psicológico e conseqüentemente de vivência de sentido.

Esses resultados vão de acordo com diversos estudos anteriores que demonstram que, a presença de sentido de vida contribui para o bem-estar (por exemplo, Ryff, 1989; Zika & Chamberlain, 1992), enquanto a busca por significado, está mais ligada a déficits de bem-estar, principalmente em estágios mais tarde na vida (Steger et al. 2006). Estudos científicos, evidenciam que, conforme o indivíduo vivência significado em sua vida, a sua procura diminui, aumentando os seus níveis de felicidade (Cohen & Cairns, 2011, Halfor et.al. 2016, Park et.al. 2010). Também Park & Peterson (2010) apontam que, ter um propósito e um significado na vida têm sido indicadores de maior satisfação com a vida, maior auto-estima e emoções positivas intensificadas, influenciando positivamente o bem-estar emocional, social e psicológico (Cohen & Cairns, 2011; Krok, 2018).

Dentro do objetivo em questão observou-se ainda que as variáveis do bem-estar (emocional, social, psicológico e geral) estão relacionadas positivamente entre si. Sendo assim possível constatar que, quanto mais elevado for o nível de bem-estar geral, maior será o nível de bem-estar emocional, social e psicológico do participante. Da mesma forma que, quanto maior o nível de bem-estar emocional, maior o nível de bem-estar social e psicológico. E quanto maior o nível de bem-estar social, maior será o nível de bem-estar psicológico e vice-versa.

O terceiro objetivo deste estudo consistiu em analisar a relação entre os níveis de sentido de vida e os níveis de psicopatologia (depressão, ansiedade e stress).

Desse modo, pode-se verificar que, a variável presença de sentido apresentou uma correlação negativa com todas as variáveis desta parte do estudo, isto é, com a procura de sentido, a depressão, a ansiedade e o stress. O que significa que, os participantes deste estudo que apresentam baixos níveis de psicopatologia, bem como de procura de sentido, também manifestam níveis elevados de presença de sentido de vida e vice-versa. Este resultado vai de encontro à literatura consultada em que, vários autores consideram que, ter um sentido de vida é um elemento importante para o desenvolvimento de fatores protetivos para o indivíduo, uma vez que, a falta de sentido tem sido relacionada a desfechos negativos em saúde mental (Battista e Almond, 1973; Debats e Wezeman, 1993; Harlow e Bentler, 1986).

Segundo Frankl (2015), os humanos são caracterizados por uma “vontade de significado” e que, portanto, ao encontrar um sentido de vida, este representa um componente fundamental para o bem-estar. Ter um propósito e ser otimista ajuda a superar a perda e também a prevenção da depressão (Fry, 2001; Reker, 1997), como constatado também por Mascaro e Rosen (2006), ao perceberem a correlação positiva entre o sentido de vida e a esperança. A existência de um significado de vida pode ainda ajudar o indivíduo a lidar com os desafios da vida (Krok, 2015), funcionando assim como um fator de proteção para estressores diários (Beken, 1997; Riichiro & Masahiko, 2006; Zika & Chamberlain, 1992), reduzindo ou eliminando o impacto destes (Damásio, 2013).

Entretanto, algumas pessoas que estão à procura de sentido, podem ter dificuldades em estabelecer um nível mínimo de significado em suas vidas (Steger, et al.2006). Essa falha em encontrar um sentido de vida, de acordo com Frankl (2015) resulta em sofrimento psicológico, estando associada ao bem-estar negativo ou mesmo a estados patológicos. Suposição esta, que vai ao encontro dos resultados deste estudo e parece ser apoiada também, por outros dados empíricos em que a ausência de sentido da vida têm sido associada a maiores níveis de mal-estar psíquico (Oliveira & Silva, 2013), de depressão (Mascaro & Rosen, 2006; Pinquart, 2002; Steger et. al., 2006), ideação suicida (Edwards & Holden, 2001) de ansiedade (Beken, 1997; Richiro & Masahiko, 2006; Zika & Chamberlain, 1992;), de stress (Krause, 2007; Mascaro e Rosen, 2006; Melo et al., 2013; Park & Baumeister, 2016), bem como outras formas de angústia.

Também Steger et al., 2009, em seu estudo demonstrou que, as pessoas que pontuaram mais quanto ao nível de saúde e apresentaram menos ansiedade, foram pessoas que relataram uma maior presença de sentido em suas vidas, enquanto aquelas que manifestaram estar buscando por sentido, mas que ainda não o encontraram, relataram mais ansiedade e menores níveis de saúde.

Por outro lado, outros estudos indicam que a busca por sentido pode estar ainda associada positivamente com uma maior satisfação de vida, mais felicidade e menos depressão (Park et al., 2010), nos casos em que a pessoa percebe já ter encontrado um sentido, porém busca uma compreensão mais profunda da sua vida e novas fontes de significado (Steger et al., 2006). Nesse sentido, a busca por significado pode ainda, facilitar respostas adaptativas diante de acontecimentos negativos, que causem stress, como por exemplo: o luto de um familiar (Chan & Chan, 2011), vivência de uma doença cancerígena (Bauer- Wu & Farran, 2005), conflitos conjugais (Farghadani, Navabinejad & Shafiabady, 2010). Nessas situações a busca por sentido pode contribuir para o processo de adaptação e conseqüentemente uma melhor saúde mental.

Quanto às dimensões ansiedade, depressão e stress, observou-se neste estudo que estas correlacionam-se de forma positiva entre si, o que significa que quando os níveis de uma dimensão aumentam, os das outras também se elevam. De acordo com Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004, existe uma forte correlação entre a ansiedade e os sintomas da depressão, assim como entre as perturbações de ansiedade e as respostas de stress. Embora, a depressão e a ansiedade sejam fenomenologicamente e conceitualmente distintas (Lovibond & Lovibond, 1995; Watson & Clark, 1995), são diagnosticadas a partir de sintomas e doenças orgânicas que muitas vezes se sobrepõem (Clark e Watson, 1991). Segundo Selye (1952, citado em Lovibond & Lovibond, 1995), acontecimentos estressantes da vida podem desencadear episódios de depressão e de ansiedade, assim como levar a respostas características de stress.

Por fim, o quarto e último objetivo deste estudo pretendeu verificar as diferenças nos níveis de sentido de vida e de saúde mental (bem-estar e psicopatologia), quando associadas as seguintes variáveis sociodemográficas gênero, estado civil, grau de escolaridade, existência de filhos e idade, visto que estas podem interferir na percepção de sentido e conseqüentemente na saúde mental.

No que se refere ao gênero, ao comparar os índices de presença e procura de sentido de vida entre homens e mulheres, não foi possível encontrar diferenças significativas. De modo similar a este resultado, também Góngora & Solano (2011), Sá (2021), não identificaram diferenças significativas entre os sexos nestas subescalas.

Já quanto à saúde mental, constatou-se que são os homens que apresentam maiores níveis de bem-estar emocional, social, psicológico e geral, sendo as mulheres as que apresentam níveis mais elevados de psicopatologia, designadamente de depressão, de ansiedade e de stress, o que vai de encontro à literatura (Hamilton & Meston, 2013; Lindstrom & Rosvall, 2012; Sá, 2022).

Diversos estudos verificaram que, o sexo feminino apresenta níveis mais elevados de depressão (Boing et al., 2012; Oliveira et al., 2008; Teodoro, 2010; WHO, 2012), de ansiedade (Astbury, 2001; Hollander & Simeon, 2004; Monte, 2014; Neria et al., 2010; WHO, 2000; 2008) e de stress (Byrne & Mazanov, 2003; Hamilton & Meston, 2013; Matud, 2004; Moksnes, Moljord, Espnes & Byrne, 2010). Além de outras inúmeras investigações que apontam, assim como neste estudo, para uma maior probabilidade das três dimensões psicopatológicas em mulheres (Apóstolo, Figueiredo, et al., 2011; Monte et al., 2015; Moutinho et al., 2017). Estes resultados podem ser explicados através da influência hormonal e fatores psicossociais (Justo & Calil, 2006), visto que as mulheres diariamente são submetidas a pressões sociais, estéticas, sobrecarga em casa, além de tenderem a interiorizar a tristeza, diferente do sexo masculino que muitas vezes exterioriza seu comportamento através do consumo de álcool e outras drogas.

No que se refere ao bem-estar, a literatura aponta que, (Monte, Fonte e Alves (2015; Haring, Stock & Okun, 1984; Keyes, 2002), assim como neste estudo, são os homens que apresentam um maior bem-estar emocional do que as mulheres. Também Vivaldi e Barra (2012), ao verificarem diferenças em relação ao gênero, indicam que, os homens apresentam um maior bem-estar psicológico do que as mulheres.

Em relação ao estado civil dos participantes, foi possível verificar que, os indivíduos solteiros apresentam um menor nível de presença de sentido de vida, quando comparados aos participantes com união estável ou casados. Resultado este que, conforme pesquisas (Kleftaras & Psarra, 2012; Capeda, 2018) pode estar relacionado ao

fato de estarem envolvidos em relacionamentos significativos. Schnell (2010), salienta que viver num relacionamento íntimo, pode diminuir a probabilidade de sofrer uma crise de sentido, sendo esta mais comum em indivíduos solteiros.

Ainda em relação a presença de sentido de vida, verificou-se que os indivíduos solteiros também apresentam um menor nível de significado, ao serem comparados com os participantes separados ou divorciados. O que pode estar relacionado com o fato de nestes relacionamentos terem tido filhos, tendo encontrado assim o sentido de suas vidas ou talvez devido a superação e resignificação do divórcio/separação, considerado um dos eventos mais estressores da vida adulta (Holmes & Rahe, 1967). De acordo com Frankl (2010), um dos caminhos para encontrar sentido na vida, é através da superação e do enfrentamento de uma situação inalterável em que o ser humano realiza valores de atitudes, por que tudo vai depender da atitude que ele adota em meio a uma situação sem esperanças.

Porém, ao comparar os participantes viúvos com os outros grupos, não foi possível observar diferença significativa, provavelmente devido ao número reduzido de participantes neste estado civil.

Quanto aos níveis de procura de sentido, também não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos comparados. Da mesma forma, no que se refere a saúde mental tanto nas dimensões do bem-estar quanto da psicopatologia (depressão, ansiedade e stress), também não foram constatadas diferenças significativas entre os estados civis dos participantes. Esses resultados contrariam pesquisas que apontam para o fato do casamento estar significativamente associado ao bem-estar, indicando que ao serem comparadas às pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas, as pessoas casadas têm uma melhor saúde mental e vivem mais (Burman & Margolin, 1992; Diener et. al., 2000; Shapiro & Keyes, 2008).

Relativamente as habilitações acadêmicas, foi possível encontrar diferença significativa entre os indivíduos com ensino superior que revelam níveis mais elevados de presença de sentido de vida. Porém, em relação as outras variáveis procura de sentido, bem-estar geral, emocional, psicológico e social, bem como depressão, ansiedade e stress não foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre os participantes com ensino superior e sem ensino superior. Salienta-se que, apenas 6.20%

da amostra é composta por indivíduos sem ensino superior. Ademais, pontua-se que, na revisão da literatura não foram encontrados estudos que justifiquem as diferenças nos grupos de acordo com as habilitações acadêmicas, o que vem a realçar a necessidade de novas investigações.

No que concerne à descendência, os indivíduos com filhos relataram níveis significativamente superiores de presença de sentido de vida, em relação aos indivíduos que não têm filhos. Estes resultados corroboram com a literatura, que aponta que, a existência de filhos pode contribuir para a descoberta de um sentido na vida dos pais (Steger & Kashdan, 2006). Uma vez que, segundo Frankl (2010), um dos caminhos para se encontrar o sentido de vida é experimentando algo (bondade, verdade e beleza) ou outro ser humano, amando-o. Neste caso, o autor referido fala de um amor profundo e verdadeiro, não de experiências afetivas superficiais. A existência de filhos pode ser englobada neste caminho que se dá através do que Frankl (2010) chamou de valores vivencias, pois se realiza na experiência vital.

No que concerne aos níveis de procura de sentido, não foi possível encontrar diferenças significativas entre os participantes com filhos e os que não têm, que também não manifestaram diferenças quanto os níveis de saúde mental tanto no que se refere ao bem-estar (emocional, psicológico, social e geral), quanto à psicopatologia (depressão, ansiedade e stress). Contudo, os autores McLanahan e Adams (1987) e Umberson e Gove (1988) concluíram que, ter filhos, dependendo da idade destes, do tipo de relacionamento que se têm na família, pode diminuir o nível de bem-estar psicológico dos pais (Ferreira, 2015). No entanto, cabe ressaltar que, a relação entre parentalidade e saúde mental, é complexa, além de depender fortemente de fatores de um determinado contexto (Rimehaug & Wallander, 2010).

Por fim, em relação à idade, constatou-se nesta investigação que, quanto maior a idade dos participantes, maior será o nível de presença de sentido em suas vidas e menor a busca por significado, ou seja indivíduos com idade mais avançada tendem a ter mais sentido de vida, do que os mais jovens, que apresentam níveis maiores de busca de sentido. Para Reker (2001), as diferenças na percepção de sentido de vida vão depender do grau de consciência que cada indivíduo tem ao longo de sua vida. É provável que os idosos constituam um grupo propenso a perceber a vida com mais sentido do que os adultos e os mais jovens, pois tendem a ser mais realistas em relação

ao alcance de seus objetivos, tendo mais consciência de suas capacidades e de sua realidade (Reker, 2001).

Outros estudos também são consistentes com os resultados desta investigação. Por exemplo, Steger, Oishi & Kesebir (2011), verificaram que, os indivíduos mais velhos apresentam maior presença de sentido em suas vidas, enquanto os mais jovens relatam níveis mais elevados de busca de sentido de vida. Também Reker, Peacock e Wong (1987) constataram que, os indivíduos mais jovens tendem a olhar mais para o futuro e ter uma maior necessidade de buscar novos sentidos em suas vidas, enquanto os adultos mais velhos tendem a focar naquilo que já alcançaram e vivenciaram em seu passado, demonstrando já ter um sentido em suas vidas. Desse modo, segundo esses autores, a busca por um sentido e o interesse por significados futuros, tendem a diminuir com o aumento da idade.

Em relação aos níveis de bem-estar psicológico e geral, verificou-se que, os participantes com idade mais avançada demonstram níveis superiores nestas dimensões aos encontrados entre os indivíduos mais novos. Este resultado é congruente com o estudo de Keyes, Shmotkin & Ryff (2002), os quais constataram que o bem-estar psicológico tende a aumentar com a idade.

Relativamente ao nível de bem-estar emocional, neste estudo não foi possível encontrar diferenças significativas entre essa dimensão e a idade, no entanto as autoras Fonte, Ferreira e Alves (2017), encontraram evidências que os participantes mais novos (entre os 18 e os 25 anos) apresentaram níveis mais altos de bem-estar emocional quando comparados com os mais velhos (entre os 26 e os 30 anos).

Em relação ao bem-estar social, o resultado desta investigação foi consistente com o estudo de Westerhoh e Keys (2010), não sendo possível encontrar associação entre essa dimensão e a idade.

Por fim, no que concerne à dimensão psicopatológica, foi constatada neste estudo uma correlação negativa entre a idade e os níveis de depressão, de ansiedade e de stress dos participantes, ou seja, os indivíduos mais novos tendem a apresentar maiores níveis de psicopatologia do que aqueles com idade mais avançada.

Este resultado se mostra consistente com o estudo de Veigas e Gonçalves (2009),

que observaram a existência de diferenças entre grupos etários, na dimensão da ansiedade, em que os participantes até os 20 anos de idade apresentaram resultados mais desfavoráveis. Também com o estudo de Porta-Nova (2009), ao revelar que, os participantes mais novos têm maior risco de apresentarem problemas relacionados com a saúde mental.

De acordo com Steger et al.,2006, a presença de significado na vida está relacionada a melhores resultados psicológicos , enquanto a busca de sentido pode estar associada a indesejáveis. Considerando que, conforme verificado anteriormente neste estudo, os indivíduos com idade mais avançada tendem a perceber um maior sentido em suas vidas e os mais jovens a buscar significado, o estudo de Steger et al., 2006, reforça os resultados encontrados.

### **5.3.Conclusão**

O ser humano vive na constante busca da felicidade, de um sentido. Apesar de ser uma busca de séculos, percebe-se o homem cada vez mais perdido, desiludido, procurando desesperadamente algo que dê sustentação para o seu existir, e dê significado à sua vida. Assiste-se o apego à materialidade, ao dinheiro, riquezas, honras, poder, prazer etc. e ao mesmo tempo um aumento crescente e significativo de psicopatologias, nomeadamente depressão, ansiedade e stress, nos dias atuais, principalmente no Brasil.

Neste contexto, as investigações têm vindo demonstrar que, a ausência de um sentido de vida está relacionada com o sofrimento psicológico e que a vivência de um sentido está associada a variáveis relacionadas com o bem-estar e a saúde psicológica do indivíduo.

Desse modo, a presente pesquisa teve como objetivo geral conhecer em que medida os níveis de sentido de vida estão associados com os níveis de saúde mental, no que se refere ao bem-estar e psicopatologia (depressão, ansiedade e stress) em uma população adulta do Brasil.

Com este estudo verificou-se que, os participantes apresentaram níveis elevados tanto de presença quanto de procura de sentido de vida, assim como em todas as dimensões do bem-estar (emocional, psicológico e social) e níveis baixos de psicopatologia (depressão, ansiedade e stress), tendo destaque a variável stress.

No que se refere à relação entre os níveis de sentido de vida e os níveis de bem-estar, verificou-se que, os participantes que apresentam níveis altos de significado, também demonstram níveis altos em todas as dimensões do bem-estar e níveis mais baixos de procura de sentido de vida. Já os que manifestam níveis altos de procura, revelam níveis baixos na vivência de sentido e nas dimensões do bem-estar (emocional, psicológico, social e geral). Observou-se ainda que todas as as variáveis do bem-estar (emocional, social, psicológico e geral) influenciam-se positivamente entre si, ou seja quanto maior o nível de bem-estar do indivíduo em qualquer uma das dimensões, maior também será o nível das outras e vice-versa.

No que concerne à relação entre os níveis de sentido de vida e os níveis de psicopatologia (depressão, ansiedade e stress), foi possível verificar que, os participantes que apresentaram baixos níveis de psicopatologia, também demonstraram menores níveis na procura de sentido e níveis elevados de presença de sentido de vida e vice-versa. Quanto às dimensões ansiedade, depressão e stress, observou-se neste estudo que estas correlacionam-se de forma positiva entre si, o que significa que quando os níveis de uma dimensão aumentam, os das outras também se elevam.

Em relação às variáveis sociodemográficas, analisou-se as variáveis, gênero, habilitações acadêmicas, estado civil, existência de filhos e idade em função dos níveis de sentido de vida e de saúde mental (bem-estar e psicopatologia).

Quanto ao gênero, não foram identificadas diferenças em função dos níveis de presença e procura de sentido de vida. Relativamente aos níveis de saúde mental, os homens apresentaram maiores níveis de bem-estar emocional, social, psicológico e geral e as mulheres os níveis mais elevados de depressão, ansiedade e principalmente stress.

Relativamente ao estado civil, os indivíduos solteiros revelaram menores níveis de presença de sentido de vida quando comparados com os casados ou em união estável e também com os separados ou divorciados. Os viúvos não apresentaram associação significativa com os outros grupos. Já quanto aos níveis de procura de sentido e saúde mental (nas dimensões do bem-estar e psicopatologia), não foram encontradas diferenças significativas entre os estados civis dos participantes.

No que se refere às habilitações acadêmicas, os indivíduos com ensino superior apresentaram maiores níveis de presença de sentido de vida. Não sendo encontrado resultados significativos relativos aos níveis de saúde mental, tanto no que se refere ao bem-estar, quanto à dimensão psicopatológica ao nível desta variável.

Quanto à descendência, os indivíduos que têm filhos relataram níveis significativamente superiores de presença de sentido de vida. Não tendo sido encontrado resultados significativos relativos à procura e à saúde mental tanto no que refere ao bem-estar (emocional, psicológico, social e geral), quanto à psicopatologia (depressão, ansiedade e stress) ao nível da existência de filhos.

Por fim, em relação à idade, os indivíduos com idade mais avançada apresentaram níveis superiores de presença de sentido de vida, enquanto os mais jovens manifestaram níveis maiores de busca de sentido de vida. Quanto à saúde mental, os participantes mais velhos foram os que demonstraram níveis mais elevados de bem-estar psicológico e geral, enquanto os mais novos, relataram níveis maiores de depressão, ansiedade e stress. Não foram encontradas diferenças significativas entre as dimensões bem-estar emocional e social ao nível da idade.

A maioria destes resultados corroboram com a literatura, permitindo concluir de forma geral que, a presença de sentido de vida está associada a variáveis relacionadas com o bem-estar, conseqüentemente tendo um impacto positivo na saúde mental do indivíduo, ao passo que, a busca por sentido está correlacionada ao sofrimento psicológico e a maiores níveis de depressão, ansiedade e stress.

Com a realização desta investigação acredita-se ter contribuído para o avanço dos estudos das variáveis em análise, bem como as suas relações. Entretanto, deve-se considerar algumas limitações do presente estudo, como por exemplo, o fato de não ser possível generalizar os resultados, devido a dimensão e conveniência da amostra. Outra limitação presente refere-se ao fato da grande maioria da amostra ter sido do sexo feminino e ter ensino superior, além dos poucos viúvos, o que pode ter interferido na expressão dos dados. Também, a questão das investigações a respeito das relações entre as variáveis em estudo, serem escassas, principalmente no Brasil o que pode ter limitado a retirada de algumas conclusões.

Assim, salienta-se, a necessidade do desenvolvimento de mais estudos e pesquisas para aprofundamento desta linha de investigação, com populações diversas em função também de outras características sociodemográficas, bem como estudos qualitativos, que busquem compreender o que dá sentido a vida das pessoas.

Sugere-se que, programas de promoção de saúde levem em conta a questão do sentido de vida, de forma a proporcionar aos indivíduos reflexões sobre seus valores, suas capacidades, razões e motivos para viverem com mais saúde e enfrentar situações difíceis.

Por fim, acredita-se, ser muito importante considerar os resultados desta investigação em intervenções psicológicas e nos cuidados com a saúde de forma geral. Pois, conforme verificado ao longo deste estudo, encontrar um sentido na vida é preditivo para a saúde mental, mesmo em meio ao sofrimento e portanto consiste em um fator de proteção contra a ansiedade, depressão e o stress.

### Referências Bibliográficas

- Agner, E. (2010). *Subjective well-being*. *Journal of Socio-Economics*, 39, 361-368.
- Albuquerque, A. & Tróccoli, B. (2004). *Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo*. *Psicologia: teoria e prática*, 20 (2), 153-164.
- American Medical Association. (2002). *Guia essencial da depressão: Um quadro abrangente da depressão, suas causas e tratamentos*. Tradução de Cláudia Gerpe Duarte. São Paulo: Aquariana.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (5. ed.). Artmed.
- Andre, C. (2004). *Aprender a viver*. Lisboa: Notícia editorial.
- 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. doi: 10.1590/S0104-11692011000200017.
- Astbury, J. (2001). *Gender disparities in mental health*. Paper presented at the Mental health. Ministerial Round Tables, 54th World Health Assemble, Who, Genebra, Suíça.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed). Guilford Press.
- Bauer-Wu, S., & Farran, C. J. (2005). *Meaning in life and psychospiritual functioning: A comparison of breast cancer survivor and healthy women*. *Journal of Holistic Nursing*, 23(2), 172-190. Doi: 10.1177/0898010105275927.

Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. New York: 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., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Artmed Editora.

Boing, A. F. et al. (2012). *Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudopopulacional*. *Rev. Saúde Pública*, 46 (4). 617-623.

Byrne, D. G., & Mazanov, J. (2003). *Adolescent stress and future smoking behavior: A prospective investigation*. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(4), 313–321. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00411-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00411-7).

Carneiro, C., & Abritta, S. (2008). *Formas de existir: A busca de sentido para a vida*. *Revista de Abordagem Gestáltica*, 57 (14), 190-194.

Chan, W. C. H., & Chan, C. L. W. (2011). *Acceptance of spousal death: The factor of time in bereaved older adults' search for meaning*. *Death Studies*, 35 (2), 147-162. doi: 10.1080/07481187.2010.535387.

Cho, E., Lee, D., Lee, J. Y., Bae, B. H., & Jeong, S. M. (2014). *Meaning in life and school adjustment: testing the mediating effects of problem-focused coping and self-acceptance*. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 114, 77-781.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2016). *Terapia Cognitiva para os Transtornos de Ansiedade*. Artmed Editora.

- 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.
- Cruwys, T., Haslam, S. A., Dingle, G. A., Haslam, C. & Jetten, J. (2014). *Depression and social identity: an integrative review*. Personality and Social Psychology Review, 18(3) pp. 215–238.
- Dalgalarrondo, P. (2019). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. (3 ed.). Artmed.
- Damásio, B., Melo, R., & Silva, J. (2013). *Sentido de vida, bem-estar psicológico e qualidade de vida em professores escolares*. Paidéia, 54 (23), 73-82.
- Debats, D. L., van der Lubbe, P. M., & Wezeman, F. R. A. (1993). *On the psychometric properties of the Life Regard Index (LRI): A measure of meaningful life*. An evaluation in three independent samples based on the dutch version. Personality and Individual Differences, 14 (2), 337-345. Doi: [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90132-M](https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90132-M)
- 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>
- Diener, E. & Chan, M. (2011). *Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity*. Applied Psychology: Health and Well-Being, 3 (1), 1-43.
- Diener, E. (1984). *Subjective Well-being*. Psychological Bulletin, 95, 542-575

- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. E. (2003). *Personality, culture and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life*. Annual Review of Psychology, 54, 403-425.
- Diener, E.; Suh, E. M.; Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). *Subjective Well-being: Three Decades of Progress*. Psychological Bulletin, 125, 276-302
- Edwards, M. J., & Holden, R. R. (2001). *Coping, meaning in life and suicidal manifestations examining gender differences*. Journal of Clinical Psychology, 57 (12), 1517-1534. doi: 11745593.
- Farghadani, A., Navabinejad, S., & Shafiabady, A. (2010). *Designing a model based on mindfulness, nonexistential resistance to life and sociability focusing on search for meaning in life in divorced women*. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 5 (1), 1650-1664. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.07.341.
- Ferreira, C. (2015). *Caracterização da saúde mental numa população do concelho da Póvoa de Varzim: da psicopatologia ao bem-estar*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal).
- Fonte, C., Ferreira, C., & Alves, S. (2017). *Estudo da saúde mental positiva em jovens adultos: relações entre psicopatologia e bem-estar*. Psique, 13, 57-74
- Frankl, V. E. (1965). *The Doctor and the Soul: From Psychotherapy to Logotherapy*. New York: Vintage Books.
- Frankl, V. E. (1978). *Fundamentos antropológicos da psicoterapia*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Frankl, V. E. (1979). *La idea psicológica del hombre*. Madrid: RIALP.

- Frankl, V. E. (1985). *Man's search for meaning*. Pocket Books. Nova Iorque.
- Frankl, V. E. (1986). *The doctor and the soul: From psychotherapy to logotherapy*. Vintage Books. Nova Iorque.
- Frankl, V. E. (1989). *Um sentido para a vida: Psicoterapia e humanismo*. Aparecida: Santuário.
- Frankl, V. E. (1991). *La voluntad de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E. (2001). *Teoría y terapia de las neurosis*. 2ª ed. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E. (2003). *Psicoterapia e sentido da vida: Fundamentos da Logoterapia e análise existencial*. 4ª ed. São Paulo: Quadrante.
- Frankl, V. E. (2005). *Um sentido para a vida: Psicoterapia e humanismo*. Aparecida: Idéias e Letras.
- Frankl, V. E. (2007). *A presença ignorada de Deus*. 10 ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Frankl, V. E. (2010). *Em busca de sentido: Um psicólogo no campo de concentração*. Petrópolis: Vozes.
- Freire, S. A. & Sommerhalder, C. (2000). *Envelhecer nos Tempos Modernos*. Em: A. L. Neri & S. A. Freire (Orgs.). *E por falar em boa velhice*. 125-135. Campinas: Papirus.
- Freire, S. A., Resende, M. C., Sommerhalder, C. (2000). *Sentido de vida - indagações e perspectivas psicológicas*. Cadernos de Psicologia da SBP, 1 (1) 11-18.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo*. Psicologia, Saúde e Doenças, 6(2), 203-214.

<https://pt.scribd.com/document/123887475/historia-e-evolucao-do-conceitode-bem-estar-subjectivo>.

Giesta, L. (2016). *Saúde mental e nível de atividade física em estudantes do ensino superior*. [Tese de mestrado não publicada]. Universidade Fernando Pessoa: Porto.

Guevara, K., & Ord, J. (1996). *The search for meaning in a changing work context*. *Futures*, 28 (8), 709-722.

Halama, P., & Bakosova, K. (2009). *Meaning in life as a moderator of the relationship between perceived stress and coping*. *Studia Psychologica*, 51(2-3), 143-148.

Hamilton, L. D., & Meston, C. M. (2013). *Chronic Stress and Sexual Function in Women*. *The Journal of Sexual Medicine*, 10, 2443-2454. <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12249>.

Hanrahan, F., Field, A. P., Jones, F. W., & Davey, G. C. (2013). *A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder*. *Clinical Psychology Review*, 33, 120–132.

Haring, M.J., Stock, W.A., Okun, M.A. (1984). *A research synthesis of gender and social class as correlates of subjective well-being*. *Human Relations*, 37, 645-657.

Headey, B. W., Kelley, J., & Wearing, A. J. (1993). *Dimensions of mental health: Life satisfaction, positive affect, anxiety, and depression*. *Social Indicators Research*, 29, 63-82.

Henrion, R. (2002). *Alcohol use disorders: Alcohol dependence*. *International Forum for Logotherapy*, 25(1), 30-38.

- Ho, M. Y., Cheung, F. M., & Cheung, S. F. (2010). *The role of meaning in life and optimism in promoting well-being*. *Personality and Individual Differences*, 48(1), 658-663.
- Hollander, E., & Simeon, D. (2004). *Transtorno de ansiedade* (M. F. Lopes, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Holmes, J. (2001). *An introduction to sociolinguistics* (2nd ed.). London: Longman.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). *The social readjustment rating scale*. *Journal of psychosomatic research*, 11, 213-218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Horta, J. (2013). *A Satisfação com a Vida dos Estudantes Universitários*. Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Inácio, L. V. (2008). *Assistência à saúde prestada aos usuários do SUS com diagnóstico de depressão*. Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Joint Commission on Mental Illness and Health.
- Jung, Carl.G. (1987). *O Eu e o Inconsciente*. 6ª Ed. Petrópolis: Vozes. 166.
- Justo, L. P. & Calil, H. M. (2006). *Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres?*. *Revista psiquiatria indivíduo*, 33(2), 74-79.
- Keyes, C. & Shapiro, A. (2004). *Social well-being in the united states: a descriptive*

*epidemiology*. O. G. Brim, C. D. Ryff & R. C. Kessler (Eds.), *How healthy are we? A national study of well-being at midlife*. 350-372. Chicago: IL The University of Chicago Press.

Keyes, C. L. (1998). *Social well-being*. *Social Psychology Quarterly*, 61 (2), 121-140.

Keyes, C. L. (2002). *The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life*. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207-222.

Keyes, C. L. (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](https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539).

Keyes, C. L. (2006) *Subjective Well-being in Mental Health and Human Development Research World Wide: An Introduction*. *Social Indicators Research*, 77, 1-10.

Keyes, C. L. (2007). *Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing: A Complementary Strategy for Improving National Mental Health*. *American Psychologist*, 62, 95-108.

Keyes, C. L., & Haidt, J. (2003). *Flourishing: Positive psychology and the life well lived*. Washington DC: American Psychological Association.

Keyes, C. L., Dhingra, S. S., & Simoes, E. J. (2010). *Change in Level of Positive Mental Health as a Predictor of Future Risk of Mental Illness*. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2366–2371. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.192245>.

Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). *Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), pp. 1007- 1022.

- Keyes, C. L., & Shapiro, A. (2004). *Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology*. In O. Brim, C., Ryff, & R. Kessler (Eds.), *How Healthy are we? A national study of well-being at midlife*, 350-372. Chicago, USA: The University of Chicago Press.
- Kleftaras, G. & Psarra, E. (2012). *Meaning in life, psychological well-being and depressive symptomatology: A comparative study*. *Psychology*, 3(04), 337.
- Knapp, P. (2004). *Princípios fundamentais da terapia cognitiva*. In P. Knapp. *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed. 1941.
- Krause, K.L. (2007) *Beyond Classroom Walls: Students' Out-of-Class Peer Experiences and Implications for Teaching and Learning*. *Nagoya Journal of Higher Education*, 7, 301-318.
- Krok, D. (2015). *The Role of Meaning in Life Within the Relations of Religious Coping and Psychological WellBeing*. *Journal of religion and health*, 54(6), 2292–2308. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9983-3>.
- Krok, D. (2018). *When is meaning in life most beneficial to young people? Styles of meaning in life and well-being among late adolescents*. *Journal of Adult Development*, 25, 96-106. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10804-017-9280-y>
- the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
- Lamers, S., Westerhof, G., Bohlmeijer, E., Klooster, P. & Keyes, C. (2011). *Evaluation the psychometric properties of the Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF)*. *Journal of Clinical Psychology*, 67 (1), 99-100.

- Lavikainen J. et.al. (2000). *Public health approach on mental health in Europe*. National Research and Development Centre for Welfare and Health. Ministry of Social Affairs and Health.[http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/1998/promotion](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1998/promotion)
- Leahy, R. L. (2011). *Livre de Ansiedade*. (V. Figueira, trad.). Porto Alegre: Artmed
- Lenze E. J & Wetherell J. L.(2009) *Bringing the bedside to the bench, and then to the community: a prospectus for intervention research in late-life anxiety disorders*. *Int J Geriatr Psychiatry*, 24(1), 1-14.
- Limongi-França, A.C. & Rodrigues, A.L. (2005). *Stress e Trabalho: uma abordagem psicossomática*. 4 ed. São Paulo: Atlas.
- Lipp, M. E.N. (1984). *Stress e suas implicações*. *Estudos de Psicologia*. Campinas, 1 (3,4), 5-19.
- Lipp, M. E. N. (2006). *Teoria de temas de vida do stress recente e crônico*. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 26 (3), 82-93.
- Lipp, M. E. N. (Org). (2003). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas*; São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N., & Malagris, L. E. N. (2001). *O stress emocional e seu tratamento*. In B. Rangé (Org). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed. 475-490.
- 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*.. Artmed. 617-633.

- 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).
- Lukas, E. (1990). *Mentalização e saúde: A arte de viver e logoterapia*. Petrópolis: Vozes.
- Machado, W.L. & Bandeira, D.R. (2015). *Positive Mental Health Scale: Validation of the Mental Health Continuum - Short Form*. Psico-USF, 20(2), 259- 274. doi: 10.1590/1413-82712015200207.
- Maia, J. (2015). *O bem-estar psicológico e satisfação com a vida em pessoas adultas e idosas*. (Dissertação de Mestrado, Universidade dos Açores, Portugal).
- Mangolini, V. I., Andrade, L. H., & Wang, Y. (2019). *Epidemiologia dos transtornos de ansiedade em regiões do Brasil: uma revisão de literatura*. Revista de Medicina (São Paulo), 98, 415-422. Doi: 10.11606/issn.1679-9836.v98i6p415-422.
- Marcela, 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>
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A., & Silveira, R. (2003). *Relação entre estressores, estresse e ansiedade*. Revista de Psiquiatria. RS, 25, 65-74.
- Martínez Ortiz, E., Rodríguez, J., Del Castillo, & Pacciolla, A. (2015). *Vivir a lamanera existencial: Aportes para uma logoterapia clínica*. Bogotá: SAP.
- 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>.

Matos, A., André, R., Cherpe, R., Rodrigues, D., Figueira, C. & Pinto, A. (2010). *Estudo psicométrico preliminar da Mental Health Continuum - Short Form – for youth numa amostra de adolescentes portuguesas*. *Psychologica*, 53, 131-156 60.

Matud, M.P. (2004). *Gender Differences in Stress and Coping Styles*. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2004>

McLanahan, S. & Adams, S. (1987). *Parenthood and psychological well-being*. *Annual Review of Sociology*, 13, 237-257.

Melo, M. V., Silva, T. P., Novais, Z. G., Mendes, M. L. (2013). *Estresse dos profissionais de saúde nas unidades hospitalares de atendimento em urgência e emergência*. *Cadernos de Graduação: ciências biológicas e da saúde* 1 (2), 35-42.

Menezes, G.B, et al. (2007). *Resistência ao tratamento nos transtornos de ansiedade: fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do pânico*. *Rev. Bras Psiquiatr*, Porto Alegre, 29 (2), p55-60.

Moksnes, U. K., Moljord, I. E. O., Espnes, G. A., & Byrne, D. G. (2010). *The association between stress and emotional states in adolescents: The role of gender and self-esteem*. *Personality and Individual Differences*, 49, 430-435. [doi:10.1016/j.paid.2010.04.012](https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.04.012) <https://www.uerj.br/noticia/11028/>

Monte, K. (2014). *Caracterização da saúde mental numa população jovem dos Açores*:

- da psicopatologia ao bem-estar*. (Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal).
- 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.
- Moraes, M.C. (1997). *O paradigma educacional emergente*. 16 ed. Campinas, SP: Papirus.
- Moutinho, I. L. D. et al. (2017). *Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters*. Rev. Assoc. Med. Bras, 63 (1), 21-28.
- Munaretti, C. L., & Terra, M. B. (2007). *Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 56(2), 108-115.
- Myers, D. G. (2000). *The funds, friends, and faith of happy people*. American Psychologist, 55 (1), 56-67.
- Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2003). *The construction of meaning through vital engagement*. In C. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived*. Washington, DC: American Psychological Association. 83-104.
- Neria, Y., Besser, A. & Kipper, D. M. W. (2010). *A Longitudinal Study of Posttraumatic Stress Disorder, Depression and Generalized Anxiety Disorder in Civilians Exposed to War Trauma*. Journal of Traumatic Stress. (3) 322–333. Doi:

10.1002/jts.20522.

Neufeld, C. B. (2014). *Intervenções e pesquisas em terapia cognitivo-comportamental com indivíduos e grupos*. Novo Hamburgo: Sinopsys.

Ogden, T. H. (2004). *The Analytic Third: Implications for Psychoanalytic Theory and Technique*. Psychoanalytic Quarterly.

Oliveira, E. (2008). *Estudo Exploratório da Inteligência Emocional em Adolescentes*. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.

Organização Mundial da Saúde. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud Ginebra*, [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf).

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Relatório Mundial da Saúde-Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. (1ªed). Direção Geral da Saúde.

Organização Mundial da Saúde. (2017). *OMS registra aumento de casos de depressão em todo o mundo; no Brasil são 11,5 milhões de pessoas*. <https://nacoesunidas.org/oms-registra-aumento-de-casos-de-depressao-em-todo-o-mundo-no-brasil-sao-115-milhoes-de-pessoas>.

Ortiz, E. M., & C. C. Morales (2013). *Percepción de sentido de vida em universitarios colombianos*. *Pensamiento psicológico*, 11(1),71-82. <http://www.redalyc.org/pdf/801/80127000009.pdf>

Pacciolla, A. (2014a). *Logoterapia e psicoterapia: Possibilidades e desafios do cognitivismo existencial*. *Revista Logos e Existência*, 3, 119–136.

Pacciolla, A. (2014b). *DSM-5 e temi esistenziali*. Roma: Laurus Robuffo.

- Pafaro, R. C. & Martino, M. M. F. (2004). *Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 38 (2) Doi: 10.1590/S0080-62342004000200005.
- Pais-Ribeiro, J. (2001). *Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa*. Psicologia, Saúde & Doenças, 2 (1), 77-99.
- Pais-Ribeiro, J.L. (1994). *A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde*. Análise Psicológica, 2-3, (7), 179-191.
- Paludo, S. S. & Koller, S. H. (2007). *Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões*. Paidéia, 17(36), 9-20. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2007000100002>
- 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>
- Paschoal, T. & Tamayo, A. (2004). *Validação da Escala de Estresse no Trabalho*. Estudos de Psicologia, 9(1), 45-52.
- Pinho, M.X., Custódio, O. & Makdisse, M. (2009). *Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura*. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 12 (1), 123- 140.

- Pinquart, M. (2002). *Creating and Maintaining purpose in life in old age: A meta-analysis*. *Ageing International*, Spring, 27(2),90-114. doi: 10.1007/s12126-002-1004-2
- Pinto, J. C. et al. (2015). *Ansiedade, depressão e stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Lisboa, Portugal, 16 (2),148-163, <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20419/1/v16n2a02.pdf>
- Pontes, M. F. (2018). *Ansiedade, estresse, depressão e qualidade de vida: um estudo com pós-graduandos da Universidade de São Paulo* [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital USP
- Porta-Nova, R. M. M. M. (2009). *Adaptabilidade, competências pessoais e bem-estar psicológico de jovens do Ensino Superior na área das Ciências da Saúde*. [www.repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/24450/dissertao20%20doutoramento20%20rui20%20portanova.pdf](http://www.repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/24450/dissertao20%20doutoramento20%20rui20%20portanova.pdf)
- Prince, M. et al. (2003). *Practical Psychiatric Epidemiology*. (Press Oxfo). Oxford.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). *Global Mental Health*. No Health Without Mental Health. *The Lancet*, 370, 859-77.
- Pustiglione, M. & Cocchiola, R.(1999). *Stress e trabalho*. *Mundo da Saúde*. .23 (2):125-128.
- 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. (2000). *Theoretical perspective, dimensions and measurement of existential meaning*. In G. T. Reker & K. Chamberlain (Eds.), *Exploring existential meaning. Optimizing human development across the life span*. Thousand Oaks, CA: Sage. 3955.
- Reker, G. T. (2001). *Manual Life Attitude Profile - Revised Ontario*. Canada: Student Psychologists Press.
- 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*. New York: Springer. 214–246.
- Reker, G. T., Peacock, E. J., & Wong, P. T. P. (1987). *Meaning and purpose in life and well-being: a life-span perspective*. *Journal of Gerontology*, 42 (1), 44-49.
- Ribeiro, A. L. (2005). *Gestão de Pessoas*. São Paulo: Saraiva.
- 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: HUNT2 study*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 713-721.
- Rodrigues, V. S. M., & Horta, R. L. (2012). *Modelo cognitivo comportamental da depressão*. In I Andretta, & M. S. Oliveira (Orgs.), *Manual prático de terapia cognitivo comportamental*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 235-248.
- Rosen, J., & Schulkin, J. (1998). *From Normal Fear to Pathological Anxiety*. *Psychological Review*, 105, 325-350. Doi: 10.1037/0033-295X.105.2.325.

- Ruiz, J., Cuadrado, A., & Rodriguez, J. (2001). *Transtorno de angustia: Crisis de pánico y agorafobia en atención primaria*. Barcelona: III Masson.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). *On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being*. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). *The structure of psychological well-being revisited*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-727.
- Ryff, C. D. (1989). *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*. *Journal of personality and social psychology*, 57 (6), 1068-1081. 61.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. (1995). *The Structure of Psychological Well-Being Revisited*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69,719-727.
- Ryff, C.D. & B.H. Singer: (1998). *The contours of positive human health*. *Psychological Inquiry* 9, 1–28.
- Ryff, C. D. & Singer B. H. (2008) *Know Thyself and Become What You Are: a Eudaimonic Approach to Psychological Well-being*. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13–39.
- Salama-Younes, M. (2011). *Towards a Positive Sport Psychology: A Prospective Investigation in Physical Practice*. *World Journal of Sport Sciences*, 4(2), 104115. <https://pdfs.semanticscholar.org/1b69/f8da96b424c1ba2a3ba288534e1a9f4e2a19.pdf>
- Sampaio, L. R., Oliveira, L. C., & Pires, M. F. D. N. (2020). *Empatia, depressão,*

- ansiedade e estresse em profissionais de saúde brasileiros*. Ciências Psicológicas, 14(2), 2215. <http://dx.doi.org/10.22235/cp.v14i2.2215>  
» <http://dx.doi.org/10.22235/cp.v14i2.2215>
- Savoia, M. G. A. (2009). In: Lipp, M, (org) *Sentimentos que causam stress: Como lidar com eles*. Campinas, SP, Papirus Editora.
- Schnell, T. (2009). *The Sources of Meaning and Meaning in Life Questionnaire (SoMe): Relations to demographics and well-being*. Journal of Positive Psychology, 4(6), 483- 499. doi:10.1080/17439760903271074.
- Schnell, T. (2010). *Existential indifference: Another quality of meaning in life*. Journal of Humanistic Psychology, 50(3), 351–373. doi: 10.1177/0022167809360259.
- Schnell, T., & Becker, P. (2006). *Personality and meaning in life*. Personality and Individual Differences, 41,117-129. doi: 10.1016/j.paid.2005.11.030
- Seligman, M. E. P. (2003). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. Free Press.
- Seligman, M. E. P. (2004). *Felicidade autêntica: usando a nova psicologia positiva para a realização permanente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Selye, H. (1951). *The General Adaptation Syndrome*. Annual Review of Medicine, 2, 327- 342. <https://doi.org/10.1146/annurev.me.02.020151.001551>
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.
- Serson, B. (2016). *Transtornos de ansiedade, estresse e depressões: conhecer e tratar*. São Paulo: MG Editores.

Silva, S.R.A., & Faro, A. (2017). *Sentido de vida e saúde geral: O que se insere nessa relação?* Clínica & Cultura, 6 (2) 48-56.

Spielberger, C. D. (1981). *Tensão e ansiedade*. São Paulo: Hasper & Row do Brasil.

Steger, M. F. (2009). *Meaning in life*. In S. J. Lopez (Ed.), *Oxford handbook of positive psychology*. (2nd ed.). Oxford University Press. 679-687.

Steger, M. F., & Kashdan, T. B. (2006). *Stability and specificity of meaning in life and life satisfaction over one year*. Journal of Happiness Studies, 8(2), 161–179.

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., 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(1), 80–93. Doi: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., Kawabata, Y., Shimai, S., & Otake, K. (2008). *The meaningful life in Japan and the United States: Levels and correlates of meaning in life*. Journal of Research in Personality, 42(3), 660–678. doi: 10.1016.2007.09.003,

Steger, M. F., Mann, J. R., Michels, P., & Cooper, T. C. (2009). *Meaning in Life, Anxiety,*

- Depression, and General Health among Smoking Cessation Patients.* Journal of Psychosomatic Research, 67, 353-358. doi: 10.1016.2009.02.006.
- 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., Pickering, N., Adams, E., Burnett, J., Shin, J. Y., Dik, B. J., & Stauner, N. (2010). *The quest for meaning: Religious affiliation differences in the correlates of religious quest and search for meaning in life.* Psychology of Religion and Spirituality, 2, 206-226.
- Steger, M. F., Sheline, K., Merriman, L., & Kashdan, T. B. (2012). *Acceptance, commitment, and meaning: Using the synergy between ACT and meaning in life research to help.* In T. B. Kashdan & J. Ciarrochi (Eds.), *Cultivating wellbeing: Treatment innovations in positive psychology, acceptance and commitment therapy, and beyond.* Oakland, CA: New Harbinger. 321-340.
- 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 Counselling Psychology, 53 (1), 80-93. doi: 10.1037/00220167.53.1.80.
- Teodoro, W. (2010). *Depressão: corpo, mente e alma.*  
<http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/depressaocma.pdf>
- Trompeter, H.R., Bohlmeijer, E.T., Lamers, S.M.A., Schreurs, K.M.G., (2016). *Positive psychological well being is required for online self-help acceptance and commitment therapy for chronic pain to be effective.* Front. Psychol. 7, 353.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00353>.

Tusquets, M.; Gran, M. M. (1987). *Conceptos fundamentales de epidemiologia psiquiátrica*. Grafesa. Barcelona. 228.

Umberson, D. E Gove, W.R. (1989). *Parenthood and psychological well-being: Theory, measurement, and stage in the family life course*. Journal of Family Issues. 10 (4), 440-462.

Vazquez, C., Hernangomez, L., Hervás, G., & Níeo Moreno, M. (2014). *A avaliação da depressão em adultos*. In V. E. Caballo (Org.), *Manual para a avaliação clínica dos transtornos psicológicos: Transtornos da idade adulta e relatórios psicológicos*. São Paulo: Santos. 87-112.

Vázquez-Colunga, J.C. et al. (2017). *Saúde Mental Positiva Ocupacional: proposta de modelo teórico para abordagem positiva da saúde mental no trabalho*. Saúde e Sociedade, 26, 584-595.

Vignola, R. C., & Tucci, A. M. (2013). *Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese*. Journal of affective disorders, 155, 104-109. doi: 10.1016/j.jad.2013.10.031.

Veiga, J. & Gonçalves, M. (2009). *A influência do exercício físico na ansiedade, depressão e stress*. Disponível em: [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt).

Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). *Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores*. Terapia Psicológica, 30, 23-29. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>.

Weiss, E. M. (1999). *Perceived workplace conditions and first-year teachers' morale*,

*career choice commitment, and planned retention: A secondary analysis.* Teaching and Teacher Education, 15(8), 861–879. [https://doi.org/10.1016/S0742-051X\(99\)00040-2](https://doi.org/10.1016/S0742-051X(99)00040-2)

Westerhof, G. & Keyes, C. (2010). *Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan.* Journal Adult Development, 17, 110-119.

World Health Organization (2000). *Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders.* Bulletin of the World Health Organization.

World Health Organization (2001). *Mental Health: evidence and research.* [www.who.int/mental\\_health/media/eu/545.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/eu/545.pdf)

World Health Organization (2002). *Prevention and promotion in mental Health.* Geneva. [www.who.int/mental\\_health/media/en/545.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf)

World Health Organization (2002). *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life.* World Health Organization.

World Health Organization (2004). *Promoting Mental Health, Concepts emerging evidence and practice.* Summary report Geneva. Geneva. WHO .

World Health Organization (2005). *Promoting Mental Health, Concepts emerging practice.* Geneva. WHO .

World Health Organization (2019). *Mental disorders.* World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates.* World Health Organization.

Zampieri, R. C. (2013). *Manifestações psicossomáticas em universitários portugueses, a partir da identificação de sintomas de ansiedade, depressão e stress*. Tese de Mestrado, Faculdade da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, SP, Brasil.

Zika, S., & Chamberlain, K. (1992). *On the relation between meaning in life and psychological well-being*. *British Journal of Psychology*, 83 (1), 133-145.  
doi:10.1111/j.2044- 8295.1992.tb02429.x.

## **ANEXOS**

## Anexo I: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

**Idade:** anos

**Sexo:** feminino/masculino

**Nacionalidade:**

**Habilitações literárias:**

Ensino Básico (até ao 9º ano) –

Ensino Secundário (do 10º ao 12º ano) –

Ensino superior (licenciatura, mestrado e doutoramento) –

Outro. Qual?

**Estado Civil:**

Solteiro (a)

Em união de facto

Casado

Separado/ divorciado / viúvo

Outro. Qual?

**Tem filhos?** Sim/Não

**Se sim, quantos?**

## Anexo II: QUESTIONÁRIO SENTIDO DE VIDA - QSV

### Parte A

Por favor, pense por um momento sobre o que faz com que sua vida seja importante para você. Por favor, responda as sentenças seguintes de modo verdadeiro e com o máximo de cuidado que você puder. Também se lembre de que estas questões são muito subjetivas e que não existem respostas certas ou erradas. Por favor, responda de acordo com a seguinte escala:

- 1- Totalmente falso.
- 2- Geralmente falso.
- 3- Parcialmente falso.
- 4- Nem verdadeiro nem falso.
- 5- Parcialmente verdadeiro.
- 6- Geralmente verdadeiro.
- 7- Absolutamente verdade.

	1	2	3	4	5	6	7
1. Eu compreendo o sentido da minha vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Eu estou procurando alguma coisa que faça com que minha vida tenha sentido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Eu sempre estou em busca do sentido da minha vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Minha vida tem um sentido claro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Eu tenho uma boa consciência do que faz minha vida ter sentido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Eu descobri um sentido de vida satisfatório.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Eu estou sempre procurando por algo que faça com que minha vida seja significativa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Eu estou buscando um

[google.com/forms/d/e/1FAIpQLScNMTti1Ay2V67B7wNizefV-yaqrvvcnPxnDSO20vFRjJVNug/formResponse](https://google.com/forms/d/e/1FAIpQLScNMTti1Ay2V67B7wNizefV-yaqrvvcnPxnDSO20vFRjJVNug/formResponse)

---

A.LIFE.MEANING - Sentido de vida, bem-estar e trabalho: como se relacionam?

significado  
ou missão  
para minha  
vida.

9. Minha vida não tem um propósito claro.

10. Eu estou procurando um sentido em minha vida.

Anexo III. ESCALA CONTINUUM DE SAÚDE MENTAL – (MHC\_SF)

Parte B

Por favor, responda às seguintes questões sobre como você tem se sentido durante o último mês. Assinale a resposta que melhor representa a frequência com que você teve a experiência ou sentiu-se da maneira descrita:

Durante o último mês, com que frequência você sentiu:

- 1 - Nunca
- 2 - Uma ou duas vezes
- 3 - Cerca de uma vez por semana
- 4 - Cerca de duas ou três vezes por semana
- 5 - Quase todos os dias
- 6 - Todos os dias

1. Feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Interessada(o) pela vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Satisfeita(o).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Que você teve algo importante para contribuir para a sociedade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Que você pertencia a uma comunidade (como um grupo social ou sua vizinhança).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Que nossa sociedade está se tornando um lugar como você	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Que as pessoas em geral são boas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Que a forma como a nossa sociedade funciona faz sentido para você.

9. Que você gostava das suas características da personalidade.

10. Que você administrou bem as responsabilidades do seu dia a dia.

<https://www.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScNMTi1Ay2V67B7wNizefV-yaqrvrcnPxrDSO20vFRjJVNug/formResponse>

20

A.LIFE.MEANING - Sentido de vida, bem-estar e trabalho: como se relacionam?

11. Que você tinha relacionamentos afetuosos e de confiança com outras pessoas.

12. Que você teve experiências que o desafiaram a crescer e tornar-se uma pessoa melhor.

13. Que você foi confiante para pensar ou expressar suas ideias e opiniões próprias.

14. Que sua vida tem um propósito ou sentido.

**Anexo IV. ESCALA DE ANSIEDADE DEPRESSÃO E STRESS (EADS- 21)**

Parte C

Por favor leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e marque o numero apropriado, 0,1,2 ou 3 que indica o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

- 0- Não se aplicou de maneira alguma
- 1- Aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo
- 2- Aplicou-se por um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- 3- Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

	0	1	2	3
1. Achei difícil me acalmar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Senti minha boca seca.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Tive dificuldades em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Achei difícil ter iniciativa para fazer coisas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Tive tendência a reagir de forma exagerada às situações.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Senti tremores (ex. nas mãos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Senti que estava sempre nervoso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e fosse ridículo (a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Senti que não tinha nada a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[s.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScNMTi1Ay2V67B7wNizefV-yaqvrcnPxndSO20vFRjJVNug/formResponse](https://s.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScNMTi1Ay2V67B7wNizefV-yaqvrcnPxndSO20vFRjJVNug/formResponse)

)

A.LIFE.MEANING - Sentido de vida, bem-estar e trabalho: como se relacionam?

desejar.

11. Senti-me agitado (a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Achei difícil relaxar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Senti-me depressivo (a) e sem ânimo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Fui intolerante com as coisas que me impedissem de continuar o que eu estava fazendo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Senti que ia entrar em pânico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Não consegui me entusiasmar com nada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Senti que não tinha valor como pessoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Percebi meu coração alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. taquicardia, disritmia cardíaca).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Senti medo sem motivo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Senti que a vida não tinha sentido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Anexo V. PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA



Universidade Fernando Pessoa  
www.ufp.pt

*Do conhecimento às docentes,*  
*[Handwritten Signature]*  
21.03.2019

Exmo. Senhor  
Prof. Doutor Pedro Reis  
Diretor da FCHS

Porto, 18 de Março de 2019

Exmo. Senhor Prof. Doutor,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de investigação da Prof. Doutora Cristina Pimentão e da Prof. Doutora Carla Fontes, intitulado "LIFE MEANING - Sentido de vida, saúde mental, bem-estar e trabalho: que relações", considera o estudo pertinente com o título e objetivos concordantes.

A Comissão de Ética nada tem a opor à realização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da  
Comissão de Ética da UFP

*[Handwritten Signature]*  
Susana Teixeira Magalhães

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1502063.pdf	14/02/2020 11:27:43		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	14/02/2020 11:27:00	Mariana Gaiofatto Rodrigues	Aceito
Outros	CARTAODEORDEMPROFISSIONAL.pdf	10/02/2020 13:21:03	Mariana Gaiofatto Rodrigues	Aceito
Outros	AutorizacaoautoresBrasilQuestionarioSentidodeVida.doc	10/02/2020 13:17:41	Mariana Gaiofatto Rodrigues	Aceito
Outros	AutorizacaoautoresBrasildaDASS.doc	10/02/2020 13:16:16	Mariana Gaiofatto Rodrigues	Aceito
Outros	AutorizacaoAutoresMHCSFBrasil.doc	10/02/2020 13:15:13	Mariana Gaiofatto Rodrigues	Aceito
Outros	ProjectodeInvestigacaoALIFEMEANING.pdf	10/02/2020 13:08:56	Mariana Gaiofatto Rodrigues	Aceito
Outros	DeclaracaoOrientadorPlataformaBrasil.pdf	10/02/2020 13:07:23	Mariana Gaiofatto Rodrigues	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PreProjetoDissertacaooodeMestradoUFP.pdf	10/02/2020 13:06:02	Mariana Gaiofatto Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	10/02/2020 12:52:29	Mariana Gaiofatto Rodrigues	Aceito

Endereço: BENJAMIM CONSTANT, 213  
 Bairro: CENTRO CEP: 25.610-130  
 UF: RJ Município: PETROPOLIS  
 Telefone: (24)2244-4069 E-mail: cep@ucp.br

Página 03 de 04

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE  
 PETRÓPOLIS - UCP/RJ



Continuação do Parecer: 3.852.437

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PETROPOLIS, 20 de Fevereiro de 2020

Assinado por:  
 Ave Regina de Azevedo Silva  
 (Coordenador(a))