



Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Desporto de Rio Maior

MESTRADO EM ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE

**Satisfação com a vida: O seu papel de mediação na relação
entre sintomas depressivos e mecanismos de *coping***

Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Atividade Física
e Saúde

Orientador: Professor Doutor Diogo Monteiro
Coorientador: Professor Doutor Filipe Rodrigues

Daniela Alexandra da Silva Almeida

2021

“Tudo é considerado impossível até acontecer.”

Nelson Mandela

Agradecimentos

Mais do que uma dissertação, este conjunto de páginas representa uma fase de aprendizagem e superação pessoal. É, ainda, o resultado da oportunidade de trabalhar com profissionais admiráveis que transmitem o seu conhecimento aos seus alunos e aprendizes de uma forma tão apaixonada e contagiosa, que nos faz querer aprender para o resto da nossa vida.

Assim, quero começar por agradecer aos meus orientadores:

- Ao **Professor Doutor Diogo Monteiro**, que, para além de uma inspiração profissional, é o mestre que todo o aprendiz deve ter. Obrigada pela sua sabedoria inesgotável e forma de ensino.

- Ao **Professor Doutor Filipe Rodrigues**, que, desde a primeira fase deste trabalho, esteve sempre disponível para ajudar. Não sabe o quanto o seu “respira fundo” foi importante. O meu mais sincero obrigado pela paciência e por nunca ter desistido de mim.

Privilegiado é o aluno que pode aprender convosco.

Quero ainda deixar o meu profundo agradecimento a todos os colegas, amigos e familiares, em especial:

- Aos meus “companheiros de mestrado” **Renato Machado e Rúben Passos**, que foram um apoio marcante nesta fase académica. A estes dois, só posso desejar a maior sorte, pois talento e capacidade técnica e científica não lhes falta.

- À **Raquel**, a minha melhor amiga, a pessoa que me acompanha há anos em todas as fases da minha vida. A que eu choro e desespero e a que acalma o meu coração e a minha alma. Sem ela nada seria igual. Obrigada por tudo!

- Ao **meu avozinho**, o melhor que a vida me podia ter dado que, para além de ser a minha inspiração dia após dia, é o meu maior apoio, o amor da minha vida, o homem com H grande que todos falam e eu tive a sorte de crescer com alguém assim. E à **avó**, que todos os dias olha por nós, lá de cima, e que está muito orgulhosa por seres o melhor homem do mundo e teres ajudado sempre a tua netinha, como sempre prometeste. Obrigada por serem parte de mim!

- Aos **meus pais**, em especial à **minha mãe**, por tanta vez ter sido mãe e pai. Pela força inesgotável que tem, por me conhecer melhor que ninguém, por ser uma das minhas inspirações e por me ensinar o significado das palavras “esforço” e “trabalho” para alcançarmos tudo o que ambicionamos. Sem nunca desistitir, porque como ela diz

“nunca se desiste”, o eterno lema do nosso atletismo. Que todos tenham coragem de confiar na vida e lutarem pelos seus sonhos.

Sou eternamente grata.

Publicações

Esta dissertação de mestrado foi adaptada e traduzida para publicação, resultando num artigo publicado na revista *Healthcare*. Informamos que a citação é:

Almeida, D., Monteiro, D., Rodrigues, F. (2021). Satisfaction with life: mediating role in the relationship between depressive symptoms and coping mechanisms. *Healthcare*, 9(7), 787. <https://doi.org/10.3390/healthcare9070787>

Índice Geral

Agradecimentos.....	ii
Publicações	iv
Índice Geral	v
Índice de Figuras	vi
Índice de Tabelas	vii
Lista de Abreviaturas	viii
RESUMO.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUÇÃO.....	3
Conceptualização de Depressão: Definição e Sintomas	4
Mecanismos de <i>Coping</i>	5
Satisfação com a Vida: Potencial Mediador entre os Mecanismos de <i>Coping</i> e os Sintomas depressivos.....	9
Presente estudo	11
MÉTODOS	13
Participantes	13
Procedimentos	13
Instrumentos	13
Análise Estatística.....	14
RESULTADOS	16
Resultados preliminares.....	16
Valores de ajustamento dos modelos de equações estruturais.....	18
Efeitos diretos e indiretos	19
DISCUSSÃO	21
Limitações.....	24
Implicações Práticas	25
CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS	28

Índice de Figuras

Figura 1 - Mecanismos de coping adaptativo e de coping mal-adaptativo (adaptado de Su et al., 2015)	7
Figura 2 - Mecanismos de coping focado no problema, focado na emoção e disfuncionais (adaptado de Carver et al., 1989)	8

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Análise descritiva e correlações entre as variáveis em estudo	17
Tabela 2 - Valores de ajustamento	18
Tabela 3 - Efeitos diretos entre construtos	19
Tabela 4 - Efeitos indiretos	20

Lista de Abreviaturas

CFI *Comparative Fit Index*

DF *Degree of Freedom* (Graus de liberdade)

DGS Direção Geral de Saúde

DP Desvio Padrão

DSM-5 Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

IC Intervalo de Confiança

M Média

OMS Organização Mundial de Saúde

p Nível Significância

RMSEA *Root Mean Square Error of Approximation*

SEM *Structural Equation Modeling* (Modelação de Equações Estruturais)

SRMR *Standard Root Mean Residual*

SV Satisfação com a vida

SWLS *Satisfaction with Life Scale*

TLI *Tucker-Lewis Index*

χ^2 Teste do Qui-quadrado

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar o papel mediador da satisfação com a vida na relação entre mecanismos de *coping* e sintomas depressivos na população portuguesa. Para a realização deste trabalho foram convidados a preencher um questionário, de forma voluntária, 313 portugueses com idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos ($M = 30,73$; $DP = 10,79$). Os participantes assinaram o consentimento informado previamente ao preenchimento dos questionários validados para a população portuguesa. Esses questionários mediram os mecanismos de *coping*, o grau de satisfação com a vida em geral e os sintomas depressivos.

Os resultados deste estudo revelaram que a satisfação com a vida atua como mediador na relação entre mecanismos de *coping* adaptativo e sintomas depressivos, sendo o efeito indireto negativo e significativo. A satisfação com a vida também atuou como mediador na relação entre mecanismos de *coping* mal-adaptativo e sintomas depressivos, sendo o efeito indireto positivo e significativo.

O presente estudo é o primeiro a analisar o papel de mediação da satisfação com a vida entre mecanismos de *coping* e sintomas depressivos na população portuguesa. Como tal, a presente investigação oferece evidências importantes para que os profissionais de saúde possam promover maiores níveis de satisfação com a vida e menores níveis de indicadores psicológicos negativos (e.g., sintomas depressivos), através da construção de estratégias adaptativas com recurso aos mecanismos de *coping* que foram analisados individualmente. Estratégias essas que terão como base a aplicação de ferramentas que aumentem o uso do *coping* adaptativo e reduzam os mecanismos de *coping* mal-adaptativo.

Palavras-Chave: *coping* adaptativo; *coping* mal-adaptativo; satisfação com a vida; sintomas depressivos; população portuguesa.

ABSTRACT

The purpose of this study was to analyse the mediating role of life satisfaction in the relationship between coping and depressive symptoms in the Portuguese population. To undertake this work, 313 Portuguese aged 18 to 70 years ($M = 30.73$; $SD = 10.79$) were invited to participate in this study. Their participation was completely voluntary and participants granted and signed informed consent previously to the filling of the Portuguese validated questionnaires. These questionnaires assessed depressive symptoms, coping, and life satisfaction.

The results of this study revealed that life satisfaction displayed a mediating role in the relationship between adaptive coping mechanisms and depressive symptoms, showing an negative and significant indirect effect. The results of this study also showed that life satisfaction displayed a mediating role in the relationship between mal-adaptive coping mechanisms and depressive symptoms, showing an positive and significant indirect effect.

This study is the first to analyse the mediating role of life satisfaction in the relationship between coping and depressive symptoms in the Portuguese population. Therefore, current investigation provides important evidence that helps health professionals to promote higher levels of life satisfaction and lower levels of negative mental indicators (e.g., depressive symptoms), through the construction of adaptive strategies based on coping mechanisms examined in this study individually. Those strategies will be build on the application of tools that increase the use of adaptive coping and reduce maladaptive coping mechanisms.

Keywords: adaptive coping; maladaptive coping; life satisfaction; depressive symptoms; Portuguese population.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017) estimou que, em 2015, o total de indivíduos com depressão era superior a 300 milhões, o que equivale a 4,4% da população, afirmando que este número aumentaria ao longo dos anos. No final dos anos 90, a evidência disponível sobre o impacto das doenças mentais, mostrou que era urgente colocar a saúde mental entre as prioridades da agenda de saúde pública, tanto a nível nacional como internacional, e sublinhou que apenas o desenvolvimento de um novo conhecimento sobre a natureza, causas e epidemiologia das doenças mentais e uma nova compreensão da efetividade das intervenções e serviços de saúde mental poderiam abrir caminho a uma nova esperança em relação à diminuição das mesmas (Almeida et al., 2013). Já Bahls (1999), com as indicações da OMS, previa que nas duas décadas seguintes haveria uma mudança nas necessidades de saúde da população mundial, devido ao facto de doenças como a depressão estarem, rapidamente, a substituir outros problemas de saúde (e.g., doenças infecciosas e desnutrição).

A depressão pode afetar pessoas de todas as idades e de todos os estratos sociais; contudo, o risco de depressão aumenta com a pobreza, desemprego, acontecimentos de vida, doenças físicas, alterações sociais e problemas causados pelo uso de álcool e drogas (OMS, 2017). Em termos mundiais, a depressão é mais prevalente no sexo feminino (5,1%) do que no sexo masculino (3,6%), sendo o seu pico na idade adulta mais avançada (55-74 anos), de acordo com os dados relatados pela OMS (2017). Em termos europeus, a prevalência de depressão no sexo feminino mantém-se. Num relatório realizado pela Pesquisa Social Europeia (ESS, 2016), as mulheres (em toda a Europa) revelaram ter mais sinais de depressão do que os homens, com alguns países a demonstrarem discrepâncias significativas, sendo Portugal um dos países que apresenta maior discrepância entre os dois sexos (30,9% - sexo feminino; 15,8% - sexo masculino).

De acordo com o 1.º Relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Almeida et al., 2013), Portugal tem a prevalência de doenças psiquiátricas mais elevada da Europa. Em 2002, a OMS afirmava que a depressão tem uma grande probabilidade de se tornar na terceira maior doença em todo o mundo nos próximos 20 anos, logo atrás do cancro e dos problemas cardiovasculares. A prevenção e o tratamento da depressão devem ser vistos como o desafio médico prioritário do século XXI (Lépine & Briley, 2011), pois esta doença representa um sofrimento físico e psicológico considerável para as pessoas envolvidas, com enormes encargos para a economia nacional (Ledochowski et al., 2016).

Conceptualização de Depressão: Definição e Sintomas

A Organização Mundial de Saúde (2020) define a depressão como um distúrbio mental comum. Kessler (2012) completa ao afirmar que, para além de comum, é um distúrbio gravemente prejudicial e bastante recorrente, isto é, uma doença altamente prevalente na população em todo o mundo. A depressão representa um estado de profundo desânimo, marcado pela apatia, negatividade e inibição comportamental (Tran & Chantagul, 2018), que compromete o funcionamento diário e o bem-estar de um indivíduo (Lu et al., 2014). Evidências sugerem que pessoas com depressão também apresentam pensamentos suicidas (Lu et al., 2014). Wang et al. (2019), para além da tristeza, encontraram ainda outros sintomas no estudo que desenvolveram, tais como: diminuição da habilidade de pensar, atividade mental reduzida, défice cognitivo e sintomas físicos.

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (American Psychiatric Association, 2014), consoante o número e a gravidade dos sintomas, um episódio depressivo pode ser classificado como leve, moderado ou grave. Um indivíduo com um episódio depressivo leve terá alguma dificuldade em continuar a trabalhar ou a realizar atividades sociais comuns, mas, provavelmente, não deixará de funcionar completamente. Por outro lado, um indivíduo com um episódio depressivo grave, é pouco provável que possa continuar com atividades sociais, profissionais ou domésticas, exceto numa extensão muito limitada (American Psychiatric Association, 2014).

Os sintomas associados à depressão prejudicam a capacidade de uma pessoa funcionar no trabalho ou na escola e de lidar com a vida diária (American Psychiatric Association, 2014). Esta perturbação tem, portanto, um grande impacto na qualidade de vida dos afetados e vai muito além da doença em si: há o aumento do risco da mortalidade – seja ela por suicídio, doença cardio e cerebrovascular ou qualquer outra causa, pois os indivíduos com depressão tendem a morrer prematuramente em comparação com a população geral (Murri et al., 2019); a incapacidade psicossocial; a redução da produtividade no trabalho e no dia-a-dia; um maior risco de absentismo laboral e, tudo isto, pode conduzir ainda a problemas com a própria família, que tendem a ter como desfecho a separação ou o divórcio, num momento em que o paciente mais necessita de apoio social (Lépine & Briley, 2011).

A literatura tem vindo a evidenciar o *coping* como um possível mecanismo de controlo e adaptação aos sintomas depressivos, podendo até atenuar o seu efeito na depressão (Mao et al., 2003). De facto, estudos (Chou et al., 2011; Evans et al., 2015; Murberg & Bru, 2005) têm vindo a descrever os mecanismos de *coping* como potenciadores da diminuição de sintomas depressivos, podendo apresentar-se como

uma variável chave na promoção da saúde mental e diminuição do risco do indivíduo ser diagnosticado com depressão. Assim, torna-se pertinente o seu estudo de forma a que se possam criar intervenções clínicas na diminuição dos sintomas depressivos com o intuito de evitar quadros clínicos depressivos na população portuguesa.

Num estudo de Chou et al. (2011), a gravidade dos sintomas depressivos foi negativamente associada a estratégias de *coping* ativas e focadas no problema e positivamente associada a estratégias de *coping* passivas e focadas na emoção. Isto é, os participantes que utilizaram mais frequentemente estratégias de *coping* ativas e focadas no problema relataram sintomas depressivos mais baixos. Por outro lado, os participantes que utilizaram mais frequentemente estratégias de *coping* passivas e focadas na emoção relataram sintomas depressivos mais altos. Quando alguém é confrontado com circunstâncias stressantes, adotar uma estratégia passiva para lidar com o stress pode levar ao pensamento negativo, o que, por sua vez, pode causar depressão (Chou et al., 2011).

Segundo Mao et al. (2003), o *coping* tem duas funções principais amplamente reconhecidas: regular as emoções stressantes (*coping* focado na emoção) e alterar as relações pessoa-ambiente problemáticas que estão a causar a angústia (*coping* focado no problema). Os mesmos autores referem que os recursos externos (e.g., suporte social) são fundamentais na adoção de estratégias adaptativas face a momentos stressantes, contudo, salientam que os recursos internos (e.g., características de personalidade) também têm influência na proteção contra o início da sintomatologia depressiva. Um menor uso de *coping* focado no problema e um maior uso de *coping* focado na emoção está fortemente relacionado com o nível de angústia, má adaptação e aumento do risco de depressão (Mao et al., 2003). No entanto, estas ligações carecem de maior estudo, pelo simples facto de os mecanismos de *coping* serem vários e a classificação variar de acordo com as conceptualizações e hierarquizações empíricas.

Mecanismos de Coping

Carver et al. (1989) apresentaram e conceptualizaram o *coping* como o processo de execução de uma resposta a uma potencial ameaça. Refere-se, geralmente, a uma resposta cognitiva e comportamental a eventos negativos externos, se o *coping* for eficaz, o indivíduo consegue solucionar o problema ou diminuir a emoção, ultrapassando a barreira do stress. Uma resposta adequada de *coping* pode fazer com que se reavalie uma ameaça como menos ameaçadora. A palavra *coping* significa “enfrentar”, “lidar com” ou “adaptar-se a”, podendo ser definida como o esforço despendido para encarar determinada situação difícil e reduzir o stress associado à mesma (Marôco et al., 2014).

De acordo com Carver et al. (1989), o *coping* pode assumir 15 formas diferenciadas com implicações distintas: *coping* ativo (i.e., adotar medidas concretas para tentar resolver o problema); planeamento (i.e., procurar definir uma estratégia para lidar com a situação); supressão de atividades competitivas (i.e., concentrar-se no problema e, se necessário, deixar as outras atividades para segundo plano); reinterpretação positiva e aprendizagem (i.e., tentar encarar a situação de uma perspetiva diferente e mais positiva); aceitação (i.e., aprender a viver com a situação); procurar suporte instrumental (i.e., falar com alguém que possa dar informação útil ou ajudar a perceber melhor a situação); procurar suporte emocional (i.e., conversar com alguém sobre o que está a sentir); libertação de emoções (i.e., descarregar as emoções para se sentir mais aliviado); desinvestimento comportamental (i.e., admitir que não consegue lidar com o problema e desistir de tentar); desinvestimento mental (i.e., pensar noutras coisas além do problema em causa); negação (i.e., dizer para si próprio “isto não me está a acontecer”); uso de substâncias (i.e., recorrer ao álcool, por exemplo, para se abstrair e descontraír); humor (i.e., rir-se da situação); *coping* de contenção (i.e., esperar pelo momento certo para agir) e, por fim, *coping* religioso (i.e., recorrer à religião em situações de *stress*).

Estes mecanismos de *coping* têm vindo a ser avaliados com o recurso ao instrumento desenvolvido por Carver et al. (1989), o COPE, em que a escala evidenciou resultados robustos e fiáveis, demonstrando diferenças estatísticas entre os mecanismos de *coping*. Tomando em consideração a dimensão da escala COPE (i.e., 60 itens), uma versão abreviada deste questionário foi desenvolvida: o Brief COPE (Carver, 1997). No Brief COPE, os fatores “*coping* de contenção” e “supressão de atividades competitivas” desapareceram e surgiu um novo fator, a “autoculpabilização”, tendo sido validado igualmente por outros autores (e.g., Marôco et al., 2014; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). Assim, o Brief COPE é composto por 14 escalas e cada mecanismo de *coping* é composto por dois itens (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004), o que reduz significativamente o número de itens: de 60 para 28. Ao reduzir o número de itens, o questionário torna-se, por sua vez, também mais breve, sendo assim cumprido o principal objetivo do Brief COPE: a redução do tempo de aplicação do mesmo, que é crítico na pesquisa psiquiátrica (Meyer, 2001). Este questionário apresentou resultados robustos em diversas populações (Carver, 1997; Carver et al., 1993) inclusive na população portuguesa (Marôco et al., 2014; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004), sendo, por isso, a sua aplicação fiável e válida.

Como forma de simplificar o processo de avaliação do *coping* e tendo em consideração conceptualizações teóricas, alguns autores (Meyer, 2001; Su et al., 2015; Teques et al., 2018) agruparam os mecanismos de *coping* propostos por Carver (1997)

em *coping* adaptativo (i.e., *coping* ativo, aceitação, humor, religião, planejamento, reinterpretação, suporte instrumental e suporte emocional) e *coping* mal-adaptativo (e.g., desinvestimento, negação, expressar sentimentos, autculpabilização, autodistração e uso de substâncias). A Figura 1 ilustra a hierarquização dos mecanismos de *coping* de acordo com Su et al. (2015): utilizaram um modelo onde agruparam os 14 mecanismos de *coping* adaptativo e *coping* mal-adaptativo. Estudos anteriores (e.g., Cooper et al., 2006; Meyer, 2001; Prado et al., 2004), nos quais foi também empregue o Brief COPE, utilizaram as subescalas como fatores compósitos (i.e., *coping* adaptativo versus mal-adaptativo).

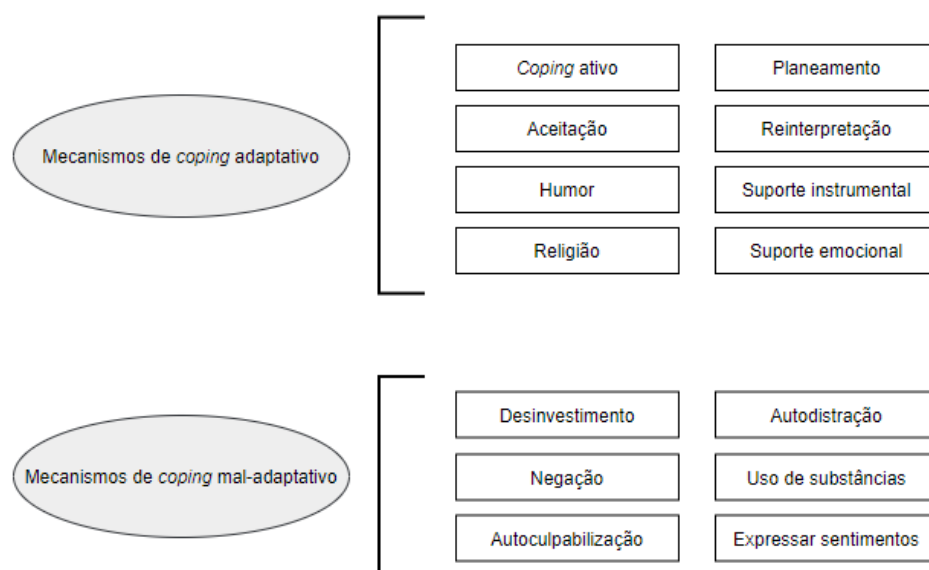


Figura 1 - Mecanismos de *coping* adaptativo e de *coping* mal-adaptativo (adaptado de Su et al., 2015)

As estratégias de *coping* adaptativas tendem a estar associadas a resultados desejáveis (e.g., níveis elevados de satisfação com a vida; ausência de sintomas depressivos), enquanto as estratégias de *coping* mal-adaptativas tendem a estar associadas a resultados indesejáveis (e.g., sintomas depressivos), tal como descrito por Su et al. (2015). Holubova et al. (2018) diferencia essas estratégias como positivas (adaptativas) e negativas (mal-adaptativas), afirmando que o *coping* adaptativo é considerado eficaz e o *coping* mal-adaptativo reflete a ineficácia em manusear situações stressantes. Segundo Teques et al. (2018) o *coping* adaptativo está associado positivamente à regulação da emoção, ao contrário do que acontece com as estratégias de *coping* mal-adaptativas, que estão associadas negativamente a essa regulação.

Por outro lado, Carver et al. (1989) e Su et al. (2015) tomaram a decisão de agrupar os mecanismos de *coping* em *coping* focado no problema – que se destina a solucionar o problema ou a fazer algo para alterar a origem do stress e que predomina quando as pessoas sentem que algo construtivo pode ser feito –, *coping* focado na emoção – que se destina a reduzir ou a controlar o sofrimento emocional que está associado à situação e que predomina quando as pessoas sentem que o causador do stress é algo que deve ser suportado – e, finalmente, *coping* disfuncional – que funciona incorretamente na solução do problema ou no controlo da emoção, não sendo útil na redução ou gestão do stress.

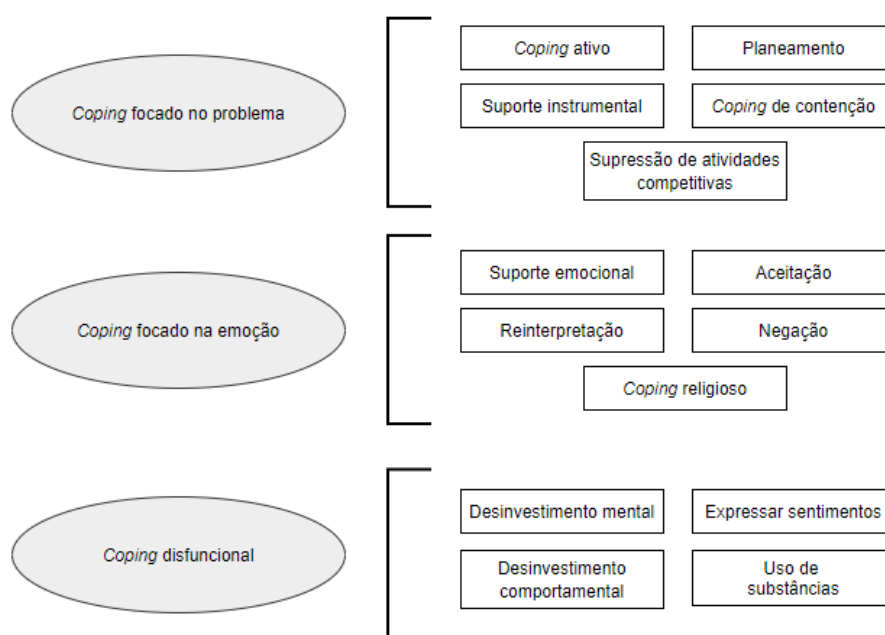


Figura 2 - Mecanismos de *coping* focado no problema, focado na emoção e disfuncionais (adaptado de Carver et al., 1989)

Estando o *coping* focado no problema ligado ao esforço para eliminar ou diminuir a fonte de stress, é considerado um estilo de *coping* adaptativo, pois as pessoas que empregam o *coping* mais focado no problema tendem a adaptar-se melhor a situações stressantes e a apresentarem menos sintomas psicológicos negativos (Su et al., 2015). Contrariamente, as pessoas que empregam o *coping* focado na emoção, mostram que são menos propensas a ter sucesso em lidar com situações stressantes, tentando lidar, assim, com o seu próprio sofrimento emocional (Su et al., 2015). Lazarus e Folkman (1984) presumiram que o *coping* focado na emoção envolve estratégias cognitivas para

minimizar o sofrimento, como o distanciamento, as comparações positivas, a reavaliação e a procura de um significado positivo em eventos negativos (Su et al, 2015). Embora existam várias abordagens e métodos de agrupar os mecanismos de *coping*, a que parece ser mais recorrente em estudos contemporâneos é a hierarquização de *coping* adaptativo e mal-adaptativo, justificado pelas evidências em estudos recentes (e.g., Holubova et al., 2018; Su et al., 2015; Teques et al., 2018).

Satisfação com a Vida: Potencial Mediador entre os Mecanismos de *Coping* e os Sintomas depressivos

Podemos definir o bem-estar em duas componentes principais: a componente emocional ou afetiva e a componente crítica ou cognitiva (Diener, 1984; Veenhoven, 1984). Esta última, a componente cognitiva, foi também conceituada como satisfação com a vida (Diener, 1984), que é uma avaliação crítica e cognitiva da própria vida, assim sendo, pode ser indiretamente influenciada pelo afeto, mas não é, em si, uma medida direta de emoção (Diener, 1984).

Shin and Johnson (1978) definem satisfação com a vida como “[*uma avaliação global da qualidade de vida de um indivíduo de acordo com os critérios que o próprio escolher*]” (p. 478) e Pavot e Diener (1993) definem-na como “[*um processo de julgamento, no qual os indivíduos avaliam a qualidade das suas vidas com base nos seus próprios critérios únicos*]” (p. 164). Portanto, a avaliação do quão satisfeitas estão as pessoas com o seu estado de vida atual é baseada numa comparação com um padrão que cada indivíduo define para si mesmo, não é externamente imposto (Diener, 1984).

A satisfação com a vida está alinhada de acordo com a forma como a pessoa se ajusta ao contexto em que está inserida, havendo uma ligação com as estratégias de *coping*. Tran e Chantagul (2018) mostraram que o uso do *coping* focado no problema está positiva e significativamente relacionado aos níveis de satisfação com a vida. O *coping* focado na emoção está negativa e significativamente relacionado aos níveis de satisfação com a vida. Este estudo conclui que, quanto mais empregam o *coping* focado no problema ao lidar com fatores stressantes, maior é o seu nível de satisfação com a vida. Por outro lado, quanto mais empregam o *coping* focado na emoção, menor é o seu nível de satisfação com a vida (Tran & Chantagul, 2018).

Um estudo realizado por Unni et al. (2014) mostrou que uma elevada satisfação com a vida está associada a um conjunto de resultados pessoais, comportamentais, psicológicos e sociais positivos e uma baixa satisfação com a vida a maiores níveis de stress, a distúrbios psicológicos e a problemas comportamentais. Pesquisas anteriores

(Schimmack et al., 2004; Pavot e Diener, 2008) feitas em populações adultas reforçam esta relação inversa significativa entre satisfação com a vida e depressão (Couto et al., 2017). De acordo com Yang et al. (2018), a satisfação com a vida é um recurso que inclui autonomia, controlo, crenças, emoções positivas, regulação emocional, resolução de problemas, adaptação e equilíbrio ao longo do ciclo da vida, assim, é expectável que os mecanismos de *coping* adaptativo tenham uma correlação positiva com a satisfação com a vida.

McKnight et al. (2002) mostrou que a satisfação com a vida mediou a relação entre os eventos mais stressantes da vida das pessoas e os sintomas de internalização (depressão e ansiedade) e de externalização (comportamento agressivo e delinvente). Segundo Moksnes et al. (2014), é teoricamente expectável que a satisfação com a vida possa desempenhar o mesmo papel no que diz respeito à ligação entre os mecanismos de *coping* e os sintomas depressivos. Ou seja, tomando em consideração uma ligação negativa entre os mecanismos de *coping* adaptativos e os sintomas depressivos, é hipotetizado que a satisfação com a vida possa atuar como mediador, na medida em que valores mais elevados de coping adaptativo e satisfação com a vida associam-se a indícios de sintomas depressivos mais baixos.

Moksnes et al. (2014) mostraram uma relação positiva e significativa entre stress escolar e sintomas depressivos e uma relação negativa e significativa entre stress escolar e satisfação com a vida; foi também encontrada uma relação negativa e significativa entre satisfação com a vida e sintomas depressivos. Quanto ao potencial do papel mediador da satisfação com a vida, verificaram que esta mediou parcialmente a relação entre o stress e os sintomas depressivos. Os resultados refletem a complexidade da interação entre o stress que as pessoas sentem em relação ao desempenho escolar e a saúde mental, e o papel da satisfação com a vida como um potencial e importante mediador dessa relação (Moksnes et al., 2014). Estes autores forneceram evidências de uma ligação significativa entre satisfação com a vida e sintomas depressivos, e ainda do papel mediador da satisfação com a vida que pode desempenhar nesta relação em particular. A satisfação com a vida mediou parcialmente a relação entre o stress e os sintomas depressivos. Os resultados são apoiados por um estudo relacionado que mostra que a satisfação com a vida mediou a associação entre eventos de vida stressantes e sintomas de internalização (McKnight et al., 2002). Além disso, é postulado que indivíduos com maior nível de satisfação com a vida terão uma confiança geral de que os recursos estão disponíveis para atender às demandas de situações stressantes (Moksnes et al., 2014). Indivíduos com mecanismos de *coping* adaptativos estão mais propícios a ter níveis elevados de satisfação com a vida e níveis baixos de sintomas depressivos.

Presente estudo

Apesar de existirem indícios de que o *coping* pode atuar como ferramenta de adaptação aos sintomas depressivos, são escassos os estudos (e.g., Moksnes et al., 2014) que tenham analisado o papel mediador da satisfação com a vida e como esta pode estar significativamente relacionado na relação entre os diversos mecanismos de *coping* e os sintomas depressivos. Moksnes et al. (2014) foi dos poucos, se não o primeiro estudo, a investigar a satisfação com a vida como um mediador potencial entre o stress relacionado com a escola e sintomas de depressão, um indicador de que mais pesquisas nesta área são necessárias. No entanto, é de salientar que, no estudo de Moksnes et al. (2014), os catorze fatores de *coping* foram considerados um fator global, deixando como limitação a nossa compreensão sobre o papel associativo entre cada mecanismo de *coping* e sintomas depressivos. De facto, Tran e Chantagul (2018) referem a falta de conhecimento que existe quanto à ligação entre cada estratégia de *coping*, sintomas depressivos, ansiedade, stress e satisfação com a vida, pois não há muitas pesquisas que mostrem a ligação clara entre estas variáveis. O estudo aprofundado sobre a ligação entre cada um dos mecanismos de *coping*, a satisfação com a vida e os sintomas depressivos poderá oferecer conhecimento essencial na criação de ferramentas que possam promover maiores níveis de bem-estar geral e menores níveis de indicadores psicológicos negativos (e.g., stress, ansiedade), tendo como base, o tipo de mecanismo de *coping* a ser referenciado.

Neste sentido, face aos vários fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de perturbações mentais (e.g., depressão), bem como as suas consequências no bem-estar e qualidade de vida das pessoas, torna-se pertinente o estudo na relação entre o *coping*, os sintomas depressivos e a satisfação com a vida, com recurso a instrumentos adequados à população portuguesa. Assim, o objetivo deste estudo consistiu em analisar o papel mediador da satisfação com a vida entre cada um dos catorze mecanismos de *coping* e os sintomas depressivos.

De acordo com a literatura existente, especula-se que: i) os mecanismos de *coping* adaptativo tendem a ajudar as pessoas a adaptar-se melhor a situações stressantes e a apresentarem menores sintomas depressivos, contrariamente às pessoas que empregam mecanismos de *coping* mal-adaptativo (Su et al., 2015); ii) Quanto maiores forem os níveis de *coping* adaptativo ao lidar com fatores stressantes, maior será o nível de satisfação com a vida. Por outro lado, quanto mais empregam mecanismos de *coping* mal adaptativo, menor é o seu nível de satisfação com a vida. Assim, os mecanismos de *coping* estão diretamente e significativamente relacionados aos níveis de satisfação com a vida (Tran & Chantagul, 2018); iii) existem evidências de uma ligação negativa e significativa entre satisfação com a vida e sintomas depressivos

(Moksnes et al., 2014) e iv) é teoricamente expectável que a satisfação com a vida possa desempenhar o papel de mediação no que diz respeito à ligação entre os mecanismos de *coping* e os sintomas depressivos (Yang et al., 2018). Ou seja, tomando em consideração uma ligação negativa entre os mecanismos de *coping* adaptativos e satisfação com a vida com os sintomas depressivos, é hipotetizado que a satisfação com a vida possa atuar como mediador (Moksnes et al., 2014). É igualmente especulado um efeito inverso, em que mecanismos de *coping* mal-adaptativos estejam positivamente correlacionados com os sintomas depressivos, apresentando uma ligação indireta positiva e significativa, via satisfação com a vida.

MÉTODOS

Participantes

Este trabalho teve um desenho transversal, de forma a analisar as relações entre as variáveis em estudo. Cidadãos portugueses foram convidados a participar, de forma voluntária e aleatória, na elaboração deste estudo, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: todos os participantes que tinham idade igual ou superior a 18 anos e que preenchessem o questionário de forma voluntária e em anonimato. Critérios de exclusão: todos aqueles que não concordaram com o consentimento informado e que não respondessem à totalidade do questionário (valores omissos superiores a 5%). A amostra final foi constituída por 313 participantes (184 do sexo feminino e 129 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos ($M = 30,73$; $DP = 10,79$).

Procedimentos

A recolha de informação no âmbito deste projeto teve fins estritamente científicos, pelo que, ao abrigo do código de ética e deontologia profissional, foi garantida a confidencialidade de informação fornecida e em momento algum os dados foram transmitidos a terceiros de forma individual. Desta forma, todo o processo de recolha de dados foi feito de forma voluntária, de acordo com as linhas orientadoras descritas na Declaração de Helsínquia.

Após a aprovação do estudo pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Desporto de Rio Maior, foi construído um formulário composto por 3 instrumentos validados para a população portuguesa. Os participantes tiveram acesso ao questionário online (*Google Forms* – ver anexo 1) criado para o estudo divulgado através de meios digitais (e.g., redes sociais, plataformas académicas). É de salientar que não foram recolhidos dados acerca do nome, endereço, e-mail ou qualquer outra identificação pessoal.

Instrumentos

Todos os participantes preencheram um conjunto de questionários que foi composto pela caracterização do participante em termos de género e idade. Acrescido, os participantes preencheram os seguintes instrumentos:

i) O *Brief Cope* versão portuguesa (Marôco et al., 2014) foi usado para medir os 14 mecanismos de *coping* propostos por Carver (1997). Este instrumento é composto por 28 questões que avaliam mecanismos de *coping* (2 itens por cada

mecanismo; e.g. “Rezo ou medito.”; “Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor.”) e os participantes responderam a cada questão numa escala tipo Likert que varia entre 1 (Nunca fiz) e 5 (Faço sempre).

ii) O *Satisfaction With Life Scale* versão portuguesa (Neto, 1993) foi usado para medir o grau de satisfação com a vida em termos gerais. Este questionário é composto por 5 itens (e.g., “Estou satisfeito/a com a minha vida.”), aos quais os participantes responderam a cada item numa escala tipo Likert que varia entre 1 (Discordo Muito) e 5 (Concordo Muito).

iii) O *Beck Depression Inventory* versão portuguesa (Campos & Gonçalves, 2011) foi usado para avaliar os sintomas depressivos. Este questionário é composto por 21 grupos, cada um com 4 opções de resposta, que se referem a estados de espírito da pessoa. Os participantes ao lerem cuidadosamente cada grupo (e.g., Grupo I – “Não me sinto triste.”; “Sinto-me triste.”; “Ando sempre triste e não consigo evitá-lo.”; “Ando tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais isto.”) tiveram de seleccionar a opção de resposta que melhor descreve a forma como se sentiam.

Análise Estatística

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva (média e desvio padrão) das variáveis em estudo, através do programa IBM SPSS Statistics v23, bem como uma análise à normalidade da distribuição (assimetria e curtose). Foram considerados os seguintes valores de corte para uma distribuição normal: assimetria valores compreendidos entre -2 e +2; curtose valores compreendidos entre -7 e +7. Adicionalmente, realizou-se uma análise das correlações bivariadas, especificamente correlações de Pearson.

De forma a dar resposta ao objetivo do estudo, foram conduzidos modelos de equações estruturais, tendo por base os pressupostos de Hair et al. (2019). Os testes do qui-quadrado (χ^2) e os seus respetivos graus de liberdade (df) foram relatados para efeitos de transparência, mas não foram examinados para avaliar o ajuste do modelo, uma vez que essas medidas são sensíveis ao tamanho da amostra e especificação do modelo (Hair et al., 2019). Em primeiro lugar, foi realizada uma análise dos modelos de equações estruturais, com recurso ao método de estimação da máxima verosimilhança através do software AMOS 23.0. Para uma análise detalhada, foram realizados 14 modelos de equações estruturais, considerando cada mecanismo individualmente como variável independente. Os sintomas depressivos foram introduzidos no modelo como variável dependente e foi calculada com recurso à média, segundo as linhas de orientação propostas por Beck et al. (1996). Os modelos foram analisados, com base

nos valores de ajustamento tradicionais e incrementais descritos por vários autores (Byrne, 2012; Hair et al., 2019), nomeadamente foram utilizados os seguintes índices de ajustamento: *Comparative Fit Index* (CFI), *Tucker-Lewis Index* (TLI), *Standard Root Mean Residual* (SRMR), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) e o seu respetivo Intervalo de Confiança a 90% (IC90%). Para os referidos índices foram adotados os seguintes valores de corte considerados aceitáveis: CFI e TLI ≥ 0.90 , SRMR e RMSEA ≤ 0.8 , propostos por vários autores (Byrne, 2011; Hair et al., 2019).

Em segundo lugar, os efeitos diretos e indiretos foram analisados de acordo com coeficientes beta padronizados (β). A significância dos coeficientes estandardizados dos efeitos diretos e indiretos foi medida através do intervalo de confiança (IC) a 95%, sendo considerado significativo quando o IC não englobava o valor de 0 (Williams & MacKinnon, 2008).

RESULTADOS

Resultados preliminares

Os dados foram imputados de todos os 313 participantes, dado não apresentarem valores omissos, pela forma como o questionário online foi construído. Na Tabela 2, é possível, do ponto de vista descritivo, observar que os mecanismos de *coping* adaptativo apresentam médias superiores comparativamente aos mecanismos de *coping* mal-adaptativo. Especificamente, a variável “planejar” apresenta a média mais alta, seguida dos mecanismos “*coping* ativo” e “reinterpretação”, ao contrário do “uso de substâncias” e dos “sintomas depressivos”, mecanismos de *coping* mal-adaptativo, que apresentam a média mais baixa. As variáveis apresentaram uma distribuição normal, uma vez que os valores de assimetria e de curtose estão contidos entre $-2/+2$ e $-7/+7$, já o mecanismo “uso de substâncias” ultrapassa os valores de corte de assimetria e curtose. Contudo, o facto de o tamanho da amostra ser superior a 50 ($n = 313$), salvaguarda o tratamento estatístico para a análise de uma distribuição normal multivariada.

Os mecanismos de *coping* “*coping* ativo”, “planejar”, “religião”, “reinterpretação”, “autoculpabilização” e “aceitação” estão positivamente e significativamente correlacionados com a satisfação com a vida. Em contraste, os mecanismos de *coping* “negação”, “desinvestimento”, “uso de substâncias” e “sintomas depressivos” estão negativamente e significativamente correlacionados com a satisfação com a vida.

Nos dados fornecidos pela Tabela 2, as variáveis “*coping* ativo”, “planejar”, “reinterpretação”, “aceitação” e “satisfação com a vida”, estão negativa e significativamente correlacionados com a variável “sintomas depressivos”. Em contraste, os mecanismos “autoculpabilização”, “negação”, “autodistração”, “desinvestimento” e “uso de substâncias” estão positivamente e significativamente correlacionados com os sintomas depressivos.

Posto isto, parece não existir correlação significativa entre os mecanismos “suporte instrumental”, “suporte social”, “religião”, “expressar sentimentos” e “humor” com a variável “sintomas depressivos” e os mecanismos “suporte instrumental”, “suporte social”, “expressar sentimentos”, “autodistração” e “humor” com a variável “satisfação com a vida”. Para mais informações ver Tabela 1.

Tabela 1 - Análise descritiva e correlações entre as variáveis em estudo

Nome das variáveis	M	SD	S	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
1. Coping Ativo	3.73	.84	-.77	.90	1																
2. Planear	3.99	.78	.96	1.35	.72**	1															
3. Suporte Instrumental	3.16	.94	.13	.58	.25**	.35**	1														
4. Suporte Social	3.19	1.08	.07	.78	.18**	.21**	.51**	1													
5. Religião	2.23	1.20	.76	.53	.15**	.16**	.27**	.29**	1												
6. Reinterpretação	3.50	.91	.21	.31	.47**	.41**	.19**	.19**	.21**	1											
7. Autoculpabilização	3.36	.85	.24	.04	.16**	.17**	.22**	.15**	.02	.04	1										
8. Aceitação	3.31	.86	.11	.41	.28**	.33**	.24**	.20**	.12*	.36**	.14*	1									
9. Expressar Sentimentos	3.25	1.01	.14	.21	.17**	.27**	.34**	.38**	.13*	.11*	.25**	.20**	1								
10. Negação	2.20	.86	.48	.00	-.12*	-.08	.20**	.20**	.19**	-.01	.24**	.03	.32**	1							
11. Autodistração	3.05	.94	.06	.68	.04	.06	.18**	.26**	.11*	.13*	.18**	.21**	.25**	.21**	1						
12. Desinvestimento	1.72	.81	1.17	1.30	-.33**	-.29**	-.07	-.01	.03	.17**	.12*	-.06	-.03	.26**	.21**	1					
13. Uso Substâncias	1.31	.62	2.73	9.74	-.07	-.09	.05	.08	-.02	-.03	.19**	.05	.17**	.25**	.08	.27**	1				
14. Humor	2.86	.92	.41	.21	.15*	.10	.06	.03	.00	.36**	.03	.29**	.08	.08	.26**	.13*	.17**	1			
15. Satisfação com a Vida	3.30	.78	.30	.20	.21**	.19**	.04	.04	.11*	.38**	.17**	.21**	.09	-.17**	-.10	-.24**	-.13*	-.01	1		
16. Sintomas Depressivos	1.37	.37	1.37	1.47	-.25**	-.20**	-.00	.11	-.01	-.35**	.31**	-.19**	.05	.18**	.15**	.32**	.24**	-.07	-.63**	1	

Valores de ajustamento dos modelos de equações estruturais

A Tabela 2 apresenta os valores de ajustamento tradicionais e incrementais para os 14 modelos de equações estruturais. De acordo com os valores de corte, os modelos “*coping* ativo”, “religião”, “reinterpretação”, “aceitação” e “expressar sentimentos” apresentam os valores de ajustamento aceitável, tradicionais e incrementais para os modelos analisados, ao contrário dos modelos “planear”, “autoculpabilização”, “negação”, “autodistração”, “desinvestimento” e “uso de substâncias”. No entanto, os valores obtidos estão próximos dos valores de corte dos índices de ajustamento CFI e TLI ≥ 0.90 e SRMR e RMSEA ≤ 0.8 propostos na literatura. Nesse sentido, a análise foi prosseguida de forma ponderada para a examinação dos efeitos diretos e indiretos.

Tabela 2 - Valores de ajustamento

Modelo	χ^2	gl	CFI	TLI	SRMR	RMSEA [90% CI]
1. <i>Coping</i> Ativo	79,423	19	0,934	0,903	0,047	0,101 [0,079; 0.124]
2. Planear	84.934	19	0.920	0.882	0.049	0.105 [0.083; 0.129]
3. Suporte Instrumental	-	-	-	-	-	-
4. Suporte Social	-	-	-	-	-	-
5. Religião	82.131	19	0.936	0.905	0.045	0.103 [0.061; 0.127]
6. Reinterpretação	79.666	19	0.939	0.910	0.045	0.101 [0.079; 0.125]
7. Autoculpabilização	108.118	19	0.893	0.843	0.056	0.123 [0.101; 0.146]
8. Aceitação	78.930	19	0.932	0.900	0.049	0.101 [0.078; 0.124]
9. Expressar Sentimentos	86.858	19	0.933	0.902	0.052	0.107 [0.085; 0.130]
10. Negação	93.481	19	0.919	0.881	0.054	0.112 [0.090; 0.135]
11. Autodistração	83.951	19	0.930	0.897	0.050	0.105 [0.082; 0.128]
12. Desinvestimento	112.619	19	0.914	0.874	0.064	0.126 [0.104; 0.149]
13. Uso Substâncias	135.904	19	0.888	0.836	0.073	0.140 [0.119; 0.163]
14. Humor	-	-	-	-	-	-

Notas: χ^2 = teste do qui-quadrado; gl = graus de liberdade; CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual; RMSEA = Root Mean Squared Error of Approximation; 90% CI=90% Confidence Interval of RSMEA; * $p < 0,001$

Efeitos diretos e indiretos

Os efeitos diretos e indiretos foram analisados de acordo com coeficientes beta padronizados e o seu respetivo intervalo de confiança de 95% (IC 95%), aceitando como significativo se o intervalo de confiança não incluisse zero (Williams & Mackinnon, 2008).

Na tabela 3 pode-se observar os seguintes efeitos diretos entre os construtos, nomeadamente: a) os mecanismos de *coping* adaptativo “*coping* ativo”, “planear”, “reinterpretação” e “aceitação” apresentam uma associação positiva e significativa com a satisfação com a vida; b) os mecanismos de *coping* mal-adaptativos “autoculpabilização”, “negação”, “autodistração”, “desinvestimento” e “uso de substâncias” apresentam uma associação negativa e significativa com a satisfação com a vida; c) a satisfação com a vida estava negativamente e significativamente relacionada com os sintomas depressivos nos modelos “*coping* ativo”, “planear”, “religião”, “reinterpretação”, “aceitação” (mecanismos de *coping* adaptativo), “autoculpabilização”, “expressar sentimentos”, “negação”, “autodistração”, “desinvestimento” e “uso de substâncias” (mecanismos de *coping* mal-adaptativo).

Tabela 3 - Efeitos diretos entre construtos

Modelo	Efeito Direto	β	IC 95%
Coping Ativo	Coping Ativo → SV	0.29	0.18; 0.39
	SV → Sintomas Depressivos	-0.70	-0.76; -0.65
Planear	Planear → SV	0.23	0.07; 0.38
	SV → Sintomas Depressivos	-0.70	-0.76; -0.65
Religião	Religião → SV	0.10	-0.02; 0.22
	SV → Sintomas Depressivos	-0.70	-0.75; -0.64
Reinterpretação	Reinterpretação → SV	0.46	0.37; 0.55
	SV → Sintomas Depressivos	-0.70	-0.76; -0.65
Autoculpabilização	Autoculpabilização → SV	-0.50	-0.71; -0.30
	SV → Sintomas Depressivos	-7.34	-8.32; -6.37
Aceitação	Aceitação → SV	0.26	0.15; 0.37
	SV → Sintomas Depressivos	-0.70	-0.76; -0.65
Expressar Sentimentos	Expressar Sentimentos → SV	0.03	-0.13; 0.20
	SV → Sintomas Depressivos	-0.70	-0.75; -0.64
Negação	Negação → SV	-0.02	-0.32; -0.01
	SV → Sintomas Depressivos	-0.70	-0.75; -0.64
Autodistração	Autodistração → SV	-0.15	-0.26; -0.04
	SV → Sintomas Depressivos	-0.70	-0.76; -0.64
Desinvestimento	Desinvestimento → SV	-0.31	-0.40; -0.21
	SV → Sintomas Depressivos	-0.70	-0.76; -0.65

Uso Substâncias	Uso Substâncias → SV	-0.15	-0.25; -0.04
	SV → Sintomas Depressivos	-0.70	-0.76; -0.65

Notas: SV = Satisfação com a vida

Relativamente aos efeitos indiretos entre os construtos destacados na Tabela 4, os coeficientes indicam que os mecanismos de *coping* adaptativo: “*coping* ativo”, “planear”, “reinterpretação” e a “aceitação” apresentaram uma associação indireta negativa e significativa com os sintomas depressivos, via satisfação com a vida. Contrariamente, os mecanismos de *coping* mal-adaptativos “autoculpabilização”, “negação”, “autodistração”, “desinvestimento” e “uso de substâncias” apresentaram uma associação positiva e significativa com os sintomas depressivos, via satisfação com a vida.

Tabela 4 - Efeitos indiretos

Efeito Indireto	β	IC 95%
<i>Coping</i> Ativo → SV → Sintomas Depressivos	-0.20	-0.28; -0.13
Planear → SV → Sintomas Depressivos	-0.16	-0.27; -0.05
Religião → SV → Sintomas Depressivos	0.07	-0.15; 0.01
Reinterpretação → SV → Sintomas Depressivos	-0.33	-0.40; -0.26
Autoculpabilização → SV → Sintomas Depressivos	0.18	0.08; 0.28
Aceitação → SV → Sintomas Depressivos	-0.18	-0.26; -0.10
Expressar Sentimentos → SV → Sintomas Depressivos	-0.02	-0.14; 0.09
Negação → SV → Sintomas Depressivos	0.15	0.07; 0.22
Autodistração → SV → Sintomas Depressivos	0.11	0.03; 0.18
Desinvestimento → SV → Sintomas Depressivos	0.22	0.14; 0.29
Uso Substâncias → SV → Sintomas Depressivos	0.10	0.03; 0.18

Notas: SV = Satisfação com a vida

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo analisar o papel mediador da satisfação com a vida entre os mecanismos de *coping* e os sintomas depressivos. Para dar resposta a esse objetivo, foram analisados catorze modelos de equações estruturais, considerando os catorze mecanismos de *coping* como variáveis independentes, os sintomas depressivos como variável dependente e a satisfação com a vida como possível mediador. Os resultados serão discutidos à luz da literatura existente.

De acordo com as análises efetuadas dos catorze mecanismos de *coping* estudados, apenas onze foram possíveis de analisar em termos de efeitos diretos e indiretos, sendo cinco mecanismos referentes ao *coping* adaptativo e seis referentes ao *coping* mal-adaptativo. Não foram analisados três modelos, referentes a três mecanismos de *coping*: “suporte instrumental”, “suporte social” e “humor”, pois os modelos não apresentaram convergência, ou seja, os presentes dados não suportam uma análise correta. Assim, para que não sejam extrapolados dados enviesados, estes três modelos não serão considerados nas análises subseqüentes.

Tendo em conta os resultados deste estudo em termos de efeitos diretos, os mecanismos de *coping* adaptativo “*coping* ativo”, “planear”, “reinterpretação” e “aceitação” apresentam uma associação positiva significativa com a satisfação com a vida. Já os mecanismos de *coping* mal-adaptativo “autoculpabilização”, “negação”, “autodistração”, “desinvestimento” e “uso de substâncias” apresentam uma associação negativa e significativa com a satisfação com a vida. Os nossos resultados evidenciam ainda uma ligação negativa e significativa entre satisfação com a vida e sintomas depressivos nos modelos considerados variáveis independentes: “*coping* ativo”, “planear”, “religião”, “reinterpretação” e “aceitação” (mecanismos de *coping* adaptativo) e “autoculpabilização”, “expressar sentimentos”, “negação”, “autodistração”, “desinvestimento” e “uso de substâncias” (mecanismos de *coping* mal-adaptativo).

No âmbito da análise dos dados dos efeitos diretos, podemos concluir, de facto, que os nossos resultados corroboram com as evidências presentes em estudos teóricos e empíricos (e.g. Litman, 2006; McKnight et al., 2002; Su et al., 2015; Tran & Chantagul, 2018; Yang et al., 2018). Especificamente, estes estudos suportam os resultados apresentados, na medida em que indivíduos que empregam mecanismos de *coping* adaptativo ou de *coping* focado no problema tendem a adaptar-se melhor a situações stressantes. O mecanismo “*coping* ativo”, por exemplo, ajuda as pessoas a caminhar em direção à eliminação do problema (Litman, 2006) e a apresentarem menos sintomas depressivos. Contrariamente, indivíduos que empregam mecanismos de *coping* mal-adaptativo ou de *coping* focado na emoção são menos propensos a ter sucesso em lidar

com situações stressantes (Su et al., 2015), mostrando que indivíduos que adotem mecanismos mal-adaptativos apresentam maiores indicadores de saúde mental negativos (e.g., sintomas depressivos, stress, ansiedade). Assim, os mecanismos de *coping* adaptativo ou de *coping* focado no problema podem desempenhar um papel chave na diminuição dos sintomas depressivos. Mais, o estudo de Tran e Chantagul (2018) relaciona um maior uso de mecanismos de *coping* adaptativo e de *coping* focado no problema a um maior nível de satisfação com a vida e, contrariamente, um maior uso de mecanismos de *coping* mal adaptativo e de *coping* focado na emoção a um menor nível de satisfação com a vida. A satisfação com a vida, por sua vez, tem uma relação negativa e significativa com os sintomas depressivos, como se pode verificar quer no estudo presente, quer nos achados de Moksnes et al. (2014). De facto, estas evidências corroboram que a satisfação com a vida é um indicador importante no que diz respeito à saúde mental.

As estratégias de *coping* mal-adaptativas e focadas na emoção, como foi observado, não definiram consistentemente fatores essenciais para diminuir sintomas depressivos e, conseqüentemente, aumentar a satisfação com a vida. Quanto mais as pessoas empregam o *coping* adaptativo ou o *coping* focado no problema, menos evidenciam sintomas depressivos, depressão, ansiedade e stress; contrariamente, aqueles que tendem a empregar o *coping* mal-adaptativo ou o *coping* focado na emoção, evidenciam níveis mais elevados de sintomas depressivos, depressão, ansiedade e stress (Litman, 2006; McKnight et al., 2002; Su et al., 2015; Tran & Chantagul, 2018; Yang et al., 2018). Os resultados presentes indicam que o uso de um *coping* adaptativo é melhor, comparativamente ao *coping* mal-adaptativo, na medida em que se reflete em níveis de sintomas depressivos mais baixos. Por outras palavras, os resultados do presente estudo sugerem que os indivíduos podem controlar as emoções negativas do dia-a-dia, associadas aos sintomas depressivos, de forma eficaz, ao selecionar estratégias de *coping* adequadas, neste sentido, cientes de uma estratégia adaptativa ou focada no problema para lidar com a situação e manter o equilíbrio mental ideal.

Relativamente aos efeitos indiretos, os coeficientes indicam que os mecanismos de *coping* adaptativo revelaram uma associação indireta negativa e significativa com os sintomas depressivos, considerando a satisfação com a vida como mediador, nomeadamente os mecanismos “*coping* ativo”, “planear”, “reinterpretação” e “aceitação”. Contrariamente, os mecanismos de *coping* mal-adaptativo apresentam um efeito indireto positivo e significativo com os sintomas depressivos, via satisfação com a vida, nomeadamente os mecanismos “autoculpabilização”, “negação”, “autodistração”, “desinvestimento” e “uso de substâncias”.

De facto, no âmbito da análise dos dados dos efeitos indiretos, o presente estudo suporta as evidências de McKnight et al. (2002) e de Moksnes et al. (2014), ao afirmar que a satisfação com a vida desempenha um papel de mediação significativo na relação entre sintomas depressivos e mecanismos de *coping*; mecanismos esses que estão diretamente e significativamente relacionados com os níveis de satisfação com a vida (Tran & Chantagul, 2018; Yang et al., 2018). O estudo de McKnight et al. (2002) mostrou que a satisfação com a vida mediou a relação entre os eventos mais stressantes da vida das pessoas e os sintomas de internalização (e.g., depressão). Já o estudo de Moksnes et al. (2014) mostrou que a satisfação com a vida mediou parcialmente a relação entre o stress e os sintomas depressivos. Tendo em consideração uma ligação negativa e significativa entre os mecanismos de *coping* adaptativo e os sintomas depressivos, confirma-se a hipótese de que a satisfação com a vida atua como mediador. Os resultados indicam que o uso de um *coping* adaptativo, potenciado pela satisfação com a vida, tende a estar associado a valores de sintomas depressivos mais baixos. Contrariamente, o uso de um *coping* mal-adaptativo, mesmo com níveis de satisfação com a vida elevados, tende a estar associado a valores de sintomas depressivos mais altos.

A perceção de satisfação com a vida parece estar ajustada consoante os mecanismos de *coping* utilizados. Especificamente, verificámos que o “*coping* ativo”, o “planear”, a “reinterpretação” e a “aceitação” são as variáveis que apresentam uma associação negativa e significativa na relação com os sintomas depressivos, via satisfação com a vida. O uso de mecanismos de *coping* adaptativo permite uma recuperação do bem-estar e da saúde, melhorando, assim, o nível de satisfação com a vida. Nomeadamente, atividades que envolvem um planeamento futuro, de forma a que os indivíduos consigam sentir um controlo sobre a sua vida, é uma forma de alcançar o *coping* adaptativo que por sua vez se transmite e maiores sensações de satisfação com a vida, conseqüentemente, menores sintomas depressivos. A utilização de estratégias de boa qualidade no quotidiano permite lidar com os problemas e aceitá-los, seja com o perdão, com o controlo de pensamentos hostis ou nas relações com os outros. Estes comportamentos estão também associados à capacidade de resiliência que cada pessoa tem diante de situações adversas, ao não ceder à pressão do problema, independentemente da situação. Quanto ao *coping* mal-adaptativo, observou-se que os mecanismos mal-adaptativos potenciadores de sintomas depressivos são o uso de substâncias ilícitas (e.g. álcool, drogas, etc.), a negação do que está a acontecer, culpando-se pela situação em que se encontram, e o constante desinvestimento pessoal, dia após dia. Assim, a “autoculpabilização”, a “negação”, a “autodistração”, o “desinvestimento” e o “uso de substâncias” são as variáveis que apresentam uma

associação positiva e significativa com os sintomas depressivos, via satisfação com a vida. Quanto maior for a persistência destes mecanismos de *coping* mal-adaptativo, menor será o nível de satisfação com a vida, pois são comportamentos que conduzem a um mal-estar interior e, conseqüentemente, a uma maior probabilidade de sofrer de sintomas depressivos ou, se já existirem, de os tornar mais graves.

De forma geral, a satisfação com a vida medeia a relação entre os mecanismos de *coping* e os sintomas depressivos. Os mecanismos de *coping* adaptativo e focado no problema são fatores positivos e preditores do aumento de satisfação com a vida, pois podem indicar sintomas depressivos mais baixos. Contrariamente, os mecanismos de *coping* mal-adaptativo e focado na emoção são fatores e preditores da diminuição de satisfação com a vida, pois podem indicar sintomas depressivos mais elevados. O tipo de mecanismos de *coping* empregue pode, desta forma, dar indicações quanto à presença de sintomas depressivos.

Limitações

Este estudo providencia resultados importantes no que concerne às determinantes do papel mediador da satisfação com a vida na relação entre os mecanismos de *coping* e os sintomas depressivos. Porém, algumas limitações devem ser consideradas. Em primeiro lugar, o presente estudo é de natureza transversal, limitando a possibilidade de inferir causalidade nas associações estudadas. Como tal, seria pertinente estudos futuros testarem a relação entre as mesmas variáveis através da aplicação de uma metodologia de carácter longitudinal e, idealmente, experimental, de forma a verificar se os resultados são constantes. Ainda dentro da esfera metodológica, importa referir que este estudo foi realizado considerando os dados de uma amostra portuguesa. Parâmetros sócio-demográficos, como cultura e faixa etária, podem ter influenciado os resultados atuais (OMS, 2017).

Apesar destas limitações, esta investigação destaca-se pelo estudo empírico que incorpora; um estudo que até à data não existia, constituído por uma amostra representativa da população portuguesa. Como sugestão, seria interessante analisar os resultados em função da idade, uma vez que a amplitude de idades nesta amostra encontra-se compreendida entre os 18 e os 70 anos, e do sexo, de forma a comparar os resultados entre o sexo masculino e feminino, uma vez que a literatura aborda a prevalência de sintomas depressivos em mulheres (ESS, 2016; OMS, 2017). Esta sugestão vem de acordo com o facto de a nossa amostra ser heterogénea e dessa forma não conseguimos cumprir com o objetivo neste estudo.

Implicações Práticas

Apesar das limitações referidas, o presente estudo proporciona evidências contemporâneas e aprofunda o nosso conhecimento sobre a ligação entre a satisfação com a vida, os diversos mecanismos de *coping* e os sintomas depressivos, essencial na criação de ferramentas que possam promover maiores níveis de bem-estar geral e menores níveis de indicadores psicológicos negativos (e.g., stress, ansiedade).

Posto isto, é importante que os profissionais de saúde (fisiologistas do exercício, médicos, enfermeiros, etc.) consigam promover ferramentas de *coping* junto da comunidade portuguesa, de forma a adaptar as estratégias utilizadas a cada um dos indivíduos, para que estes, por sua vez, promovam mecanismos de *coping* adaptativo ou mecanismos focados no problema, pois estes tendem a ajudar as pessoas a adaptar-se melhor a situações stressantes e a apresentarem menos sintomas depressivos. Quanto maiores forem os níveis de *coping* adaptativo ao lidar com fatores stressantes, maior será o nível de satisfação com a vida. Nesse sentido, devemos procurar uma abordagem que será realmente benéfica para auxiliar de forma individual, tendo em consideração o desenvolvimento dessas ferramentas para cada pessoa, individualmente, de forma a promover um progresso sustentável.

De acordo com Batista e Oliveira (2016), no tratamento da depressão e sintomas depressivos, a inclusão do exercício físico beneficia o indivíduo, trazendo melhorias significativas a partir de poucas semanas de atividade (e.g., diminuição dos sintomas e promoção do alívio emocional). Uma forma de cativar possíveis praticantes de exercício físico será através do diálogo nas avaliações físicas, para perceber as preferências e as necessidades dos mesmos, trabalhando, simultaneamente, em estratégias de mudança comportamental e na adoção de mecanismos de *coping* adaptativo, como a proatividade (ou *coping* ativo) e o planeamento. Consultas de apoio psicológico e atividades sociais de gestão emocional também podem ajudar na adoção de mecanismos de *coping* adaptativo, uma vez que podem fazer com que os indivíduos trabalhem nas suas expectativas, criem rotinas de relaxamento e encontrem novas estratégias pessoais para fazer face aos problemas, o que, por sua vez, pode conduzir à reinterpretação ou aceitação da sua situação (Zeidner et al., 2006). Outras estratégias a ter em conta são a participação em ações de formação/workshops sobre gestão pessoal, a organização e o planeamento das tarefas do dia-a-dia – de forma a perceber os verdadeiros usos produtivos do tempo e como se pode realmente equilibrar o bem-estar, as relações e a vida profissional –, as práticas de relaxamento e até mesmo a leitura de livros sobre estas temáticas (Fogarty et al., 2017; Nidich et al., 2009).

Existem determinantes na qualidade de vida que podem influenciar esta promoção de mecanismos de *coping*, como por exemplo o *mindfulness*, que passa por

prestar atenção ao momento presente sem julgamentos externos/internos (Carlson, 2016). As intervenções baseadas em *mindfulness* reduzem o stress e promovem um *coping* mais eficaz (Jones et al., 2019) ou, por outras palavras, o *mindfulness* ajuda na redução de mecanismos de *coping* mal-adaptativo. Sendo estas intervenções particularmente eficientes na redução do stress, ao diminuir o pensamento repetitivo e persistente (Kang et al., 2009), é importante a sua promoção. Essa promoção poderia ser feita por profissionais das câmaras municipais, através das juntas de freguesia e de técnicas como o marketing nas redes sociais, vídeos promocionais e apoios públicos, por exemplo.

Parece de todo essencial que os profissionais de saúde interessados na mudança comportamental, especificamente em mudar estilos de vida de risco para saudáveis e promover saúde física e psíquica, sejam capazes de inculcar e apresentar mecanismos de *coping* adaptativos que sejam eficazes na gestão de sintomas potencialmente nefastos na qualidade de vida do indivíduo (Jones et al., 2019). Tanto o *mindfulness* como o *coaching* de apoio contribuem para esse ideal de saúde e bem-estar, na medida em que podem promover um *coping* mais eficaz, ao aumentar a capacidade de lidar de forma flexível com situações stressantes, e pessoas com um *coping* mais eficaz relatam menos doenças, maior longevidade e melhor qualidade de vida (Jones et al., 2019).

CONCLUSÃO

Esta dissertação de mestrado teve como objetivo analisar o papel mediador da satisfação com a vida entre os mecanismos de *coping* e os sintomas depressivos. O estudo baseou-se no pressuposto de Portugal ser um dos países com maior prevalência de perturbações mentais e no facto de, apesar de existirem indícios de que os mecanismos de *coping* podem atuar como ferramenta de adaptação aos sintomas depressivos no bem-estar, serem escassos os estudos que tenham analisado o papel mediador da satisfação com a vida na relação entre estes e os sintomas depressivos. Especificamente, nenhum estudo até à data analisou esta relação em portugueses, tornando-se, por isso, pertinente um estudo da relação entre satisfação com a vida, catorze mecanismos de *coping* e sintomas depressivos.

Este estudo evidencia que a análise aprofundada sobre a ligação entre os diversos mecanismos de *coping*, a satisfação com a vida e os sintomas depressivos poderá oferecer conhecimento essencial na criação de ferramentas que possam promover maiores níveis de bem-estar geral e menores níveis de indicadores psicológicos negativos (e.g., stress, ansiedade). Com base na evidência disponível e na análise realizada, os resultados deste estudo revelam que, de facto, a satisfação com a vida mediou a relação entre os mecanismos de *coping* inerentes a gestão de eventos stressantes da vida das pessoas e os sintomas depressivos.

O presente estudo possibilitou uma visão mais aprofundada do papel mediador da satisfação com a vida na relação entre mecanismos de *coping* adaptativos e mal-adaptativos e sintomas depressivos. Além disso, foi o primeiro a estudar esse papel e relação na população portuguesa, o que o torna pertinente. É relevante examinar e aplicar ferramentas que façam aumentar o uso do *coping* adaptativo e reduzir os mecanismos de *coping* mal-adaptativo. Essas ferramentas poderão ser examinadas e aplicadas tendo como base este trabalho, pois, através deste, é possível os profissionais de saúde construirem estratégias de prevenção ou controlo com recurso aos mecanismos de *coping* que foram abordados, de forma individual.

REFERÊNCIAS

- Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Gonçalves-Pereira, M., Gusmão, R., Barahona Correa, B., Gago, J., Talina, M., & Silva, J. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1. ° Relatório. *World Mental Health Surveys Initiative: Lisboa*. http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5* (5th ed.). Artmed.
- Bahls, S. C. (1999). Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interação Em Psicologia*, 3(1), 60. <https://doi.org/10.5380/psi.v3i1.7660>
- Batista, J. I., & Oliveira, A. de. (2016). Efeitos Psicofisiológicos Do Exercício Físico Em Pacientes Com Transtornos De Ansiedade E Depressão Psychophysiologic Effects of Physical Exercise in Patients With Anxiety and Depression Disorders. *Corpoconsciência*, 19(3), 1–10.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck depression inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588–597. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_13
- Belvederi Murri, M., Ekkekakis, P., Magagnoli, M., Zampogna, D., Cattedra, S., Capobianco, L., Serafini, G., Calcagno, P., Zanetidou, S., & Amore, M. (2019). Physical Exercise in Major Depression: Reducing the Mortality Gap While Improving Clinical Outcomes. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 2. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00762>
- Briley, M., & Lépine. (2011). The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 3. <https://doi.org/10.2147/NDT.S19617>
- Byrne, B. M. (2012). *Structural Equation Modeling with Mplus. Basic Concepts, Applications, and Programming*. Routledge.
- Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2011). The Portuguese Version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). *European Journal of Psychological Assessment*, 27(4). <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000072>
- Carlson, L. E. (2016). Mindfulness-based interventions for coping with cancer. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1373(1), 5–12. <https://doi.org/10.1111/nyas.13029>
- Carvalho, Á. (2018). Depressão e outras perturbações mentais comuns:

- Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes. *Direção-Geral Da Saúde (DGS)*, 3–15. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>
- Carvalho, A. de M., Alves, A. L. G., Golim, M. A., Moroz, A., Hussni, C. A., de Oliveira, P. G. G., & Deffune, E. (2009). Isolation and immunophenotypic characterization of mesenchymal stem cells derived from equine species adipose tissue. *Veterinary Immunology and Immunopathology*, *132*(2–4), 303–306. <https://doi.org/10.1016/j.vetimm.2009.06.014>
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., & Clark, K. C. (1993). How Coping Mediates the Effect of Optimism on Distress: A Study of Women With Early Stage Breast Cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*(2), 375–390. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.2.375>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, K. J. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Chou, P. C., Chao, Y. M. Y., Yang, H. J., Yeh, G. L., & Lee, T. S. H. (2011). Relationships between stress, coping and depressive symptoms among overseas university preparatory Chinese students: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, *11*(1), 5. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-352>
- Cooper, C., Katona, C., Orrell, M., & Livingston, G. (2006). Coping strategies and anxiety in caregivers of people with Alzheimer’s disease: The LASER-AD study. *Journal of Affective Disorders*, *90*(1), 15–20. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.08.017>
- Couto, N., Antunes, R., Monteiro, D., Moutão, J., Marinho, D., & Cid, L. (2017). Validação da Subjective Vitality Scale e estudo da vitalidade nos idosos em função da sua atividade física. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, *19*(3), 261–269. <https://doi.org/10.5007/1980-0037.2017v19n3p261>
- Cronin, J. G., Turner, M. L., Goetze, L., Bryant, C. E., & Sheldon, I. M. (2012). Toll-like receptor 4 and MYD88-dependent signaling mechanisms of the innate immune system are essential for the response to lipopolysaccharide by epithelial and stromal cells of the bovine endometrium. *Biology of Reproduction*, *86*(2), 51. <https://doi.org/10.1095/biolreprod.111.092718>
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, *95*(3).
- Eikemo, T. A., Huijts, T., Bambra, C., McNamara, C., Stornes, P., & Balaj, M. (2016).

Social Inequalities in Health and their Determinants: Topline Results from Round 7 of the European Social Survey.
http://www.europeansocialsurvey.org/docs/about/ESS_-Topline6_Health_FINAL.pdf

- Evans, L. D., Kouros, C., Frankel, S. A., McCauley, E., Diamond, G. S., Schloretd, K. A., & Garber, J. (2015). Longitudinal Relations between Stress and Depressive Symptoms in Youth: Coping as a Mediator. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *43*(2), 355–368. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9906-5>
- Fogarty, A. S., Proudfoot, J., Whittle, E. L., Clarke, J., Player, M. J., Christensen, H., & Wilhelm, K. (2017). Preliminary Evaluation of a Brief Web and Mobile Phone Intervention for Men With Depression: Men’s Positive Coping Strategies and Associated Depression, Resilience, and Work and Social Functioning. *JMIR Mental Health*, *4*(3), e33. <https://doi.org/10.2196/mental.7769>
- Freire, C., Ferradás, M. D. M., Valle, A., Núñez, J. C., & Vallejo, G. (2016). Profiles of psychological well-being and coping strategies among university students. *Frontiers in Psychology*, *7*(OCT). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01554>
- Hair, J., Babin, B., & Anderson, R. (2019). *Multivariate Data Analysis* (8th ed.). Pearson Educational, Inc.
- Holubova, M., Prasko, J., Ociskova, M., Grambal, A., Slepecky, M., Marackova, M., Kamaradova, D., & Zatkova, M. (2018). Quality of life and coping strategies of outpatients with a depressive disorder in maintenance therapy – A cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *14*, 73–82. <https://doi.org/10.2147/NDT.S153115>
- Jones, D. R., Lehman, B. J., Noriega, A., & Dinnel, D. L. (2019). The effects of a short-term mindfulness meditation intervention on coping flexibility. *Anxiety, Stress and Coping*, *32*(4), 347–361. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1596672>
- Kang, Y. S., Choi, S. Y., & Ryu, E. (2009). The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Education Today*, *29*(5), 538–543. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.12.003>
- Kessler, R. C. (2012). The costs of depression. In *Psychiatric Clinics of North America* (Vol. 35, Issue 1, pp. 1–14). <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.11.005>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.

- Ledochowski, L., Stark, R., Ruedl, G., & Kopp, M. (2017). Physical activity as therapeutic intervention for depression. *Nervenarzt, 88*(7), 765–778. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0222-x>
- Litman, J. A. (2006). The COPE inventory: Dimensionality and relationships with approach- and avoidance-motives and positive and negative traits. *Personality and Individual Differences, 41*(2), 273–284. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.032>
- Lu, Y., Tang, C., Liow, C. S., Ng, W. W. N., Ho, C. S. H., & Ho, R. C. M. (2014). A regression analysis of maladaptive rumination, illness perception and negative emotional outcomes in Asian patients suffering from depressive disorder. *Asian Journal of Psychiatry, 12*(1), 69–76. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.06.014>
- Mao, W. C., Bardwell, W. A., Major, J. M., & Dimsdale, J. E. (2003). Coping Strategies, Hostility, and Depressive Symptoms: A Path Model. *International Journal of Behavioral Medicine, 10*(4), 331–342. https://doi.org/10.1207/S15327558IJB1004_4
- Maroco, J., Campos, J. B., Bonafé, F. S., Vinagre, M. da G., & Pais-Ribeiro, J. (2014). TRANSCULTURAL ADAPTATION BRAZIL-PORTUGAL OF THE BRIEF COPE SCALE FOR COLLEGE STUDENTS. *Psicologia, Saúde & Doenças, 15*(2), 301. <https://doi.org/10.15309/14psd150201>
- Mcknight, C. G., Huebner, E. S., & Suldo, S. (2002). Relationships among stressful life events, temperament, problem behavior, and global life satisfaction in adolescents. *Psychology in the Schools, 39*(6), 677-687. <https://doi.org/10.1002/pits.10062>
- Meyer, B. (2001). Coping with severe mental illness: Relations of the brief COPE with symptoms, functioning, and well-being. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23*(4), 265–277. <https://doi.org/10.1023/A:1012731520781>
- Moksnes, U. K., Espnes, G. A., & Haugan, G. (2014). Stress, sense of coherence and emotional symptoms in adolescents. *Psychology and Health, 29*(1), 32–49. <https://doi.org/10.1080/08870446.2013.822868>
- Murberg, T. A., & Bru, E. (2005). The role of coping styles as predictors of depressive symptoms among adolescents: A prospective study. *Scandinavian Journal of Psychology, 46*(4), 385-393. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2005.00469.x>
- Neto, F. (1993). The satisfaction with life scale: Psychometrics properties in an adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence, 22*(2), 125–134. <https://doi.org/10.1007/BF01536648>
- Nidich, S. I., Rainforth, M. V., Haaga, D. A. F., Hagelin, J., Salerno, J. W., Travis, F.,

- Tanner, M., Gaylord-King, C., Grosswald, S., & Schneider, R. H. (2009). A Randomized Controlled Trial on Effects of the Transcendental Meditation Program on Blood Pressure, Psychological Distress, and Coping in Young Adults. *American Journal of Hypertension*, 22(12), 1326–1331. <https://doi.org/10.1038/ajh.2009.184>
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164>
- Prado, G., Feaster, D. J., Schwartz, S. J., Pratt, I. A., Smith, L., & Szapocznik, J. (2004). Religious involvement, coping, social support, and psychological distress in HIV-seropositive African American Mothers. *AIDS and Behavior*, 8(3), 221–235. <https://doi.org/10.1023/B:AIBE.0000044071.27130.46>
- Ribeiro, J. P., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE [Some questions about coping: The study of the Portuguese adaptation of the Brief COPE]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3–15. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v5n1/v5n1a01.pdf>
- Schimmack, U., Oishi, S., Furr, R. M., & Funder, D. C. (2004). Personality and life satisfaction: A facet-level analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(8), 1062–1075. <https://doi.org/10.1177/0146167204264292>
- Shin, D. C., & Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5(1–4), 475–492. <https://doi.org/10.1007/BF00352944>
- Snyder, C. F., Aaronson, N. K., Choucair, A. K., Elliott, T. E., Greenhalgh, J., Halyard, M. Y., Hess, R., Miller, D. M., Reeve, B. B., & Santana, M. (2012). Implementing patient-reported outcomes assessment in clinical practice: a review of the options and considerations. *Quality of Life Research*, 21(8), 1305–1314. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-0054-x>
- Su, X. you, Lau, J. T., Mak, W. W., Choi, K. C., Feng, T. jian, Chen, X., Liu, C. liang, Liu, J., Liu, D., Chen, L., Song, J. min, Zhang, Y., Zhao, G. lu, Zhu, Z. ping, & Cheng, J. quan. (2015). A preliminary validation of the Brief COPE instrument for assessing coping strategies among people living with HIV in China. *Infectious Diseases of Poverty*, 4(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s40249-015-0074-9>
- Sweeny, K., & Howell, J. L. (2017). Bracing Later and Coping Better: Benefits of Mindfulness During a Stressful Waiting Period. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 43(10), 1399–1414. <https://doi.org/10.1177/0146167217713490>
- Teques, P., Calmeiro, L., Martins, H., Duarte, D., & Holt, N. L. (2018). Mediating effects

- of parents' coping strategies on the relationship between parents' emotional intelligence and sideline verbal behaviors in youth soccer. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 40(3), 153–162. <https://doi.org/10.1123/jsep.2017-0318>
- Tran, V. A., & Chantagul, N. (2018). Influence of Coping Style on Life Satisfaction Among Vietnamese Undergraduates of Psychology, Mediated by Stress, Anxiety, and Depression. *Scholar: Human Sciences*, 10(2), 174–187.
- Veenhoven, R. (1984). *Conditions of Happiness*. Springer Netherlands. <https://doi.org/10.1007/978-94-009-6432-7>
- Wang, X., Li, Y., & Fan, H. (2019). The associations between screen time-based sedentary behavior and depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 19(1), 3–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7904-9>
- Williams, J., & MacKinnon, D. P. (2008). Resampling and distribution of the product methods for testing indirect effects in complex models. *Structural Equation Modeling*, 15(1), 23–51. <https://doi.org/10.1080/10705510701758166>
- World Health Organisation. (2001). The world health report 2001 — Mental health: new understanding, new hope. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(11), 1085–1085. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862001001100014>
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*.
- Yang, C., Xia, M., Han, M., & Liang, Y. (2018). Social support and resilience as mediators between stress and life satisfaction among people with substance use disorder in China. *Frontiers in Psychiatry*, 9(OCT), 2. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00436>
- Zeidner, M., Matthews, G., & Roberts, R. D. (2006). Emotional Intelligence, Coping with Stress, and Adaptation. In J. Ciarrochi, J. P. Forgas, & J. D. Mayer (Eds.), *Emotional Intelligence in Everyday Life* (2nd ed., pp. 100–128). Psychology Press. <https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=WV1TAQAAQBAJ&oihttps://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=WV1TAQAAQBAJ&oi>