

Relações entre Autoestima e Sentido de vida: Estudo com amostragem domiciliar em Aracaju (SE)

Relationships between Self-esteem and Purpose of life: Study with a household sampling in Aracaju (SE)

Luana Cristina Silva Santos (UFS)¹

André Faro (UFS)²

Resumo: Neste estudo se objetivou conhecer a distribuição social da autoestima e do sentido de vida em uma amostra domiciliar da população adulta de Aracaju (SE), identificar seus preditores e analisar relações entre esses construtos e variáveis sociodemográficas e clínicas. Participaram 646 sujeitos entre 18 e 65 anos, de ambos os sexos. Os instrumentos aplicados foram um questionário com variáveis sociodemográficas e clínicas, a Escala de Autoestima de Rosenberg e o PiITest-12. Nos resultados, as médias ficaram em 23,9 pontos para a autoestima e 37,4 pontos para o sentido de vida. Foram executadas regressões lineares para as variáveis autoestima e sentido de vida, sendo que as variáveis sociodemográficas e clínicas, em geral, perderam significância estatística no modelo final. Por fim, limitações e recomendações para novas pesquisas são apresentadas, em especial sobre a influência mútua entre autoestima e sentido de vida observada neste trabalho.

Palavras-chave: autoestima; sentido da vida; distribuição social.

Abstract: This study aimed to know the social distribution of self-esteem and purpose of life in a household sample of the adult population of Aracaju (SE), to identify predictors and to analyze relationships between themselves and with sociodemographic and clinical variables. Participants were 646, between 18 and 65 years old, from both genders. The instruments used were a sociodemographic and clinical questionnaire, the Self-Esteem Rosenberg Scale and the PiITest-12. In the results, the averages were 23.9 points for self-esteem and 37.4 for purpose of life. Linear regressions were used for the variables self-esteem and purpose of life, and the sociodemographic and clinical variables, in general, lost statistical significance in the final model. In the end, limitations and recommendations for new research are presented, especially about mutual influence between self-esteem and purpose of life observed in this paper.

Keywords: self-esteem; purpose in life; social distribution.

Em 1890, William James delineou pela primeira vez o conceito de autoestima, ao distinguir self-percebido (sucessos percebidos) e o self-ideal (aspirações). Ele propôs a noção de autoestima como resultado da razão entre as duas modalidades de self, ou seja, a autoestima seria reflexo de uma ponderação entre o que se tem e o que se quer ter, sendo mais elevada quanto mais os sucessos percebidos pelo indivíduo forem maiores ou iguais

¹ Psicóloga. Mestranda em Psicologia Social pela Universidade Federal de Sergipe. E-mail: luusilva_psy@hotmail.com

² Professor e Coordenador do PPG em Psicologia Social da Universidade Federal de Sergipe.

às suas aspirações. Quase um século depois, Coopersmith (1981) e Rosenberg (1986), autores também clássicos, continuaram a abordar a autoestima relacionando-a ao self e a uma atitude de autoavaliação e valoração de si mesmo.

Conceitualmente, a autoestima se refere à avaliação positiva ou negativa que o indivíduo faz de si mesmo (Rosenberg, Schooler, Schoenbach & Rosenberg, 1995), agregando o reconhecimento do seu papel fundamental na construção da identidade (Silva et al., 2010). Assim, pode-se entender a autoestima como um processo de autoavaliação que envolve tanto a esfera afetiva (sentimento), quanto a esfera cognitiva (pensamento), resultando em um comportamento (ação) que objetiva a afirmação desse autovalor (Owens & Stryker, 2001; Rosenberg et al., 1995).

Por ser influenciado por mudanças desenvolvimentais e sociais de cada período da vida, podemos entender o self como uma construção cognitiva, já que a competência percebida da criança sobre suas habilidades é resultante da interação social (responsividade do seu meio) e impacta em seu autoconceito, que por sua vez é uma das dimensões formadoras da autoestima (Harter, 1998). A importância do autoconceito como uma dimensão da autoestima existe a partir do fato de só haver condições de valorar algo, mesmo o self, quando há um conceito ou representação prévios a esse processo valorativo (Demo, 2001).

Ainda hoje se busca apreender como a visão de si mesmo, e o modo que ela é valorada, influencia a capacidade de adaptação do indivíduo às adversidades (Owens & Stryker, 2001). Estudos mostram que a autoestima funciona como um aspecto essencial na manutenção da saúde (Andrade & Angerami, 2001; Castrighini et al., 2013; Farmer & Kashdan, 2014), o que demonstra seu valor na investigação a respeito da adaptação humana às adversidades. Sabe-se que grupos de indivíduos não saudáveis (ou que se percebem como não saudáveis) apresentam menor autoestima, se comparados com grupos saudáveis, além de menor cuidado pessoal e tendência a não buscar tratamento quando enfermos (ou fazê-lo de forma precária) (Lowery et al., 2005; Orth & Robins, 2013). Além da relação com saúde, diversos autores vêm se dedicando às influências dos fatores sociodemográficos nos níveis de autoestima, como sexo (Bolognini et al., 1996), idade (Antunes, Mazo & Balbé, 2011), apoio social (Kinnunen, Feldt, Kinnunen & Pulkkinen, 2008) e meio social (Gecas, 2001).

De modo geral, as pessoas mantêm algum nível de autoestima no decorrer da vida, que tende a ser estável e se alterar a depender de como ocorre o ajustamento às demandas sociais (Demo, 2001). É possível dizer que, mesmo em momentos de estabilidade adaptativa (ausência de estressores severos que sobrecarreguem a capacidade de adaptação), haverá certa atividade da autoestima no ajustamento do indivíduo ao seu dia-a-dia (Schooler & Oates, 2001). Em contextos de alteração do status adaptativo (em direção ao bem ou mal-estar), a autoestima então sofreria o impacto dessas experiências, funcionando tanto como moderador do ajustamento (aumentando ou reduzindo o impacto do estressor), quanto sendo afetada pelo desfecho do enfrentamento (modificação da relação self-percebido e ideal).

Ao longo do desenvolvimento humano, na infância, a autoestima é basicamente afetada por critérios da cultura familiar (apoio e controle parental e relações interparentais) e, posteriormente, passa a receber maior influência dos pares, o que se faz

patente na adultez (Harter, 1998). Além disso, a depender do contexto social, experiências cotidianas grupais e individuais também tendem a alterar os níveis de autoestima, por exemplo, em um estudo com um grupo de indivíduos negros que partilham a experiência do racismo, a identidade racial foi associada a elevada autoestima entre negros, como também maior consciência acerca do racismo (Bianchi, Zea, Belgrave & Echverry, 2002).

Como visto, a autoestima parece ser um recurso adaptativo, cujo estado prévio a uma situação (estressora ou não) afeta e é afetado por ela. Assim, julga-se pertinente o estudo de sua distribuição social, sem delimitação de um contexto estressor específico, já que conhecer a variabilidade da autoestima em situações ordinárias pode contribuir com o melhor entendimento das eventuais mudanças que ocorrem na adaptação às adversidades. Isso é relevante, principalmente, quando há intenção de determinar o montante de impacto que uma situação estressógena específica produz na autoestima (por exemplo, uma doença crônica), o que pode ser abstraído por meio de sua variação a partir da distribuição básica da variável na população. Conhecer, portanto, o perfil descritivo de autoestima nessas condições permitiria situar um grupo extraído dessa população, mas com exposição a situações estressoras peculiares, em um estrato acima, igual ou abaixo do populacionalmente esperado; por exemplo, comparando-se a média ou mediana desse grupo em relação à população de origem.

Paralelamente à importância do estudo da autoestima por seu valor adaptativo, outros fenômenos podem fazer parte desse escrutínio da capacidade de ajustamento, sendo um deles o sentido de vida. Em 1977, Vitor Frankl estudou o desejo de encontrar um significado para a vida, um sentido que, caso encontrado, geraria um ímpeto de responsabilidade para o ser humano. Diferentemente dos valores (sociais) e instintos (herdados), o processo de significação é particular a cada pessoa (Frankl, 1978), ou seja, os significados devem ser procurados e encontrados por cada indivíduo. Além de evidenciar o valor adaptativo do sentido de vida, Frankl (1977, 1978) concebeu o construto como um dos principais motivadores do ser humano, a partir do qual se é investida energia a fim da realização de algo.

Depois de Frankl, outros se dedicaram a avaliar os efeitos do sentido de vida e os resultados apontam que o construto é está associado ao bem-estar psicológico (Steger, 2009), à qualidade de vida (Ho, Cheung & Cheung, 2010; Kashdan & Steger, 2007) e também à saúde física (Jim & Andersen, 2007; Krause, 2009). Por outro lado, a ausência de sentido tem sido relacionada com níveis maiores de depressão e ansiedade (Steger, Mann, Michels & Cooper, 2009) e ideação suicida (Aquino, 2009).

De forma global, um sentido de vida bem definido otimiza a visão da pessoa acerca da situação em que se encontra, mesmo que esta seja negativa (Frankl, 1977), tendo, assim, um importante valor adaptativo frente aos contextos aversivos (Jim & Andersen, 2007; Jim, Richardson, Golden-Kreutz & Andersen, 2006). Com efeito, tal qual se espera da análise com o construto autoestima, acredita-se que entender a distribuição social do sentido de vida pode favorecer ao entendimento de seu funcionamento em situações peculiares. Logo, assim como a autoestima, o sentido de vida elevado tende a proteger as pessoas contra os efeitos nocivos decorrentes de desafios adaptativos (Jim et al., 2006), tornando-o relevante na compreensão das diferenças individuais frente às adversidades. Enfim, em consonância às evidências de que valorar-

se positivamente pode produzir comportamentos positivos que aumentam a probabilidade de enfrentar estressores do dia-a-dia, acredita-se que ter um sentido de vida também exibe efeito favorável à adaptação salutar.

Diante do que foi exposto, o presente estudo buscou: 1. Conhecer a distribuição social da autoestima e do sentido de vida em uma amostra representativa da população, domiciliar e de adultos; 2. Analisar as relações entre esses construtos e variáveis componentes do perfil sociodemográfico e clínico dos participantes, e 3. Identificar as principais variáveis associadas à autoestima e ao sentido de vida na amostra pesquisada. Em 1890, Wiliam James delineou pela primeira vez o conceito de autoestima, ao distinguir *self*-percebido (sucessos percebidos) e o *self*-ideal (aspirações). Ele propôs a noção de autoestima como resultado da razão entre as duas modalidades de *self*, ou seja, a autoestima seria reflexo de uma ponderação entre o que se tem e o que se quer ter, sendo mais elevada quanto mais os sucessos percebidos pelo indivíduo forem maiores ou iguais às suas aspirações. Quase um século depois, Coopersmith (1981) e Rosenberg (1986), autores também clássicos, continuaram a abordar a autoestima relacionando-a ao *self* e a uma atitude de autoavaliação e valoração de si mesmo.

Conceitualmente, a autoestima se refere à avaliação positiva ou negativa que o indivíduo faz de si mesmo (Rosenberg, Schooler, Schoenbach & Rosenberg, 1995), agregando o reconhecimento do seu papel fundamental na construção da identidade (Silva et al., 2010). Assim, pode-se entender a autoestima como um processo de autoavaliação que envolve tanto a esfera afetiva (sentimento), quanto a esfera cognitiva (pensamento), resultando em um comportamento (ação) que objetiva a afirmação desse autovalor (Owens & Stryker, 2001; Rosenberg et al., 1995).

Por ser influenciado por mudanças desenvolvimentais e sociais de cada período da vida, podemos entender o *self* como uma construção cognitiva, já que a competência percebida da criança sobre suas habilidades é resultante da interação social (responsividade do seu meio) e impacta em seu autoconceito, que por sua vez é uma das dimensões formadoras da autoestima (Harter, 1998). A importância do autoconceito como uma dimensão da autoestima existe a partir do fato de só haver condições de valorar algo, mesmo o *self*, quando há um conceito ou representação prévios a esse processo valorativo (Demo, 2001).

Ainda hoje se busca apreender como a visão de si mesmo, e o modo que ela é valorada, influencia a capacidade de adaptação do indivíduo às adversidades (Owens & Stryker, 2001). Estudos mostram que a autoestima funciona como um aspecto essencial na manutenção da saúde (Andrade & Angerami, 2001; Castrighini et al., 2013; Farmer & Kashdan, 2014), o que demonstra seu valor na investigação a respeito da adaptação humana às adversidades. Sabe-se que grupos de indivíduos não saudáveis (ou que se percebem como não saudáveis) apresentam menor autoestima, se comparados com grupos saudáveis, além de menor cuidado pessoal e tendência a não buscar tratamento quando enfermos (ou fazê-lo de forma precária) (Lowery et al., 2005; Orth & Robins, 2013). Além da relação com saúde, diversos autores vêm se dedicando às influências dos fatores sociodemográficos nos níveis de autoestima, como sexo (Bolognini et al., 1996), idade (Antunes, Mazo & Balbé, 2011), apoio social (Kinnunen, Feldt, Kinnunen & Pulkkinen, 2008) e meio social (Gecas, 2001).

De modo geral, as pessoas mantêm algum nível de autoestima no decorrer da vida, que tende a ser estável e se alterar a depender de como ocorre o ajustamento às demandas sociais (Demo, 2001). É possível dizer que, mesmo em momentos de estabilidade adaptativa (ausência de estressores severos que sobrecarreguem a capacidade de adaptação), haverá certa atividade da autoestima no ajustamento do indivíduo ao seu dia-a-dia (Schooler & Oates, 2001). Em contextos de alteração do status adaptativo (em direção ao bem ou mal-estar), a autoestima então sofreria o impacto dessas experiências, funcionando tanto como moderador do ajustamento (aumentando ou reduzindo o impacto do estressor), quanto sendo afetada pelo desfecho do enfrentamento (modificação da relação self-percebido e ideal).

Ao longo do desenvolvimento humano, na infância, a autoestima é basicamente afetada por critérios da cultura familiar (apoio e controle parental e relações interparentais) e, posteriormente, passa a receber maior influência dos pais, o que se faz patente na adultez (Harter, 1998). Além disso, a depender do contexto social, experiências cotidianas grupais e individuais também tendem a alterar os níveis de autoestima, por exemplo, em um estudo com um grupo de indivíduos negros que partilham a experiência do racismo, a identidade racial foi associada a elevada autoestima entre negros, como também maior consciência acerca do racismo (Bianchi, Zea, Belgrave & Echverry, 2002).

Como visto, a autoestima parece ser um recurso adaptativo, cujo estado prévio a uma situação (estressora ou não) afeta e é afetado por ela. Assim, julga-se pertinente o estudo de sua distribuição social, sem delimitação de um contexto estressor específico, já que conhecer a variabilidade da autoestima em situações ordinárias pode contribuir com o melhor entendimento das eventuais mudanças que ocorrem na adaptação às adversidades. Isso é relevante, principalmente, quando há intenção de determinar o montante de impacto que uma situação estressógena específica produz na autoestima (por exemplo, uma doença crônica), o que pode ser abstraído por meio de sua variação a partir da distribuição básica da variável na população. Conhecer, portanto, o perfil descritivo de autoestima nessas condições permitiria situar um grupo extraído dessa população, mas com exposição a situações estressoras peculiares, em um estrato acima, igual ou abaixo do populacionalmente esperado; por exemplo, comparando-se a média ou mediana desse grupo em relação à população de origem.

Paralelamente à importância do estudo da autoestima por seu valor adaptativo, outros fenômenos podem fazer parte desse escrutínio da capacidade de ajustamento, sendo um deles o sentido de vida. Em 1977, Vitor Frankl estudou o desejo de encontrar um significado para a vida, um sentido que, caso encontrado, geraria um ímpeto de responsabilidade para o ser humano. Diferentemente dos valores (sociais) e instintos (herdados), o processo de significação é particular a cada pessoa (Frankl, 1978), ou seja, os significados devem ser procurados e encontrados por cada indivíduo. Além de evidenciar o valor adaptativo do sentido de vida, Frankl (1977, 1978) concebeu o construto como um dos principais motivadores do ser humano, a partir do qual se é investida energia a fim da realização de algo.

Depois de Frankl, outros se dedicaram a avaliar os efeitos do sentido de vida e os resultados apontam que o construto é está associado ao bem-estar psicológico (Steger, 2009), à qualidade de vida (Ho, Cheung & Cheung, 2010; Kashdan & Steger, 2007) e

também à saúde física (Jim & Andersen, 2007; Krause, 2009). Por outro lado, a ausência de sentido tem sido relacionada com níveis maiores de depressão e ansiedade (Steger, Mann, Michels & Cooper, 2009) e ideação suicida (Aquino, 2009).

De forma global, um sentido de vida bem definido otimiza a visão da pessoa acerca da situação em que se encontra, mesmo que esta seja negativa (Frankl, 1977), tendo, assim, um importante valor adaptativo frente aos contextos aversivos (Jim & Andersen, 2007; Jim, Richardson, Golden-Kreutz & Andersen, 2006). Com efeito, tal qual se espera da análise com o construto autoestima, acredita-se que entender a distribuição social do sentido de vida pode favorecer ao entendimento de seu funcionamento em situações peculiares. Logo, assim como a autoestima, o sentido de vida elevado tende a proteger as pessoas contra os efeitos nocivos decorrentes de desafios adaptativos (Jim et al., 2006), tornando-o relevante na compreensão das diferenças individuais frente às adversidades. Enfim, em consonância às evidências de que valorar-se positivamente pode produzir comportamentos positivos que aumentam a probabilidade de enfrentar estressores do dia-a-dia, acredita-se que ter um sentido de vida também exibe efeito favorável à adaptação salutar.

Diante do que foi exposto, o presente estudo buscou: 1. Conhecer a distribuição social da autoestima e do sentido de vida em uma amostra representativa da população, domiciliar e de adultos; 2. Analisar as relações entre esses construtos e variáveis componentes do perfil sociodemográfico e clínico dos participantes, e 3. Identificar as principais variáveis associadas à autoestima e ao sentido de vida na amostra pesquisada.

Método

Participantes

A amostra desse estudo foi composta por 646 indivíduos adultos entre 18 e 65 anos, residentes de 15 bairros na cidade de Aracaju (SE). No censo de 2010, Aracaju possuía 571.149 habitantes, sendo 46,5% ($n = 265.484$) da população composta por homens e 53,5% ($n = 305.665$) por mulheres (IBGE, 2010). Conduziu-se a estratégia de coleta sorteando-se 3 bairros em cada região censitária do município (Centro/Leste, Norte, Sul e Oeste) e, em cada bairro, dois quarteirões em avenidas ou ruas principais foram sorteados, totalizando 45 vias.

A amostragem foi domiciliar e sistemática em relação aos controles por sexo (busca pela proporção 50/50), turno de coleta (manhã, tarde e noite) e dia da semana (incluindo finais de semana). Também foi randomizada (por sorteio de localidade e visita ao domicílio), seguindo a técnica do conglomerado, além de buscar representatividade populacional. A amostra final alcançou margem de erro em 4% e confiabilidade em 95%. Nas visitas aos domicílios, apenas um morador foi incluído na amostra, excluindo-se empregados, visitantes e pessoas com transtorno mental ou físico incapacitante.

Em observância à legislação em pesquisa com seres humanos, esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAAE 0165.0.107.000-11) e obteve-se a autorização dos participantes com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Instrumentos e Procedimentos

Para avaliação da autoestima, aplicou-se a Escala de Autoestima de Rosenberg, disponibilizada em Hutz e Zannon (2011). Trata-se de uma escala do tipo Likert de 4 pontos, variando entre concordo totalmente e discordo totalmente, com 10 afirmativas (5 avaliando sentimentos positivos sobre si mesmo e outras 5 avaliando sentimentos negativos). Neste estudo, o índice de confiabilidade (alfa de Cronbach) foi de 0,82, considerado satisfatório.

Para a avaliação do sentido de vida foi utilizada a versão reduzida do Teste de Propósito de Vida (PILTest-12), desenvolvido inicialmente por Crumbaugh (1968), com 20 itens, e adaptado em versão brasileira por Aquino (2009). Consiste numa escala do tipo Likert, variando entre discordo totalmente a concordo totalmente, com afirmativas que contemplam propósito de vida, satisfação com a própria vida, liberdade, medo da morte, ideias suicidas e se a vida vale a pena. Quando calculado o alfa de Cronbach, alcançou-se 0,78, também considerado satisfatório.

Administrou-se também um questionário sociodemográfico e clínico com as variáveis idade, sexo (masculino ou feminino), cor da pele (amarela, branca, indígena, parda, preta ou outra), tabagismo (sim ou não), relacionamento afetivo (sim ou não), filhos (sim ou não), religião (sim ou não), escala de autopercepção de religiosidade (de 0 a 10, o quanto você se considera religioso?), escala de satisfação com a vida (de 0 a 10, o quanto você está satisfeito com a vida?), escolaridade (não alfabetizado ou apenas escreve o nome, fundamental, médio ou superior), ocupação (não trabalha ou só estuda ou empregado), além das variáveis clínicas doença crônica (sim ou não), uso de remédio controlado (sim ou não) e por quanto tempo (em meses), peso e altura, que permitiram o cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC).

Após prévia explicação acerca da pesquisa e assinatura do TCLE, os questionários foram aplicados em forma de entrevista na seguinte ordem: Escala de Autoestima de Rosenberg, PILTest-12 e sociodemográfico.

Análises de dados

Inicialmente, conduziram-se procedimentos exploratórios e de ajuste no banco de dados (correção de *missings* e exclusão de *outliers* severos) com o programa SPSS (versão 19). O total de *missings* e *outliers* não ultrapassou 1% do total da amostra, sendo ambos substituídos pela média (para variáveis ordinais) ou pela moda (para variáveis nominais).

Para os escores finais da Escala de Autoestima e da PIL, efetuaram-se as estatísticas descritivas (frequências relativa e absoluta, média e desvio-padrão). A priori, realizaram-se análises inferenciais bivariadas para seleção das variáveis a serem inseridas no modelo de Regressão Linear para a autoestima e o sentido de vida. Para tanto, considerando o escore de autoestima [*Skewness* (*Sk*) = -0,607; *Kurtosis* (*K*) = -0,471] e o sentido de vida (*Sk* = -0,750; *K* = -0,209) como variáveis dependentes, aplicaram-se testes de correlação de Pearson e de comparação de médias (*t* de Student e ANOVA) em relação às variáveis sociodemográficas e clínicas.

Após esses procedimentos, conduziram-se Regressões Lineares (método *Stepwise*) para autoestima e sentido de vida. As variáveis que exibiram significância

estatística bivariada foram inseridas como predictoras de cada um dos construtos. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

Resultados

Quanto ao sexo, a amostragem foi equilibrada, com 56,3% ($n = 364$) de participantes do sexo feminino e 43,7% ($n = 282$) do sexo masculino, tendo em média 34,6 anos [*Desvio Padrão (DP) = 12,61*]. A maioria mantinha relacionamento afetivo estável (52%; $n = 336$) e, no quesito cor de pele, os respondentes autodeclararam, principalmente, serem pardos e pretos (40,5%; $n = 262$), seguidos de brancos (15,8%; $n = 102$) e outros (7,5%; $n = 48$), sendo que 36,2% ($n = 234$) não responderam à questão. A maioria possuía ensino superior completo (39,6%; $n = 256$), seguido do médio (35,3%; $n = 228$) e 25,1% ($n = 162$) dos respondentes possuíam ensino fundamental ou não eram alfabetizados. Mais da metade estava empregado (55,7%; $n = 360$), somente 23,4% ($n = 151$) tinham filhos e 10,7% ($n = 69$) se declararam tabagistas. Quanto à religião, 52% ($n = 336$) declararam professar alguma, 12,8% ($n = 83$) negaram e 35,1% ($n = 227$) não responderam. No que diz respeito à religiosidade, pontuaram, em média, 6,8 pontos ($DP = 2,32$) e 7,9 pontos ($DP = 1,74$) em satisfação com a vida.

Em relação às variáveis clínicas, 14,1% autodeclararam ser portadores de doença crônica ($n = 91$). A maior parte tinha IMC na categoria peso eutrófico (49,1%; $n = 317$), com 30,5% na categoria sobrepeso ($n = 197$), 16,3% ($n = 105$) em obesidade e 4,2% ($n = 27$) abaixo do peso. Entre os respondentes, a média da PIL foi 37,4 pontos ($DP = 7,18$) e da pontuação na escala de autoestima 23,9 pontos ($DP = 4,62$).

Ao se avaliar as relações entre a autoestima e variáveis sociodemográficas e clínicas, constatou-se que idade, filhos, ocupação, sexo, tabagismo, doença crônica, remédio controlado, cor de pele, religião, escolaridade e IMC não apresentaram significância estatística ($p > 0,05$). Houve significância estatística entre autoestima e quatro variáveis: sentido de vida ($r = 0,594$; $p < 0,010$), religiosidade ($r = 0,103$; $p < 0,010$), satisfação com a vida ($r = 0,321$; $p < 0,010$) e manter relacionamento afetivo estável [$t(644) = -0,128$; $p = 0,026$].

As variáveis idade, sexo, filhos, tabagismo, doença crônica, remédio controlado, cor de pele, escolaridade e IMC não apresentaram significância estatística ($p > 0,05$) na relação com sentido de vida. Para o sentido de vida, além da autoestima, cinco variáveis exibiram significância: religiosidade ($r = 0,145$; $p < 0,010$), satisfação com a vida ($r = 0,341$; $p < 0,010$), ter ocupação [$t(643) = -3,419$; $p < 0,010$], manter relacionamento afetivo estável [$t(644) = -1,031$; $p < 0,010$] e professar uma religião [$F(2, 643) = 3,774$; $p = 0,023$].

Na regressão para a autoestima, foram incluídas as variáveis com significância estatística bivariada (sentido da vida, religiosidade, satisfação com a vida e relacionamento afetivo). O modelo gerado teve R^2 de 37% e as variáveis que permaneceram no modelo foram sentido de vida e satisfação com a vida. Os coeficientes de regressão (β) denotaram impacto aditivo sobre a autoestima, sendo o sentido de vida a variável que mostrou maior força de associação com a autoestima [coeficiente

padronizado de regressão (β) = 0,548], seguido de satisfação com a vida (β = 0,134). Todas as demais variáveis não denotaram relação no modelo final (Tabela 1).

No caso do sentido de vida, executou-se o mesmo procedimento de teste de modelos, tendo sido incluídas as variáveis com significância estatística bivariada (autoestima, religiosidade, satisfação com a vida, ocupação, relacionamento e religião). O modelo gerado teve R^2 de 39% e as variáveis que permaneceram no modelo foram autoestima, satisfação com a vida e ocupação. Os valores de β evidenciaram o impacto aditivo sobre o sentido de vida, com a autoestima aparecendo com maior força de associação (β = 0,536), seguida pela satisfação com a vida (β = 0,163) e ocupação (β = 0,074). Todas as outras variáveis, tal qual o que ocorreu na regressão da autoestima, não se mostraram significativas (Tabela 1).

Tabela 1.

Resultados da Regressão para Autoestima e Sentido de Vida

Amostra Total	B	SEB	B	P
Autoestima				
Constante	7,905	0,880	-	<0,001
Sentido da vida	0,353	0,021	0,548	<0,001
Satisfação com a vida	0,356	0,088	0,134	<0,001
Religiosidade	-0,008	0,062	-0,006	0,862
Relacionamento Afetivo	-0,070	0,280	-0,020	0,523
Sentido de vida				
Constante	11,566	1,360	-	<0,001
Autoestima	0,832	0,051	0,536	<0,001
Satisfação com a vida	0,670	0,135	0,163	<0,001
Ocupação	1,066	0,450	0,074	0,018
Religiosidade	0,134	0,094	0,060	0,068
Religião	0,483	0,344	0,032	0,292
Relacionamento	0,738	0,476	0,036	0,297

Discussão

O presente estudo objetivou conhecer a distribuição social da autoestima e do sentido de vida, investigar como elas se relacionam entre si e com variáveis sociodemográficas e clínicas. Para tanto, foi observado que a média do sentido de vida foi de 37,4 pontos (DP = 7,18) e da autoestima 23,9 (DP = 4,62) pontos, sendo que todas as pontuações ficaram acima do ponto médio das escalas (24 e 15 para a escala de sentido de vida e autoestima, respectivamente). Ou seja, o ponto médio da distribuição social nesta população é superior ao centro da distribuição teórica possível no escore das escalas.

Tal resultado já sugere um parâmetro diferente de avaliação dos escores destas escalas, pois a interpretação de estar acima ou abaixo da média da população difere do mero cotejamento da escala de resposta das variáveis.

Inicialmente, viu-se que duas variáveis se associaram ao construto autoestima: sentido de vida e satisfação com a vida, enquanto três associaram-se com o sentido de vida: autoestima, satisfação com a vida e ocupação, ficando sem relevância estatística variáveis como o sexo com a autoestima e a religião com o sentido de vida, que usualmente denotam relação importante com esses construtos (por exemplo, autoestima e sexo, no estudo de Lowery et al., 2005; religião e sentido de vida, no estudo de Aquino, 2009).

Chamou atenção que embora tenham sido poucas as variáveis, a ausência de significância foi de encontro ao que se obteve na literatura. Segundo estudos consultados, as mulheres tendem a ter autoestima mais baixa que a dos homens, seja em consideração a vários domínios (Marrero, Aznar, Abella & Fernández, 2003) ou relacionada a um domínio específico, como a imagem corporal, por exemplo (Lowery et al., 2005). No presente estudo, homens e mulheres variaram minimamente na pontuação da escala de autoestima, diferenciando-se em apenas 0,1 ponto (24,0 a média de pontos para os homens e 23,9 pontos para as mulheres). Isso sugere que na ausência de um contexto específico de ativação da autoestima, por exemplo, um critério clínico (adoecimento por AIDS; Castrighini et al., 2013) ou social (vítimas/praticantes de bullying; Bandeira, 2009), homens e mulheres não diferem em nível basal. Entretanto, pode ser que situações particularmente delimitadas por um contexto mobilizador da autoestima possuam a capacidade de produzir variabilidade na sua distribuição; ou seja, supõe-se que homens e mulheres exibirão diferentes impactos na autoestima, com maior ou menor suscetibilidade, a depender do contexto de ativação.

De maneira similar, o sentido de vida é comumente relacionado na literatura à religião e religiosidade (Aquino, 2009; Frankl, 1977; Lima & Rosa, 2008). Todavia, contrastando com essa noção de causalidade encontrada na literatura, neste trabalho nenhuma dessas variáveis se associou ao sentido de vida. É possível que, como no caso da autoestima, haja relação com o sentido de vida apenas em coexistência com um evento precipitador de impacto na busca do sentido, por exemplo, adoecer. Ou seja, professar ou não uma religião, a depender do evento precipitador, terá maior ou menor impacto na busca e definição de sentido de vida.

Em síntese, parece válido destacar que a distribuição social ora obtida poderá funcionar como baliza para avaliações da autoestima e do sentido de vida, tanto a nível geral como comparativamente a um grupo específico extraído da população. Torna-se viável sugerir, portanto, que próximos trabalhos procurem compor amostras em situações específicas e comparem seus dados com a distribuição da população em geral, pois isso refletiria, pelo menos hipoteticamente, a capacidade do contexto avaliado de produzir variações no nível esperado tanto da autoestima, como do sentido da vida.

Na regressão linear, a autoestima e o sentido de vida tiveram impacto aditivo um sobre o outro, basicamente com o mesmo poder associativo em ambas as direções. Exceto a satisfação com a vida, que se associou a ambos, e ocupação, que se relacionou com sentido de vida, todas as demais variáveis perderam significância estatística. Tal resultado

indicou que quanto mais bem definido o propósito na vida de uma pessoa, maior será a tendência que se sinta melhor consigo mesma. Por outro lado, viu-se que entre os participantes, os que mais se sentem bem consigo mesmos foram aqueles que mais pontuaram quanto a ter um propósito mais claro na vida. Em ambos os casos, basicamente, a associação ocorre independente de qualquer característica do perfil sociodemográfico (exceto ocupação).

Interessante que, durante a busca na literatura, um único estudo foi encontrado com ambos construtos. Nesse, Nagata, Ohta e Aoyama (1998) exploraram como equipes de enfermagem percebem tais construtos em seus pacientes em comparação à autopercepção destes. Seus achados mostraram que, tanto autoestima como sentido de vida são mais bem percebidos pelo próprio sujeito que por observadores externos, sem, no entanto, investigar qualquer relação de possível moderação de impacto entre eles. Portanto, há escassez de dados que balizem os achados aqui encontrados, em termos de força de associação entre os construtos.

Há a possibilidade de articular teorias e estudos para tentar explorar a associação entre construtos aqui encontrada. De forma global, ambos os construtos são adaptativos e parecem possuir uma base cognitiva que remete à “atribuição de significado” às experiências individuais e sociais, estressoras ou não (Andrade & Souza, 2010; Jim & Andersen, 2007). A autoestima pode ser entendida como um conceito cognitivo-emocional (Owens & Stryker, 2001; Rosenberg et al., 1995), e, justamente por sua dimensão emocional, é mais dinâmica e suscetível a alterações de acordo com as demandas externas do cotidiano. Por sua vez, sentido de vida pode ser descrito através de uma esfera cognitivo-existencial (Frankl, 1977), motivado pela percepção de experiências mais específicas e de maior valor individual. Com efeito, julga-se plausível pensar que se autovalorar positivamente pode produzir comportamentos e pensamentos que facilitem a busca por um propósito de vida, bem como possuir um propósito de vida mais claro influencia em como a valoração de si próprio é feita. De qualquer modo, trata-se de uma suposição teórica e que merece ser testada futuramente, pois o dado aqui obtido ainda é primário e suscita outras investigações.

Outra explicação plausível é a de que o presente estudo foi carente de variáveis potenciais mediadoras da relação entre experiência de eventos estressores e recursos adaptativos, como por exemplo o bem-estar. A concepção geral de saúde traz esse construto como um conceito chave na temática (Siqueira & Padovam, 2008), e já existem estudos que mostram relação entre bem-estar e sentido de vida (Steger, 2009), ou entre bem-estar e autoestima (Freire & Tavares, 2011). Recomenda-se que tal aspecto seja estudado com maior cuidado, visto que não foi incluído na coleta de dados do presente estudo.

A satisfação com a vida foi a única variável que se relacionou a ambos construtos ($\beta = 0,134$ para autoestima, e $\beta = 0,163$ para sentido de vida), com impacto aditivo. Importante ressaltar que há estudos que mostram relação significativa e positiva da satisfação com a vida e a autoestima (Antoniazzi, Souza & Hutz, 2009; Castelo-Branco & Pereira, 2001; Egito, Matsudo & Matsudo, 2005), o que pode ser indício da associação da satisfação com a vida na variabilidade dos níveis de autoestima.

No caso da ocupação, estudos mostram que existe relação positiva entre autoestima e ter emprego, inclusive ter uma bom desempenho laboral (Judge, Erez & Bono, 1998). Em relação ao sentido de vida, haveria relação entre sentido de vida e qualidade de vida, bem como entre ocupação e qualidade de vida (Ho et al., 2010; Kashdan & Steger, 2007). Assim como o citado em relação ao bem-estar, qualidade de vida talvez seja uma variável mediadora entre ocupação, autoestima e sentido de vida, de modo que indivíduos com ocupação tendem a exibir maior autoestima e qualidade de vida em comparação aos sem ocupação e isso impactaria no sentido de vida. De qualquer modo, são induções de relação que requerem mais estudos, sendo interessante investigá-las em futuros trabalhos.

Frente ao exposto até aqui, o presente trabalho obteve a distribuição social da autoestima e do sentido de vida e conheceu variáveis relacionadas a ambos, com o principal achado sendo que autoestima e sentido de vida parecem ser construtos relacionados, mas que não possuem uma associação unidirecional. Por outro lado, diversas variáveis que tendem a estar associadas com os construtos não confirmaram sua relação, exceto satisfação com a vida e ocupação.

Em relação às divergências entre este e outros estudos, entende-se que uma possível explicação se volta à configuração amostral, aqui representativa da população da cidade em que foi realizada, com coleta domiciliar. A maioria dos estudos consultados a respeito de relações possíveis entre autoestima, sentido de vida e outras variáveis foi realizada com um grupo específico (por exemplo, pessoas vivendo com AIDS, em Castrighini et al., 2013; ou adultos, em Collins & Smyer, 2005) e provavelmente a especificidade desse grupo pode ser um fator que altera a forma que autoestima e sentido de vida são explicados.

Vale salientar que no âmbito da saúde e epidemiologia, a relevância de estudos populacionais é dada pela necessidade da coleta de dados que possam representar uma parcela geral da população a ser estudada, sendo frequentes estudos com esse tipo de amostragem, viabilizando a otimização da monitorização do estado de saúde da população (Viacava, 2012). No caso da literatura encontrada, em contrapartida, parece haver maior concentração de esforços em entender o funcionamento de grupos extraídos da população geral, com um número grande de estudos centrados numa amostra que tem alguma característica homogeneizante, tal qual em estudos que delimitam uma fase do desenvolvimento (por exemplo, Collins & Smyer, 2005, para análise da autoestima e Melo, Eulálio, Silva, Silva Filho & Gonzaga, 2013, para análise do sentido de vida, ambos estudos com adultos mais velhos). Acredita-se, então, que o presente estudo, tendo dados coletados sistematicamente e com diferentes níveis de aleatorização, de forma a abranger uma parcela significativa e heterogênea da população, minimizou vieses de representatividade amostral (por exemplo, concentração desproporcional de mulheres ou homens em relação à população da qual a amostra é extraída), consoante ao que se espera de estudos populacionais.

Como limitações desta pesquisa, considerando a proposta de estudar a autoestima e o sentido de vida na população como um todo, aponta-se que os dados aqui analisados não representam amostras clínicas, pois não foi mapeada a presença de determinadas doenças e como elas poderiam afetar a distribuição social dos construtos analisados. Além

disso, também não foi feito o levantamento de contextos estressores específicos (mapeamento de situações produtoras de variabilidade adaptativa), os quais poderiam prever diferenças na distribuição da autoestima e do sentido de vida. Entende-se que em vista da aleatorização e da sistemática da coleta, além do critério domiciliar, o impacto de variáveis específicas (presença de doença crônica, por exemplo) ou de elementos do perfil amostral (por exemplo, concentração por idade) foi reduzido, mas que, por essas mesmas características de delineamento, não se pode realizar inferências sobre condições adversas peculiares.

Observou-se que houve associação entre autoestima e sentido de vida, e em tal associação é estatisticamente esperado que a significância se dê nos dois casos (com a autoestima ou o sentido de vida como variável dependente). Entretanto, o presente estudo não aprofundou as análises em vias de definir a possível retroalimentação da associação ou direção causal, permitindo apenas a conclusão de associação de dupla-via entre os construtos. Assim, sugere-se que sejam conduzidos futuramente estudos longitudinais, por exemplo, para fins de aprofundamento da avaliação das relações entre os construtos. Outra sugestão para novos trabalhos se direciona ao mapeamento de doenças e situações produtoras de variabilidades adaptativas, tais como contextos estressores específicos a determinados grupos sociais (por exemplo, portadores de doenças crônicas), a fim de viabilizar a comparação de dados entre amostras clínicas e comunitárias.

Finalmente, recomenda-se que novas pesquisas aprofundem e testem as relações aqui encontradas, potencializando o campo teórico e empírico, visto que estes achados podem favorecer ao entendimento da capacidade de adaptação às adversidades, frutificando em novas formas de intervenção e avaliação.

Referências

- Andrade, D., & Angerami, E. L. S. (2001). A autoestima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou de palato. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (6), 37-41.
- Andrade, E. R., & Souza, E. R. (2010). Autoestima como expressão de saúde mental e dispositivo de mudanças na cultura organizacional da polícia. *Psicologia Clínica*, 22 (2), 179-195.
- Antoniazzi, A. S., Souza, L. K., & Hutz, C. S. (2009). Coping em situações específicas, Bem-Estar Subjetivo e Autoestima em adolescentes. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2 (1), 34-42.
- Antunes, G., Mazo, G. Z., & Balbé, G. P. (2011). Relação da autoestima entre a percepção de saúde e aspectos sociodemográficos de idosos praticantes de exercício físico. *Revista da Educação Física/UEM*, 22 (4), 583-589.
- Aquino, T. A. A. (2009). *Atitudes e intenções de cometer o suicídio: Seus correlatos existenciais e normativos*. Tese (doutorado). Universidade Federal da Paraíba, UFPB, João Pessoa, PB e Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Natal, RN.
- Avanci, J. Q., Assis, S. G., Santos, N. C., & Oliveira, R. V. C. (2007). Adaptação transcultural de escala de autoestima para adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (3), 397-405.
- Bandeira, C. M. (2009). *Bullying: Autoestima e diferenças de gênero*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRS, Rio Grande do Sul, RS.

- Bianchi, F. T., Zea, M. C., Belgrave, F. Z., & Echverry, J. J. (2002). Racial Identity and self-esteem among black brazilian men: Race matters in Brazil too! *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 8 (2), 157-169.
- Bolognini, M., Plancherel, B., Bettschart, W., & Halfon, O. (1996). Self-esteem and Mental Health in early adolescence: Development and gender differences. *Journal of Adolescence*, 19 (3), 233-245.
- Castelo-Branco, M. C., & Pereira, A. S. A. (2001). A autoestima, a satisfação com a imagem corporal e o bem-estar docente. *Psicologia, Educação e Cultura*, 5 (2), 335-346.
- Castrighini, C. C., Reis, R. K., Neves, L. A. S., Brunini, S., Caninis, S. R. M. S., & Gir, E. (2013). Avaliação da autoestima em pessoas vivendo com HIV/AIDS no município de Ribeirão Preto –SP. *Texto Contexto Enfermagem*, 22 (4), 1049-1055. doi: 0.1590/S0104-07072013000400022.
- Collins, A. L., & Smyer, M. A. (2005). The resilience of Self-Esteem in late Adulthood. *Journal of Aging and Health*, 17 (4), 471-489. doi: 10.1177/0898264305277965.
- Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self-esteem. San Francisco, CA: Freeman.
- Crumbaugh, J. C. (1968). Cross-validation of purpose-in-life test based on Frankl's concepts. *Journal of Individual Psychology*, 24, 74-81.
- Demo, D. H. (2001). Self-esteem of children and adolescents. In T. Owens, S. Stryker & N. Goodman (Orgs.), *Extending Self-esteem theory and research: sociological and psychological currents* (pp. 135-156). New York: Cambridge Univesity Press.
- Egito, M., Matsudo, S., & Matsudo, V. (2005). Autoestima e satisfação com a vida de mulheres adultas praticantes de atividade física de acordo com a idade cronológica. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 13 (2), 59-66.
- Farmer, A. S., & Kashdan, T. B. (2014). Affective and Self-esteem instability in the daily lives of people with Generalized Social Anxiety Disorder. *Clinical Psychological Science*, 2 (2), 187-201.
- Frankl, V. (1977). *Um psicólogo no campo de concentração*. São Leopoldo, RS: Sinodal/Vozes.
- Frankl, V. (1978). *Um sentido para a vida*. Brasil: Ideias e Letras.
- Freire, F., & Tavares, D. (2011). Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38 (5), 184-188.
- Gecas, V. The self as a social force. In T. Owens, S. Stryker & N. Goodman (Orgs.), *Extending Self-esteem theory and research: Sociological and psychological currents* (pp. 85-100). New York: Cambridge University Press.
- Harter, S. (1998). The development of self-representation. In W. Damon, R. Lerner & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, Emocional and Personality development* (pp. 505-593). New York: Wiley.
- Ho, M. Y., Cheung, F. M., & Cheung, S. F. (2009). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences*, 48, 658-663.
- Hutz, C. S., & Zanon, C. (2011). Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. *Avaliação Psicológica*, 10, 41-49.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2010). *Censo Demográfico – 2010*. Recuperado de <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=27&uf=28>.
- James, W. (1890). The consciousness of self. In *The principles of psychology* (pp. 290-401). New York: Henry Holt.

- Jim, H. S., & Andersen, B. L. (2007). Meaning in life mediates the relationship between social and physical functioning and distress in cancer survivors. *British Journal of Health Psychology, 12*, 363-381.
- Jim, H. S., Richardson, S. A., Golden-Kreutz, D. M., & Andersen, B. L. (2006). Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychology, 25* (6), 753-761. doi: 10.1037/0278-6133.25.6.753.
- Josephs, R. A., Markus, H. R., & Tafarodi, R. W. (1992).
- Judge, T. A., Erez, A., & Bono, J. E. (1998). The power of being positive: Self-concept and job performance. *Human Performance, 11*(2/3), 167-187.
- Kashdan, T. B., & Steger, M. F. (2007). Curiosity and pathways to well-being and meaning in life: Traits, states, and everyday behaviors. *Motivation and Emotion, 31*, 159-173. doi: 10.1007/s11031-007-9068-7.
- Kinnunen, M-L., Feldt, T., Kinnunen, U., & Pulkkinen, L. (2008). Self-esteem: An antecedent or a consequence of social support and psychosomatic symptoms? Cross-lagged associations in adulthood. *Journal of Research in Personality, 42*, 333-347. doi: [10.1016/j.jrp.2007.06.004](https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.06.004).
- Krause, N. (2009). Meaning in life and mortality. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 64B* (4), 517-527. doi: 10.1093/geronb/gbp047.
- Lima, A. B., & Rosa, D. O. S. (2008). O sentido de vida do familiar do paciente crítico. *Revista da Escola de Enfermagem USP, 42* (3), 547-553.
- Lowery, S. E., Kurpius, S. E. R., Befort, C., Blanks, E. H., Sollenberger, S., Nicpon, M. F., & Huser, L. (2005). Body Image, Self-esteem, and Health-Related behaviors among male and female first year college students. *Journal of College Student Development, 46* (6), 612-623.
- Marrero, R. J., Aznar, M. P. M., Abella, M. C., & Fernández, I. I. (2003). Diferencias en autoestima en función del género. *Análisis y modificación de conducta, 29*(123), 51-78.
- Melo, R. L. P., Eulálio, M. C., Silva, H. D. M., Silva Filho, J. M., & Gonzaga, P. S. (2013). Sentido de vida, dependência funcional e qualidade de vida em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 16* (2), 239-250.
- Nagata, H., Ohta, T., & Aoyama, H. (1998). Nursing practitioners' perception of inpatients' anxiety, self-esteem, purpose-in-life and health locus of control. *Acta Medica Okayama, 52* (5), 271-278.
- Orthi, U., & Robins, R. W. (2013). Understanding the link between low Self-esteem and depression. *Current Directions in Psychological Science, 22* (6), 455-460. doi: 10.1177/0963721413492763.
- Owens, T., & Stryker, S. (2001). The future of Self-esteem. In T. Owens, S. Stryker & N. Goodman (Orgs.), *Extending Self-esteem theory and research: Sociological and psychological currents* (pp. 1-9). New York: Cambridge University Press.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1986). Self-concept from middle childhood through adolescence. In: J. Suls (Ed.), *Psychological perspectives on the self* (pp. 107-136). Hillsdale: Erlbaum.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global Self-esteem and specific Self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review, 60* (1), 141-156.
- Schooler, C., & Oates, G. (2001) Self-Esteem and work across the life course. In T. Owens, S. Stryker & N. Goodman (Orgs.), *Extending Self-esteem theory and research: Sociological and psychological currents* (pp. 177-197). New York: Cambridge University Press.

- Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), 201-209.
- Steger, M. F. (2009). Meaning in life. In C. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 679-689). Oxford University Press.
- 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.
- Silva, R. A., Ores, L. C., Mondin, T. C., Rizzo, R. N., Moraes, I. G. S., Jansen, K., & Pinheiro, R. T. (2010). Transtornos mentais comuns e autoestima na gestação: Prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (9), 1832-1838.
- Viacava, F. (2012). Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7 (4), 607-621.

Submetido em 10/11/2016

Aceito em 18/01/2016