

# Sentido de Vida e Saúde Geral: O que se insere nessa relação?

Meaning of Life and General Health: What is included in this relationship?

---

Sara Ryzia Andrade Silva (UFS)<sup>1</sup>

André Faro (UFS)<sup>2</sup>

**Resumo:** Esta investigação analisou a relação entre Sentido de Vida (SV) e Saúde Geral (SG), bem como foi verificado se essa relação foi influenciada pelo sexo, idade e religiosidade. A amostra consistiu em 550 participantes, de ambos os sexos, entre 18 e 65 anos. Foram utilizados para a coleta de dados o Teste de Propósito de Vida (PiITest-12), o Questionário Geral de Saúde (QSG-12) e um questionário sociodemográfico. Todas as variáveis foram avaliadas por meio de estatística descritiva, correlação de Pearson e testes de correlação parcial entre SV, SG e as demais variáveis. Os resultados mostraram uma correlação positiva e significativa entre SV e SG. O mesmo foi encontrado, entre SV e religiosidade, e SG e religiosidade. Por outro lado, idade e sexo não se correlacionaram significativamente com SV e SG. Uma correlação parcial mostrou que a religiosidade não teve influências na relação SV e SG. Finalmente, concluímos que as diferenças na religiosidade não afetaram a relação entre SV e SG.

**Palavras-chave:** Sentido de Vida, Saúde Geral, religiosidade.

**Abstract:** This investigation analyzed the relationship between Meaning of Life (ML) and General Health (GH), as well as it was verified if such relation was influenced by gender, age, and religiosity. The sample consisted of 550 participants, both sexes, between 18 and 65 years. The Life Purpose Test (PiITest-12), General Health Questionnaire (QSG-12), and a socio-demographic questionnaire were used to the data collection. All variables were evaluated by descriptive statistics, Pearson's correlation and partial correlation tests between ML, GH, and the other variables. Results showed a positive and significant correlation between ML and GH. The same was found, between ML and religiosity, and GH and religiosity. On the other hand, age and sex were not significantly correlated with ML and GH either. A partial correlation showed that religiosity had no influences on ML and GH relationship. Finally, we concluded that differences in religiosity did not affect the relationship between ML and GH.

**Keywords:** Meaning of Life, General Health, religiosity.

---

<sup>1</sup> Psicóloga graduada pela UFS. Email: sararyzia@gmail.com.

<sup>2</sup> Doutor em Psicologia UFBA e Professor do PPG Psicologia UFS.

## Introdução

Um dos construtos psicológicos mais interessantes já estudados é o Sentido de Vida (SV), desenvolvido por Viktor E. Frankl, psiquiatra austríaco que viveu a experiência dos campos de concentração na Segunda Guerra Mundial. Sua teoria, conhecida como Logoterapia, foi definida como um tipo de psicoterapia que visa focar a busca de sentido realizada por todo ser humano durante a vida. Segundo Frankl (2003), o SV seria uma percepção de coerência quanto à própria existência e um processo situacional e pessoal, sempre numa relação entre o homem e o mundo. O autor ressaltou que cada ser humano tem seu destino e vive em busca do SV, que apesar de gerar bem-estar, ocasiona certa tensão interior (Frankl, 2003).

O SV vem sendo investigado em pesquisas empíricas e têm sido encontrados resultados relevantes. A ausência de SV ou realização existencial observa-se relacionada com maiores níveis de depressão e ansiedade (Steger, Mann, Michels, & Cooper, 2009), assim como ideação suicida (Aquino, 2009). Essas relações com o SV podem ser entendidas conforme Frankl (2003) já expôs, afirmando que a busca por um sentido gera tensão interior ao invés de equilíbrio, e é o pré-requisito para a saúde mental.

Alguns autores tentaram mensurar o SV como variável importante na adaptação às adversidades, e elemento útil ao desenvolvimento das pessoas. Há estudos que verificaram relações entre SV e Qualidade de Vida (Damásio, Melo, & Silva, 2013), otimismo (Ho, Cheung, & Cheung, 2010), culpa (Pereira & Aquino, 2016), e saúde física (Dezutteret al., 2013; Sherman & Simonton, 2012). A relação que interessa à presente pesquisa é a de SV e Saúde Geral (SG), pois há estudos relacionando a presença de SV com altos níveis de presença de sentido e bem-estar psicológico (Oliveira & Silva, 2013). Mascaro e Rosen (2005) verificaram o SV como preditor de esperança e menores níveis de depressão. Portanto, é relevante investigar a relação entre SV e SG, e se outras variáveis influenciam essa relação.

O construto SG vem recebendo destaque em pesquisas empíricas pela necessidade de estudar a saúde em uma compreensão mais esclarecedora que somente a ausência de doença

(Borges & Argolo, 2002). Em função disso, Goldberg, entre os anos de 1972 e 1978, desenvolveu uma escala, para fins de exames de saúde mental dos indivíduos, que passou a ser usada em estudos ocupacionais, como aferidor da vulnerabilidade a transtornos psíquicos (não psicóticos) (Borges & Argolo, 2002). Essa medida, que ficou conhecida como Questionário de Saúde Geral (QSG) vem sendo utilizada em contextos de saúde.

Sendo a relação entre SV e SG já verificada na literatura, é possível que outras variáveis influenciem essa relação. Dentre aquelas já estudadas e que exibiram relações com os dois construtos, encontraram-se o sexo, a idade e a religiosidade. Por exemplo, no estudo de Borges e Argolo (2002) foram encontradas diferenças moderadamente significativas entre homens e mulheres quanto à SG, enquanto no estudo de Carvalho, Andreoli e Jorge (2011) ocorreu que mulheres pontuaram mais que os homens em todos os fatores do QSG, assim como pontuaram mais quanto à deterioração psíquica. Quanto à religiosidade, Marques (2003) encontrou relação negativa entre níveis de SG e bem-estar espiritual/religioso. Já Nepomuceno et al. (2014) verificaram que a atitude religiosa se correlacionou positivamente com os domínios: relações social, psicológico, nível de independência e ambiental. Os autores constataram religiosidade como fonte de bem-estar geral.

Sobre a relação entre idade e SG, já foram realizadas pesquisas em diferentes grupos etários. Cerchiari, Caetano e Faccenda (2005), ao utilizarem o QSG em uma população de jovens universitários, encontraram que os fatores de distúrbios psicossomáticos, tensão ou estresse psíquico e falta de confiança na capacidade de desempenho/auto-eficácia, foram os mais prevalentes na amostra. Frighetto (2015) encontrou dados relevantes quanto à associação da SG com doenças autorrelatadas e níveis de depressão, em um estudo com população rural, predominantemente de idosos.

De igual modo, a variável idade foi associada ao SV. Estudos como o de Damon, Menon e Bronk (2003) e o de Bronk et al. (2009) mostraram a relação entre SV e idade, elencando

dados de outras pesquisas sobre o tema, nas quais se verifica diferenciação entre o impacto do SV de acordo com faixas etárias distintas (adolescentes, adultos e idosos). Há, ainda, pesquisas que relacionam o SV com a faixa etária idosa, na qual são verificadas: maior consciência do mundo, melhores metas, tomadas de decisão e análises realistas sobre a vida, (Melo, Eulálio, Gouveia, & Silva, 2013; Oliveira & Silva, 2013; Reker, 2001).

Outra variável já bastante estudada em relação ao SV é a religiosidade, cujo estudo foi negligenciado em boa parte do século passado, sendo retomado de forma mais satisfatória entre as décadas de 1980 e 1990 (Emmons & Paloutzian, 2003). Anteriormente, houve escassez de estudos e livros sobre o tema, pois a religiosidade era mais percebida em seu âmbito negativo na adaptação do ser humano à vida (Weaver, Pargment, Flannelly, & Oppenheimer, 2006). Porém, o desinteresse pelo tema foi drasticamente modificado nas duas últimas décadas, visto que houve tentativas de aprimoramento do estudo quanto à relação entre religiosidade e saúde (Emmons & Paloutzian, 2003; Weaver et al., 2006).

Há três termos referentes ao campo religioso utilizados na literatura, que merecem destaque e diferenciação: espiritualidade, religião e religiosidade. Por não encontrar consenso na literatura, na presente pesquisa se optou por utilizar as definições de Panzini, Rocha, Bandeira e Fleck (2007) para esses construtos. Esses autores definiram espiritualidade como busca pessoal por conexão, razão ou significação da existência, não limitada a práticas ou crenças específicas. Religião, por sua vez, seria um sistema de crenças e comportamentos voltados a rituais, práticas e símbolos em relação a um ser superior e transcendente, comumente mediada por instituições religiosas. Por fim, os autores definiram religiosidade como o processo de busca contínua pelo sagrado, uma extensão da crença de um indivíduo na religião, podendo variar de acordo com a percepção (Panzini et al., 2007). Preferiu-se neste estudo, trabalhar com a religiosidade e sua possível associação com as demais variáveis.

Visto que variáveis como sexo, idade e religiosidade impactam tanto sobre o SV, quanto a SG das pessoas, de modo independente, esta pesquisa buscou entender se elas podem funcionar como variáveis moderadoras na relação principal entre SV e SG. Entende-se como relevante estudar

tais variáveis simultaneamente para avaliar se os efeitos em conjunto se assemelham ou se diferenciam do que já é encontrado entre elas separadamente. Por exemplo, é possível que alguma variável influencie mais que outra a relação entre SV e SG, assim como é também possível que, tendo seus efeitos controlados, uma variável deixe de mostrar relação com as duas anteriores.

Diante do que fora exposto até então, a presente pesquisa objetivou analisar a relação entre o Sentido de Vida e a Saúde Geral em uma amostra composta por adultos. Além disso, buscou-se verificar se essa relação é influenciada pelas variáveis sociodemográficas (sexo e idade) e pela religiosidade.

## Método

### Participantes

A amostra do estudo foi composta por 550 participantes (1 participante por domicílio), de ambos os sexos, entre 18 e 65 anos de idade. Quanto à renda familiar dos participantes, encontrou-se uma média familiar de R\$ 3.303 [Desvio Padrão (DP) = 2044,57; Mínimo (Min) = 600; Máximo (Máx) = 9.479]. Quando questionados sobre sua autopercepção de saúde, 89,6% (n = 493) dos participantes se consideraram saudáveis, enquanto 10,4% (n = 57) se perceberam, em alguma medida, doentes, no momento da coleta de dados.

### Instrumentos

Foram aplicados três instrumentos; o Teste de Propósito de Vida (PitTest-12), o Questionário de Saúde Geral (QSG-12) e um questionário sociodemográfico.

*PitTest-12.* Instrumento desenvolvido inicialmente por Crumbaugh em 1964, com 20 itens, e adaptado em versão brasileira por Aquino (2009) passando a possuir 12 itens. A escala de resposta é do tipo Likert de sete pontos, 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. Neste estudo, porém, fez-se uma adaptação na quantidade de pontos do instrumento, passando assim de sete para cinco pontos (0, 1, 2, 3 e 4). A

interpretação da escala funciona de modo que, quanto maior a pontuação, maior o SV.

*QSG-12.* Questionário de Saúde Geral, desenvolvido por Goldberg entre 1972 e 1978, originalmente com 60 itens, e que posteriormente adquiriu versão reduzida de 12 itens, validada por Gouveia, Chaves, Oliveira, Dias, Gouveia, e Andrade(2003). Avalia um fator geral de saúde, além de fatores, que ainda não são consensuais entre os autores. Os itens consistem em perguntas que avaliam se o respondente experimentou sintoma particular ou vivenciou determinados comportamentos recentemente. As respostas são atribuídas com valores de 0, 1, 2 e 3 em uma escala do tipo Likert de concordância. Os itens expressos negativamente foram invertidos, de modo que, quanto mais pontos mais altos os níveis de SG.

O questionário sociodemográfico foi composto pelas variáveis: sexo, idade, escolaridade (não alfabetizado, apenas escreve o nome, fundamental, médio, superior), nível de religiosidade (de 0 a 10), renda familiar e saúde percebida (doente ou saudável).

#### *Procedimentos*

A coleta foi domiciliar e ocorreu mediante controle de visitas por dias da semana (inclusos fins de semana) e turnos (manhã, tarde, noite). A amostragem também foi randomizada. Foram selecionados três bairros em cada região censitária do município (Centro/Leste, Norte, Sul e Oeste) e em cada bairro foram sorteadas as avenidas ou ruas principais, totalizando 15 bairros da cidade de Aracaju (SE). As entrevistadoras foram previamente treinadas e supervisionadas em campo. Não participaram da amostra, visitantes nos domicílios, trabalhadores das casas, pessoas com deficiência física incapacitante ou transtorno mental (autodeclarados).

#### *Aspectos Éticos*

Inicialmente foi realizada a abordagem das pessoas em domicílio, uma breve explicação sobre a pesquisa e caso estas consentissem através da assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) passava-se para a entrevista. A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de

Sergipe(CAAE omitido para fins de análise do artigo), bem com todos os participantes assinaram o TCLE.

#### *Análise de Dados*

Inicialmente, conduziram-se procedimentos exploratórios e de ajuste no banco de dados (ajuste de missings e outliers severos) com o programa SPSS (versão 20). Em sequência foram feitas análises descritivas (médias e desvios-padrão) das variáveis nominais e ordinais (sexo, idade e religiosidade), bem como dos escores totais das variáveis SV e SG, extraídos a partir da soma dos valores nos itens da escala dividido pelo número de itens.

Posteriormente foram realizadas Correlações de Pearson, para verificar a relação entre as variáveis: SV x SG, SV x religiosidade, SG x religiosidade, SV x sexo, SG x sexo, SV x idade, SG x idade. Em seguida, foram executadas Correlações Parciais entre o SV e SG, controlando-se os efeitos das variáveis sexo, idade e religiosidade (variáveis independentes inseridas uma por vez e, também, simultaneamente). Vale ressaltar que a variável sexo foi inserida como dummy na análise de correlação tradicional ou parcial (variável binária 0 e 1), o que permitiu sua avaliação como moderadora à despeito de ser originalmente uma variável nominal.

A Correlação Parcial é uma análise correlacional entre duas variáveis principais, enquanto se controla o efeito de uma terceira (Garson, 2017). É uma técnica estatística comumente utilizada quando há uma variável de controle, mas às vezes utilizada quando há duas ou três. Em princípio, pode ser usada para mais de três variáveis de controle, mas na prática isso é raro, pois para modelos maiores, o mais indicado é fazer uso da regressão múltipla ou outros procedimentos multivariados. A Correlação Parcial é, portanto, a correlação que permanece entre as duas variáveis principais uma vez que a variância explicada pela variável de controle foi removida de cada uma delas (Garson, 2017). Com isso, pode-se inferir se a relação entre duas variáveis sofre ou não influencia de uma terceira variável, e em que medida isso se dá.

Finalmente, calculou-se o Delta  $r(\Delta r)$ , que é a diferença entre a Correlação de Ordem Zero (correlação de Pearson, bivariada sem controle de variáveis independentes) e a Correlação Parcial (com controles de variáveis independentes) (Garson, 2017). O  $\Delta r$  informa em que medida se dá o impacto do controle das variáveis sobre a Correlação de Ordem Zero, assim como a significância estatística dessa interação triádica, isto é, a influência que as variáveis controladas de fato têm sobre a relação entre as variáveis principais. Ao controlar-se uma variável, a Correlação Parcial resultante é, portanto, a correlação que permanece entre as duas variáveis principais, que pode ser igual, maior ou menor que o valor da Correlação de Ordem Zero (Garson, 2017). Adotou-se um p-valor abaixo de 0,05 para determinação de significância estatística em todas as análises.

## Resultados

A amostra foi composta por 54,4% de mulheres ( $n = 299$ ) e 45,6% de homens ( $n = 251$ ). A idade média dos participantes foi de 34,8 anos ( $DP = 12,6$ ;  $Min = 18$ ;  $Máx = 65$ ). Quanto à escolaridade 12,2% ( $n = 67$ ) não eram alfabetizados ou apenas escreviam o nome, 11,5% ( $n = 63$ ) cursaram o ensino fundamental, 34,7% ( $n = 191$ ) cursaram o ensino médio e 41,6% ( $n = 229$ ) concluíram o ensino superior. Já em relação a variável religiosidade se encontrou uma média de 6,8 ( $DP = 2,23$ ;  $Min = 1$ ;  $Máx = 10$ ). Ainda foram extraídos escores totais das variáveis SV e SG, sendo encontrados os valores [Média ( $M$ ) = 3,1;  $DP = 0,53$ ] e ( $M = 2,5$ ;  $DP = 0,45$ ), respectivamente.

Ao se avaliar a relação entre SV e SG, detectou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa entre as variáveis ( $r = 0,451$ ;  $p < 0,001$ ), em outras palavras, o aumento nos níveis do SV ocorreu conjuntamente ao aumento nos níveis da SG, e vice-versa, isto é, menores níveis de SV ocorreram associados a menores níveis de SG. Outras duas correlações apontaram relação estatisticamente significativa entre SG e religiosidade ( $r = 0,131$ ;  $p = 0,002$ ) e também entre SV e religiosidade ( $r = 0,151$ ;  $p < 0,001$ ). Na análise das correlações entre SV e sexo ( $r = 0,029$ ;  $p = 0,497$ ), SG e sexo ( $r = -0,032$ ;  $p = 0,454$ ), bem como entre SV e idade ( $r = 0,052$ ;  $p = 0,220$ ) e SG e idade ( $r = 0,053$ ;  $p =$

0,211), viu-se que todas elas não foram significativas ( $p > 0,05$ ).

Em continuidade, foi feita a Correlação Parcial das variáveis SV, SG. Com o controle da variável religiosidade, viu-se que a correlação se manteve positiva e estatisticamente significativa ( $r = 0,440$ ;  $p < 0,001$ ) e o  $\Delta r$  foi de apenas 0,011 ( $p > 0,05$ ). Cabe ressaltar que a correlação parcial tem como pressuposto que as três variáveis envolvidas na análise mantenham relação linear entre si. Assim dito, tal pressuposto foi apenas atendido na análise da correlação bivariada da religiosidade com SV e SG, como se viu no parágrafo anterior. Portanto, a execução da análise de correlação parcial com os controles de sexo e idade não foi conduzida em virtude da ausência de linearidade entre tais variáveis e o SV e SG.

Em síntese, viu-se que a correlação bivariada entre SV e SG foi positiva e significativa, sendo que os controles então avaliados não revelaram influência significativa sobre as duas principais variáveis. No primeiro caso, a variável religiosidade não revelou influência nessa relação, pois o valor da diferença entre a Correlação de Ordem Zero e a Correlação Parcial não foi significativa. Por outro lado, as variáveis sexo e idade não exibiram influência, pois a correlação bivariada destas com as variáveis principais do estudo não foram significativas. Enfim, a relação entre SV e SG não foi, na presente pesquisa, intermediada pelas variáveis sexo, idade ou religiosidade.

**Tabela 1**

*Análises de Correlação de Pearson e Correlação Parcial entre as variáveis Sentido de Vida (SV), Saúde Geral (SG) e religiosidade*

	SG	religiosidade
<b>Correlação de Pearson</b>	SV	0,451 ( $p < 0,001$ )
	SG	0,131 ( $p = 0,002$ )
<b>Correlação Parcial com o</b>	SV	0,440 ( $p < 0,001$ )
	SG	-

---

**controle da  
religiosidade**

---

**Discussão**

A pesquisa teve por objetivo avaliar a relação entre SV e SG, verificando se nela poderia ocorrer influência de variáveis sociodemográficas como idade e sexo, ou nível de religiosidade. Os resultados apontaram uma correlação positiva entre SV e SG, SV e religiosidade, e por fim, SG e religiosidade, ao passo que as variáveis sexo e idade não se correlacionaram com as demais variáveis.

A relação entre SV e SG já era esperada, pois há achados da literatura quanto a isso, como é o caso de Oliveira e Silva (2013). Esses autores estudaram idosos quanto aos recursos com função positiva sobre a saúde mental e bem-estar psicológico, e encontraram que a presença de SV esteve relacionada positivamente ao bem-estar psíquico, enquanto a ausência desse sentido se associou ao mal-estar psíquico (Oliveira & Silva, 2013). Já Mascaro e Rosen (2006) encontraram que o SV se associou positivamente com a esperança e negativamente com a depressão em estudantes universitários norte-americanos. De modo similar, o estudo de Steger et al. (2009) demonstrou que pessoas que relataram maior presença de SV pontuaram mais quanto ao nível de saúde e apresentavam menos ansiedade, enquanto aquelas que expressaram estar buscando esse significado, mas ainda não se percebiam como tendo encontrado, relataram menores níveis de saúde e mais ansiedade.

Possível explicação é que o SV pode contribuir para a autodeterminação e autoresponsabilização pelo status da vida (Oliveira e Silva, 2013), o que permite engajamento em metas, planejamentos, e decisões mais compatíveis com a capacidade pessoal (Reker, 2001). É possível que possuir noção clara do SV leve a mais perspectivas quanto à própria autonomia, expressão de sentimentos, decisões, e desejos pessoais (Reker, 2001). Tudo isso culminando em níveis altos de saúde, associados a aspectos físicos e psicológicos.

Em continuidade, foi encontrada relação entre SV e religiosidade, algo também já detectado em pesquisas. Na pesquisa de Vieira e Aquino (2016), por exemplo, idosos que

expressaram maior sensação de sentido, faziam mais leituras religiosas e tenderam a se comportar conforme suas crenças. Ardelt (2003) verificou associação positiva entre religiosidade intrínseca e presença de SV. Também Steger e Frazier (2005) encontraram associação positiva entre religiosidade e SV, sendo esse último verificado como variável mediadora entre a religiosidade e o bem-estar. É possível que a religiosidade funcione como promotora de significado para a vida por proporcionar reflexão sobre questões existenciais, além de procurar responder ao incômodo frente à finitude humana (Vieira & Aquino, 2016). Supõe-se que a expressão da religiosidade por via da religião e a busca por um ser supremo ou realidade transcendental pode ser entendida como forma de atribuição de sentido, o que torna compreensível a presença da correlação no presente estudo.

Outro resultado significativo foi a correlação positiva entre religiosidade e SG. Essa relação já aparece na literatura, como é o caso de Kandasamy, Chaturvedi e Desai (2011), que encontraram correlação negativa entre sintomas depressivos, ansiosos e bem-estar espiritual. Deve-se refletir que a religiosidade é vivenciada de maneiras diferentes por cada indivíduo, o que pode levar a ressignificações diferenciadas sobre a vida. Isso pode se associar a estados de adoecimento ou saúde, visto ser a religiosidade uma lente pela qual as pessoas interpretam a vida, e uma estratégia que utilizam em diversos momentos, podendo ser usada de forma positiva ou negativa (Marques, 2003).

Na presente pesquisa não foi verificada a relação do SV, nem da SG, com as variáveis sexo e idade. Esse dado destoava da expectativa da pesquisa, pois de acordo com a literatura consultada, seriam esperadas essas relações (Borges & Argolo, 2002; Bronk et al., 2009). Por isso, o sexo e a idade não entraram na análise de Correlação Parcial. Uma suposição para a não existência dessas relações é que isso se deva a alguma outra característica da amostra, pois as pesquisas realizadas entre SV, SG e essas duas variáveis utilizaram o público de universitários, adolescentes ou idosos, o que não foi o caso deste estudo. A amostra em análise foi mais variada, tratando-se de adultos abordados em seus domicílios, ou seja, participantes com perfis mais diversos.

A análise de Correlação Parcial foi realizada para verificar se a religiosidade influenciava a relação entre SV e SG. Por não terem sido encontrados estudos com esse tipo de análise estatística para as referidas variáveis, não foi possível fazer comparações com outros achados. Os resultados da pesquisa revelaram que a religiosidade não influenciou a relação entre SV e SG, ou seja, a relação principal manteve a intensidade, independentemente da variabilidade da religiosidade dos participantes. A partir disso, concluiu-se que embora a religiosidade se relacione com as variáveis principais, separadamente, ela não foi o fator que pesou sobre a relação entre elas. Portanto, ser mais ou menos religioso não conferiu maior ou menor impacto sobre a relação entre o SV e a SG.

Uma possível explicação para a não influência da religiosidade na relação principal é que variáveis mediadoras impactem mais a relação entre o SV e a SG que variáveis moderadoras, uma vez que a análise de correlação parcial aqui feita se aproxima de uma ideia de ter a religiosidade como fator de moderação. Por exemplo, um construto psicológico que talvez mereça atenção é o *coping* religioso-espiritual (CRE), definido como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais de cunho religioso/espiritual, utilizadas para manejar situações estressantes, ou seja, que esgotem o repertório para resolução de problemas (Panzini & Bandeira, 2007). A utilização do *coping* religioso-espiritual poderia ajudar a entender a relação entre SV e SG, pois conforme já verificado em revisões de literatura, têm sido encontradas pesquisas onde ocorre relação desse construto com altos ou baixos níveis de saúde (Faria & Seidl, 2005; Gobatto & Araújo, 2010). Consonante com isso, Park, Malone, Suresh, Bliss e Rosen (2008) ao estudar pacientes com insuficiência cardíaca congênita, verificaram que o *coping* religioso se relacionou ao aumento de SV ao longo do tempo.

Foi utilizada neste estudo, a religiosidade autorrelatada como característica individual, já o construto *coping* religioso-espiritual é algo mais robusto e complexo, tratando-se da utilização da religiosidade e/ou espiritualidade como modo de lidar com as adversidades. Noutras palavras, ao se mencionar o *coping* religioso-espiritual não se trata apenas de considerar-se mais ou menos religioso, mas de utilizar da religiosidade como modo de enfrentamento dos eventos estressores (Faria

& Seidl, 2005). Portanto, é possível que o *coping* religioso-espiritual se relacione, bem como medeia, a associação entre SV e SG, isto é, o *coping* religioso-espiritual pode influenciar de modo a modificar a força ou direção da relação principal. É importante então, realizar pesquisas que verifiquem as relações propostas, para ampliar a compreensão sobre o tema e possibilitar a construção de modelos interventivos com base nos referidos construtos.

Como limitação desta pesquisa aponta-se que, mesmo com uma amostra moderadamente grande, não foram utilizados diferentes estados de saúde nas análises, o que poderia ter influenciado a relação entre SV e SG. Dito isto, propõe-se que as próximas pesquisas sobre o tema acrescentem na amostra tanto pessoas saudáveis quanto portadoras de doenças (crônicas, cardiovasculares, inflamatórias, mentais, entre outras) a fim de verificar a influência destas na relação principal. Outra limitação foi a utilização de uma pergunta quanto à autopercepção da religiosidade ao invés de uma escala de religiosidade. Perguntar pela autopercepção é um modo de mensurar a religiosidade apenas como característica individual, sendo essa autopercepção dependente de qual entendimento cada pessoa tem do que é ser religioso. Para algumas pessoas pode ser simplesmente o fato de ir a cultos e professar de modo extrínseco essa modalidade de comportamento, enquanto para outras a religiosidade pode envolver atitudes extrínsecas e intrínsecas, como rezar, ler ensinamentos religiosos e praticá-los. Portanto, supõe-se que uma maneira mais eficaz de mensuração da religiosidade seria utilizar escalas apropriadas a isso, preferencialmente as que já foram validadas, o que atribuiria maior confiabilidade à pesquisa.

Em síntese, esta pesquisa contribuiu para ampliar o campo de compreensão sobre a relação entre SV e SG, e sobre suas relações com algumas variáveis moderadoras (sexo, idade, religiosidade). Por fim, colaborou para o entendimento de que a relação de cada variável principal com a religiosidade, enquanto característica individual, verificada na literatura, não se manteve quando na presença da relação principal entre o SV e SG, o que nos indica que há ainda algo a se desvendar quanto à influência do fator religioso na experiência pessoal e de saúde das pessoas.

## Referências

- Ardelt, M. (2003). Effects of religion and purpose in life on elders' subjective well-being and attitudes toward death. *Journal of Religious Gerontology*, 14(4), 55-77. doi: 10.1300/J078v14n04\_04
- Aquino, T. A. A. (2009). Atitudes e intenção de cometer o suicídio: Seus correlatos existenciais e normativos. Tese de doutorado. Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Borges, L. D. O., & Argolo, J. C. T. (2002). Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. *Avaliação Psicológica*, 1, 17-27.
- Bronk, K. C., Hill, P. L., Lapsley, D. K., Talib, T. L., & Finch, H. (2009). Purpose, hope, and life satisfaction in three age groups. *The Journal of Positive Psychology*, 4(6), 500-510. doi: 10.1080/17439760903271439
- Carvalho, H. W., Andreoli, S. B., & Jorge, M. R. (2011). Saúde geral: Evidências de diferenças relacionadas ao sexo. *Avaliação Psicológica*, 10(2), 173-179.
- Cerchiari, E. A. N., Caetano, D., & Faccenda, O. (2005). Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 10(3), 413-420. doi: 10.1590/S1413-294X2005000300010
- Damásio, B. F., de Melo, R. L. P., & da Silva, J. P. (2013). Sentido de vida, bem-estar psicológico e qualidade de vida em professores escolares. *Paidéia*, 23(54), 73-82. doi: 10.1590/1982-43272354201309
- Damon, W., Menon, J., & Bronk, K. C. (2003). The development of purpose during adolescence. *Applied Developmental Science*, 7(3), 119-128. doi: 10.1207/S1532480XADS0703\_2
- Dezutter, J., Casalin, S., Wachholtz, A., Luyckx, K., Hekking, J., & Vandewiele, W. (2013). Meaning in life: An important factor for the psychological well-being of chronically ill patients? *Rehabilitation Psychology*, 58(4), 334-341. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0034393>
- Emmons, R. A., & Paloutzian, R. F. (2003). The psychology of religion. *Annual Review of Psychology*, 54, 377-402. doi: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145024>
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 381-389. doi: 10.1590/S0102-79722005000300012
- Frankl, V. E. (2003). Em busca de sentido: Um psicólogo no campo de concentração (18aed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Gouveia, V. V., Chaves, S. D. S., Oliveira, I. D., Dias, M. R., Gouveia, R. S., & Andrade, P. D. (2003). A utilização do QSG-12 na população geral: Estudo de sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(3), 241-248. doi: 10.1590/S0102-37722003000300006
- Frighetto, J. (2015). Saúde geral do idoso: Condições de saúde à luz de um contexto rural. *Revista de Psicologia da IMED*, 7, 52-60. doi: [m10.18256/2175-5027/psico-imed.v7n1p52-60](https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v7n1p52-60)
- Garson, G. D. (2017). *Mediation & moderation: Partial correlation and regression approaches*. Asheboro, NC: Statistical Associates Publishers.
- Gobatto, C. A., & Araujo, T. C. C. F. D. (2010).

- Coping religioso-espiritual: Reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. *Revista da SBPH*, 13, 52-63.
- Ho, M. Y., Cheung, F. M., & Cheung, S. F. (2010). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences*, 48, 658-663. doi: 10.1016/j.paid.2010.01.008
- Kandasamy, A., Chaturvedi, S. K., & Desai, G. (2011). Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *IndianJournalofCancer*, 48(1), 55. doi: 10.4103/0019-509X.75828
- Marques, L. F. (2003). A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(2), 56-65. doi: 10.1590/S1414-98932003000200009
- Mascaro, N., & Rosen, D. H. (2005). Existential meaning's role in the enhancement of hope and prevention of depressive symptoms. *Journal of Personality*, 73(4), 985-1014. doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00336.x
- Mascaro, N. & Rosen, D. H. (2006). The role of existential meaning as a buffer against stress. *JournalofHumanisticPsychology*, 46(2), 168-190. doi: 10.1177/0022167805283779
- Melo, R. L. P., Eulálio M. C., Gouveia V. V., & Silva, H. D. M. (2013). O efeito do estresse na qualidade de vida de idosos: O papel moderador do sentido de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(2), 222-230. doi: 10.1590/S0102-79722013000200002
- Nepomuceno, F. C. L., Melo Júnior, I. M. D., Silva, E. D. A., & Lucena, K. D. T. D. (2014). Religiosidade e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Saúde em Debate*, 38, 119-128. doi: 10.5935/0103-104.20140006
- Oliveira, E. K. S., & Silva, J. P. (2013). Sentido de vida e envelhecimento: Relação entre os pilares da logoterapia e bem-estar psicológico. *Revista Logos & Existência: Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial*, 2(2), 135-146.
- Panzini, R. G., Rocha, N. S. D., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. D. A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 105-115. doi: 10.1590/S0101-60832007000700014
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 34, 126-135. doi: 10.1590/S0101-60832007000700016
- Park, C. L., Malone, M. R., Suresh, D. P., Bliss, D., & Rosen, R. I. (2008). Coping, meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients. *Quality of Life Research*, 17, 21-26. doi: 10.1007/s11136-007-9279-0
- Pereira, G. A., & Aquino, T. A. A. (2016). A culpa e suas relações com a religiosidade e o sentido da vida. *Revista Logos & Existência: Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial*, 5(2).
- Reker, G. T. (2001). *Manual life attitude profile - Revised*. Ontario, Canada: Student Psychologists Press.
- Sherman, A. C., & Simonton, S. (2012). Effects of personal meaning among patients in primary and specialized care: Associations with psychosocial and physical outcomes. *Psychology & Health*, 27(4), 475-490. doi: 10.1080/08870446.2011.592983
- Steger, M. F., & Frazier, P. (2005). Meaning in life: One link in the chain from religiousness to well-being. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 574-582. doi:10.1037/0022-0167.52.4.574
- Steger, M. F., Mann, J. R., Michels, P., & Cooper, T. C. (2009). Meaning in life, anxiety, depression, and general health among smoking cessation patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 353-358. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.02.006
- Vieira, D. C. R., & Aquino, T. A. A. D. (2016). Vitalidade subjetiva, sentido na vida e religiosidade em idosos: Um estudo correlacional. *TemasemPsicologia*, 24(2), 483-494. doi: 10.9788/TP2016.2-05Pt

Weaver, A. J., Pargament, K. I., Flannelly, K. J., & Oppenheimer, J. E. (2006). Trends in the scientific study of religion, spirituality, and

health: 1965–2000. *Journal of Religion and Health*, 45(2), 208-214. doi: 10.1007/s10943-006-9011-3.

Submetido em: 01/03/2018

Aceito em: 08/05/2018