

QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR SUBJETIVO EM IDOSOS: Um Estudo Correlacional

Márcio de Lima Coutinho¹
Raianne Maria de Sousa Alves²
Rafhael Barros Medeiros³
Maria da Penha de Lima Coutinho⁴

RESUMO

Este artigo teve como objetivo analisar a relação da qualidade de vida e o bem-estar subjetivo. Realizou-se uma pesquisa de descritiva, de campo com uma abordagem quantitativa onde fizeram parte 82 idosos, com idade média 70,3 anos (DP = 6,8), com a maioria (69,5%) do sexo feminino. Os resultados apontaram uma relação significativa ($p < 0,05$) e positiva entre as medidas qualidade de vida e o bem-estar subjetivo. Observou-se também diferença significativa ($p < 0,05$) em relação ao sexo para a dimensão intimidade e o afeto negativo, indicando uma pontuação maior para os homens em relação as mulheres. Conclui-se que os achados deste estudo demonstrou que a qualidade de vida e o BES estão relacionados positivamente no contexto do idoso, o que nos faz pensar que essas medidas são indicadores de um envelhecimento saudável.

Palavras-chave: Idoso, Qualidade de Vida, Bem-Estar Subjetivo.

INTRODUÇÃO

A longevidade é um fenômeno mundial que somada à queda da mortalidade e fecundidade tem ocasionado aumento da população de idosos (VERAS, 2016). Este fato é uma realidade no Brasil e tem despertado interesse de estudiosos nas mais diversas áreas da saúde. O processo do envelhecimento é um fenômeno dinâmico, progressivo e irreversível, vinculados a fatores biopsicossociais (VIEIRA, 2012; LITVOC; BRITO, 2004). Sendo assim, este processo varia de pessoa para pessoa a depender de seu estilo de vida, genética, fatores sócios econômicos e culturais.

Neste Pespertiva, Papalia e Feldman (2013) descrevem os principais aspectos do envelhecimento bem-sucedido, a partir da anulação da doença, manutenção elevada das funções psicológicas e cognitivas e engajamento frequente das atividades sociais. Assim, esses autores afirmam que os idosos que são bem-sucedidos nesses fatores possuem maior

¹ Prof. Doutor do Curso de Psicologia do IESP - PB, coutholmarcio@gmail.com;

² Graduada pelo Curso de Psicologia do IESP - PB, raianemariasa@gmail.com;

³ Graduado do Curso de Psicologia do IESP - PB, rafhabm@hotmail.com;

⁴ Professora orientadora: Doutora, do IESP - PB, mpclcoutinho@gmail.com.

apoio social, emocional e material e se percebem como detentores de uma melhor saúde mental.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na década de 2000 a 2010, tivemos o aumento mais expressivo desta população (de 14,5 milhões para 20,6 milhões de pessoas). Outro dado significativo advém da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) que registra que em 2025 o Brasil será o sexto país com maior número de pessoas idosas. Neste direcionamento, o quadro brasileiro do envelhecimento configura-se, pelo aumento da expectativa de vida, apesar desse não ter ocorrido em virtude da melhoria da situação social econômica do País, mas sim, em decorrência dos avanços científicos ligados à saúde e as novas tecnologias que vêm contribuindo para esse aumento (NETTO; YUASO; KITADAI, 2005; NORMANHA FILHO, 2005).

Quanto ao construto do bem-estar subjetivo (BES), este tem sido compreendido como o estudo científico da felicidade (SELIGMAN, 2004). Trata-se de uma experiência interna que cada indivíduo emite um julgamento de como a pessoa se sente e o seu grau de satisfação com a vida (SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2010). Conforme Albuquerque e Tróccoli (2004), este é um construto que sofre influência tanto cultural (experiências compartilhadas que formam a base de uma maneira similar de se ver o mundo), como da hereditariedade.

Face ao exposto, surge a pergunta norteadora de pesquisa: Como a qualidade de vida se relaciona com o Bem-Estar subjetivo? A partir deste questionamento foram elencados os seguintes objetivos: geral: Analisar a relação da qualidade de vida e o bem-estar subjetivo, e especificamente: traçar o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo, verificar a relação entre Qualidade de Vida e Bem-Estar Subjetivo e Comparar as escalas Qualidade de vida e Bem-Estar Subjetivo em relação ao sexo.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Tratou-se de uma pesquisa de campo, descritiva de cunho quantitativo, auxiliada por uma abordagem psicossociológica e aportes históricos conceituais acerca da Qualidade de Vida e Bem-Estar Subjetivo.

Lócus/Amostra

Fizeram parte do estudo 82 idosos que residem com seus familiares localizadas nas cidades de João Pessoa e Cabedelo, Paraíba. A escolha da amostra foi do tipo não probabilística, por conveniência, adotado como critérios de inclusão: (i) ter idade igual ou superior a 60 anos; (ii) residirem com seus familiares; e critérios de exclusão aqueles que apresentassem algum déficit cognitivo.

Instrumentos

Foram utilizados três instrumentos: o primeiro questionário sociodemográfico, o segundo a Escala de Satisfação com a Vida e Afetos Positivos e Negativos, e o último Whoqol-OLD.

O Questionário sociodemográfico tem como objetivo obter o perfil característico dos participantes do estudo.

A Escala de Bem-Estar Subjetivo, neste estudo, adotou-se o modelo explicativo do bem-estar subjetivo que compreende dois componentes: o (1) cognitivo, mensurado através da Escala de Satisfação com a Vida e, (2) o componente afetivo, mensurado a partir da Escala de Afetos Positivos e Negativos. A primeira escala, Satisfação com a Vida ($\alpha = 0,87$) composta por cinco itens, os quais são objetivados em uma escala do tipo Likert, que varia de 1 (Discordo Totalmente) a 7 (Concordo Totalmente). A título de ilustração, alguns itens dessa escala são: As condições da minha vida são excelentes e estou satisfeito (a) com minha vida. (DIENER et al., 1985). A Escala de Afetos Positivos (0,75) e Negativos (0,78) foi inicialmente criada por Diener e Emmons, em 1984, para avaliar a valência dos afetos (Gouveia et. al., 2003). A escala utilizada no presente estudo foi composta por dez adjetivos, sendo cinco positivos (feliz, satisfeito, divertido, otimista e alegre) e cinco negativos (deprimido, frustrado, raivoso, preocupado e infeliz). Através deste instrumento, avalia-se o quanto a pessoa tem experimentado cada um desses estados emocionais nos últimos dias. Para responder aos itens, o participante utiliza-se de uma escala de sete pontos, que varia de 1 (Nada) a 7 (Extremamente).

Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos Whoqol-OLD (FANG, 2012) consiste em 24 itens da escala de Likert atribuídos a seis facetas: “Funcionamento do Sensório” ($\alpha = 0,80$), “Autonomia” ($\alpha = 0,65$), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” ($\alpha = 0,56$), “Participação Social” ($\alpha = 0,66$), “Morte e Morrer” ($\alpha = 0,82$) e “Intimidade” ($\alpha =$

0,84). Cada uma das facetas possui 4 itens; Os escores destas seis facetas ou os valores dos 24 itens do módulo WHOQOLOLD podem ser combinados para produzir um escore geral (“global”) para a qualidade de vida em adultos idosos, denotado como o “escore total” do módulo Whoqol-OLD.

Procedimento

Inicialmente entrou em contato com os participantes do estudo, em diversos locais da cidade, a exemplo: de praças, na orla e casas de convivência de idosos. Na ocasião foi esclarecido que a participação na pesquisa seria voluntária, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após o aceite do mesmo, foram explicitados os objetivos pertinentes ao estudo, e dito que os dados advindos dos questionários seriam analisados de modo coletivo, além de garantido o anonimato e confidencialidade das respostas proferidas pelos participantes. A coleta dos dados foi realizada de forma individual e respondidos por assinalamentos em folhas de papel. A duração média foi de 30 minutos.

Análise de dados

Os resultados provenientes do questionário sociodemográfico e das escalas, foram processados no Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS) para Windows – versão 23.0, e analisados por meio da estatística descritiva (média, desvio padrão, frequência) e inferencial (alfa de *cronbach*, teste T *Student*, correlação de *r Pearson*).

DESENVOLVIMENTO

Revisitando a literatura observa-se que os estudos no contexto do idoso, encontram-se em sua grande maioria vinculados aos fatores decorrentes das perdas, da aquisição de doenças crônicas, a exemplo da hipertensão, cardiopatias, diabetes, bem como, as doenças psicoafetivas, nomeadamente a depressão (MATIAS et al., 2016; PARREIRA et al., 2016).

A Qualidade de Vida (QV) trata-se de um construto multidimensional, determinado por vários domínios ou dimensões, que se inter-relacionam e englobam aspectos do estado físico e funcional, psicológico e de bem-estar, relações sociais, fatores econômicos e vocacionais e, aspectos religiosos e espirituais (CORRER et al., 2008).

De acordo com o grupo da OMS, a QV é definida como “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que vive, e em relação a suas metas, expectativas, padrões e conceitos” (WHOQOL GROUP, 1998).

Ainda conforme a OMS, tal percepção é afetada de forma complexa pela saúde física da pessoa, por seu estado psicológico, crenças pessoais, relações sociais e suas relações com características importantes de seu ambiente. Consequentemente, a identificação das variáveis relacionadas ao bem-estar subjetivo faz parte dos esforços para melhorar a qualidade de vida dos idosos, uma vez que esta é claramente relacionada com percepções subjetivas de bem-estar, como por exemplo, a felicidade e a satisfação (RABELO; NERI, 2006).

Atualmente a QV está no cerne da investigação científica na área social e da saúde, visto que seus resultados subsidiam ações coletivas, políticas públicas, prevenção e promoção da saúde, adequação de tratamentos de doenças e avaliação dos cuidados prestados (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Relacionado com qualidade de vida, o bem-estar subjetivo surge como um construto auxiliador para investigar esse elemento que faz parte das pessoas ao longo do tempo. De uma maneira ampla, pode-se dizer que o tema foca como as pessoas avaliam suas vidas (DIENER, 1985). Assim, entende-se que este construto analisa como e por que as pessoas experienciam suas vidas positivamente e negativamente.

Para Diener (2015), o bem-estar subjetivo se refere a uma atitude e possui duas características básicas: afeto e cognição. O primeiro componente encontra-se relacionado com questões emocionais, sendo dividido em afeto positivo e negativo, já o segundo a cognição se refere aos aspectos racionais e intelectuais. Andrews e Withey (1976) veem juntar uma nova componente no bem-estar subjetivo, denominado de satisfação com a vida. Esta dimensão se refere o quão o mesmo está satisfeito com a vida.

Na visão de Cachioni (2017), O bem-estar subjetivo, irá investigar a experiência individual de avaliação da vida e os processos envolvidos nessa avaliação. Nesta perspectiva, esse construto tem procurado contribuir para o entendimento e aperfeiçoamento da qualidade de vida das pessoas.

Portanto, registra-se que é preciso avançar em estudos que tragam esses construtos associados, a saber: a Qualidade de Vida e Bem- Estar subjetivo (BES) com a finalidade de despertar o interesse na identificação e compreensão de fatores que contribuam para a promoção do envelhecimento bem-sucedido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 82 idosos com idade média de 70,3 anos (DP = 6,8) variando entre 60 a 86 anos, 62,2% se declaram ter como religião o catolicismo. O sexo feminino apresentou-se como sendo o majoritário (69,5%), a maioria (59,8%) informou está casado, em relação ao nível de escolaridade, 36,6% e 35,4% possuem respectivamente nível superior e inferior. A grande maioria (70,8%) declarou ter uma renda média entre 1 a 4 salários mínimos.

Para atender ao segundo objetivo específico “verificar a relação entre Qualidade de Vida e Bem-Estar Subjetivo”, procedeu-se com uma análise de correlação r pearson. Os dados podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1. Estatística Descritiva e Correlação dos Construtos Qualidade de Vida e Bem-Estar Subjetivo.

Medidas	M	DP	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Whoqol-Old Total	87,3	12,15									
Funcionamento do Sensório	15,0	3,52	0,67*								
Autonomia	13,8	2,83	0,62*	0,27†							
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	14,9	2,36	0,71*	0,46*	0,39*						
Participação Social	14,6	2,57	0,68*	0,32*	0,45*	0,63*					
Morte e Morrer	13,7	4,56	0,61*	0,31*	0,14	0,26†	0,15				
Intimidade	15,4	3,18	0,56*	0,16	0,32*	0,24†	0,35*	0,14			
Afetos Positivos	28,4	4,74	0,58*	0,30*	0,40*	0,56*	0,46*	0,17	0,30*		
Afetos Negativos	25,0	6,11	0,55*	0,31*	0,44*	0,40*	0,48*	0,27†	0,31*	0,48*	
Satisfação com a Vida	26,9	6,75	0,42*	0,33*	0,32*	0,38*	0,25†	0,18	0,22†	0,47*	0,45*

Dados da Pesquisa; Nota: † $p < 0,05$, * $p < 0,001$.

Conforme é possível observar a medida Whoqol-old e suas dimensões se correlacionaram significativamente ($p < 0,05$) e positivamente com as dimensões do bem-estar subjetivo. Os maiores escores encontrados entre as medidas foram: o Whoqol-old com o afetos positivos ($r = 0,58$), o domínio atividades passadas, presentes e futuras com os afetos positivos ($r = 0,56$) e participação social com os afetos negativos ($r = 0,48$). Este resultado se assemelha com achados de Sposito et al. (2010) quando apresentou médias elevadas e relação para o BES para ambos os grupos.

Não obstante, verificou a ausência de correlação entre as dimensões Morte e Morrer e afetos positivos e com a satisfação com a vida.

E finalmente, realizou-se o teste t Student para comparar as escalas de qualidade de vida e o BES em relação ao sexo. Os resultados podem ser observados na tabela 2.

Tabela 2 – Comparação das dimensões da Qualidade de Vida-old e BES em relação aos Sexos.

Qualidade de Vida – old (Domínios)	Grupo	N	Mean	T	GL	P																																																																																						
Funcionamento do Sensorio	Feminino	56	15,2	-0,72	79	0,47																																																																																						
	Masculino	25	14,6				Autonomia	Feminino	57	13,5	1,20	79	0,23	Masculino	25	14,3	Atividades Passadas, Presentes e Futuras	Feminino	57	14,8	0,34	79	0,73	Masculino	25	15,0	Participação Social	Feminino	57	14,3	1,59	79	0,11	Masculino	25	15,3	Morte e Morrer	Feminino	57	13,3	0,86	79	0,39	Masculino	25	14,2	Intimidade	Feminino	57	14,5	4,54	73,6	0,001*	Masculino	25	17,2	QVOld Total	Feminino	56	85,8	1,73	79	0,08	Masculino	25	90,8	Afetos Positivos	Feminino	56	28,0	1,22	79	0,22	Masculino	25	29,4	Afetos Negativos	Feminino	56	23,7	3,68	74,9	0,001*	Masculino	25	28,0	Satisfação com a Vida	Feminino	56	26,3	1,07	79
Autonomia	Feminino	57	13,5	1,20	79	0,23																																																																																						
	Masculino	25	14,3				Atividades Passadas, Presentes e Futuras	Feminino	57	14,8	0,34	79	0,73	Masculino	25	15,0	Participação Social	Feminino	57	14,3	1,59	79	0,11	Masculino	25	15,3	Morte e Morrer	Feminino	57	13,3	0,86	79	0,39	Masculino	25	14,2	Intimidade	Feminino	57	14,5	4,54	73,6	0,001*	Masculino	25	17,2	QVOld Total	Feminino	56	85,8	1,73	79	0,08	Masculino	25	90,8	Afetos Positivos	Feminino	56	28,0	1,22	79	0,22	Masculino	25	29,4	Afetos Negativos	Feminino	56	23,7	3,68	74,9	0,001*	Masculino	25	28,0	Satisfação com a Vida	Feminino	56	26,3	1,07	79	0,28	Masculino	25	28,0						
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	Feminino	57	14,8	0,34	79	0,73																																																																																						
	Masculino	25	15,0				Participação Social	Feminino	57	14,3	1,59	79	0,11	Masculino	25	15,3	Morte e Morrer	Feminino	57	13,3	0,86	79	0,39	Masculino	25	14,2	Intimidade	Feminino	57	14,5	4,54	73,6	0,001*	Masculino	25	17,2	QVOld Total	Feminino	56	85,8	1,73	79	0,08	Masculino	25	90,8	Afetos Positivos	Feminino	56	28,0	1,22	79	0,22	Masculino	25	29,4	Afetos Negativos	Feminino	56	23,7	3,68	74,9	0,001*	Masculino	25	28,0	Satisfação com a Vida	Feminino	56	26,3	1,07	79	0,28	Masculino	25	28,0																
Participação Social	Feminino	57	14,3	1,59	79	0,11																																																																																						
	Masculino	25	15,3				Morte e Morrer	Feminino	57	13,3	0,86	79	0,39	Masculino	25	14,2	Intimidade	Feminino	57	14,5	4,54	73,6	0,001*	Masculino	25	17,2	QVOld Total	Feminino	56	85,8	1,73	79	0,08	Masculino	25	90,8	Afetos Positivos	Feminino	56	28,0	1,22	79	0,22	Masculino	25	29,4	Afetos Negativos	Feminino	56	23,7	3,68	74,9	0,001*	Masculino	25	28,0	Satisfação com a Vida	Feminino	56	26,3	1,07	79	0,28	Masculino	25	28,0																										
Morte e Morrer	Feminino	57	13,3	0,86	79	0,39																																																																																						
	Masculino	25	14,2				Intimidade	Feminino	57	14,5	4,54	73,6	0,001*	Masculino	25	17,2	QVOld Total	Feminino	56	85,8	1,73	79	0,08	Masculino	25	90,8	Afetos Positivos	Feminino	56	28,0	1,22	79	0,22	Masculino	25	29,4	Afetos Negativos	Feminino	56	23,7	3,68	74,9	0,001*	Masculino	25	28,0	Satisfação com a Vida	Feminino	56	26,3	1,07	79	0,28	Masculino	25	28,0																																				
Intimidade	Feminino	57	14,5	4,54	73,6	0,001*																																																																																						
	Masculino	25	17,2				QVOld Total	Feminino	56	85,8	1,73	79	0,08	Masculino	25	90,8	Afetos Positivos	Feminino	56	28,0	1,22	79	0,22	Masculino	25	29,4	Afetos Negativos	Feminino	56	23,7	3,68	74,9	0,001*	Masculino	25	28,0	Satisfação com a Vida	Feminino	56	26,3	1,07	79	0,28	Masculino	25	28,0																																														
QVOld Total	Feminino	56	85,8	1,73	79	0,08																																																																																						
	Masculino	25	90,8				Afetos Positivos	Feminino	56	28,0	1,22	79	0,22	Masculino	25	29,4	Afetos Negativos	Feminino	56	23,7	3,68	74,9	0,001*	Masculino	25	28,0	Satisfação com a Vida	Feminino	56	26,3	1,07	79	0,28	Masculino	25	28,0																																																								
Afetos Positivos	Feminino	56	28,0	1,22	79	0,22																																																																																						
	Masculino	25	29,4				Afetos Negativos	Feminino	56	23,7	3,68	74,9	0,001*	Masculino	25	28,0	Satisfação com a Vida	Feminino	56	26,3	1,07	79	0,28	Masculino	25	28,0																																																																		
Afetos Negativos	Feminino	56	23,7	3,68	74,9	0,001*																																																																																						
	Masculino	25	28,0				Satisfação com a Vida	Feminino	56	26,3	1,07	79	0,28	Masculino	25	28,0																																																																												
Satisfação com a Vida	Feminino	56	26,3	1,07	79	0,28																																																																																						
	Masculino	25	28,0																																																																																									

Fonte: dados da Pesquisa.

Conforme pode ser observado a Tabela 2, o domínio Intimidade e os Afetos Negativos diferenciaram significativamente ($p < 0,05$), denotando que os homens apresentaram uma média superior ($M = 17,2$; $M = 28,0$) do que as mulheres ($M = 14,5$; $M = 23,7$) respectivamente. Estes resultados se assimilam com os achados de Cachioni (2017), ao encontrarem pontuações superiores para os homens comparados com as mulheres idosas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das análises dos resultados encontrados, percebeu-se que a qualidade de vida e o BES estão relacionados positivamente no contexto do idoso, o que nos faz pensar que essas medidas são indicadores de um envelhecimento saudável. Salienta-se também, que os escores médios obtidos através da aplicação das escalas foram consideradas medianas, demonstrando que os idosos participantes do estudo se encontram dentro do escore médio.

Este estudo possuiu limitações, uma vez que fez uso de uma amostra não-probabilística por conveniência. No entanto, os achados possibilitam uma contribuição com a temática qualidade de vida e BES no contexto do idoso.

Considera-se que os objetivos propósitos foram alcançados e a pergunta norteadora de pesquisa respondida. Espera-se ter contribuído com estudos voltados com a qualidade de vida e BES entre idosos.

REFERÊNCIAS

CACHIONI et al. Bem-estar subjetivo e psicológico de idosos participantes de uma Universidade Aberta à Terceira Idade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.340-352, 2017.

CORRER, C. J. et al. Tradução para o português e validação do instrumento Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil). **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, n.52, v.3, p.515-522, 2008.

DIENER, E. et al. *The Satisfaction With Life Scale*. **Journal of Personality Assessment**, n.49, p.71-5, 1985.

DIENER E, T. L. Subjective well-being and human welfare around the world as reflected in the Gallup World Poll. **Int. J. Psychol.** V.50, n.2, p.135-49, 2015.

FANG, J. et al. *Development of short versions for the WHOQOL-OLD module*. **The Gerontologist**. n.52, v.1, p.66-78, 2012.

GOUVEIA V. V. et al. A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, n.19, p.241-248, 2003.

LITVOC, J.; BRITO, F. C. **Envelhecimento: prevenção e promoção de saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.

MATIAS, A. G. et al. Indicadores de depressão em idosos e os diferentes métodos de rastreamento. São Paulo: **Einstein**. n.14, v.1, p.6-11, 2016.

NETTO, M. P.; YUASO, D. R.; KITADAI, F. T. Longevidade: desafio no terceiro milênio. **Revista O Mundo da Saúde**. n.29, v.4, p.594-606, 2005.

NORMANHA, Filho, M. A. Gestão de serviços para a terceira idade por organizações do terceiro setor. **Revista Ibero Americana de Estratégia**, n.4, v.1, p.109-117, 2005.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 12 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PARREIRA, V. F. et al. Padrão respiratório em pacientes portadores da doença de Parkinson e em idosos assintomáticos. **Acta fisiátrica**, n.10, v.2, p.61-66, 2016.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, n.26, v.2, p.241-250, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Resumo do relatório mundial de envelhecimento e saúde**, 2015. Disponível em:
<sbgg.org.br/wpcontent/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>.
acesso em: fevereiro de 2019.

SELIGMAN, M. E. **Felicidade autêntica**: Usando a nova Psicologia Positiva para a realização permanente. Rio de Janeiro, RJ: Objetiva, 2004.

SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. Avaliação do bem-estar subjetivo (BES): Aspectos conceituais e metodológicos. **Interamerican Journal of Psychology**, n.44, v.3, p. 25-36, 2010.

SPOSITO et al. Relações entre o bem-estar subjetivo e a funcionalidade em idosos em seguimento ambulatoria. **Rev Bras Fisioter**. v.14, n.1, p.81-9, 2010.

RABELO, D. F.; NÉRI, A. L. (2006). Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. **Estudos de Psicologia**, n.11, v.2, p.169-177, 2006.

VERAS, R. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.19, n.6, p. 887-905, 2016.

VIEIRA, K. F. L. **Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais**. 234 fls. (Dissertação de Mestrado em Programa de Pós Graduação em Psicologia Social). Departamento de Psicologia. Universidade Federal da Paraíba-UFPB, João Pessoa, 2012.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): development and general psychometric properties 1998. **Soc Sci Med**, v.46, p.1569-85, 1998.