

Martins, Rosa & Mestre, Marina (2014).
Esperança e Qualidade de Vida em Idosos. *Millenium*, 47 (jun/dez). Pp. 153-162.

ESPERANÇA E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

HOPE AND QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY

ROSA MARIA LOPES MARTINS ¹

MARINA ALEXANDRA MESTRE ²

¹ Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde
e investigadora do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS)
do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal. (e-mail: rmartins.viseu@gmail.com).

² Psicóloga Clínica em Leiria – Portugal. (e-mail: malexgmestre@hotmail.com).

Resumo

Enquadramento: Os baixos níveis de esperança encontrados nos idosos revelam estar associados a fraca motivação, falta de sentido para a vida, aumento de sintomatologia ansiolítica e, consequentemente, a baixos índices de qualidade de vida.

Objetivos: Identificar níveis de esperança e de Qualidade de Vida em idosos, bem como fatores determinantes destes constructos.

Métodos: Trata-se de um estudo do tipo quantitativo, não experimental e descritivo-correlacional. Foi utilizada uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 100 idosos, residentes na região centro do país, divididos em dois grupos: institucionalizados (n=50) e idosos a residir na comunidade (n=50). A maioria dos idosos (69%) é do sexo feminino, com uma média de idades de 84 anos. Os dados foram colhidos através de um questionário constituído por um grupo de questões sociodemográficas, por uma Escala da Esperança (versão portuguesa de Pais Ribeiro, 2007), e por uma Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida dos idosos da Direção Geral de Saúde (DGS, 2013).

Resultados: Os dados evidenciam que 52% dos idosos apresentam níveis elevados de esperança, sendo esta superior em idosos institucionalizados (M= 52,12; Dp= 7,35). 52% percecionam também globalmente boa qualidade de vida, porém esta é superior nos idosos da comunidade (M= 30,38; Dp= 5,52). As variáveis com influência significativa nos níveis de esperança são o percecionarem melhor estado de saúde,

maior preocupação da família, possuir melhor qualidade de vida e maior número de filhos.

Conclusão: As evidências revelam níveis diferenciados, mas essencialmente positivos na esperança e qualidade de vida dos idosos estando estas significativamente relacionadas com a saúde percebida.

Palavras-chave: esperança, qualidade de vida, idosos, envelhecimento, institucionalização.

Abstract

Background: Low levels of hope found in the elderly reveal to be associated with poor motivation, lack of meaning in life, increased anxiolytic symptoms and, consequently, low levels of quality of life.

Objectives: Identify levels of hope and the Quality of Life of the elderly as well as influential factors in these constructs.

Methods: This is a quantitative type study, non-experimental and descriptive-correlational. A non-probability convenience sample was used, consisting of 100 elderly residents in the country's central region divided into two groups: institutionalized (n = 50) and elderly residing in the community (n = 50). Most elderly (69%) are female, with an average age of 84 years. Data was collected through a questionnaire consisting of a group of socio-demographic questions, a scale of Hope (Portuguese version de Pais Ribeiro, 2007), and a Grid of Evaluation of Quality of Life of the Elderly by the Portuguese General Health Directorate (DGS, 2013).

Results: The data shows that the elderly (52%) have high levels of hope, which are higher in institutionalized elderly subjects (M = 52.12; SD = 7.35). They globally perceive (52%) a good quality of life, but it is higher in elderly residing in the community (M = 30.38; SD = 5.52). Variables with significant influence on levels of hope are perceiving better health, greater family concern, having better quality of life and greater number of children.

Conclusion: The evidence reveals different levels, but essentially positive hope and quality of life of these elderly, with these being significantly related to perceived health.

Keywords: hope, quality of life, elderly, aging, institutionalization.

Introdução

Ao longo dos tempos, a velhice tem assumido múltiplas facetas e significados, consequentes com a diversidade cultural e histórica e com as características de cada sociedade em cada época (Martins, 2006). O envelhecimento bem sucedido pode ser olhado de múltiplas e variadas perspectivas, contudo, deve incluir três componentes: o baixo risco de doença e o conhecimento acerca dela um alto nível de funcionamento mental e físico e um envolvimento ativo no ciclo vital (Ribeiro & Paúl, 2011).

Sabemos que, ao longo da vida, os indivíduos constroem representações mentais daquilo que são ou do que poderão vir a tornar-se e, neste sentido, estas representações vão modelar os modos através dos quais eles interpretam e avaliam o seu desenvolvimento presente e futuro. Esta visão dinâmica – a adaptação – consiste numa série de comportamentos que o indivíduo idoso adota para fazer face às exigências específicas da velhice, encontrando-se associado a outros conceitos, tais como o estabelecimento de objetivos, o sentido de vida, a esperança e o bem-estar (Fonseca, 2008).

De facto a esperança (hope) é uma variável psicológica que tem, recentemente, sido objeto de crescente interesse, embora a sua conceptualização se encontre inacabada e esteja longe de originar consensos. Na opinião de Snyder, (2002), a esperança é um constructo que está relacionado com crenças, em que as pessoas acreditam em resultados positivos e na capacidade de o indivíduo desenvolver formas para atingir esses mesmos resultados. Trata-se de um estado motivacional positivo, baseado numa interação, que resulta num sentimento de sucesso e respetiva energia motivacional orientada para os objetivos (pensamento de iniciativa) e no planeamento necessário à consecução desses mesmos objetivos (pensamento de caminhos) (Snyder, 2002; Barros de Oliveira, 2010). O pensamento de caminhos refere-se à capacidade percebida para gerar caminhos ou percursos mentais para alcançar os objetivos desejados. Já a componente motivacional da teoria da esperança é o pensamento de iniciativa, que reflete as cognições do indivíduo sobre a sua capacidade para começar e continuar um comportamento direcionado para objetivos. Ou seja, é a sensação de determinação triunfante sobre a consecução de objetivos pessoais, no passado, presente e futuro.

O pensamento de iniciativa é fundamental em todo o processo de realização de objetivos, contudo assume importante relevância quando as pessoas encontram impedimentos para atingir esses mesmos objetivos, como é o caso dos idosos. Durante

esses bloqueios, o pensamento de iniciativa ajuda o individuo a encontrar caminhos alternativos para atingir esses mesmos objetivos (Snyder, 2002).

Algumas investigações demonstraram que a esperança possui um potencial intencional para a terapêutica, apoiando e justificando a posição na expectativa de cura, tornando-se, desta forma, fundamental à mobilização de forças para o restabelecimento do estado de saúde, ao nível biopsicossocial, uma vez que este é um importante preditor da saúde e da Qualidade de Vida (Martins & Santos, 2008).

Um estudo levado a efeito por Moraitou *et al.* (2006), com o objetivo de estudar a relação entre a esperança e a adaptação ao envelhecimento, evidencia que a esperança se encontra relacionada com a tendência de nos percecionarmos de modo positivo quando comparados com os outros, em termos sociais, e está ainda associada, de um modo geral, com as condições de adaptação do ser humano, nas mais variadas situações. Não obstante e segundo os mesmos autores, as ilusões positivas só são consideradas adaptativas quando são usadas de forma moderada, ao contrário do que habitualmente acontece em indivíduos com psicopatologias. Referem ainda que a esperança se constitui como um bom condutor de emoções e potencia o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas.

A Qualidade de Vida (QDV) é particularmente importante na terceira idade, e, sobretudo, em idosos em situação vulnerável. O estado de saúde tem influência significativa na sua Qualidade de Vida percebida, bem como sobre o seu funcionamento cognitivo e social. Os modelos de Qualidade de Vida vão desde a satisfação com a vida, ao bem-estar social, a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas. Nos dias de hoje, este constructo encontra-se, também, relacionado com dimensões menos tangíveis, como é o caso do sentido de segurança, da dignidade pessoal, das oportunidades de atingir objectivos pessoais, da satisfação com a vida, da alegria e do sentido positivo de si (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

Num estudo realizado por Andrade & Martins (2011), com o objetivo de estudar a funcionalidade das famílias e a Qualidade de Vida dos idosos, as autoras constataram que, no que concerne às características sociodemográficas, apenas a idade influencia a percepção da Qualidade de Vida, sendo que quanto maior for a idade do idoso pior é a sua percepção de Qualidade de Vida. Segundo as autoras, este resultado estará associado ao facto de que, à medida que os anos passam, os problemas de saúde aumentam, assim como a probabilidade de o indivíduo sofrer perdas (aos níveis físico, psicológico e social), o que vai influenciar a Qualidade de Vida destes idosos.

Em jeito de conclusão, diremos que a esperança e a satisfação com a vida são variáveis individuais que refletem uma natureza disposicional. Nos últimos tempos têm recebido especial atenção no que respeita ao papel que desempenham na construção de

um desenvolvimento humano positivo e como potenciais contributos para o desenvolvimento de outros comportamentos e atitudes positivas.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo do tipo quantitativo, não experimental e descritivo-correlacional. Foi utilizada uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 100 idosos, residentes na região centro do país, divididos em dois grupos: institucionalizados (n=50) e idosos a residir na comunidade (n=50). A maioria dos idosos (69%) é do sexo feminino e possui uma média de idades de 84,38 anos. Os dados foram colhidos através de um questionário constituído por uma ficha sociodemográfica, por uma Escala da Esperança, validada para a população portuguesa por Pais Ribeiro em 2007, e por uma Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida dos Idosos disponibilizada pela Direção Geral de Saúde em 2003. Os dados foram colhidos entre janeiro e maio de 2012, após assinatura e consentimento informado.

Apresentação e discussão dos resultados

A amostra do estudo foi constituída por 100 idosos, residindo 50 em instituições para idosos e os restantes 50 nos seus domicílios. Os dados demonstraram uma desigualdade no que se refere ao sexo, uma vez que 69% dos idosos são do sexo feminino e apenas 31% do sexo masculino. A distribuição dos idosos, tendo por base os grupos etários e o seu contexto residencial, revelou que aqueles que residem no seu próprio domicílio se encontram predominantemente nas faixas etárias mais baixas (igual ou inferior a 74 anos), enquanto os institucionalizados apresentaram médias de idades mais elevadas. Estes dados corroboram os de Martins (2004), quando afirma que, à medida que aumenta a idade, a população idosa a viver em “famílias institucionais” cresce significativamente. Verificámos ainda que os institucionalizados são maioritariamente viúvos (64%), enquanto os que residem no domicílio são maioritariamente casados, mas ambos possuem habilitações literárias básicas.

A maioria dos idosos da amostra (89%) e dos grupos têm filhos, sendo maioritariamente em número de dois ou mais, o que está de acordo com os dados estatísticos nacionais, em virtude do índice de fecundidade nas décadas anteriores aos anos 60 ser superior a 2,1 crianças por mulher (INE, 2011). A maioria dos idosos vive só, seguindo-se aqueles que residem acompanhados, essencialmente pelos conjugues e/ou filhos.

Considerando a dimensão saúde, os dados globais mostraram que a maioria dos idosos perceciona o seu estado saúde como “muito mau”. Esta perceção corresponde essencialmente aos idosos institucionalizados, dado que os que residem em comunidade assumem uma posição mais neutra, classificando-a como “nem boa, nem má”. A

perceção assumida pelos nossos idosos sobre a funcionalidade familiar é pouco animadora, dado que ambos os grupos (institucionalizados e residentes em comunidade) maioritariamente sentem que a família se preocupa pouco (36%) ou muito pouco (52%) com eles. Não obstante, quando analisámos a frequência de visitas, verificámos que os idosos que afirmam ter visitas dos familiares são visitados com uma periodicidade semanal/diariamente. A explicação que encontramos para este aparente paradoxo, baseada na experiência profissional que estabelecemos com os idosos, leva-nos a admitir que se deverá ao facto de as famílias passarem cada vez menos tempo com os seus idosos, mantendo sobretudo o apoio instrumental necessário, relegando para um segundo plano o apoio emocional, tão importante para o idoso, levando-os a perceberem sentimentos menos positivos acerca dos membros da família (Andrade & Martins, 2011)

Centrando-nos na variável esperança (e suas dimensões), constatámos, que os idosos institucionalizados apresentam valores médios mais elevados nas subescalas: *Iniciativa* (M= 25,66, Dp= 3,96), *Caminhos* (M= 26,46; Dp= 4,10) e *esperança total* (M= 52,12; Dp= 7,35), quando comparados com os idosos não institucionalizados. No que diz respeito à categorização da esperança, tendo por base os pontos de corte da escala do Futuro efetuado para este estudo, em que valores iguais ou inferiores a 43 pontos são indicativos de baixa esperança, valores entre os 50 e os 52 pontos indicam uma esperança moderada, e que valores iguais ou superiores a 53 indicam uma Esperança elevada, foi perceptível (cf. tabela 1) que, em ambos os grupos (institucionalizados e não institucionalizados), a maioria dos idosos apresentam níveis elevados de esperança.

Tabela 1: Avaliação dos níveis de esperança tendo em conta os grupos.

		Grupos					
		Institucionalizados		Não Institucionalizados		Total	
		N	%	N	%	N	%
Esperança	Baixa	19	38,0	19	38,0	38	38,0
	Moderada	5	10,0	2	4,0	7	7,0
	Alta	26	52,0	29	58,0	55	55,0
Total		50	100,0	50	100,0	100	100,0

Considerando a Qualidade de Vida (global e dimensões) dos idosos, verificámos que os institucionalizados têm uma comunicação essencialmente limitada à envolvente habitacional (n=32); quanto à mobilidade, a maioria é feita com ajudas técnicas (n=20); a maioria destes idosos realiza as suas atividades de vida diária com auxílio de ajudas técnicas (n=19); a atividade ocupacional da maioria destes idosos não existe (n=42); no que diz respeito às atividades lúdicas, a maioria possui atividade com participação familiar (n=25), seguidos dos que têm atividade que dão respostas aos seus anseios (n=20); na relação familiar a maioria refere ter participação familiar (n=38); e, finalmente, os recursos económicos da maioria são suficientes para as necessidades básicas (n=46). Já os idosos que residem na comunidade apresentam uma comunicação alargada ao mundo exterior (n=31); com mobilidade (n=44); as atividades de vida diária são desempenhadas, na sua maioria, (n=44) sem ajuda; no que diz respeito a atividade ocupacional esta divide-se entre os que não tem atividade (n=20) e os que têm uma atividade regular (n=20); na dimensão atividades lúdicas, a maioria é de parecer que dão resposta aos seus anseios (n=28); relativamente ao relacionamento familiar, a maioria refere ter uma integração familiar funcional (n=32); e, por último, no que concerne aos recursos económicos, este grupo divide-se entre os que referem ser suficientes para as necessidades básicas (n=22) e os que entendem que vão para além das suas necessidades básicas (n=25). Quanto à Qualidade de Vida total, verificámos que são os idosos que residem na comunidade aqueles que apresentaram níveis superiores (M= 39,68; Dp= 6,96), quando comparados com os institucionalizados (M= 30,38; Dp= 5,52).

No que diz à Qualidade de Vida total e tendo por base o ponto de corte indicado pelos autores (<23 pontos sem QDV; >ou = 23 pontos com QDV), podemos constatar que ambos os grupos, na sua maioria, percebem a sua vida com boa qualidade, embora os domiciliados afirmem de valores superiores. De destacar ainda 14% dos institucionalizados que evidenciam uma percepção de má QDV.

Passando a uma breve contextualização dos resultados da análise inferencial, somos levados a afirmar que o estudo da associação entre a QDV e a esperança, permite concluir que quanto mais elevados forem os níveis de Qualidade de Vida nos idosos maiores são os índices da esperança. Estes resultados reiteram os de Barros de Oliveira, (2010), quando afirma que existe uma correlação positiva entre a esperança e a satisfação de vida, bem como com a percepção do bem-estar psicológico. Já relativamente à influência da variável sexo, constatámos que esta não exerce um efeito significativo sobre a esperança e respetivas dimensões, verificando-se a mesma interação nos dois grupos. Porém, os valores médios evidenciam que são os homens institucionalizados a apresentar valores mais positivos, ou seja, com mais esperança. Estes resultados contrariam os de Moratiou *et al.* (2006) ao afirmar que o sexo se

encontra apenas relacionado com o pensamento de iniciativa. Entre a variável idade e a esperança, também não se verificaram diferenças estatísticas significativas, e o mesmo se verificou na interação entre o grupo e a idade. Apesar desta constatação e considerando mais uma vez os valores da média, são os idosos com idades compreendidas entre os 80 e os 85 anos, a viver em instituições, os que apresentam valores mais elevados. Estamos mais uma vez, em dissonância com Bailey *et al.* (2007), quando afirma que, à medida que a idade avança, os idosos tornam-se menos esperançosos e menos capazes de determinar o modo para atingir os seus objetivos. Por sua vez, Snyder & Shane (2009) defendem que, de acordo com o processo do pensamento esperançoso, não é esperado que este modifique com a idade continuando a estabelecer objetivos e a identificar caminhos.

Um outro resultado que obtivemos diz respeito ao estado civil dos nossos idosos (de ambos os grupos), o qual não influencia, de modo significativo, a esperança. Estes dados contrariam os de Moraitou *et al.* (2006) ao afirmar que o estado civil de um indivíduo tem influência nos níveis de esperança, sendo que são os indivíduos casados ou em união de facto os que apresentam níveis de esperança mais elevados quando comparados com os divorciados e os viúvos. Não foram observados, de forma similar, efeitos significativos entre as habilitações literárias e a esperança, verificando-se o mesmo na interação grupo/habilitações.

Já no que se refere ao estado de saúde, constatámos que são os idosos que residem na comunidade e que percecionam o seu estado de saúde como bom/muito bom, os que apresentam valores mais elevados, proporcionais a um pensamento mais esperançoso. O ter ou não filhos, não parece ser um valor acrescentado pois não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre esta dimensão sociodemográfica e a esperança, facto este que vai ao encontro do que também verificou Barros de Oliveira (2010). Contudo, ao considerarmos a variável “número de filhos”, encontrámos significâncias estatísticas, mas apenas para a dimensão caminhos da esperança. Isto induz-nos a afirmar que os idosos que têm mais filhos (>3) possuem uma capacidade ligeiramente aumentada para gerar e sustentar estratégias cognitivas possíveis para alcançar os seus objetivos, quando comparados com aqueles que têm menos filhos. Similarmente, os idosos institucionalizados com mais filhos são os que apresentam um pensamento mais esperançoso e maior capacidade de criar estratégias para alcançar os seus objetivos.

Para a variável “com quem vive” também não foram encontrados efeitos significativos sobre a esperança e as suas dimensões. O mesmo se verificou na interação entre os grupos. Estes resultados estão em oposição aos de Moraitou *et al.* (2006), ao referir que uma vida solitária diminui a capacidade que os idosos têm de encontrarem caminhos alternativos para atingir os seus objetivos. A percepção que os idosos têm

sobre a preocupação da família não encontrou efeitos significativos com a esperança total, contudo, foi observado efeito significativo sobre a dimensão iniciativa. E entre a variável “frequência de visitas” e a esperança também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Conclusões

A presente investigação proporcionou-nos uma visão mais ampla quer sobre a esperança quer sobre a Qualidade de Vida dos idosos, tendo em conta o seu contexto residencial. Apesar dos avanços significativos que se vão notando, sentimos que os estudos e pesquisas científicas na área da esperança dos idosos necessitam de um maior interesse e aprofundamento teórico, sobretudo em Portugal, onde estes estudos são bastante escassos. Assim sendo, tendo em conta os objetivos inicialmente traçados nesta investigação retirámos as seguintes conclusões:

- A população estudada é maioritariamente feminina, tem uma média de idades que ronda os 81 anos; são predominantemente viúvos, detêm baixos níveis de instrução, 89% dos idosos têm filhos, sendo que a maioria tem mais de 2 filhos. Estes idosos vivem na sua maioria sozinhos. Os idosos que residem na comunidade têm, na sua maioria, idades inferiores a 81 anos, possuem habilitações literárias básicas, dividem-se entre os que vivem sós e os que vivem com o cônjuge, e têm entre 2 a 3 filhos;

- Os idosos institucionalizados têm idades superiores a 81 anos, têm menores habilitações, e têm mais de 3 filhos. Ambos os grupos percecionam o seu estado de saúde como mau ou indiferenciado, o mesmo se verificando na perceção que têm sobre a preocupação da família, que classificam como sendo pouca e muito pouca.

- Os níveis de esperança encontrados divergem entre os participantes. Contudo, 55% dos idosos apresenta níveis elevados (> 53 pontos), 7% moderados (entre 50 e 53 pontos) e 38% baixos (< 43 pontos). Do mesmo modo, a maioria (92%) dos idosos apresenta boa qualidade de vida, porém esta é superior nos idosos residentes na comunidade.

Concluímos também que os fatores determinantes (ou seja os que evidenciam significância estatística) relativamente à esperança são apenas o número de filhos (ter mais de 3 filhos), ter perceção de um melhor estado de saúde e índices mais elevados de qualidade de vida.

As conclusões deste estudo reforçam a pertinência e legitimidade das pesquisas na área da esperança e da qualidade de vida dos idosos, uma vez que existem correlações positivas entre os dois constructos e a perceção do estado de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, A. & Martins, R. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, 40, 185-199. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/13.pdf>>.
- Bailey, T. C., Eng, W., Frisch, M. B. & Sydner, C.R. (2007). Hope and optimism as related to life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 2 (3), 168-175.
- Barros de Oliveira, J. H. (2010). *Psicologia positiva: Uma nova psicologia*. Lisboa: Livpsic.
- D.G.S. – Direção Geral de Saúde (2003). *Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso*. Circular Informativa da Direção Geral de Saúde. A grelha encontra-se disponível em:
<<http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/261/20/Grupo%20VI-%20Grelha%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Qualidade%20de%20Vida%20do%20Idoso%20.pdf>>
- Fonseca, A. M. (2008). Psicologia do envelhecimento e vulnerabilidade. In A. S. Carvalho (Ed. lit.). *Bioética e vulnerabilidade*. Coimbra: Edições Almedina. Pp. 195-217.
- INE - Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Projeções de População Residente em Portugal 2008 – 2060: Relatório anual*. Disponível em:
<http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=66023625&att_display=n&att_download=y>.
- INE - Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos 2011: Resultados provisórios*. Lisboa: INE. Disponível em:
<http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=129675729&DESTAQUESmodo=2#>
- Martins, R. (2004). *Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu*. Disponível em:
<<http://www.ipv.pt/temaseresumos/essv7.pdf>>.
- Martins, R. (2006). Envelhecimento e políticas sociais: o idoso na sociedade contemporânea. *Millenium*, 32, 126-140. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/10.pdf>>
- Martins, R. & Santos, A. (2008). Ser idoso hoje. *Millenium*, 35, 69-76. Disponível em:
<<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/8.pdf>>
- Moraitou, D., Kolovou, C., Pappasozomenos, C. & Paschoula, C. (2006). Hope and adaptation to old age: Their relationship with individual-demographic factors. *Social Indicators Research*, 76, 71-93.
- Pais Ribeiro (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde: instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual do envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel Edições.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: rainbow in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249-275.
- Snyder, C. R. & Shane, J. L. (2009). *Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- Sousa, L., Galante H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de Vida e Bem-Estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*; 37(3):364-71.

Recebido: 4 de novembro de 2014.

Data da Aprovação pelo Conselho-Técnico Científico da ESSV: 30 de outubro de 2014.