

Verificação de um modelo teórico entre bem-estar subjetivo e autoestima em idosos brasileiros

Verification of a model theoretical welfare subjective well-being and self-esteem in brazilian elderly

GOMES, M C S; TOLENTINO, T M; MAIA, M de F de M; FORMIGA, N S; MELO, G F. Verificação de um modelo teórico entre bem-estar subjetivo e autoestima em idosos brasileiros. **R. bras. Ci. e Mov** 2016;24(2):35-44.

RESUMO: O objetivo desse estudo foi verificar a relação entre Bem-Estar Subjetivo e Autoestima em idosos. A amostra foi composta por 219 idosos de 60 a 82 anos de idade residentes no norte de Minas Gerais - Brasil. A análise fatorial confirmatória corroborou a estrutura psicométrica das dimensões propostas por Kozma e Stones¹ para a escala de bem-estar (MUNSH) e por Rosenberg² para a autoestima. Observaram-se indicadores estatísticos que garantiram o modelo explicativo entre as variáveis: modelo 1 - o bem-estar positivo associou-se, positivamente, com a autoestima positiva e, negativamente, com a autoestima negativa; modelo 2 - observou-se uma associação positiva do bem-estar negativo, com a autoestima negativa e, negativamente, com a autoestima positiva. Foi possível verificar por meio de um modelo sistêmico a relação do bem-estar subjetivo com a autoestima que visa identificar a satisfação que o indivíduo tem sobre a vida, social e individual na perspectiva de contribuir para um desenvolvimento de uma autoestima positiva. Conclui-se que é de suma importância refletir sobre questões ligadas à saúde dos idosos principalmente em relação ao melhor desenvolvimento e foco no bem-estar com objetivos que favoreçam uma construção melhor da autoestima, percebido que a melhoria do BES positivo inibe a possibilidade de uma autoestima negativa, ou seja, dissolve a imagem negativa sobre si.

Palavras-chaves: Idoso; Bem-estar Subjetivo; Autoestima; Modelo Teórico.

ABSTRACT: The aim of this study was to investigate the relationship between Subjective Well-Being and Self-esteem in the elderly. The sample consisted of 219 aged 60 to 82 years old living in the north of Minas Gerais - Brazil. Confirmatory factor analysis supported the psychometric structure of the dimensions proposed by Kozma and Stones¹ for a range of well-being (MUNSH) and Rosenberg² for self-esteem. Observed statistical indicators that have assured the explanatory model of variables: Model 1 - the positive well-being was associated positively with positive self-esteem and negatively associated with negative self-esteem; Model 2 - there was a positive association welfare negative with negative self-esteem and negatively with positive self-esteem. It was verified through a systemic model the relationship of subjective well-being with the self-esteem that aims to identify the satisfaction that the individual has about life, social and individual perspective to contribute to developing a positive self-esteem. We conclude that it is very important to reflect on health issues of the elderly especially in relation to development and better focus on wellness goals fostering a better building self-esteem, perceived that improving positive BES inhibits the possibility of a negative, in other words, self-esteem dissolves the negative image of one another.

Key Words: Elderly; Subjective Well-being; Self-esteem; Model Theoretical.

Maria Christina Soares Gomes¹
Thatiana Maia Tolentino²
Maria de Fatima de Matos Maia¹
Nilton Soares Formiga³
Gislane Ferreira de Melo⁴

¹Universidade Estadual de Montes Claros

²Faculdade Santo Agostinho

³Faculdade Internacional da Paraíba/ Laureate International Universities, PB

⁴Universidade Católica de Brasília

Recebido: 11/09/2014

Aceito: 23/02/2016

Contato: Maria Christina Soares Gomes - macsgomes@gmail.com

Introdução

Em todo o mundo, inclusive no Brasil, é percebido um aumento progressivo da longevidade¹⁻³; isto ocorre devido à combinação de fatores ambientais, genéticos, pessoais e socioculturais, sendo tal condição refletida em um problema maior: o envelhecimento da população⁴. Trata-se de percentuais progressivos, pois, no estudo do IBGE³, em dez anos, o número de idosos acima de 60 anos, passou de 15 milhões para, aproximadamente, 20 milhões. De acordo com Felix⁵, a atenção deverá ser maior, pois, em 1996, eram 16 idosos para cada 100 crianças e, em 2000, 30 idosos para cada 100 crianças, condição que aumentará, exigindo não apenas mudanças em políticas públicas de saúde, mas, também, em profissionais e sistema da formação educacional superior.

O aumento da população idosa gerou um interesse no desenvolvimento de estudos com o objetivo de verificarem a influência entre variáveis da qualidade de vida, bem-estar subjetivo, autoestima e a saúde dos idosos, bem como, avaliar a variação das respostas de tais sujeitos nestas variáveis, especialmente, no que diz respeito a interferência positiva ou negativa durante o fenômeno da longevidade⁶⁻⁸.

O fato é que, o processo de envelhecer é algo constante e natural gerando interferências funcionais e psicológicas que é determinado pelas experiências e pelo meio em que o indivíduo está inserido⁹⁻¹¹. Dentre as várias transformações que o indivíduo idoso é submetido, ressaltam-se as da dimensão psicológica, pois, poderão influenciar o comportamento e as atitudes frente a individualidade e dinâmica interpessoal deles, por exemplo: a autoestima (AE) e o bem-estar subjetivo (BES); estes construtos podem ser influenciados, seja de forma direta, devido impacto descendente do estilo e condição de vida física e emocional que os idosos estão inseridos, seja indiretamente, tendo os estigmas sociais como geradores de processo, em função de uma sociedade discriminativa e, muitas vezes, determinadas pelo estilo de vida e o utilitarismo social que o indivíduo deverá possuir¹²⁻¹³.

De acordo com Diener *et al.*¹⁴, bem como, Argyle¹⁵, a pessoa ao envelhecer, há uma diminuição da

intensidade emocional na qual é sentida por meio das experiências vividas; apesar de existir um aumento na satisfação com a vida com o avanço da idade, a intensidade das experiências afetivas diminui no decorrer desses anos, pois, os eventos de vida contribuem, significativamente, para a variância dos afetos positivos e negativos do bem-estar.

Assim, a vivência de experiências desagradáveis na velhice propicia a percepção de diversos níveis de satisfação com a vida, esta, pode ser modificada com o passar do tempo e das experiências; ao considerar que o bem-estar subjetivo está diretamente associado à condição de vida do indivíduo, influenciado com o passar dos anos, o julgamento desse bem-estar subjetivo a partir das condições de vida em que estão envolvidos. Por sua vez, estas condições, muitas vezes, vão se dissolvendo, se não de forma concreta (corpo físico e a atividade física) ou subjetiva (emoção, relações interpessoais e as amizades, a lida com a perda de amigos e familiares e outros fatores inerentes), podendo interferir no nível de satisfação com a vida refletindo então em alterações no estilo de vida social e psicológica do idoso¹³.

Sendo assim, segundo Albuquerque e Tróccoli¹⁶, o bem-estar subjetivo poderá ser conceituado como sendo a avaliação que o indivíduo faz da sua vida, no que diz respeito à felicidade, satisfação, afetos positivos ou negativos e até mesmo sobre o estado de espírito; de acordo com esses autores, estes fatores interferem diretamente na qualidade de vida, a qual é determinada pelo estilo de vida, bem como, pela relação que o indivíduo estabelece com o mundo e com o seu próprio corpo.

Desta forma, a autoestima estaria, diretamente, relacionada com o modo de se ver e viver das pessoas e está associado ao comportamento que o indivíduo tem sobre si em relação ao meio em que vive¹⁷; de maneira geral, a autoestima pode ser conceituada como sendo o “juízo de valor que se expressa mediante as atitudes que o indivíduo mantém em face a si mesmo”¹⁸.

Desenvolvido por Rosenberg^{2,19} tanto em sua perspectiva teórica quanto de medida de avaliação

psicológica, este construto tem sido importante nos estudos da psicologia, pois de acordo com Sbicigo, Bandeira e Dell’Aglío²⁰, além de influenciar no ajustamento psicossocial é um indicador de saúde mental e fator relevante no processo de avaliação, identificação e prevenção de problemas psicológicos. Assim, considera-se que esta é determinada pela atitude que o indivíduo tem sobre si (insatisfação pessoal ou não, rejeição e repúdio pessoal, etc.), seja ela positiva ou negativa e que estão relacionados com os sentimentos existentes e julgamentos acerca de suas próprias capacidades^{18,21}.

O ser humano no transcorrer de sua vida pode sofrer influências (aspecto físico, social e cultural) impostas pela sociedade, as quais interferem diretamente ao estilo e qualidade de vida dos mesmos. Com o envelhecimento, nota-se esta influência na percepção que o idoso possui muitas vezes de si, sobre seu estado de vida e que podem interferir diretamente no jeito de ser e viver dos mesmos, favorecendo em alterações na autoestima e, por conseguinte, no seu bem-estar.

Estudos realizados com crianças, adolescentes e jovens mostram esta relação entre o bem-estar subjetivo e a autoestima com bastante precisão, mostrando que a satisfação que os indivíduos têm sobre sua própria vida estão diretamente interligadas^{22,23,24}.

Apesar de existir uma quantidade significativa de instrumento que avaliam o bem-estar para idosos^{1,25-27} e a autoestima^{2,28}, entretanto em consulta nos sites de busca da produção científica (SCIELO, periódico Capes, Unicamp), com as palavras-chaves: bem-estar, autoestima e idosos; autoestima, terceira idade e bem-estar; não foram encontrados estudos que contemplassem essas variáveis e amostra específica, bem como, os instrumentos de medida psicológica aqui abordados.

Sendo assim, pretende-se avaliar a influência do bem-estar subjetivo a partir da concepção de Kozma e Stones¹, com a escala “*Development of the Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness*” – (MUNSH) sobre a autoestima com base no inquérito de Rosenberg^{2,19}, atribuído de “*Rosenberg Self-Esteem Scale*”. Além, de avaliar a relação entre as variáveis, pretende-

se verificar a validade da estrutura psicométrica dessas escalas para a população idosa brasileira.

Materiais e Métodos

A amostra deste estudo foi composta por 219 (duzentos e dezenove) idosos residentes ao norte de Minas Gerais – Brasil, praticantes de atividade física (3.28 ± 1.35) sendo incluso somente indivíduos que tenha idade igual ou superior a 60 anos (68.03 ± 6.20).

Os sujeitos responderam os seguintes instrumentos:

Escala de autoestima: desenvolvido originalmente por Rosenberg¹⁹, intitulada *Rosenberg Self-Esteem Scale* (EAR). A escala de autoestima de Rosenberg², utilizada neste estudo possui dez itens, sendo cinco referentes a uma visão positiva de si mesmo e cinco referentes a uma visão autodepreciativa. O sujeito deveria responder numa escala tipo Likert de cinco pontos que variava da seguinte forma: 1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo, 3 = Nem concordo, nem discordo, 4 = Concordo 5 = Concordo totalmente.

Essa escala vem apresentando índices de consistência interna aceito pela literatura vigente, os quais garante a confiabilidade de sua mensuração^{7,27,29}.

Escala de bem-estar subjetivo (MUNSH). Trata-se de um instrumento desenvolvido por Kozma e Stones¹, com 24 questões respondidas em uma escala do tipo Likert, com 5 pontos, caracterizado por um *continuum* que varia do desacordo total à concordância total, dividido em quatro fatores: afetos positivos – (AP), afetos negativos – (NA), experiências positivas – (EP), experiências negativas – (EM), podendo encontrar uma pontuação total de bem-estar. Para tanto, o mesmo é calculado pela fórmula: $BESG = (AP-AN) + (EP-EN)$, bem como, especificando o bem-estar negativo (AN-EN) e o positivo (AP- EP).

Primeiramente, o estudo foi autorizado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros - MG sob o Parecer nº 1642/2009. Em seguida, obtiveram-se as assinaturas do termo de consentimento livre e esclarecido por parte dos participantes, para posteriormente iniciar a coleta nos

diversos núcleos (locais) existentes de atividades orientadas a idosos distribuídas em vários bairros da cidade. A aplicação dos instrumentos em cada núcleo (locais das práticas) aconteceu individualmente sendo aplicado pelo próprio pesquisador e colaboradores que foram previamente treinados para a aplicação, garantindo-lhes o anonimato e a confidencialidade. Antes de aplicar o instrumento, esclareceu ao participante o objetivo deste estudo bem como sobre a importância do mesmo para a população idosa.

Procurou-se definir um mesmo procedimento padrão científico e ético que consistia em aplicar o instrumento, contando com instruções necessárias para que possam ser respondidas. Colaboradores responsáveis pela coleta dos dados, os quais se apresentavam aos respondentes como interessado em conhecer as opiniões e os comportamentos das pessoas sobre o bem-estar subjetivo e a autoestima.

Era solicitada aos indivíduos a colaboração voluntária deles no sentido de responderem um questionário breve. Dizia-lhes que não havia resposta certa ou errada, e que respondesse individualmente, a todos era assegurado o anonimato das suas respostas, que seriam tratadas em seu conjunto. Os colaboradores na aplicação estiveram presentes durante toda a coleta para retirar eventuais dúvidas ou realizar esclarecimentos que se fizessem indispensáveis. Um tempo médio de 30 minutos foi suficiente para concluir essa atividade.

Quanto à análise dos dados, efetuou-se uma análise de modelagem de equação estrutural, com o objetivo de verificar a adequabilidade da estrutura das escalas. Considerou-se como entrada a matriz de covariâncias, tendo sido adotado o estimador ML (Maximum Likelihood). Este tipo de análise estatística é mais criterioso e rigoroso, pois permite testar diretamente a estrutura fatorial que se propõem teoricamente. Esta análise apresenta alguns índices que permitem avaliar a qualidade de ajuste do modelo proposto³⁰⁻³⁵, por exemplo: χ^2 (qui-quadrado) testa a probabilidade de o modelo teórico se ajustar aos dados; quanto maior este valor pior o ajustamento. Este tem sido pouco empregado na literatura, sendo mais comum considerar sua razão em

relação aos graus de liberdade ($\chi^2/g.l.$). Neste caso, valores até 3 indicam um ajustamento adequado; RMR - indica o ajustamento do modelo teórico aos dados, na medida em que a diferença entre os dois se aproxima de zero (0); GFI e o AGFI são análogos ao R^2 em regressão múltipla. Portanto, indicam a proporção de variância-covariância nos dados explicada pelo modelo. Estes variam de 0 a 1, com valores na casa dos 0.80 e 0.90, ou superior, indicando um ajustamento satisfatório; RMSEA, com seu intervalo de confiança de 90% (IC90%), é considerado um indicador de “maldade” de ajuste, isto é, valores altos indicam um modelo não ajustado. Assume-se como ideal que o RMSEA se situe entre 0.05 e 0.08, aceitando-se valores de até 0.10; CFI - compara de forma geral o modelo estimado e o modelo nulo, considerando valores mais próximos de um como indicadores de ajustamento satisfatório; TLI - apresenta uma medida de parcimônia entre os índices do modelo proposto e do modelo nulo. Varia de zero a um, com índice aceitável acima de 0.90; ECVI e o CAIC são indicadores geralmente empregados para avaliar a adequação de um modelo determinado em relação a outro. Valores baixos do ECVI e CAIC expressam o modelo com melhor ajuste.

Resultados e discussão

A fim de atender ao objetivo principal do estudo, inicialmente, procurou-se verificar organização da estrutura psicométrica da escala de bem-estar subjetivo e autoestima em idosos; para isso, efetuou-se, no pacote estatístico AMOS 21.0, uma análise fatorial confirmatória e modelagem de equação estrutural hipotetizando a existência dos fatores propostos por Kozma e Stones¹ para o bem-estar subjetivo e por Rosenberg^{2,19} para a autoestima.

Para a realização desse cálculo, optou-se em deixar livres as covariâncias (ϕ , φ) entre os fatores, sendo observados indicadores de qualidade de ajuste do modelo que atenderam as recomendações apresentadas na literatura^{31,35,36}. Em relação a autoestima, os resultados obtidos nestas análises revelam que o modelo bifatorial (com 10 itens: 5 para autoestima positiva e 5 para autoestima negativa), principalmente, quando comparado

a um modelo unifatorial, apresentou indicadores de ajustes que sugerem adequabilidade da medida da autoestima na referida amostra, a saber: $\chi^2/\text{gl} = 1.28$, RMR = 0.07, GFI = 0.97, AGFI = 0.95, TLI = 0.99, CFI = 1.00, RMSEA (90%IC) = 0.01 (0.00 - 0.05), CAIC = 190.58 e ECVI = 0.37.

Considerando que todas as saturações (Lambdas, λ) estiveram dentro do intervalo esperado $|0 - 1|$ e que foram estatisticamente diferentes de zero ($t > 1.96$, $p < 0.05$), denotou-se não haver problemas de estimativa para corroborar a existência bifatorial para se avaliar a autoestima em idosos. Na Figura 1, é possível observar as associações itens-fator, com todas elas positivas.

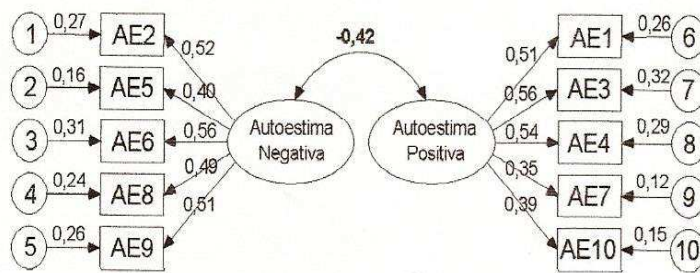


Figura 1. Estrutura fatorial da escala de autoestima de Rosenberg em idosos

Considerando semelhante raciocínio para escala da supracitada, realizou na mesma direção estatística, o cálculo para a escala de bem-estar subjetivo; deixando livres as covariâncias (ϕ , φ) entre os fatores, observaram-se indicadores de qualidade de ajuste que atenderam as recomendações da literatura estatística^{31,35,36}. O construto bem-estar subjetivo apresentou resultados que revelaram a garantia do modelo tetrafatorial (com 24 itens: 5 para o afeto positivo, 7 para a experiência positiva, 5 para o afeto negativo, 7 para a experiência negativa), quando comparado ao modelo unifatorial; o modelo hipotetizado, apresentou indicadores

de ajustes que garantiram a adequabilidade de sua medida: $\chi^2/\text{gl} = 1.13$, RMR = 0.07, GFI = 0.93, AGFI = 0.91, TLI = 0.99, CFI = 0.99, RMSEA (90%IC) = 0.01 (0.00-0.03), CAIC = 728.70 e ECVI = 1.75.

Considerando que todas as saturações (Lambdas, λ) estiveram dentro do intervalo esperado $|0 - 1|$ e que foram estatisticamente diferentes de zero ($t > 1.96$, $p < 0.05$), denotou-se não haver problemas de estimativa para corroborar a existência bifatorial para se avaliar a autoestima. Na Figura 2, é possível observar as associações itens-fator, com todas elas positivas.

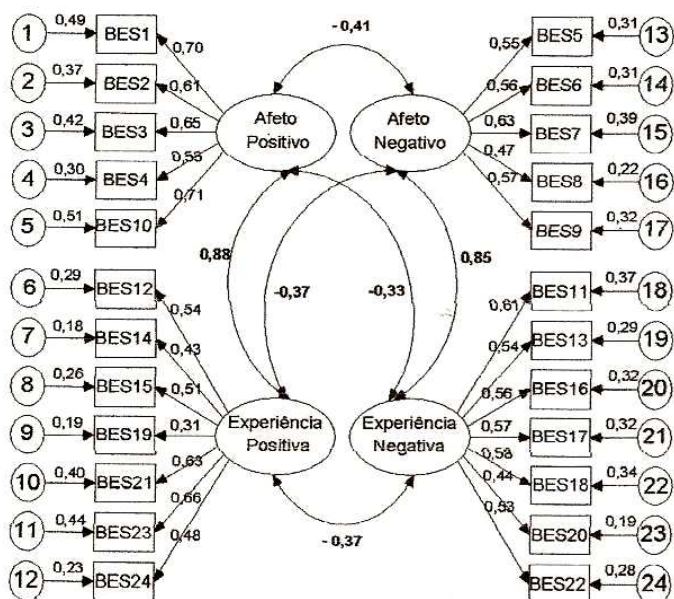


Figura 2. Estrutura fatorial da escala de bem-estar subjetivo em idosos

Reconhecida à consistência da estrutura fatorial das escalas utilizadas neste estudo, procurou-se avaliar a associação entre tais variáveis; para isso, a partir da análise e modelagem de equação estrutural verificou-se o modelo teórico pretendido (uma associação do bem-estar subjetivo sobre a autoestima). Considerou-se um modelo recursivo de equações estruturais efetuando-se o cálculo no programa AMOS 21.0; gerou-se um primeiro modelo que contemplava o bem-estar positivo influenciando o bem-estar negativo e, estes, a autoestima positiva. Feita as

devidas modificações nos ajustes de erro, encontrou-se o modelo que se esperava, este apresentou a seguinte razão: $\chi^2/\text{gl} = 1.24$; GFI = 0.97; AGFI = 0.95; CFI = 0.98, RMSEA = 0.03 (0.00 - 0.06). Observou-se que o peso da variável do bem-estar positivo (afeto e experiência positivas) apresentou escore lambda positivo com autoestima positiva ($\lambda = 0.70$) e negativa com o bem-estar negativo ($\lambda = -0.40$), tendo esta última variável se associado, negativamente, com a auto-estima positiva ($\lambda = -0.32$).

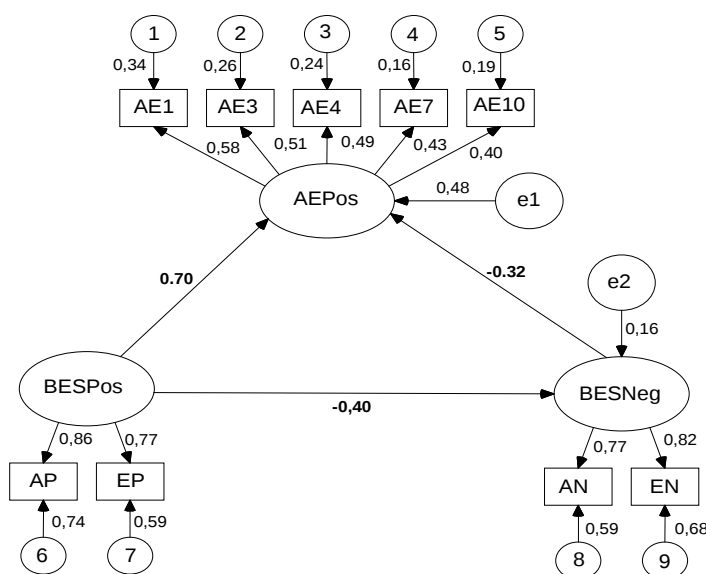


Figura 3. Estrutura fatorial da associação entre as variáveis bem-estar subjetivo sobre a autoestima positiva

Em um segundo modelo, avaliou-se a associação positiva entre o bem-estar negativo (afeto e experiência negativas) e a autoestima (positiva e negativa), observaram-se lambdas que se inverteram em suas associações comparadas ao primeiro modelo: o bem-estar negativo associou-se, positivamente, com a autoestima negativa ($\lambda = 0.81$), mas, o bem-estar negativo, apresentou escores lambdas, negativos com o bem-estar negativo ($\lambda = -0.38$) e a autoestima negativa ($\lambda = -0.37$); a partir das modificações de ajustes, este apresentou indicadores psicométricos que garantiram o modelo em questão: $\chi^2/\text{gl} = 1.08$; GFI = 0.96; AGFI = 0.94; CFI = 0.99, RMSEA = 0.02 (0.00 - 0.05).

Considerando os resultados da análise de modelagem estrutural entre as variáveis (ver figuras) é possível observar que tanto no modelo fatorial hipotetizado para o construto autoestima quanto para o bem-estar subjetivo, estes, revelaram indicadores de

adequabilidade na avaliação dessas variáveis em uma amostra de idosos, além de convergir para similaridade da estrutura psicométrica com base na teoria, respectivamente, uma estrutura bifatorial e tetrafatorial de acordo com o que propunham os autores do instrumento original¹⁻². Na particularidade psicométrica neste estudo, os indicadores de ajuste CFI e TLI, os quais são destinados para comparar o modelo nulo ao modelo estimado, estes, foram maiores que 0.90 em ambas as medidas. Esse resultado foi garantido pelo indicador $\chi^2/\text{g.l.}$ e RMR, indicando a adequabilidade nos ajustes dos erros em cada medida na amostra de idosos.

No que se refere aos modelos teóricos, as relações existentes entre o bem-estar subjetivo sobre a autoestima quanto aos aspectos positivos e negativos desta em uma amostra de idosos, é possível afirmar que, o indivíduo idoso que se encontra com um bem-estar subjetivo positivo (ou seja, uma satisfação com a vida elevada),

provavelmente, possibilitará a uma autoestima positiva, por outro lado, resultados inverso é observado no bem-estar subjetivo negativo e as duas auto-estima. Tais resultados, teoricamente, poderão orientar em práticas psicossociais e físicas para o idoso em relação ao desenvolvimento de um bem-estar positivo, pois, já que tal construto é capaz de explicar o desenvolvimento em

estrutura e funcionalidade o ajustamento social e psicológico das pessoas, contribuiria para, também, melhor administração da autoestima, podendo, favorecer a qualidade de vida de idosos, já que ambas as variáveis, visam a avaliação de si mesmo quanto a satisfação por si e pela vida.

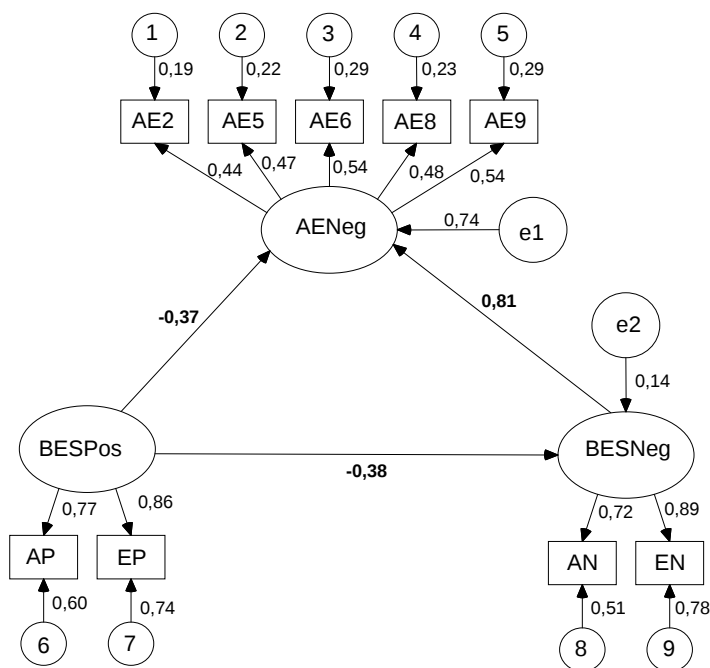


Figura 4. Estrutura fatorial da associação entre as variáveis bem-estar subjetivo sobre a autoestima negativa

Especificamente, a associação observada entre as dimensões da autoestima poderá, por um lado, de forma positiva, organizar as habilidades emocionais e comportamentais das pessoas, ou seja, o auto-valor e auto-imagem a autoestima positiva; por outro lado, ao inibiria a autoestima negativa; já na associação do bem-estar negativo sobre a autoestima (respectivamente, positiva e negativa), reforça, os resultados entre essas variáveis destacada no parágrafo acima, pois, um bem-estar negativo, poderá aproximar a autoestima negativa e afastar a positiva.

Frente aos resultados do presente estudo, os achados no estudo de Nahas, Barros e Fracalacci³⁷ e de López, Garcia e Dresch³⁸ corroboram os aqui observados, respectivamente, para Nahas, Barros e Fracalacci³⁷, um fator relevante para identificar a autoestima do indivíduo, diz respeito à qualidade de vida e bem-estar dos sujeitos e para López, Garcia e Dresch³⁸, ao comparar a autoestima, a ansiedade e a satisfação percebida, considerada

preditora da saúde em homens e mulheres, de acordo com esses autores, sugere a autoestima como fator determinante da relação que possuem com o estilo de vida e que esta, estar diretamente relacionada com a qualidade de vida e bem-estar das pessoas.

Desta forma, este estudo não apenas sugere a confirmação hipotética em relação as teorias defendidas no estudo, mas, aponta-se em direção de maior atenção em investimentos em políticas educacionais, sociais e de saúde para os idosos tendo com base o bem-estar e a autoestima; afinal, segundo Strawbridge, Wallhagen e Cohen³⁹, o bem-estar subjetivo é um critério essencial para a velhice bem-sucedida, pois, associar-se-ia a uma forma mais saudável de envelhecimento, sendo um indicador de saúde mental e também sinônimo de felicidade, ajuste e integração social e autopercepção positiva. Sendo assim, é de suma importância identificar quais são os fatores que podem levar o indivíduo a uma

baixa autoestima, a qual, provavelmente, interferira na qualidade de vida e bem-estar dos sujeitos.

Conclusões

Os resultados aqui observados, principalmente, no que se refere a associação bem-estar subjetivo e autoestima, pretendeu como avaliar a percepção que o indivíduo faz de sua própria vida relacionada aos afetos positivos e negativos como também com experiências positivas e negativas vivenciadas, bem como, a organização e funcionalidade de um juízo de valor que os respondentes elaboram e manifestam em relação a eles mesmos; estes foram comprovados, garantindo que os respondentes do estudo reconhecem tais construtos psicológicos em sua vida.

Referências

1. Kozma A, Stones MJ. The measurement of happiness: Development of the Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness (MUNSCH). *Journal of Gerontology*. 1980; 35: 906-12.
2. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Rev. ed. Middletown, CT: Wesleyan University Press; 1989.
3. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico, 2010. Rio de Janeiro; 2011.
4. Moraes JFD, Souza VBA. Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2005; 27(4): 302-8.
5. Felix JS. O planeta dos idosos. Entrevista de Alexandre Kalache, coordenador do programa de envelhecimento e longevidade da OMS. São Paulo. *Revista Fator*, edição do Banco Fator. 2007.
6. Fiquer JT, Otta E. Bem estar subjetivo e suas alterações ao longo da vida. *Boletim do Instituto de Saúde – BIS, Instituto de Saúde – SP*. 2004; 32(Abril): 10-10.
7. Giacomoni, CH. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade e vida. *Temas em Psicologia da SBP*. 2004; 12(1).
8. Fernandes MG, Vasconcelos-Raposo JJ, Fernandes HM. Relação entre orientações motivacionais, ansiedade e autoconfiança, e bem-estar subjetivo em atletas brasileiros. *Revista Motricidade*. 2012; 8(3): 4-18.
9. Carvalho Filho ET, Alencar YMG. Teoria do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, org. *Geriatrics: fundamentos, clínica, terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 1994.
10. Brêtas ACP, Oliveira EM. Interseções entre as áreas de conhecimento da gerontologia, da saúde e do trabalho: questões para reflexão. *Saude soc*. 1999; 8(2): 59-82.
11. Schimidt TCG, Silva MJP. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(3):612-7.
12. Costa, AJL. Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de - Domicílios PNAD, Brasil, 2003. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2006; 11(4): 927-40.
13. Falcão DVS, Araújo LF. *Psicologia do envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados*. Campinas, SP: Editora Alínea; 2011.
14. Diener E, Suh E, Lucas R, Smith H. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*. 1999; 125: 276-302.
15. Argyle, M. Causes and correlates of happiness. *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation; 1999.
16. Albuquerque AS, Tróccoli BT. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2004; 20(2): 153-64.
17. Sousa BVO, Maia MFM, Vasconcelos-Raposo JJB. Bem-estar, Autoestima e IMC de adolescentes. *Motricidade (Santa Maria da Feira)*. 2012; 8: 1065-75.
18. Maia MFM, Vasconcelos-Raposo JJB. Bem-estar psicológico, depressão, auto-estima e índice de massa corporal em jovens adolescentes da cidade de Montes Claros, Estado de Minas Gerais – Brasil. Tese não publicada (Doutorado em Ciência do Desporto). Portugal: Vila Real; 2009.
19. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press; 1965.
20. Sbicigo JB, Bandeira DR, Dell’aglio DD. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. *Revista Psico - USF*. 2010; 15(3): 395-403.
21. Freire T, Tavares D. Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Rev Psiq Clín*. 2011; 38(5): 184-8.

22. Queroz NC, Neri AL. Bem-estar psicológico: investigações acerca dos recursos adaptativos em adultos e na meia-idade. Tese doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. Campinas, SP: [s.n.]; 2008.
23. Poletto M, Koller SH. Bem-estar subjetivo: um estudo longitudinal com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. Tese doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia. Porto Alegre, RS: [s.n.]; 2011.
24. Maia MFM, Lima CAG, Miranda Neto JT, Silva JR, Campos LR. Autoestima e Bem-estar em pessoas com idades dos 18 aos 20 anos. *Motricidade* (Santa Maria da Feira). 2012; 8: 1076-80.
25. Campbell A, Converse PE, Rodgers WL. *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations, and Satisfaction*. New York: Russell Sage Foundation; 1976.
26. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*. 1985; 49: 71-5.
27. Giacomoni CH, Hutz CS. A mensuração do bem-estar subjetivo: escala de afeto positivo e negativo e escala de satisfação de vida [Resumos]. In: Congresso Interamericano de Psicologia, Sociedade Interamericana de Psicologia (Org.), São Paulo, SP: SIP. Anais. 1997; 26: 313.
28. Steglich LA. Terceira idade, aposentadoria, auto-imagem e auto-estima. Dissertação. Porto Alegre: Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1978.
29. Santos P, Maia J. Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. 2003; 2: 253-68.
30. Bilich F, Silva R, Ramos P. Análise de flexibilidade em economia da informação: modelagem de equações estruturais. *Revista de Gestão da tecnologia e Sistemas de Informação*. 2006; 3(2): 93-122.
31. Byrne BM. *A primer of LISREL: Basic applications and programming for confirmatory factor analytic models*. New York: Springer, Verlag; 1989.
32. Garson GD. PA 765 Statnotes: An online textbook. 2003. Disponível em <http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/statnote.htm> [2013 dez 17].
33. Hair J, Anderson R, Tatham R, Black W. *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman; 2005.
34. Kelloway EK. *Using LisREL for structural equation modeling: A researcher's guide*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1998.
35. Van de Vijver F, Leung K. *Methods and data analysis for cross-cultural research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1997.
36. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon; 1996.
37. Nahas MV, Barros MG, Fracalacci VO. Pentáculo do Bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. 2000; 5(2): 48-59.
38. López MPS, Garcia MEA, Dresch V. Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*. 2006; 18(3): 584-90.
39. Strawbridge W, Wallhagen M, Cohen R. Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*. 2002; 42(6): 727-33.