

AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA POSITIVA PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE DE APOSENTADOS

Helen Durgante^{1 2}, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2044-6865>
Lívia Maria Bedin¹, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7472-2255>
Débora Dalbosco Dell'Aglio³, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0149-6450>

RESUMO. Este estudo teve como objetivo avaliar a intervenção psicológica positiva para promoção de saúde de aposentados, a partir da avaliação dos participantes, no que se refere à satisfação com o programa e com o moderador, clareza/compreensão/aplicação dos conteúdos e manutenção da aplicação ao longo de tempo, com delineamento longitudinal misto e avaliação pré (T1), pós-teste (T2) e seguimento (T3 - 03 meses). Participaram 65 aposentados que responderam ao questionário misto de avaliação do programa. Análises quantitativas indicaram maiores médias para satisfação com o programa e com o moderador; e menor média para tempo de duração do programa. 77,7% participantes em T2 e 87,2% em T3 utilizaram nas suas vidas os conteúdos trabalhados no programa. Foi observada manutenção da aplicação dos conteúdos de empatia, autocuidado, otimismo, gratidão, perdão e autoperdão. Resultados positivos demonstram que este modelo de intervenção para promoção de saúde – com base na psicologia positiva e TCC – apresenta potencial para ser aplicado em contextos de saúde pública e promoção de envelhecimento ativo.

Palavras-chave: Psicologia positiva; aposentadoria; intervenção em saúde.

EVALUATION OF A POSITIVE PSYCHOLOGY INTERVENTION FOR HEALTH PROMOTION OF RETIREES

ABSTRACT. This study aimed to evaluate a Positive Psychology programme for health promotion of retirees, based on evaluation of participants with regard to levels of satisfaction with the programme/group and with the moderator, comprehension and application of contents and maintenance/long-term application of contents. A mixed longitudinal design, with pre-test (T1), post-test (T2), and follow-up (T3 - three months) evaluations was used. 65 retirees answered a programme evaluation questionnaire. Quantitative results indicated higher mean rates for satisfaction with the moderator and programme; and lower rates for the programme length/duration. Qualitative analysis indicated that 77.7% of the sample at T2, and 87.2% at T3 reported having used contents of the programme in their lives. Maintenance of application of contents was observed for empathy, self-care, optimism, gratitude, forgiveness and self-forgiveness. Positive outcomes demonstrate this pattern of intervention for health promotion – based on Positive Psychology and CBT – presents the potential to be applied within public health contexts for the promotion of active aging.

Keywords: Positive psychology; retirement; health intervention.

¹ Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas-RS, Brasil.

² E-mail: dicoforo@hotmail.com

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre-RS, Brasil.



EVALUACIÓN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA POSITIVA PARA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE JUBILADOS

RESUMEN. Este estudio evaluó una intervención psicológica positiva para la promoción de la salud de jubilados, basado en la evaluación de los participantes, encunanto a satisfacción con el programa y con el moderador, claridad/comprensión/aplicación de los contenidos y mantenimiento de la aplicación en el tiempo, con diseño longitudinal mixto y evaluación pre (T1), posterior a la prueba (T2) y seguimiento (T3 - tres meses). Participaron 65 jubilados que respondieron los cuestionarios de evaluación del programa. Los análisis cuantitativos indican promedios más altos para satisfacción con el moderador y programa; y más bajo para la duración del programa. 77.7% de los participantes en T2 y 87.2% en T3 usaron en sus vidas los contenidos trabajados en el programa. Se observó mantenimiento de la aplicación de las variables empatía, autocuidado, optimismo, gratitud, perdón y autoperdón. Los resultados positivos demuestran que este modelo de intervención presenta potencial de ser aplicado en contextos de salud pública y promoción del envejecimiento activo.

Palabras clave: Psicología Positiva; jubilados; intervención en salud.

Introdução

Mudanças na configuração sociodemográfica da população no Brasil, seguindo a tendência mundial de envelhecimento populacional com maior longevidade – expectativa de vida – e redução da natalidade, estão entre os maiores ganhos em termos de saúde no último século (World Health Organization [WHO], 2015). Porém, esta tendência de envelhecimento apresenta desafios para a rede de serviços a essa população em vulnerabilidade, em razão da falta de políticas públicas, qualificação profissional, insumos (recursos materiais e humanos) e serviços especializados, sobrecarregando a rede de saúde e, muitas vezes, resultando em serviços inapropriados ou indisponíveis para esta parcela da população (Barbosa, Freitas, & Neufeld, 2017).

Um dos fatores de agravo para a qualidade de vida em idades avançadas tem relação aos aspectos de vida e trabalho, dado o aumento considerável do índice de aposentados no país sem, muitas vezes, disporem de recursos para melhor adaptação a esta etapa de vida e promoção de um envelhecimento ativo, com a superação de possíveis adversidades decorrentes da progressão da idade, como comorbidades de ordem física e/ou psicológica (Nalin & França, 2015; Leandro-França & Murta, 2019). Além disso, especialmente no Brasil, em torno de um terço dos aposentados é economicamente ativo no país pois, apesar do programa de seguridade social nacional, os benefícios são distribuídos de maneira desigual e há necessidade de retornar à força de trabalho em razão das necessidades econômicas (Wong & Carvalho, 2006). Assim, é importante que a aposentadoria não seja vista somente como o ato de parar de trabalhar, mas como um processo e nova etapa de vida e desafios, tanto para o indivíduo, quanto para seu ciclo familiar e relacional.

A aposentadoria pode ser percebida tanto com o aumento da satisfação com a vida, possibilidades de (re)descobertas e vínculos sociais, e reconstituição da identidade pessoal para alguns – no caso de uma aposentadoria planejada –; quanto com consequências negativas para outros, como maior ansiedade, isolamento social, redução do padrão de vida e autoestima (perceber-se inativo), inabilidade para gerenciar o tempo livre, falta de significado de vida, depressão e até mesmo o suicídio (Kail & Carr, 2016). Entre os fatores

de maior impacto identificados para a saúde emocional/mental e físicas em indivíduos aposentados, estão aspectos relativos à perda do papel regulador que o trabalho exerce na vida, redução das condições socioeconômicas e de relações sociais, morte de membros familiares, saída de filhos de casa, e possíveis comprometimentos de saúde, e comorbidades, decorrentes da progressão da idade (Nalin & França, 2015; Leandro-França & Murta, 2019).

Como prática recente para a promoção de saúde implementada em contexto internacional estão Intervenções Psicológicas Positivas (IPPs), as quais têm demonstrado resultados satisfatórios para a mudança de processos cognitivos, auxiliando em maior flexibilidade mental e resiliência, melhora no bem-estar e saúde, tanto de indivíduos com diagnóstico clínico (depressão), quanto não clínico, o que sugere eficácia das intervenções também para a redução de sintomas depressivos, inclusive em idades avançadas (Seligman, Rashid, & Parks, 2006; Stoner, 2019; Sutipan, Intarakamhang, & Macaskill, 2016). Este modelo de intervenção visa promover recursos psicológicos (forças-virtudes de caráter), por meio de práticas e métodos interventivos para o desenvolvimento de pensamentos, sentimentos e comportamentos positivos do indivíduo, resultando em maior resiliência e melhor saúde (Sin & Lyubomirsky, 2009). Além disso, a literatura internacional aponta que percepção positiva quanto à saúde mental/física está entre os preditores mais comumente relatados para melhor ajustamento à aposentadoria, o que ressalta a importância de trabalhar estes aspectos em intervenções para esta faixa etária (Barbosa, Monteiro, & Murta, 2016).

Entre as forças trabalhadas em IPPs, variáveis como gratidão, perdão e otimismo têm ganhado espaço em programas atuais, com demonstrados efeitos, não somente na prevenção de patologias psíquicas, mas também para a superação de eventos traumáticos e impactos nocivos na saúde física (Hendriks, Schotanus-Dijkstra, Hassankhan, de Jong, & Bohlmeijer, 2019). Cabe lembrar que o otimismo é variável fundamental de influência para maior ajustamento à aposentadoria (Barbosa et al., 2016). Além disso, o significado que indivíduos atribuem à vida e trabalho e valores pró-sociais têm se mostrado fatores benéficos, com impactos expressivos na saúde geral. Emoções positivas auxiliam a amenizar ou recuperar-se mais rapidamente de efeitos psicofisiológicos negativos como, reatividade cardiovascular, processos inflamatórios e imunossupressão, geralmente agravados em situações estressoras (Ghielen, Van Woerkom, & Christina Meyers, 2017; Kiken & Fredrickson, 2017).

Por isso, propostas que visam a ampliação do modelo de gestão em saúde, introduzindo práticas de promoção de saúde, centradas no desenvolvimento de forças/potencialidades dos indivíduos tornam-se indispensáveis. Desse modo, tem sido encorajado cada vez mais o uso de práticas de IPPs por profissionais/clínicos para a atuação tanto em atendimentos individuais, quanto grupais, e para o público-alvo com risco de desenvolver depressão e/ou relativamente idosos (Sin & Lyubomirsky, 2009). Além disso, dados indicam aumento linear dos resultados de bem-estar de acordo com a faixa etária dos participantes, e maiores benefícios de IPPs multicomponentes – que utilizam a combinação de práticas e trabalham diferentes variáveis de resultado –, comparado ao grupo controle, ou outras intervenções para promover bem-estar (Bolier et al., 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009).

Embora IPPs, com base em evidências por meio de programas estruturados – com validade empírica fundamentada – para a promoção de saúde de aposentados, ainda não seja prática recorrente no Brasil, em outros países este modelo vem sendo utilizado, apresentando resultados consistentes e promissores (Bolier et al., 2013; Sin & Lyubomirsky,

2009). Desse modo, sendo a saúde considerada processo dinâmico, multicausal e multidimensional, e tendo em vista a limitada gama de programas multicomponentes ofertados em âmbito nacional para a promoção de forças-virtudes em indivíduos aposentados, o Programa Vem Ser: programa de Psicologia Positiva para a promoção de saúde em aposentados foi desenvolvido, implementado e avaliado. O programa passou por estudo piloto (Durgante, Mezejewski, & Dell'Aglio, 2020), seguido de estudo de viabilidade (Durgante, Navarine, & Dell'Aglio, 2019) e ensaio de eficácia (Durgante & Dell'Aglio, 2019a; Durgante, Bedin, Lima, & Dell'Aglio, 2020). Resultados quantitativos indicaram efeitos principais de melhora em indicadores de saúde (satisfação com a vida e resiliência) e redução de sintomas de psicopatologias (estresse percebido, depressão e ansiedade) no grupo interventivo, além de efeitos de interação para incremento em empatia, redução em sintomas de depressão e ansiedade no grupo experimental, comparado aos controles, após o programa. Os efeitos principais e interação (para redução em sintomas de depressão e ansiedade) se mantiveram aproximadamente três meses após o término do programa (Durgante et al., 2020).

Desta forma, o presente estudo busca avaliar resultados do Programa Vem Ser, a partir da avaliação dos próprios participantes, considerando como critérios: a) satisfação dos participantes com o programa e com o moderador; b) clareza e compreensão dos conteúdos abordados no programa; c) aplicação dos conteúdos pelos participantes na sua vida diária; d) manutenção da utilização dos conteúdos em longo prazo. Foi realizado um estudo longitudinal misto, com participantes do programa de intervenção e avaliações pré (T1) – pós-teste (T2) e de seguimento (T3 – 03 meses após o término do programa).

Descrição do Programa Vem Ser

O Programa Vem Ser intervém sobre diferentes forças (valores e autocuidado, otimismo, empatia, gratidão, perdão e significado de vida e trabalho), a partir de uma intervenção grupal realizada em seis sessões (2h cada) semanais, com grupos de cinco a 15 pessoas, totalizando 12 horas presenciais de programa. Este formato foi elaborado tendo em vista resultados de meta-análise, sobre intervenções semelhantes, aplicadas para adultos acima de 35 anos (Sin & Lyubomirsky, 2009). O programa foi embasado teoricamente na psicologia positiva (Seligman et al., 2006; Snyder & Lopes, 2009) e em perspectivas da terapia cognitivo-comportamental, como referencial para a condução das atividades das sessões (Knapp & Beck, 2008). Os temas e atividades de cada sessão do Programa foram: 1) valores e autocuidado: curtograma de saúde e elaboração do protocolo de autocuidado; 2) otimismo: interpretação de problemas (estilo atribucional otimista versus pessimista) e projeção do 'Melhor Eu'; 3) empatia: coletivismo e cultura da paz, 'calçar o sapato do outro'; 4) gratidão: elaboração da lista da gratidão e diário da gratidão; 5) perdão: responsabilização vs culpa, carta de perdão; 6) significado da vida e trabalho: identificar forças pessoais e metas futuras. Todos estes aspectos estão detalhados no manual de implementação do Programa Vem Ser (Durgante & Dell'Aglio, 2019b), o qual inclui maiores informações sobre aspectos conceituais da psicologia positiva e diretrizes para a implementação do programa.

Método

Delineamento

Trata-se de estudo longitudinal misto para avaliação da satisfação dos participantes com o programa e com o moderador, da clareza e compreensão dos conteúdos, da

aplicação dos conteúdos pelos participantes e da manutenção da aplicação dos conteúdos em longo prazo.

Participantes

Participaram por conveniência 65 indivíduos adultos (feminino=84,6%), idade entre 49-86 anos ($M=66,52$; $SD=7,26$), da região metropolitana de Porto Alegre, RS, que foram distribuídos entre seis grupos interventivos do programa, conforme disponibilidade de horários e interesse dos participantes. Ao todo, 54 participantes (feminino=87%) com idade entre 49-86 anos ($M=66,37$; $SD=7,42$) concluíram as avaliações após o término do programa-T2 (perda de 16,9%); e 47 participantes (feminino=85,1%) com idade entre 49-81 anos ($M=66$; $SD=7,26$) concluíram as avaliações de seguimento-T3 (perda de 27,6%). O índice total de perda de participantes neste estudo permaneceu menor do que o encontrado em estudo semelhante conduzido em contexto nacional, que variou em torno de 37,7% (Damásio, Golart, & Koller, 2015). Para fins de avaliação qualitativa de resultados, foram utilizados dados dos participantes que concluíram T2 e T3. Os critérios de inclusão foram: a) ser aposentado; b) ser alfabetizado; c) participar das avaliações.

Instrumentos

Para avaliação de resultados os dados foram coletados a partir de questões descritivas e em formato de questionário em T2 (Medida de Avaliação do Programa), e questões descritivas em T3 (Medida Descritiva de Avaliação de Seguimento), com os seguintes instrumentos:

1. Questionário de admissão (T1): para coletar dados sociodemográficos, aspectos relacionados à aposentadoria e saúde.

2. Medida de avaliação do programa (T2): para avaliar a satisfação dos participantes com o programa e com o moderador, clareza e compreensão dos conteúdos abordados e aplicação do aprendizado na vida real após o término do programa. Esta medida de tipo misto contém nove questões de autorrelato em escala de quatro pontos (1 a 5) e cinco questões descritivas sobre o uso dos conteúdos do programa, diferenças percebidas na forma de lidar com problemas, perceber as necessidades dos outros, estado de saúde após participar do programa e sugestões. A avaliação foi respondida de forma anônima, aplicada por outros membros da equipe (observadores), sendo permitida a livre expressão dos participantes sobre suas avaliações e sugestões ao programa.

3. Medida descritiva de avaliação de seguimento (T3): Cinco questões descritivas para avaliar quais as atividades/discussões do programa os participantes lembravam, se colocaram em prática algo aprendido no programa, percepção da vida quanto a dificuldades e problemas, diferenças na saúde após participação e se o programa ajudou a perceber mais as necessidades ou dificuldades dos outros.

Procedimentos éticos e de coleta de dados

Foram seguidas as diretrizes e normas da Resolução nº 510 (2016), do Conselho Nacional de Saúde para ética em pesquisas com seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (parecer nº 1.899.368). O programa foi divulgado em grupos de aposentados, folders, redes sociais, jornal e e-mails. Os interessados foram submetidos a uma entrevista individual (30-40min) conduzida por dois membros da equipe técnica para verificar dados sociodemográficos e disponibilidade para participar da intervenção, além de serem solicitados a preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os membros da

equipe técnica auxiliaram na leitura e preenchimento dos instrumentos. Após a conclusão do programa (T2), os participantes responderam à Medida de Avaliação do Programa, e três meses após o término do programa (T3), responderam à Medida Descritiva de Avaliação de Seguimento. A aplicação do protocolo de avaliação e da intervenção foi feita por diferentes pesquisadores (*single blind*), para evitar contaminação através do efeito do experimentador e assegurar credibilidade dos dados obtidos (Levitt et al., 2018).

Procedimentos de análise de dados

Dados quantitativos de autorrelato sobre a satisfação com o programa e com o moderador, clareza e compreensão, e aplicação dos conteúdos, obtidos em T2, foram analisados através de estatística descritiva, observando-se as médias dos itens. As questões descritivas de T2 e T3 foram avaliadas a partir da contagem/frequência de palavras (ou sinônimos) correspondentes aos temas/tópicos definidos *a priori*: satisfação dos participantes com o programa e com o moderador, clareza, compreensão e aplicação dos conteúdos, e manutenção dos efeitos da intervenção. As análises foram conduzidas por pesquisadores independentes e avaliadas por um terceiro pesquisador – *expert checking* – cumprindo critério de consistência para maior validade em pesquisa qualitativa (Levitt et al., 2018).

Resultados e discussão

Quanto aos dados sociodemográficos da amostra, o nível de escolaridade variou entre: 44,6% até o ensino médio completo e 55,4% com escolaridade acima do ensino médio completo; situação conjugal: 41,5% eram casados ou mantinham união estável, 26,2% divorciados/separados, 23,1% viúvos e 9,2% eram solteiros; tipo de aposentadoria: 67,7% por tempo de contribuição, 13,8% aposentadoria especial, 9,2% por idade ou por invalidez respectivamente; em média os participantes trabalharam 28,81 anos ($DP=9,82$), com tempo médio de aposentadoria 13,14 ($DP=11,21$); 53,8% eram cuidadores de alguém (pais, cônjuges etc.); 50,8% trabalhavam após aposentadoria (remunerado ou não); 43,1% moravam só; 30,8% já receberam algum diagnóstico de psicopatologia; 27,7% estavam passando por luto/enlutados; e apenas 13,8% participaram de algum programa/treino/palestra de preparação para aposentadoria.

Avaliação quantitativa em T2

No que diz respeito à satisfação com o programa e com o moderador, clareza e compreensão, e aplicação dos conteúdos, a variação dos resultados obtidos em T2, médias e desvio padrão dos itens estão descritos na Tabela 1.

A partir da pontuação atribuída pelos participantes, o item com maior escore foi quanto à satisfação com o moderador do grupo, seguido da percepção positiva sobre como os participantes se sentiram ao longo das sessões, satisfação com o programa como um todo, e também quanto às aprendizagens/entendimento dos conteúdos abordados no programa. Outro aspecto bem avaliado diz respeito ao horário das sessões do programa. Cabe lembrar que houve esforço/cuidado inicial por parte da equipe técnica do programa para a implementação de diferentes grupos interventivos ao longo do ano, em turnos invertidos e dias semanais intercalados. Além disso, durante a entrevista inicial, dados foram coletados sobre a preferência dos participantes por algum período/turno específico, de modo a reduzir barreiras para participação e favorecer maior adesão dos participantes. Isso pode ter repercutido positivamente na avaliação dos participantes quanto a possíveis necessidades terem sido atendidas para poderem participar do programa.

Tabela 1
Médias e Desvios padrão nos itens de Satisfação com o Programa (T2)

Itens do Instrumento	Varição	Média (DP)
Em geral, como se sentiu durante o programa?	3 - 4	3,87 (0,33)
Qual a sua satisfação global com o programa?	2 - 4	3,70 (0,53)
Qual a sua avaliação do coordenador do grupo?	2 - 4	3,91 (0,40)
Qual a sua satisfação com as aprendizagens no programa?	2 - 4	3,70 (0,57)
Qual a sua satisfação com o tempo de duração das sessões?	2 - 4	3,56 (0,60)
Qual a sua satisfação com o horário das sessões?	2 - 4	3,67 (0,54)
Foi difícil assistir a todas as sessões do programa?	1 - 4	1,30 (0,60)
Clareza e compreensão	Varição	Média (DP)
Entendeu os conteúdos abordados durante as sessões?	1 - 4	3,61 (0,59)
Aplicação	Varição	Média (DP)
Quanto você aplicou na vida cotidiana os conteúdos abordados no programa?	2 - 4	3,22 (0,53)

Nota: DP=Desvio padrão

Por outro lado, os itens com menores escores dizem respeito às dificuldades percebidas para assistir a todas as sessões do programa, e satisfação com tempo de duração das sessões do programa. Porém, o primeiro tem formato de item invertido, logo, baixos resultados para este item indicam que os participantes não tiveram maiores dificuldades para assistir a todas as sessões do programa. Quanto à aplicação dos conteúdos na sua vida diária, mesmo com média menor quando comparado aos demais itens avaliados em T2, a média geral obtida foi alta ($M=3,22$ para pontuação de 2-4). Assim, considera-se que, apesar de se tratar de intervenção em formato breve, houve elaboração/processamento dos conteúdos trabalhados durante o programa por parte dos participantes, já que se observou utilização e aplicação dos conteúdos na vida diária.

Avaliação qualitativa em T2

De modo a aprofundar a compreensão sobre os resultados quantitativos obtidos, foi conduzida Análise de Conteúdo (Saldaña, 2009) dos dados/vinhetas qualitativas trazidas pelos participantes. Os resultados foram organizados nas seguintes categorias: satisfação com o programa, satisfação com o moderador e aplicação dos conteúdos.

Satisfação com o programa

Os pontos melhor avaliados dizem respeito a como os participantes se sentiram durante as sessões, nível de satisfação, aprendizagens decorrentes do programa/clareza e compreensão dos conteúdos, e horários das sessões. “As lembranças são de muita aprendizagem e ótimo convívio com pessoas diferentes” (M.C. 65 anos, Grupo1-tarde), “O que lembro são as dinâmicas para meditação, os vídeos que foram marcantes sobre os temas, e os temas como perdão, resiliência e otimismo” (M. 49 anos, Grupo1-tarde), “Todos os encontros foram muito agradáveis e interessantes, sempre com algum ponto que chama a atenção, que nos leva a questionamentos e vontade de melhorar” (T. 70 anos, Grupo4-manhã), “[...] lembranças [...] as discussões e os debates com a orientadora e com os colegas. Eu tive a oportunidade de me ver por dentro e fazer uma breve análise de sentimentos/emoções. Depois de cursar Engenharia, voltar à universidade em um assunto

bem diferente foi muito bom” (R. 66 anos, Grupo4-manhã). Quanto a estes aspectos, a prudência no rigor empírico para a elaboração dos temas, dinâmicas e técnicas das sessões, com base na literatura de IPPs (Bolier et al., 2013; Ramírez, Ortega, Chamorro, & Colmenero, 2013; Seligman et al., 2006; Sin & Lyubomirsky, 2009) e adaptados para uso neste contexto; bem como o cuidado na oferta de diferentes grupos em turnos e dias alternados da semana, podem ser considerados pontos fortes nos procedimentos do programa. Essa flexibilização na oferta da intervenção pode repercutir nos índices de retenção obtidos (Neufeld, Maltoni, Ivatiuk, & Rangé, 2017).

Nas questões objetivas do instrumento, observou-se que o item de menor pontuação quanto à satisfação com o programa foi referente ao curto tempo de duração das sessões e necessidade de mais sessões (maior duração do programa). Estes dados convergiram com relatos descritivos dos participantes, tais como: “Achei bom, mas poderia ser mais longo” (M.C. 65 anos, Grupo1-tarde), “Mais tempo de duração e mais temas” (B. 59 anos, Grupo2-manhã), “Mais horas para ficar debatendo” (M. 55 anos, Grupo3-tarde), “Dar continuidade das sessões. Adorei” (M. 61 anos, Grupo5-tarde), “Mais cursos” (E. 65 anos, Grupo5-tarde), “Acho que o tempo das 2h30 às 17h pouco tempo. Poderia ser das 14h às 18h” (I. 70 anos, Grupo6-tarde).

Contudo, mesmo tendo sido sugerido aumentar a dose (tempo de duração e número de sessões), observa-se que a duração da intervenção foi semelhante a outras intervenções para a promoção de saúde e redução de doenças (Bolier et al., 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009), e em consonância com modelos de terapia cognitivo-comportamental grupal em caráter psicoeducativo, que tendem a perdurar de quatro a seis semanas (Neufeld et al., 2017). Além disso, de acordo com o Modelo de Nível Suficientemente-Bom (NSB) – *Good-Enough Level* (GEL) (Owen, Adelson, Budge, Kopta, & Reese, 2014) – para dose de intervenções psicológicas, dados indicam que doses pequenas de tratamento (de 06-08 sessões) estão relacionadas a mudanças rápidas, enquanto que o prolongamento da terapêutica tende a resultar em mudanças lentas, ou pouco observáveis em longo prazo.

Assim, mesmo tendo sido sugerido maior tempo de duração das sessões e do programa, compreende-se ser adequada a continuidade de estudos com o programa no formato proposto, para implementação em outras amostras, porém, passível de mudanças caso seja conduzido estudo de adaptação do programa para diferentes públicos-alvo. Entretanto, mesmo que tenha havido queixas quanto ao tempo de duração, este aspecto pode ressaltar implicitamente satisfação com o programa, já que os participantes solicitaram o prolongamento do programa, em razão da sua percepção positiva quanto às atividades realizadas.

Satisfação com o moderador

Os resultados das respostas descritivas obtidas em T2 convergem com os dados quantitativos quanto à satisfação com o moderador dos grupos, a exemplo, “Nossa mestra foi ótima, de uma personalidade exemplar” (E., 81 anos, Grupo3-tarde). Semelhantemente, entre as principais lembranças do programa (03 meses depois do término), o papel do moderador do grupo ficou evidente enquanto variável de influência para a integração dos participantes e fluidez das sessões, “[...] o entrosamento entre os participantes e a (moderadora)” (M. 57 anos, Grupo1-tarde), “Lembro-me do ambiente acolhedor, agradável, descontraído e da amabilidade da moderadora do programa. Ela é extremamente profissional e competente. Sabia manter o grupo no foco” (I. 82 anos, Grupo5-tarde); “Lembro do ambiente amigável, interessante e seguro que se criou. Da vontade de estar curiosa por saber o que nos iria ser apresentado. Lembro da forma acolhedora da

(moderadora) e dos compartilhamentos pessoais e profundos do grupo” (A.V. 53 anos, Grupo5-tarde); “Competência da professora (moderadora) e principalmente do seu entusiasmo contagiante naquilo que faz” (I. 70 anos, Grupo6-tarde).

Com relação ao papel do moderador de grupo em intervenções, este aspecto é fundamental de ser levado em consideração durante o processo de avaliação, uma vez que variáveis do terapeuta, tais como habilidade empática para estabelecer aliança terapêutica, competência para manejo de grupo, habilidades para dar *feedbacks* sobre performances e/ou reforço positivo, motivação e desenvoltura para administrar tempo e possíveis conflitos durante as sessões, tendem a influenciar diretamente na adesão e subsequente sucesso ou fracasso do tratamento (Mônego, 2016).

No entanto, dados de uma revisão recente sugerem que há uma lacuna na literatura nacional sobre adesão ao tratamento em caráter psicossocial, fundamentalmente nas intervenções na rede pública de saúde (Alvarez, Rosendo, & Alchieri, 2016). Isso reitera a necessidade de esforço empírico para investigação de variáveis, para além daquelas específicas do terapeuta, que auxiliem na maior adesão aos tratamentos para esta faixa-etária de interesse. A partir de maior compreensão sobre o que favorece a adesão dos participantes aos tratamentos específicos e, por consequência, prognóstico favorável, é possível desenhar modelos de intervenções mais eficazes, com redução de custos, tanto para o paciente, quanto para a rede de saúde como um todo. Nesse sentido, é possível fomentar a dinamização do fluxo dos serviços e otimização de recursos humanos e materiais a partir de embasamento consistente em literatura sobre adesão ao tratamento.

Além disso, conforme diretrizes para avaliação de programas de intervenção (Levitt et al., 2018), futuros estudos com o programa devem incluir avaliação de resultados sendo a implementação do programa feita por diferentes moderadores. Isso possibilita análise mais aprofundada de resultados, e acerca do papel de influência das habilidades sociais do moderador e modo de implementação, com base na integridade/fidelidade do moderador no cumprimento do protocolo do programa. Estes aspectos permanecem abertos para investigações futuras.

Aplicação dos conteúdos

Quanto à aplicação dos aprendizados na vida real, os resultados foram satisfatórios. A partir das análises qualitativas dos dados foi possível observar que 42 participantes (77,7% da amostra em T2) relataram ter utilizado em suas vidas diárias um ou mais dos conteúdos abordados no programa. Quanto à manutenção dessa aprendizagem, ou seja, se os participantes continuaram fazendo uso dos aprendizados provenientes do programa em suas vidas três meses após o término do programa (T3), 41 participantes (87,2% da amostra em T3) relataram ainda utilizar um ou mais dos conteúdos. Os conteúdos mais aplicados após o programa (T2 e T3) estão ilustrados na Tabela 2.

Tabela 2

Frequência dos conteúdos aplicados em T2 e T3

Conteúdos	T2	T3
Empatia	27	24
Autocuidado/Prudência	19	21
Otimismo	12	10
Gratidão	11	11
Perdão e autoperdão	11	11

O conteúdo trabalhado no programa que mais foi aplicado, sendo utilizado além do contexto da intervenção, foi a ‘empatia’, tanto em T2 como em T3. De acordo com os relatos, essa variável parece ter contribuído para maior compreensão e paciência nas relações interpessoais com familiares, percepção das necessidades dos outros e de si próprios. Além disso, a partir de maior compreensão sobre o que é conceitualmente ‘empatia’ e a implicação das relações interpessoais na saúde, incluindo o conceito de ‘autoempatia’ abordada na sessão, observou-se, nas vinhetas dos participantes, mobilização para o ‘autocuidado’: “Tenho conseguido ser mais tolerante, como é se colocar na pele do outro” (L. 73 anos, Grupo5-tarde); “Fiquei atento com a percepção dos outros, analisando as reais necessidades ou dificuldades dos outros” (M. 61 anos, Grupo6-tarde).

Neste caso, efeitos colaterais positivos advindos do programa (efeitos inesperados/não planejados) podem ter surgido, como, por exemplo, o fato de mulheres conseguirem dizer ‘não’ e dedicar tempo para si e seu autocuidado, sem, no entanto, sentirem culpa ou remorso por isso (reconhecimento e respeito de limites/necessidades pessoais): “Aprendi a dizer ‘não’, coisa que tinha muita dificuldade, pois sempre estava querendo ajudar e ficava achando que as pessoas ficariam magoadas” (A. 67 anos, Grupo2-manhã).

Tendo em vista que mais de 50% da amostra foi composta por cuidadores (pais, cônjuges etc.), e pessoas que trabalhavam após a aposentadoria, respectivamente, onde mais de 40% morava só e quase 30% estava passando por luto, a questão do autocuidado é tema fundamental em programas nesses moldes. Isso pode justificar também o porquê de o programa ter sido percebido útil como suporte social para aqueles que estavam enlutados, tendo sido ressaltado o aspecto de autocuidado com a saúde: “A gente levou muita coisa daqui. Eu coloquei em prática, isso é autoconhecimento. Mais tempo para mim, valorização da vida com saúde, cuidado na escolha dos alimentos, autoestima” (E. 71 anos, Grupo2-tarde).

Contudo, ao se trabalhar temas com especificidades culturais arraigadas (saber dizer ‘não’, por exemplo), normas implícitas sobre o papel regulatório do gênero são questionadas, desafiadas, postas para verificação com base em evidência empírica sobre sua utilidade/serventia ou não, em relação à saúde global (Davis, 2016). Por isso, ao se abordar autocuidado em intervenções psicossociais, seja através de dinâmicas/recursos lúdicos, em formato psicoeducativo, ou ambos, é fundamental que profissionais tenham em vista o papel de gênero e imposições sociais que recaem sobre os indivíduos em dado momento histórico-social, de modo a ter cuidado com – evitar ao máximo – perspectivas enviesadas, unilaterais, reducionistas dos fatos, e, sobretudo, contextualizar sua abordagem para a realidade daquele indivíduo (Barbosa et al., 2017).

Também com relação à aplicação dos conteúdos, os participantes relataram ter utilizado o ‘otimismo’ na reavaliação/reperspectivação de eventos na vida: “Fiquei mais atenta em observar as coisas boas que há na minha vida e valorá-las mais” (A.V. 56 anos, Grupo5-tarde); “Talvez aprendi a ver a vida de forma mais positiva” (M. 67 anos, Grupo3-tarde). Neste sentido, é possível traçar um paralelo entre o processamento de informações de modo mais otimista, e o papel das emoções positivas promovidas em grupo (para além do conhecimento técnico providenciado nas sessões). Isso, pois, emoções positivas tendem a facilitar o processamento global de informações, resultando em maior flexibilidade cognitiva e associação de ideias para a elaboração de diferentes estratégias de enfrentamento e resolução de problemas (Kiken & Fredrickson, 2017). Neste caso, é possível que a partir da experiência de emoções positivas (interesse, curiosidade, afeto positivo, gratidão, perdão etc.), os participantes tenham maior facilidade de

desenvolver/praticar um modelo de processamento de informações mais amplo, interpretando as situações sob diferentes perspectivas, e não somente pela visão negativa diante de um problema/dificuldade. Portanto, a combinação de elementos do programa (aspectos multicomponentes) pode ter facilitado ganhos em saúde, notadamente no otimismo, conforme os relatos obtidos.

Além disso, 11 participantes relataram que os conteúdos trabalhados no programa contribuíram para seus processos de 'perdão/autoperdão' e 'gratidão': "Quanto ao perdão, foi essencial para o autoperdão de uma situação que travava a minha vida" (B. 59 anos, Grupo2-manhã); "Achei excelente a abordagem da gratidão. Lembrei de forma muito feliz do quanto era grata a meu marido" (M. 67 anos, Grupo2-tarde); "Todos os dias faço a lista das três coisas boas que me aconteceram no dia" (N.65 anos, Grupo6-tarde). Tendo em vista o quanto estas variáveis podem contribuir para melhor estado de saúde – sendo o perdão relacionado à redução de sintomas depressogênicos e ansiogênicos, e a gratidão relacionada com maior otimismo, enfrentamento e superação de adversidades, entre outros (Bolier et al., 2013; Kiken, & Fredrickson, 2017) – é evidente o potencial de ganhos advindos através de intervenções que se proponham a trabalhar tais forças, uma vez que houve mobilização dos participantes quanto a estes aspectos.

Curiosamente, resultados quanto à utilização das variáveis 'autocuidado' seguidos de relatos de melhora na 'autoestima' aumentaram em T3. Ou seja, com o passar do tempo, mais participantes relataram fazer uso de recursos/técnicas/práticas de autocuidado em suas vidas. É possível que, a partir dos debates e temas abordados no programa, possa ter havido maior conscientização sobre a necessidade de valorização de si e cuidados com a vida/saúde, gerando maior autocuidado por parte dos participantes com o passar do tempo. Como consequência, esta mobilização pode ter auxiliado no incremento da autoestima para alguns participantes, de acordo com estudo prévio (Tamayo et al., 2001). A autoestima é um dos componentes centrais na constituição do autoconceito dos indivíduos. Ou seja, diz respeito ao componente avaliativo sobre si e percepção sobre o seu autovalor. Isso demonstra o efeito em espiral positivo, em uma sequência lógica, onde o desenvolvimento de um aspecto de vida, neste caso forças trabalhadas no programa (prudência/autocuidado), tendem a repercutir em diferentes modalidades de saúde, tanto física, quanto emocional/mental. Portanto, a aplicação prática de alguns conteúdos com o passar do tempo (em T2=77,7%; e T3=87,2%) e manutenção da aplicação foi considerada satisfatória neste estudo. Como hipótese do acréscimo identificado nos resultados ao longo do tempo, está a possibilidade de maior tempo de elaboração dos conteúdos abordados no programa e também tempo hábil para a utilização dos conteúdos em situações de vida diária dos participantes.

Vale lembrar que recomendações recentes da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015) têm enfatizado a promoção e manutenção da saúde de indivíduos e comunidades, e investimento dos países em políticas públicas e práticas que favoreçam o envelhecimento ativo em longo prazo. Isso pressupõe a implementação de programas em saúde que atentem ao desenvolvimento, ou aperfeiçoamento de habilidades, para maior independência, autonomia, participação social e qualidade de vida na medida em que as pessoas envelhecem. Esta perspectiva amplia o escopo de atuação em saúde, para incluir a adoção de políticas e programas de saúde com propostas que incentivem o florescimento de potencialidades para o autocuidado – responsabilização sobre determinantes em saúde – e constituição de um envelhecimento saudável e ativo.

Os resultados obtidos neste estudo, que indicam melhorias de forma geral na saúde dos participantes, mostram-se semelhantes aos dados de estudo de meta-análise (Sin &

Lyubomirsky, 2009), sobre efeitos diretos e indiretos de Intervenções Psicológicas Positivas (IPPs), para a melhora de sintomas depressivos e saúde geral. Uma vez que no presente estudo mais de 30% da amostra já havia recebido diagnóstico de psicopatologia anteriormente, sendo os mais prevalentes transtornos de humor, de ansiedade e disfunção do sono, é possível argumentar que a percepção de melhora relatada pelos participantes após intervenção, e mantida três meses após o término, bem como a utilidade prática dos conteúdos fornecidos, ilustram o potencial terapêutico do programa, para além de promoção de saúde.

Considerações finais

Tendo em vista as avaliações, tanto qualitativas, quanto quantitativas do Programa Vem Ser, foi possível constatar resultados positivos quanto à satisfação dos participantes com o programa (clareza e compreensão dos conteúdos, aprendizados advindos do programa, horários das sessões) e com o moderador. Por outro lado, o aspecto menos positivamente avaliado diz respeito ao tempo de duração das sessões e do programa como um todo, com base em dados objetivos e também sugestões dos participantes para ampliar o programa. Quanto à aplicação dos conteúdos do programa, por meio de dados quali-quantitativos foi possível observar a utilização dos conteúdos fornecidos/trabalhados no programa na 'vida real' dos participantes, o que se manteve após o término do programa e três meses depois da finalização das sessões. A convergência de dados qualitativos e quantitativos dos participantes favoreceu maior robustez para precisão das análises neste estudo, conforme sugerido na literatura científica para avaliação de intervenções (Levitt et al., 2018). A verificação da adequação da proposta de intervenção, na perspectiva dos participantes, contribuiu para a validação social da intervenção, observando se os objetivos propostos são válidos e se os efeitos são importantes, conforme propõem Barbosa e Murta (2019).

Os dados do presente estudo demonstram que este modelo de intervenção – com base na Psicologia Positiva e TCC – pode complementar/favorecer estratégias de promoção de saúde, ampliando a compreensão sobre saúde para além de evitar/prevenir doenças, mas como um movimento contínuo, tendo em vista a promoção de forças/virtudes dos indivíduos. Com base nas considerações dos próprios participantes, este tipo de proposta interventiva tende a repercutir em mobilizações práticas em prol de maior autocuidado e, conseqüentemente, repercussões para saúde do indivíduo e seu contexto relacional. Assim, o modelo de intervenção proposto, baseado em estratégias para o desenvolvimento de forças/potencialidades, a partir de uma perspectiva positiva, apresenta especial riqueza para o trabalho preventivo junto a populações vulneráveis, como grupos de aposentados, na busca de um envelhecimento ativo e saudável.

Assim, é sugerida a continuidade de intervenções como a proposta neste estudo, com replicações em novos grupos, em diferentes contextos e em diferentes amostras no país, a fim de avaliar de forma mais ampla sua aplicabilidade. É fundamental também que estudos futuros possam incluir o rastreamento de casos clínicos mais específicos, e, sempre que possível, promover análises de subgrupos, por exemplo, considerando *status* socioeconômico dos participantes, para compreender melhor o perfil dos usuários que tendem a se beneficiar mais com este tipo de intervenção.

Como limitação deste estudo está a não inclusão de medida para avaliar desejabilidade social. Contudo, rigor metodológico foi aferido ao assegurar avaliação anônima em T2 e T3 para a livre expressão dos participantes quanto às suas percepções, sugestões e críticas ao programa e os critérios avaliados neste estudo. Houve esforço para

reduzir o viés de avaliação ao se incluir método misto e autorrelato dos participantes, preservando anonimidade das avaliações e dos dados obtidos. No entanto, há impossibilidade de generalização dos resultados para contexto nacional mais amplo, tendo em vista as especificidades da amostra (como nível educacional mais alto que a média da população de aposentados), o tamanho reduzido e o caráter não aleatório da amostra, conforme descrito neste estudo.

Estudos futuros poderiam considerar a condução de grupos interventivos junto a espaços comunitários (Atenção Básica, centros comunitários etc.), para favorecer a participação de indivíduos de baixa renda/em maior vulnerabilidade socioeconômica e abranger maior parcela da população, o que permanece como limitação do presente estudo. Destaca-se ainda a importância de incluir nas políticas públicas na área de saúde a implementação e avaliação de programas direcionados à população em envelhecimento, especialmente em situação de vulnerabilidade, já que este é um grande desafio na nova configuração sociodemográfica dos países. Intervenções preventivas, ou com caráter de promoção de saúde, com enfoque positivo, podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida e defesa dos direitos sociais dessa população.

Referências

- Alvarez, P. E. S., Rosendo, E., & Alchieri, J. C. (2016). The applicability of the concept of treatment adherence in the context of the Brazilian mental health system. *Revista da Escola de Enfermagem Da USP*, 50(spe), 54-60. doi:10.1590/s0080-623420160000300008
- Barbosa, A. J. G., Freitas, E. R., & Neufeld, C. B. (2017). Terapia cognitivo-comportamental em grupo para idosos: da remediação à promoção de envelhecimento ativo. In C. B. Neufeld, & B. P. Rangé (Eds.), *Terapias cognitivo-comportamental em grupos: das evidências à prática* (p.378-394). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Barbosa, L. M., Monteiro, B., & Murta, S. G. (2016). Retirement adjustment predictors—a systematic review. *Work, Aging and Retirement*, 2(2), 262-280. doi:10.1093/workar/waw008
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2019). Social validity of a contextual behavioral science-based intervention for retirement education. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 32(24), 2-14. doi: 10.1186/s41155-019-0137-0
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119. doi: 10.1186/1471-2458-13-119
- Damásio, B. F., Golart, J. B., & Koller, S. H. (2015). Attrition rates in a Brazilian longitudinal survey on positive psychology: empirical and methodological considerations. *Psico-USF*, 20(2), 219-228. doi:10.1590/1413-82712015200203
- Davis, A. (2016). *Mulheres, raça e classe* (1a ed.). São Paulo, SP: Boitempo.
- Durgante, H., & Dell’Aglio, D. D. (2019a). Multicomponent Positive psychology intervention for health promotion of brazilian retirees: A quasi-experimental study. *Psicologia Reflexão & Crítica*, 32(6), 2-14. doi: 10.1186/s41155-019-0119-2

- Durgante, H., & Dell'Aglio, D. D. (2019b). *Programa vem ser: psicologia positiva para promoção de saúde de aposentados: manual de implementação*. [S.l.: s.n.].
- Durgante, H., Navarine e Sá, C., & Dell'Aglio, D. D. (2019). Psicologia positiva para promoção de saúde em aposentados: estudo de viabilidade. *Avances em Psicología Latinoamericana*. doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.6375
- Durgante, H., Bedin, L. M., Lima, M. P., & Dell'Aglio, D. D. (2020). Long-term effects and impact of a positive psychology intervention for Brazilian retirees. *Current Psychology*, 3(1), 01-12. doi:10.1007/s12144-020-00683-7
- Durgante, H., Mezejewski, L. W., & Dell'Aglio, D. D. (2020). Desenvolvimento de um programa de psicologia positiva para promoção de saúde de aposentados: Programa Vem Ser. In C. H. Giacomoni, & F. Scorsolini-Comin (Eds.), *Temas especiais em psicologia positiva* (p. 188-202). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Ghielen, S. T. S., Van Woerkom, M., & Christina Meyers, M. (2017). Promoting positive outcomes through strengths interventions: A literature review. *The Journal of Positive Psychology*, 1–13. doi:10.1080/17439760.2017.1365164
- Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., de Jong, J., & Bohlmeijer, E. (2019). The efficacy of multi-component positive psychology interventions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Happiness Studies*, 21(1), 357-390. doi:10.1007/s10902-019-00082-1
- Leandro-França, C., & Murta, S. G. (2019). Evidências de eficácia de programas de educação para a aposentadoria: um estudo experimental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35(35),1-10. doi: 10.1590/0102.3772e35422
- Levitt, H. M., Bamberg, M., Creswell, J. W., Frost, D. M., Josselson, R., & Suárez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *American Psychologist*, 73(1), 26-46. doi:10.1037/amp0000151
- Kail, B., & Carr, D. C. (2016). Social integration and symptoms of depression during the retirement transition. *The Gerontologist*, 56(Suppl_3), 612-612. doi:10.1093/geront/gnw162.2473
- Kiken, L. G., & Fredrickson, B. L. (2017). Cognitive aspects of positive emotions: a broader view for well-being. *The Happy Mind: Cognitive Contributions to Well-Being*, 157-175. doi:10.1007/978-3-319-58763-9_9
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Suppl II), 54-64. <https://psycnet.apa.org/record/2009-01863-001>
- Mônego, B. G. (2016). Cuidados técnicos no psicodiagnóstico. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, C. M. Trentini, & J. S. Krug (Eds.), *Psicodiagnóstico* (p. 35-44). Porto Alegre, RS: Artmed
- Nalin, C. P., & França, L. H. F. P. (2015). The importance of resilience for well-being in retirement. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 25(61), 191-199. doi:10.1590/1982-43272561201507

- Neufeld, C. B., Maltoni, J., Ivatiuk, A. L., & Rangé, B. P. (2017). Aspectos técnicos e o processo em TCCG. In C. B. Neufeld, & B. P. Rangé (Eds.), *Terapias cognitivo-comportamental em grupos: das evidências à prática* (p. 33-54). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Owen, J. J., Adelson, J., Budge, S., Kopta, S. M., & Reese, R. J. (2014). Good-enough level and dose-effect models: Variation among outcomes and therapists. *Psychotherapy Research*, 26(1), 22-30. doi:10.1080/10503307.2014.966346
- Ramírez, E., Ortega, A. R., Chamorro, A., & Colmenero, J. M. (2013). A program of positive intervention in the elderly: memories, gratitude and forgiveness. *Aging & Mental Health*, 18(4), 463-470. doi:10.1080/13607863.2013.856858
- Resolução nº 510, de 2016. (2016). Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.
- Saldaña, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*. New York, NY: Sage.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788. doi: 10.1037/0003-066X.61.8.774
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467-487. doi:10.1002/jclp.20593
- Snyder, C. R., & Lopes, S. J. (2009). *Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Stoner, C. (2019). Positive psychiatry/psychology for older adults: A new and important movement but robust methodology is essential. *International Psychogeriatrics*, 31(2), 163-165. doi:10.1017/S1041610218002223
- Sutipan, P., Intarakamhang, U., & Macaskill, A. (2016). The impact of positive psychological interventions on well-being in healthy elderly people. *Journal of Happiness Studies*, 18(1), 269-291. doi:10.1007/s10902-015-9711-z
- Tamayo, A., Campos, A. P. M., Matos, D. R., Mendes, G. R., Santos, J. B., & Carvalho, N. T. (2001). A influência da atividade física regular sobre o autoconceito. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 6(2), 157-165. doi: 10.1590/S1413-294X2001000200004
- Wong, L. L. R., & Carvalho, J. A. (2006). O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 23(1), 5-26. doi: 10.1590/S0102-30982006000100002
- World Health Organization [WHO]. (2015). *World report on ageing and health*. Geneva, CH: WHO.

Recebido em 20/07/2020
Aceito em 07/04/2021