



Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação



# POSITIVIDADE

INTERVENÇÃO EM GRUPO COM PESSOAS IDOSAS

Liliana Isabel Oliveira Ribeiro

Coimbra – 2011



Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

# POSITIVIDADE

INTERVENÇÃO EM GRUPO COM PESSOAS IDOSAS

Liliana Isabel Oliveira Ribeiro

Dissertação de Mestrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia do Desenvolvimento, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e realizada sob a orientação da Professora Doutora Margarida Pedroso de Lima.

Coimbra - 2011

*Aos meus pais,  
pilares do meu desenvolvimento.*

## AGRADECIMENTOS

Estou profundamente agradecida...

Ao Randdy, pela positividade, sorriso, presença constante, partilha de conhecimentos e, sobretudo, pela paciência.

À Professora Margarida Pedroso Lima, pela inspiração, dedicação, olhar atento e postura sempre construtiva.

Ao Centro Comunitário de Mafamude, em especial à Sónia e à D. Esmeralda, por partilharem do “espírito comunitário”, determinante para a minha motivação pessoal e profissional.

À Junta de Freguesia de Mafamude, em particular à Dra. Dalila Afonso, da D. Rosa e D. Helena, pela receptividade, disponibilidade e preciosa colaboração neste projecto.

À Sara, à D’Aires (e João), à Joni (e Vasco), à Silvia (e Inês) e à Rosário (e Diogo, Miriam, e o meu muito querido Martim!), pelos infindáveis momentos de partilha nos trilhos da psicologia e, sobretudo, da vida!

À Manu, à Angie e à Gabs, porque é muito bom sentir que não me lembro da minha vida sem a vossa presença e é ainda melhor poder contar com a alegria com que partilhamos todas as nossas conquistas.

Ao Miguel, pelo amor, dedicação incondicional, paciência e, sobretudo, pela crença nas minhas capacidades, que me faz crescer sempre mais e melhor.

À minha família, sobretudo aos meus pais, para quem as palavras nunca serão suficientes para expressar a gratidão e admiração que sinto.

Finalmente, a todos os que tomaram a decisão de aceitar este desafio e participar neste projecto, sem vocês nada seria possível. Muito obrigado por me ajudarem a ver o mundo através do vosso olhar positivo e pelas verdadeiras experiências de crescimento que me propiciaram.

Sem todos vocês não seria, decididamente, a mesma coisa.

## ÍNDICE

RESUMO.....	6
INTRODUÇÃO.....	7
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	9
1.1. ENVELHECIMENTO, NOÇÕES INTRODUTÓRIAS.....	9
1.2. O LUGAR DO SUCESSO NO ENVELHECIMENTO.....	11
1.3. E NO INSUCESSO? VALERÁ A PENA INTERVIR?.....	18
1.4. A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO.....	27
1.5. PSICOLOGIA POSITIVA, DA TEORIA À PRÁTICA.....	31
1.6. CONCLUINDO: DA TEORIA À PRÁTICA.....	41
2. METODOLOGIA.....	43
2.1. OBJECTIVO.....	43
2.2. AMOSTRA.....	43
2.3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	46
2.3.1. QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO.....	47
2.3.2. GRELHA DE MONITORIZAÇÃO (GM) DO HUMOR E DA MEMÓRIA.....	47
2.3.3. ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS).....	48
2.3.4. ESCALA DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO (EBEP).....	49
2.3.5. AVALIAÇÃO COGNITIVA DE ADDENBROKE: VERSÃO REVISTA.....	50
(ACE-R).....	50
2.3.6. PERSPECTIVA DAS FUNCIONÁRIAS FACE AOS PARTICIPANTES.....	51
2.4. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO.....	52
2.5. PROCEDIMENTO.....	69
2.5.1. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	69
2.5.2. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	71
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	73
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	81
5. CONCLUSÃO.....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89

## RESUMO

### Positividade – Intervenção em Grupo com Pessoas Idosas

O objectivo deste estudo é promover o aumento do bem-estar psicológico e diminuir a sintomatologia depressiva num grupo de idosos não institucionalizados do Concelho de Vila Nova de Gaia. A amostra é constituída por 30 participantes (15 do Grupo de Controlo e 15 do Grupo Experimental). Na condição de controlo os participantes encontravam-se semanalmente para realização de actividades livres, enquanto na condição experimental participaram num Programa de Psicologia Positiva, ao longo de dez sessões semanais, com duração de uma hora. Os resultados obtidos sugerem um aumento do bem-estar psicológico, designadamente nas dimensões crescimento pessoal e aceitação de si, e uma redução da sintomatologia depressiva.

**Palavras-Chave:** Psicologia Positiva, Idosos, Intervenção, Grupo.

### Positivity – Group Intervention with Elderly People

The main goal of this study is to promote a raise in the psychological well being and to decrease the depressive symptoms in a group of non institutionalized elderly in Vila Nova de Gaia. The sample is composed by 30 participants (15 from a Control Group and 15 from an Experimental Group). In the control condition the participants had weekly meetings for common free spare time activities, when in the experimental conditions the participants were part of a Positive Psychology Program (10 weekly sessions with one hour extent each). The results suggest a psychological well being increase, mainly in the personal growth and self esteem dimensions, and a depressive symptoms decrease.

**Key words:** Positive Psychology, Elderly, Intervention, Group.

### Positivité – Intervention de Groupe avec les Aînés

Le but de cette étude est de favoriser un plus grand bien-être psychologique et baisser les symptômes dépressifs, dans un groupe de personnes âgées, non institutionnalisées, de la commune de Vila Nova de Gaia. L'échantillon étudié est composé par 30 participants (15 du Groupe de Contrôle et 15 du Groupe Expérimentale). Dans la condition de contrôle, les participants se réunissaient chaque semaine pour des activités libérés, tandis que dans la condition expérimentale ont participe à un Programme de Psychology Positive au long de dix séances hebdomadaires, d'une heure de durée. Les résultats obtenus suggèrent une augmentation du bien-être psychologique, en particulier dans les dimensions de la croissance personnelle et l'acceptation de soi, et une réduction des symptômes dépressifs.

**Mots Clés :** Psychologie Positive, Aînés, Intervention, Groupe.

## INTRODUÇÃO

Actualmente, «as pessoas querem mais satisfação, contentamento, e alegria, não apenas menos tristeza e preocupação. Querem construir as suas forças, não apenas corrigir as suas fraquezas» (Duckworth, Steen & Seligman, 2005, p. 630). Porque o envelhecimento é um período de satisfação para a maior parte dos idosos (Myers, 2003), que se revelam autónomos (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003) e resilientes em resposta a adversidades (Myers, 1996). Porque é possível envelhecer de forma bem sucedida (Baltes & Baltes, 1990), e apesar das inegáveis perdas associadas a esta etapa de vida (Smyer & Qualls, 1999), prevalece a capacidade para lidar com as adversidades através do uso das forças pessoais (Moore & Keyes, 2003). Porque apesar da existência de limitações na procura de apoio psicológico por parte dos idosos (Hatfield, 1999), faz cada vez mais sentido investir na intervenção nesta fase da vida, pois além de esta se revelar eficaz (Kennedy & Tanenbaum, 2000), pode contribuir de forma decisiva para aumentar a qualidade de vida (Penninx, Leveille, Ferruci, Van Eijk & Guralnik, 1999), especialmente se tiver um cariz preventivo que, além de conduzir a bons resultados a longo prazo (Friedrich, 2003), conta com uma maior adesão por parte dos idosos (Westerhof, Maessen, De Bruijn & Smets, 2008). Porque uma forma positiva de levar a cabo a intervenção com pessoas idosas é através da psicologia positiva, meio fundamental para trabalhar as forças e virtudes (Stirling, 2010), permitindo a construção, em simultâneo, de prazer, compromisso e significado (Tugade & Fredrickson, 2004), capazes de preconizar a mudança. São estes os principais motivos que conduziram à realização deste estudo.

Seguidamente apresentam-se, no capítulo 1, Enquadramento Teórico, os conceitos e teorias que suportaram cientificamente o trabalho realizado. No capítulo 2, Metodologia, é apresentado o objectivo do estudo, a caracterização da amostra e dos instrumentos de avaliação, bem como do programa de intervenção. Finalmente, tendo como base o tratamento estatístico realizado, surge a Apresentação dos Resultados, no capítulo 3, à qual se segue a Discussão dos Resultados, no capítulo 4, realizada à luz do enquadramento teórico inicial. Finalmente, é apresentada a Conclusão, onde se apontam pistas para o futuro.

# 1

## Capítulo 1

### Enquadramento Teórico

*“Mais importante do que o compreender o tempo em si mesmo é compreender que o comportamento humano é afectado por experiências que ocorrem durante a passagem desse tempo.”*

*(Fonseca, 2006, p.22)*



# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1. ENVELHECIMENTO, NOÇÕES INTRODUTÓRIAS

*"As a multidimensional reality of life,  
aging is difficult to define simply"*<sup>1</sup>

Franklin & Tate (2009, p. 6)

O estudo do envelhecimento transformou-se num importante desafio para a sociedade contemporânea na medida em que a evolução sócio-demográfica conduziu a um aumento da população idosa, tornando cada vez mais pertinente compreender esta etapa da vida.

Em Portugal, a esperança média de vida aumentou cerca de 12 anos nas últimas cinco décadas sendo, actualmente, em média, de 79.2 anos (76.1 anos para o género masculino e 82.1 anos para o género feminino), o que se reflecte nos dados da população, pois enquanto em 1960 as pessoas com mais de 65 anos representavam apenas 7.97% da população, este número duplicou, subindo para 16.35%, em 2001. Também o índice de envelhecimento<sup>2</sup> sofreu grandes alterações pois este valor, que era de 6.6 em 1970, em 2001 passou a ser 34.2 (Pordata, 2011). Estes dados estatísticos nacionais reflectem, de forma clara, as mudanças demográficas que se experienciam no nosso país e espelham uma realidade presente e futura com necessidades bem distintas daquelas que eram prementes nas últimas décadas.

Apesar do aumento do número de idosos ser um fenómeno demográfico relativamente recente, a preocupação em torno do estudo do envelhecimento é antiga. Seguidamente, apresentam-se algumas definições que proporcionam um melhor entendimento das mudanças e alterações com que se deparam as pessoas nesta etapa do seu ciclo de vida.

---

<sup>1</sup> *"Como realidade de vida multidimensional, o envelhecimento é difícil definir de forma simples"* (nossa tradução).

<sup>2</sup> *Índice de Envelhecimento* é a relação entre a população idosa e a população jovem, definida como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (Fonte: INE; www.ine.pt, consultado a 30.05.2011).

Começando por definições mais antigas, que reflectem a forma como o envelhecimento estava associado a perdas naturais, é de referir Barahona-Fernandez e Paes de Sousa (1988) que captaram esta etapa segundo um olhar antropológico, definindo-a como uma fase de evolução, com formas diferentes de viver e existir, tanto ao nível pessoal como ao nível social, com caracteres e sentidos próprios, não excluindo possibilidades de activação e reestruturação auto-protectora e de compensação das naturais deficiências do envelhecer. Por sua vez, mais recentemente, a Organização Mundial de Saúde define envelhecimento como um processo de mudanças, nas estruturas biológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos (Stein & Moritz, 1999), mudanças estas que, fazendo parte do ciclo vital, não significam somente a compensação de perdas que chegam com a idade.

Na distinção entre envelhecimento normal e patológico (aquele em que existe doença que se pode tornar causa de morte), Birren e Cunningham (1985) preconizam que a ocorrência de um envelhecimento normal ou patológico reflecte o comportamento dos indivíduos ao longo da vida, ou seja, a forma como envelhecemos encontra-se relacionada com o modo como nos desenvolvemos e não somente com a passagem do tempo e o avançar da idade.

Actualmente, é consensual a noção de que o envelhecimento é um fenómeno *bio-psico-social*. De acordo com Schroots e Birren (1980), o processo de envelhecimento apresenta três componentes: (1) a *componente biológica*, que reflecte a vulnerabilidade crescente do ponto de vista da saúde e a maior probabilidade de morrer; (2) a *componente social*, relacionada com os papéis sociais apropriados e esperados pela sociedade para este nível etário; e (3) a *componente psicológica*, definida pela capacidade de auto-regulação do indivíduo face ao processo de senescência. De acordo com esta última perspectiva, o desenvolvimento psicológico é visto como «indissociável do contexto biológico, histórico e cultural» (Lima, 2004, p. 134).

Na mesma linha de investigação, mais tarde, Birren e Schaie (1996) preconizam três concepções teóricas sobre a natureza da velhice: (1) *perspectiva de carácter biológico*, focalizada nas perdas, abordada frequentemente em estudos psiquiátricos; (2) *perspectiva da psicologia social e da personalidade*, que remete para descrições positivas sobre o processo de envelhecimento, salientando o crescente consenso em relação à estabilidade dos traços de personalidade com a idade; e (3) a *perspectiva do modelo do desenvolvimento co-extensivo à*

*duração da vida*, que aceita a existência de um desenvolvimento com aspectos positivos e negativos, com estabilidade e mudança, numa interacção constante entre ganhos e perdas, em que a selecção, optimização e compensação constituem elementos fundamentais do desenvolvimento.

Actualmente, o envelhecimento é perspectivado como parte indissociável das idiosincrasias individuais e as mudanças nesta etapa são consideradas heterogéneas, reflectindo o desenvolvimento do indivíduo ao longo da sua vida. Tal como defendem Wilson, Mottram, Sivanranthan e Nightingale (2001), ao processo de envelhecimento está associada uma enorme diversidade ao nível físico, neuropsicológico, de saúde e social, o que tem repercussões na complexidade da sua análise.

## 1.2. O LUGAR DO SUCESSO NO ENVELHECIMENTO

*"A successful old age may lie  
not so much in our stars and  
genes as in ourselves"<sup>3</sup>*  
Vaillant & Mukamal (2001, p. 846)

A investigação sobre o envelhecimento, ao contrário de muitas crenças, sugere que esta fase é um período de satisfação para a generalidade dos idosos (Myers, 2003), que estes são resilientes ao responder ao *stress*, transições e mudanças (Myers, 1996) e que experienciam menos incidência de psicopatologia que pessoas em idade inferior (Smyer & Qualls, 1999), tendo menor prevalência de depressão (Jeste et al., 1999).

Contrariando os estereótipos que associam o envelhecimento a um maior grau de dependência, Schroots, Fernández-Ballesteros e Rudinger (1999), salientam que a grande maioria das pessoas idosas vive de forma independente e tem uma vitalidade e resiliência que lhe permite funcionar a um nível satisfatório. Num estudo exploratório na população portuguesa sobre qualidade de vida e bem-estar, Sousa, Galante e Figueiredo (2003)

---

<sup>3</sup> "Um envelhecimento bem sucedido pode assentar tanto nas nossas estrelas e genes, como em nós mesmos" (nossa tradução).

concluíram, através de uma amostra de 1354 idosos de diversos distritos nacionais, que 79.7% eram “autónomos” (não demonstravam incapacidades em nenhuma das áreas consideradas) e 10.9% eram “quase autónomos” (apresentavam valores médios nos factores em análise), perfazendo um total de 90.5% nestas duas categorias, sendo de salientar que apenas 4.1% dos participantes foram classificados como “dependentes”.

Torna-se, assim, imprescindível, que a investigação na área da psicologia se focalize nos idosos não-problemáticos, estudando os seus respectivos padrões de envelhecimento.

O termo “idade produtiva”, aplicado em relação à terceira idade, foi desenvolvido por Butler (1974). Este conceito acabou por estar na base da designação de “envelhecimento bem-sucedido”, enquanto frase de identificação para os idosos saudáveis, que foi ganhando popularidade de forma progressiva, até a sua utilização ter aumentado exponencialmente na primeira década do séc. XXI (Franklin & Tate, 2009), tendo, durante este percurso, enfrentado importantes desafios do ponto de vista conceptual e metodológico (Ryff, 1982).

Existem diversos olhares sobre o envelhecimento bem-sucedido que diferenciam as suas definições e abordagens pelo valor que atribuem aos seus aspectos ora mais objectivos, ora mais subjectivos. Recentemente, Pruchno, Wilson-Genderson, Rose e Cartwright (2010), ao analisarem as características contemporâneas e influências precoces do envelhecimento bem-sucedido, concluíram que este constructo é multidimensional contendo, simultaneamente, dimensões objectivas e subjectivas.

Numa das conceptualizações iniciais, em 1987, Rowe e Kahn descreveram as pessoas idosas com características físicas e psicológicas melhores do que a média como “idosos bem-sucedidos”. Mais tarde, Rowe e Kahn (1997) definem envelhecimento bem-sucedido com base em três componentes: (1) baixa probabilidade de doença ou incapacidade consequente; (2) elevada capacidade funcional cognitiva e física; e (3) participação activa na vida. Dimensões às quais alguns autores acrescentaram, posteriormente, a espiritualidade positiva (Crowther, Parker, Achenbaum, Larimore & Koenig, 2002), tendo ainda surgido uma outra componente na literatura, sobretudo nesta década – a segurança financeira (*e.g.* Duay & Bryan, 2006).

Outros autores sugerem que o conceito de envelhecimento bem-sucedido é mais útil se definido com critérios mais subjectivos. Guse e Masesar (1999) referem: ser amigável, ter sentido de humor, ajudar os outros, adaptar-se às mudanças e divertir-se sempre que

possível<sup>4</sup>. Na mesma linha, Ryff (1989b) acrescenta: aceitar a mudança e gozar a vida<sup>5</sup>. E, mais tarde, Fisher (1995), inclui também a auto-aceitação, a autonomia e a existência de um sentido para a vida.

Reforçando a importância de encarar este conceito de forma multidimensional, recentemente, Strawbridge, Wallhagen e Cohen (2002) referem que apesar de indicadores objectivos, como saúde física, serem medidas cruciais para avaliar o envelhecimento bem-sucedido, os indicadores subjectivos, como a auto-percepção acerca do estado de saúde, enriquecem a sua conceptualização e avaliação.

Uma outra perspectiva acerca do envelhecimento bem-sucedido é o modelo de Baltes e Baltes (1990). Este modelo, por um lado, procura conceptualizar um sistema de processos interdependentes para a dinâmica entre a minimização das perdas e a maximização dos ganhos. Por outro lado, atribui aos idosos um papel activo no seu próprio envelhecimento. Neste modelo são identificados três processos: selecção, compensação e optimização. A *selecção* refere-se à crescente restrição nas diferentes áreas da vida como consequência ou antecipação de mudanças nos recursos pessoais, sociais ou ambientais, podendo ser um processo activo ou passivo, interno ou externo, intencional ou automático. A *selecção* pode envolver evitar uma área no seu todo ou a restrição de tarefas ou objectivos em um ou vários domínios, contemplando, por exemplo, mudanças no ambiente (*e.g.*, realocização), mudanças activas no comportamento (*e.g.*, redução do número de actividades sociais) ou um ajustamento passivo (*e.g.*, evitar escadas). A *compensação* ocorre quando capacidades ou competências específicas são perdidas ou reduzidas abaixo de um nível de funcionamento adequado, surgindo a necessidade de usar meios alternativos para atingir os mesmos objectivos, aprender novas competências ou recorrer a suporte técnico ou outro fora do indivíduo (*e.g.*, a utilização de um aparelho auditivo; procurar auxílio para cuidar da casa). Por fim, a *optimização* refere-se ao enriquecimento e aumento das reservas ou recursos melhorando, deste modo, o funcionamento em áreas específicas da vida. Segundo Baltes e Carstensen (1996), este último processo está em larga medida dependente da estimulação ou das condições ambientais.

---

<sup>4</sup> No original, "having fun whenever possible".

<sup>5</sup> No original, "enjoying life".

De forma sistematizada, Baltes e Baltes (1990), propõem sete princípios para um envelhecimento bem-sucedido, onde enfatizam o carácter biopsicossocial do processo de envelhecimento (ver Tabela 1):

Tabela 1. Princípios para um envelhecimento bem-sucedido (adaptado de Baltes e Baltes, 1990).

PRINCÍPIOS PARA UM ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO
1. Envolvimento em estilos de vida saudáveis no domínio físico, psicológico e social reduz o risco de envelhecimento patológico e aumenta as hipóteses de um melhor envelhecimento.
2. Consideração de múltiplas oportunidades para um envelhecimento positivo, através do reconhecimento das suas características e capacidades.
3. Maximização das potencialidades nos domínios: físico, psicológico e social.
4. Aceitação objectiva das perdas a nível físico, psicológico e social, associadas a esta fase.
5. Compensação activa das perdas valorizando as capacidades, através da selecção e optimização dos recursos pessoais e sociais disponíveis.
6. Reconhecimento dos progressivos desfasamentos entre ganhos e perdas associados à velhice nas áreas física, psicológica e social.
7. Continuação do desenvolvimento de um sentido de <i>self</i> e auto-eficácia à medida que os desfasamentos entre ganhos/perdas aumentam.

Também com uma ênfase notória no carácter biopsicossocial do processo de envelhecimento, a perspectiva de Inuy (2003) salienta não só a longevidade, como o bem-estar satisfatório em múltiplos domínios, que sustente a capacidade de funcionar adequadamente em diversas circunstâncias. Para este autor, os determinantes do bem-estar e estado funcional na idade avançada são: (1) a herança genética, (2) o ambiente físico, (3) o ambiente social, (4) as respostas individuais e sociais aos desafios, (5) a saúde, (6) a disponibilidade e afectividade nos cuidados de saúde e (7) a prosperidade pessoal.

Conforme é possível verificar pelas definições e abordagens apresentadas, apesar de se considerarem ganhos e perdas associados ao envelhecimento, nos últimos anos, a investigação e intervenção nesta área tem-se focalizado, cada vez mais, nos resultados ideais do processo de envelhecimento. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) define “envelhecimento activo” como processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação, segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento, o que pressupõe indivíduos competentes, capazes de uma vida autónoma e independentes. A estas dimensões foi ainda acrescentada, recentemente, a dimensão da educação (Ala-Mutka, Malanowski, Punie & Cabrera, 2008). Deste modo, o envelhecimento activo, aplicável tanto aos indivíduos, como aos grupos populacionais, permite que os

indivíduos tomem consciência do seu potencial de desenvolvimento físico, social e mental ao longo da vida, e participem na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades. Neste sentido, o termo “activo” refere-se a uma participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e cívicas, e não apenas à capacidade de estar fisicamente activo ou de constituir uma força produtiva através do trabalho, na medida em que os idosos, apesar de poderem estar reformados ou manifestarem algumas incapacidades funcionais, contribuem positivamente para as suas famílias e comunidades (OMS, 2002).

Apesar da sua vasta utilização, existem algumas críticas que são apontadas ao constructo de “envelhecimento bem-sucedido”. Para Scheidt, Humpherys e Yorgason (1999) este constructo é parco na definição de critérios, não incorpora de forma adequada as dinâmicas inerentes ao ciclo de vida, falha na generalização das conclusões para populações heterogéneas de idosos, ignora muitas formas de envelhecer com sucesso, e não considera as implicações práticas dos idosos que não conseguem alcançar um envelhecimento bem sucedido. Ainda numa perspectiva crítica, Dillaway e Byrnes (2009) apontam o facto de este conceito estar associado a um resultado, e não a um processo, ou seja, o envelhecimento não é perspectivado enquanto um processo biopsicossocial que envolve o desenvolvimento de novos papéis em diversos contextos, mas antes como um resultado com base no diagnóstico de “sucesso” ou “insucesso”. Além desta crítica conceptual, os autores referem também, como limitações, o facto de se dirigir apenas a grupos privilegiados, ignorando muitas formas alternativas de envelhecimento bem sucedido e a pouca atenção dada ao contexto e significados culturais, muito relevantes na noção de sucesso e bem-estar (*e.g.* Kelley-Gillespie, 2004; Thanakwang, Igersoll-Dayton, Soonthornhdhada, 2008).

Efectivamente, uma das maiores dificuldades no estudo do envelhecimento bem sucedido é a sua avaliação, pois, por exemplo, a saúde física e mental são claras vantagens neste domínio, mas a sua quantificação é tudo menos simples (Vaillant, 2004).

Para Inuy (2003), perante esta complexidade conceptual, as abordagens científicas associadas ao fenómeno do envelhecimento bem sucedido devem ser diversificadas, utilizando não só fenómenos lineares de causa-efeito, como procurando aferir padrões emergentes, pois somente este tipo de investigação, realizada com base em metodologias diferenciadas, irá

expressar, verdadeiramente, uma abordagem biopsicossocial em torno do envelhecimento bem-sucedido.

Além da investigação sobre o conceito de envelhecimento bem-sucedido, existem inúmeros estudos que procuram aferir os factores que se encontram associados ao sucesso nesta fase da vida, fornecendo pistas relevantes para a intervenção neste domínio.

As escolhas ao longo da vida podem impedir ou facilitar o envelhecimento bem-sucedido e diversos estudos empíricos confirmam que o declínio do funcionamento físico e cognitivo em idades mais avançadas pode ser explicado através de factores presentes no decurso do desenvolvimento, como a nutrição, o exercício físico ou o tabagismo (Franklin & Tate, 2008), do mesmo modo como o aumento da capacidade funcional, é um predictor estatisticamente significativo do envelhecimento bem sucedido (Flood & Scharer, 2006).

No que se refere à nutrição verifica-se que a qualidade e quantidade nutricional e uma dieta adequada previnem problemas como a obesidade ou malnutrição, que são precursores de problemas de saúde em idades mais avançadas (Harper, 1982).

A actividade física é também um factor que se encontra relacionado com o envelhecimento bem-sucedido, sendo uma excelente forma de otimizar a saúde biopsicossocial, particularmente ao nível funcional. Os idosos fisicamente inactivos manifestam mais limitações funcionais, doenças crónicas e menos envolvimento social (Meisner, Dogra, Logan & Weir, 2010), além de contarem com uma menor esperança média de vida (Chodzko-Zajko, Schwingel & Park, 2009).

A ausência de tabagismo constituiu, igualmente, um factor determinante para o aumento da longevidade e da qualidade de vida, pois o tabagismo contribui para disfunções pulmonares, obstrução pulmonar crónica e quase metade das mortes provocadas por cancro (Ferrucci et al., 1999), não obstante o facto de se tratar de uma dependência difícil de reverter, principalmente na idade avançada (Simões, 2005).

As actividades diárias em que os idosos estão envolvidos interferem, de igual modo, com o seu bem-estar. Num estudo recente, Klumb e Maier (2010) constataram que após os 70 anos de idade, o tempo passado em actividades regenerativas (*e.g.*, descansar), produtivas (*e.g.*, realização de tarefas domésticas) e de socialização (*e.g.*, conviver com amigos), está

relacionado com a longevidade, o que pode significar que estas actividades criam condições psicossociais associadas a uma maior qualidade de vida e, quando mantidas diariamente, acumulam os seus efeitos positivos ao longo da vida.

No que se refere à autonomia na idade avançada, importa referir que factores como a idade, o género masculino, a ausência de problemas de saúde, a existência de boa condição médica e ausência de tabagismo predizem a manutenção de autonomia (Ford et al., 2000).

Ao analisar as auto-percepções acerca do envelhecimento bem sucedido, Duay e Brian (2006) verificaram que, para os idosos, este conceito encontra-se associado à existência de compromisso com os outros, capacidade de lidar com mudanças e manutenção de uma boa saúde física, mental e financeira. Também num estudo com população idosa, Wilhelmson, Andersson, Waern & Allebeck (2005) concluíram que factores como as capacidades funcionais, saúde física, relações interpessoais eram associados pelos idosos à existência de uma maior qualidade de vida.

Os resultados do *Study of Adult Development* apontam factores como: estilo de *coping* adaptativo, peso saudável, prática regular de exercício físico, elevada escolaridade, casamento estável, ausência de tabagismo e de abuso de álcool, como estando na base de um envelhecimento bem sucedido, ao contrário de outros factores (*e.g.* história de longevidade familiar, colesterol, *stress*, e ambiente caloroso e estável na infância) que não mantêm qualquer relação com o sucesso nesta fase (Vaillant, 2004).

Conclui-se, deste modo, que os preditores para o sucesso nesta fase da vida (como a alimentação equilibrada, prática regular de exercício físico, envolvimento social e ausência de tabagismo) estão, em muitos aspectos, ligados ao controlo individual e podem ser alvo de prevenção e intervenção ao longo de todas as fases do ciclo vital, de forma a prevenir incapacidades funcionais e doenças crónicas em idades avançadas.

Na busca de maximizar o potencial durante todo o ciclo de vida, torna-se essencial dotar os profissionais que trabalham neste domínio de competências que os permitam intervir de forma eficaz (Sullivan & Fisher, 1994), na minimização do risco de desenvolvimento de incapacidades ou doenças crónicas, mais elevado no caso dos idosos, (Hoffman, Rice & Sung, 1996), potenciando a valorização existente na área do envolvimento social, apesar da existência, por vezes, de algumas limitações funcionais (Weir, Meisner & Baker, 2010).

### 1.3. E NO INSUCESSO? VALERÁ A PENA INTERVIR?

*“People don’t change that much.  
Don’t waste time trying to put in what was left out.  
Try to draw out what was left in.  
That is hard enough”<sup>6</sup>*  
Buckingham & Coffman (1999, p. 57)

As experiências mais comuns e transições na idade avançada muitas vezes criam necessidades específicas de intervenção. Estas transições incluem a perda (*e.g.* perda do cônjuge ou amigos, perda de saúde), o ajustamento à reforma e conseqüente redução de rendimentos económicos, o aparecimento de segundas carreiras e a necessidade de envolvimento em actividades de lazer e de manter um estilo de vida satisfatório (Santrock, 2002). Efectivamente, os idosos têm maior probabilidade de vivenciar múltiplas perdas simultaneamente, o que pode comprometer a sua capacidade para lidar com essas perdas (Smyer & Qualls, 1999), embora a investigação aponte para a existência de competências para lidar com situações adversas, com base nas forças pessoais (Moore & Keyes, 2003).

A intervenção na idade avançada encontra-se condicionada pela presença de mitos em relação aos problemas de saúde e desordens psiquiátricas que surgem nesta fase da vida<sup>7</sup>, o que conduz, frequentemente, à negligência dos sintomas, levando a conseqüências nefastas, que se relacionam, inclusive, com o aumento da mortalidade nestas idades. Como exemplo importa referir o estudo de Bruce e Leaf (1989) que permitiu concluir, através de uma amostra de 3007 indivíduos com mais de 55 anos, que a mortalidade dos idosos com perturbações afectivas (especialmente depressão *major*<sup>8</sup>), que não são alvo de qualquer tratamento ou intervenção,

---

<sup>6</sup> *“As pessoas não mudam assim tanto. Não perca tempo a tentar colocar dentro o que foi deixado de fora. Tente, antes, retirar o que ficou lá dentro. Isso já é difícil o suficiente”* (nossa tradução).

<sup>7</sup> Como exemplo de um “mito” pode referir-se o facto de se considerar, por senso-comum, que perturbações como a “mania” diminuem com a idade (Kennedy, 2008a), o que além de não ser verdade, condiciona a prevenção e tratamento desta psicopatologia que, efectivamente, conduz a maior número de hospitalizações do que, por exemplo, a depressão (Kennedy, 2008b).

<sup>8</sup> *Depressão Major* é uma depressão que provoca mudanças relativamente súbitas de uma ou mais funções neurovegetativas, é menos frequente a diminuição da auto-estima e os sentimentos de culpa, e é mais frequente a somatização, a anorexia com perda

quadruplica ao final de 15 meses, quando comparados com idosos com ausência de perturbações afectivas.

Verifica-se, efectivamente, a presença de um estereótipo da depressão no envelhecimento. Como ilustração desta realidade, Ruppel, Jenkins, Griffin e Kizer (2010) constataram, num estudo realizado recentemente com pessoas de diversas idades, que os participantes conseguiam facilmente reconhecer os sintomas depressivos mas, caso se tratasse de um jovem, associavam esses sintomas à “depressão”, enquanto caso se tratasse de um idoso esses mesmos sintomas eram associados ao factor “idade”, ou seja, a tristeza na idade avançada seria considerada como algo normal, parte integrante do processo de envelhecimento.

Comummente, a depressão na idade mais avançada é interpretada como uma consequência de outros problemas de saúde (como problemas cardiovasculares, diabetes, entre outros), em vez de representar um problema de saúde em si mesmo, o que afasta esta problemática de qualquer tipo de intervenção específica e eficaz (Scott et al., 2007), não obstante a investigação indicar que o tratamento da depressão é tão efectivo em adultos com idade avançada como em jovens (Powers, Thompson, Futterman & Gallagher-Thompson, 2002).

Importa compreender quais as barreiras que dificultam o acesso dos idosos à intervenção, o que é possível através da exploração da diversidade de atitudes em torno da procura de apoio psicológico, bem como das limitações inerentes a esta mesma intervenção.

Entre estes obstáculos na procura de apoio profissional na área da saúde mental por parte dos idosos destacam-se a escassez de serviços de geriatria especializados, as dificuldades ao nível dos diagnósticos, as limitações físicas inerentes aos locais de intervenção (Hatfield, 1999); a falta de confiança nos profissionais da psicologia (Waxman, Carner & Klein, 1984); as crenças negativas acerca da doença mental nesta fase da vida (Segal, Coolidge, Mincic & O’Riley, 2005); o estigma associado à procura dos serviços de saúde mental por parte dos idosos (Corrigan, Swantek, Watson & Kleinlein, 2003); a ausência de prática adequada e supervisão clínica dos profissionais que intervêm com esta população (Nordhus & VanderBos, 1998); o paralelismo que é efectuado com a relação médico-paciente (mais hierarquizada e directiva), que compromete o sucesso das intervenções na área da psicologia (Myers & Harper, 2004); e,

---

de peso, as anomalias psicomotoras, a ansiedade e a ideação suicida. Este tipo de depressão aumenta com a idade e é responsável por 60% dos internamentos em unidades de psicogeriatría (Marques-Teixeira, 2007).

finalmente, mas não menos importante, a resistência e relutância por parte de muitos profissionais em relação ao trabalho com esta população (Roth & Fonagy, 1996).

Ao analisar intervenções com idosos empiricamente validadas, Gatz (2007) sugere cinco factores que podem condicionar o sucesso e eficácia das intervenções (ver Tabela 2).

Tabela 2. Factores que condicionam a eficácia das intervenções com idosos (adaptado de Gatz, 2007).

FACTORES QUE CONDICIONAM A EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES COM IDOSOS
1. <i>Reconhecimento dos problemas</i> , muitas vezes condicionado pelas dificuldades de diagnóstico nestas idades.
2. <i>Aceitação da necessidade de acção</i> , pois existem pessoas que consideram que os problemas que vão surgindo fazem parte do envelhecimento e recusam a procura de ajuda especializada.
3. <i>Existência de profissionais competentes</i> , com formações específicas que suportem a sua actividade.
4. <i>Sistema integrado de encaminhamento</i> , que permita, após o diagnóstico do problema, o encaminhamento para uma intervenção adequada e especializada.
5. <i>Intervenções eficazes</i> , que sejam disponibilizadas após a fase de diagnóstico inicial.

Como aspectos que podem levar à procura de apoio psicológico salientam-se a existência de queixas (Komiya, Good & Sherrod, 2000) e a procura prévia de ajuda profissional<sup>9</sup> (Mackenzie, Knox, Gekoski & Macaulay, 2004).

Apesar de ser inegável a existência de barreiras no acesso ao apoio psicológico, as intervenções com adultos de idade avançada têm-se revelado, de um modo geral, eficazes (Roth & Fonagy, 1996). Numa revisão da literatura na busca das evidências da eficácia das intervenções psicossociais com idosos, Kennedy e Tanenbaum (2000), verificaram que, não obstante a maioria dos estudos analisados contarem com algumas limitações metodológicas, os resultados das intervenções são positivos, embora fossem necessárias adaptações relacionadas com a idade a fim de otimizar os resultados. Em desordens como ansiedade, depressão, perturbações no sono, demências e adição a benzodiazepinas, foram, igualmente, encontradas intervenções eficazes com idosos (Roth & Fonagy, 1996).

Além de se mostrar eficaz, a intervenção em idades avançadas assume grande importância, dado o seu papel relevante na promoção de qualidade de vida e redução das incapacidades funcionais.

---

<sup>9</sup> Na procura de ajuda profissional na área da saúde mental surgem diferenças de género uma vez que algumas investigações concluíram que os homens têm uma atitude mais negativa em relação à procura de apoio psicológico do que as mulheres (*e.g.* Timlin-Scalera, Ponterotto, Blumberg & Jackson, 2003).

Concretamente no que se refere às perturbações de humor, a depressão é muitas vezes considerada o maior desafio de intervenção em idosos uma vez que a depressão *major* afecta cerca de 15% dos idosos e contribui para uma maior incidência de suicídio, afectando a mortalidade nesta etapa da vida (Smyer & Qualls, 1999).

Indivíduos com depressão têm maior risco de mortalidade e menor qualidade de vida, quando comparados com indivíduos não-deprimidos (Penninx, Leveille, Ferrucci, Van Eijk & Guralnik, 1999). Além disto, a depressão aumenta a utilização dos serviços de saúde (Katz, 1996), os custos médicos (Katon, Lin, Russo & Unutzer, 2003) e incapacidades funcionais (Broadhead, Blazer, George & Tse, 1990). Todos estes factores justificam a importância de ser empreendido um esforço acrescido para detectar precocemente os sintomas depressivos e implementar intervenções adequadas (Lamers, Jonkers, Bosma, Diederiksm & Van Eijk, 2006), que permitam reduzir o sofrimento, aumentar a qualidade de vida, prevenir o suicídio, promover óptimos níveis de funcionamento e autonomia, diminuindo, de forma expressiva, os custos sociais ao nível da saúde e colocando de parte a ideia, que vigora no senso-comum, de que a depressão é uma parte natural do processo de envelhecimento (Salzman, 1997).

No que se refere à depressão em idades avançadas, as dificuldades começam na fase de diagnóstico. De acordo com Gatz e Fiske (2003), existem inúmeros desafios metodológicos que dificultam o correcto diagnóstico da depressão nestas idades, nomeadamente: (1) o facto dos sintomas depressivos nos idosos serem diferentes dos sintomas apresentados no *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM<sup>10</sup>) (American Psychiatric Association, 2000), comumente associados ao diagnóstico de depressão; (2) na presença de comorbilidade com problemas de saúde física, os sintomas depressivos são atribuídos a causas médicas; (3) as *checklists* que avaliam a depressão incluem sintomas somáticos (ou seja, podem sinalizar sintomas depressivos em idosos que têm, na realidade, um problema físico); (4) na entrevista estruturada, devido a problemas de memória, muitos idosos não referenciam episódios depressivos do seu passado; (5) existem poucos estudos epidemiológicos com idosos institucionalizados; e (6) os idosos deprimidos podem ter menor probabilidade de sobreviver até idades avançadas, levando à conclusão (errónea) de que a depressão diminui com a idade.

---

<sup>10</sup> Em português, *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*.

Existem estudos que encontraram diferenças nos sintomas que caracterizam a depressão nos idosos, quando comparados com os presentes noutras fases da vida. Alguns investigadores (e.g., Newmann, Engel & Jensen, 1991) distinguiram uma constelação de sintomas que mais frequentes em idosos, especificamente do género feminino, e que designaram por *depletion syndrome* (síndrome do esgotamento<sup>11</sup>). Este síndrome inclui a perda de interesse, a falta de energia, a perda de esperança, o desamparo e a lentificação psicomotora, sintomas que são agudizados por factores de risco como doença física, demência ou solidão. Também Kennedy (1995) considera que a depressão em idade avançada deve ser conceptualizada não como uma categoria de desordem, mas como uma síndrome geriátrico com múltiplas etiologias, que requer uma combinação de intervenções específicas.

Ao procurar caracterizar os que mais manifestam sintomas depressivos nesta idade, Parashos, e colaboradores (2002) referem que a maioria dos idosos com depressão são do género feminino, com história passada de presença de sintomas depressivos e falta de suporte social. De facto, as características pessoais não podem ser esquecidas quando se aborda a presença e severidade do diagnóstico de depressão. Seligman e colaboradores (1988) constataram que pessoas com um estilo mais pessimista e que tendem a atribuir acontecimentos negativos a causas internas, estáveis e globais, manifestam, com maior frequência, diagnósticos de depressão *major*. Na mesma linha de investigação, Watson, Clark e Carey (1988) verificaram, de forma consistente com pesquisas anteriores, que os afectos negativos estavam relacionados com sintomas de ansiedade e depressão, funcionando como preditores de desordens psiquiátricas, enquanto os afectos positivos mantinham uma correlação negativa consistente com sintomas e diagnósticos de depressão.

Perante este cenário, as boas notícias são que estas características e atitudes individuais que determinam a presença e severidade da depressão podem (e devem) ser alvo de uma intervenção bem sucedida (e.g., Fernandez, Carretero & Gil, 2002<sup>12</sup>).

Na literatura, os factores que apresentam maior correlação com a depressão são os factores genéticos, a saúde, as desigualdades sociais, o rendimento económico, a presença de

---

<sup>11</sup> Nossa tradução.

<sup>12</sup> Trata-se de um estudo espanhol relativo a uma intervenção em grupo com idosos com o objectivo de promover a modificação de atitudes. Os resultados evidenciaram melhorias significativas no grupo experimental (Fernandez et al., 2002).

acontecimentos adversos, o contexto e interacção social, e a espiritualidade (*cf.* Gatz & Fiske, 2003; Hoffman & Glicksman, 2008).

A relação entre estes factores é alvo de diversas investigações que procuram verificar, por exemplo, de que modo os problemas de saúde física precipitam sintomas depressivos nos idosos. A título ilustrativo desta ligação, Kennedy (1995), através de um estudo longitudinal com 1.457 idosos, procurou analisar quais os determinantes dos sintomas depressivos nos idosos, concluindo que o aumento da incapacidade e o declínio da saúde precediam a depressão. No entanto, a relação inversa também está presente na literatura, como descrevem Rozzini, Bianchetti, Carabellese Inzoli e Trabuchini (1988) que, ao analisarem a relação entre sintomas somáticos, depressão e acontecimentos de vida (estado de saúde, satisfação social e rendimento económico), concluíram que a depressão era o factor mais relevante no aparecimento de queixas somáticas. Saúde física e sintomas depressivos mantêm, deste modo, uma relação próxima, afectando-se mutuamente. Tal como sugerem Bruce, Seeman, Merrill e Blazer (1994) quer a incapacidade física, quer os sintomas depressivos, podem conduzir ao início de um declínio da saúde física e psicológica dos mais velhos. Estas evidências empíricas contribuem para enfatizar a importância dos cuidados de saúde primários no diagnóstico e intervenção na depressão (Kennedy, 2007).

Outro dos factores que tem sido amplamente associado à depressão em idades avançadas é o funcionamento cognitivo (*e.g.*, Baudic, Tzortzis, Barba & Traykov, 2004<sup>13</sup>; Steffens et al., 2004<sup>14</sup>). As evidências empíricas têm demonstrado que os sintomas depressivos mantêm uma forte associação ao declínio da capacidade cognitiva, uma vez que a sintomatologia depressiva, de forma independente, prevê o declínio cognitivo em pessoas idosas que anteriormente manifestavam um bom funcionamento cognitivo (Chodosh, Kado, Seeman & Karlamangla, 2007).

---

<sup>13</sup> Na tentativa de compreender o funcionamento executivo em idosos deprimidos, Baudic e colaboradores (2004) compararam os resultados ao nível cognitivo de 21 idosos deprimidos com 19 idosos não deprimidos. Os autores concluíram que os idosos deprimidos evidenciaram resultados significativamente mais baixos nas tarefas executivas do que os idosos não deprimidos, sendo que estes resultados se encontravam correlacionados com o grau de severidade da depressão.

<sup>14</sup> Steffens e colaboradores (2004) analisaram os resultados neurocognitivos em idosos deprimidos e não deprimidos tendo concluído que, dentro do grupo de "deprimidos" (n=141), a incidência de demência era muito mais elevada (cerca de 27 diagnósticos de demência), quando comparado com os resultados do grupo de "não-deprimidos" (n=137), para o diagnóstico de demência (2 casos apenas), estes resultados mostraram-se consistentes com evidências prévias que ligam a depressão à demência em idades avançadas.

Depois de clarificada a importância da intervenção na depressão junto dos idosos, pela exploração de algumas das consequências que estão inerentes a este diagnóstico, importa abordar os tipos de intervenções que são eficazes neste domínio, ou seja, explorar o que pode ser feito nesta área. Efectivamente, têm-se registado muitos avanços nas intervenções na depressão em adultos de idade avançada, quer no âmbito da farmacologia, quer no âmbito das terapias e intervenções psicossociais (Kennedy, 2005).

No que se refere aos anti-depressivos, existem evidências da sua eficácia em idosos com diagnóstico de depressão *major* (Wilson et al., 2001), embora a sua eficácia ainda não se encontre devidamente comprovada para casos de depressão *minor*<sup>15</sup> (Oxman & Sengupta, 2002).

Por sua vez, a terapia cognitiva aparece tão eficaz como os antidepressivos para a depressão *major* (DeRubbeis et al., 2005) e igualmente eficaz para a depressão moderada ou *minor* (Gloagum, Cottraux, Cucherat & Blackburn, 1998), tal como salientam Oxman e Sengupta (2002) não existem, neste domínio, evidências que na depressão *minor* os idosos são menos responsivos à intervenção.

As intervenções cognitivo-comportamentais e psicodinâmicas breves têm demonstrado, igualmente, resultados positivos em idosos deprimidos, a par com as intervenções cognitivas (cf. Thompson, Callagher & Breckenridge, 1987<sup>16</sup>; Roth & Fonagy, 1996), resultados que se mostram igualmente expressivos quando se tratam de intervenções em grupo com idosos com diagnóstico de depressão *major* (Steuer et al., 1984<sup>17</sup>).

Importa abordar os factores que medeiam o sucesso das intervenções com idosos deprimidos e que vão além da abordagem teórica ou formato da intervenção. Oxman, Hegel, Hull e Dietrich (2008) chamam a atenção para o facto do sucesso nas intervenções com idosos ao

---

<sup>15</sup> *Depressão Minor* é uma depressão que provoca mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional, ou noutras áreas do funcionamento, mas não preenche os critérios para a depressão *major* ou distímia, embora seja diferente de sintomatologia depressiva. Está directamente relacionada com doença física, diminuição significativa do sentimento subjectivo de bem-estar e aumenta o risco de morte (Marques-Teixeira, 2007).

<sup>16</sup> Ao examinarem a eficácia das terapias comportamentais, cognitivas e psicodinâmica breve, comparadas com a ausência de terapia, Thompson e colaboradores (1987) verificaram, através de uma amostra de 120 pessoas com mais de 60 anos (com diagnóstico de depressão *major*) que receberam uma intervenção de 16 a 20 sessões durante 16 semanas, um efeito significativo para cada um dos tratamentos, quando comparados com o grupo de controlo (ausência de intervenção).

<sup>17</sup> Steuer e colaboradores (1984) testaram duas intervenções em grupo (cognitiva-comportamental e psicodinâmica) e ambas se mostraram eficazes na redução dos sintomas depressivos em 20 participantes, com 55 anos ou mais, diagnosticados com depressão *major*.

nível da depressão ser moderado pelo estilo de *coping*, pois na presença de um estilo de *coping* predominantemente evitante (caracterizado pela negação e pouco envolvimento comportamental) os resultados mostraram-se menos positivos no decurso do tempo. Thompson e colaboradores (1987) ao compararem intervenções com abordagens teóricas diferentes (comportamental, cognitiva e psicodinâmica breve), constataram que o tipo de intervenção não influencia o sucesso da mesma, enquanto o compromisso e envolvimento dos participantes determinava, de forma decisiva, os resultados alcançados com a intervenção.

Ainda no que concerne à intervenção na depressão, importa analisar o que contribui para a manutenção dos resultados ao longo do tempo, depois de findarem as intervenções. Neste domínio, de acordo com Dobson e colaboradores (2008) os melhores resultados na prevenção da recaída da depressão encontram-se na terapia cognitiva e na activação comportamental, comparativamente com a utilização de anti-depressivos de forma continuada. Ao analisar resultados de *follow-up* dos grupos experimentais e de controlo para determinar os efeitos a médio e longo prazo de diversas intervenções, também Scogin e McElreath (1994) concluíram o sucesso das intervenções psicossociais, comprovado pela manutenção dos seus resultados ao longo do tempo.

Na área da intervenção na demência existem poucos estudos (Myers & Harper, 2004), dadas as limitações metodológicas inerentes a estas investigações, nomeadamente, a dificuldade em conseguir grupos de controlo e o facto do sucesso da intervenção estar muito dependente do estágio inicial da demência (Roth & Fonagy, 1996). Não obstante, neste âmbito encontram-se intervenções bem sucedidas em domínios como: orientação para a realidade, reminiscência, terapia da validação, psicoterapia, terapia cognitiva-comportamental e modificação comportamental (Roth & Fonagy, 1996).

Em termos de formato, a intervenção em grupo tem sido identificada como uma abordagem preferencial para a maior parte dos problemas e desafios na idade avançada (Aday & Aday, 1997), existindo inúmeros estudos de intervenção em grupo com idosos que têm demonstrado resultados positivos<sup>18</sup>. No entanto, importa também considerar que existem investigações neste

---

<sup>18</sup> Como exemplo salienta-se a investigação de Husaini e colaboradores (2004) sobre uma intervenção em grupo, com 12 sessões de terapia, que se mostrou eficaz na redução da depressão entre os idosos, sendo que os maiores benefícios foram alcançados por mulheres entre os 55 e 75 anos de idade.

domínio em que não foram encontrados resultados positivos (*e.g.* Conradsson, Littbrand, Lindelof, Gustafson & Rosendahl, 2010<sup>19</sup>).

Lubin, Wilson, Petren e Polk (1996) reviram 1.793 investigações e livros em torno de métodos de grupo, organizados em cinco grupos etários, demonstrando a efectividade deste tipo de abordagem com idosos. Para estes autores, quer os grupos temáticos (*e.g.*, com tópicos específicos como a viuvez, mudanças de saúde específicas, adaptação à reforma ou criação de tempos de lazer), quer os grupos com participantes com características específicas (*e.g.*, grupos para homens idosos, mulheres idosas ou pessoas em luto) são recomendados para intervir nesta etapa da vida.

Em termos práticos, de acordo com Dombek e Wells-Moran (2006), os benefícios da intervenção em grupo com idosos incluem a normalização das suas preocupações acerca do declínio físico, a diminuição do isolamento social, o acesso a uma rede de suporte que enfrenta dificuldades semelhantes, e a possibilidade de ajudar os outros, que contribui para diminuir os sentimentos e pensamentos negativos.

De um modo geral, a intervenção em grupo com esta faixa etária tem-se revelado útil devido aos seguintes factores: (1) constitui uma opção de tratamento mais viável (dado o crescente número de idosos); (2) possibilita o desenho de planos de intervenção; (3) apresenta um menor custo (são necessários menos profissionais e menos tempo para intervir com o mesmo número de pessoas); e (4) a eficácia e eficiência a longo prazo apresentam resultados promissores (Puskar, Brar & Stark, 2008).

Apesar de se mostrarem efectivas, as intervenções com idosos devem atender a especificidades que optimizam os resultados e permitem o ajustamento às necessidades específicas desta população. Seguidamente, apresentam-se os aspectos que, de acordo com a APA (*American Psychological Association*), através de Abeles e colaboradores (1998), devem ser tidos em conta na intervenção junto de idosos (ver Tabela 3).

---

<sup>19</sup> Conradsson e colaboradores (2010) avaliaram os efeitos de um programa em grupo intensivo de exercícios funcionais para redução da depressão e aumento do bem-estar e concluíram que a participação neste programa não surtiu efeitos nos sintomas depressivos nem no bem-estar, sugerindo a necessidade de uma intervenção individualizada e multidimensional.

Tabela 3. Factores relacionados com a eficácia das intervenções com idosos (adaptado de Gatz, 2007).

INTERVENÇÃO COM IDOSOS – FACTORES QUE CONDICIONAM A SUA EFICÁCIA
1. Clarificar o papel do psicólogo e analisar as expectativas e motivação do idoso para a intervenção.
2. Abordar as preocupações que podem surgir devido ao estigma em torno dos cuidados de serviço mental.
3. Providenciar um racional teórico, estrutura e objectivos da intervenção.
4. Manter especial atenção aos défices sensoriais que possam existir ( <i>e.g.</i> , problemas de visão ou de audição) que possam dificultar a comunicação.
5. Manter coordenação com outros serviços/profissionais pois a procura de intervenção psicológica pode estar associada a problemas físicos ou sociais.
6. O psicólogo deve prestar especial atenção aos seus próprios estereótipos em relação aos idosos.

Existem ainda, além destas especificidades para a população idosa, recomendações transversais a todas as intervenções que, de acordo com a APA (Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006), se baseiam em três elementos essenciais: (1) o uso da melhor informação científica disponível, (2) a existência de profissionais especializados; e (3) a preocupação com os valores e preferências dos clientes.

## 1.4. A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO

*"A velhice feliz prepara-se com  
uma infância e adultez felizes"*  
Simões (2005, p. 225)

No processo de envelhecimento é possível encontrar uma multiplicidade de cenários, desde o envelhecimento bem sucedido, onde as perdas são compensadas sem prejuízo do bem-estar e qualidade de vida, até um tempo de declínio, onde estão presentes dificuldades na procura de apoio para a resolução dos problemas que vão aparecendo. De facto, esta multiplicidade não é exclusiva da idade avançada, mas está patente ao longo de todo o desenvolvimento, reforçando, de forma cada vez mais premente, o lugar da prevenção na promoção do bem-estar que, ao estar presente de forma eficaz, pode ditar a minimização dos danos no decurso do desenvolvimento, assumindo particular relevância para a idade avançada.

De acordo com Cowen (2000) existem duas formas de conceptualizar a abordagem a prevenção primária na área da saúde: (1) *modelo detecção do risco-prevenção da desordem*,

é a abordagem mais comum e difundida, e procura a identificação dos factores de risco que podem conduzir a resultados psicológicos adversos; e (2) *o modelo de ciclo de vida orientado para o bem-estar*, baseado no pressuposto de que o bem-estar, por si só, pode providenciar uma protecção significativa contra a maior probabilidade de desordem psicológica. Para o autor estes dois modelos (*prevenção da desordem e promoção do bem-estar*) não são antagónicos. O *modelo de prevenção da desordem* tem como objectivo prevenir a ocorrência de desordens psicológicas graves, ou seja, tem como alvo pessoas em risco de desordem, salientando que a intervenção deve surgir o mais precocemente possível, assim que o risco seja detectado. Por sua vez, o *modelo de prevenção do bem-estar* pretende maximizar o bem-estar desde o início do ciclo de vida e promover a sua consistência no futuro, encontra-se orientado para todas as pessoas, e não somente para as que se encontram em risco, e é sustentado pela crença de que é necessário um esforço sistemático para promover o bem-estar de forma contínua, de diversas formas e através de diversos meios. Este modelo parte do pressuposto de que estabelecer o bem-estar psicológico inicialmente e mantê-lo ao longo da vida, por si só, é um meio promissor para aumentar a protecção dos indivíduos a desordens mentais graves (Cowen, 1999).

No passado, Albee (1982) referiu-se a esta temática salientando que a prevenção primária dos distúrbios emocionais e mentais deve contemplar a redução de *stress* desnecessário e o aumento do *empowerment*, da auto-estima, da rede de suporte e da competência social, salientando que à medida que as competências de *coping* dos indivíduos aumentam, a sua percepção de *stress* emocional diminui.

Actualmente, o modelo de prevenção dominante foca-se nos problemas psicológicos graves (Muehrer, 1997), sendo que esta abordagem se baseia no passo inicial da identificação do risco, a partir do qual se introduzem acções preventivas a fim de prevenir as desordens psicológicas. De acordo com Durlak, (1997) existem, no entanto, diversas limitações que condicionam a sua aplicabilidade, nomeadamente o facto dos padrões de risco das desordens serem complexos e individualizados. Para este autor, a complexidade reflecte-se na operacionalização de dois conceitos: *multicausalidade*, que postula que qualquer desordem pode ser causada por diferentes razões (factores de risco), através de diferentes caminhos, e *multifinalidade* que se refere ao facto de qualquer factor de risco, dependendo do contexto de vida da pessoa e do seu ambiente, pode conduzir a diversos resultados inadaptativos.

Um passo em frente na prevenção pode ser dado ao considerar-se a exploração dos riscos associados ao envelhecimento dentro de um quadro biopsicossocial. Em prevenção, Friedrich (2003) defende a utilidade da integração dos domínios, biológico, psicológico e social na compreensão do desenvolvimento e nos determinantes da mudança. O autor usa o conceito de resiliência para defender que quanto mais jovem o adulto, mais capacidades tem disponíveis, o próprio ou a sociedade, para seleccionar, optimizar e/ou compensar nos domínios bio-psico-social, para um melhor envelhecimento. Por contraponto, quanto mais velho o adulto, menos capacidade de reserva e amplitude de reacção disponível. Por conseguinte, quanto mais cedo forem implementadas as medidas preventivas, maior a probabilidade de serem alcançados benefícios a longo-prazo.

As medidas preventivas podem ser usadas para apoiar ou facilitar os processos de compensação e optimização, optimizando ganhos e minimizando perdas (Godfrey, 2001). Grams e Albee (1995), usando o modelo de prevenção primária, secundária e terciária para a intervenção com idosos sugerem algumas estratégias para programas de prevenção com esta população (ver Tabela 4):

Tabela 4. Estratégias para programas de prevenção para idosos (adaptado de Grams e Albee, 1995).

ESTRATÉGIAS PARA PROGRAMAS DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA PARA IDOSOS
<i>Estratégias Preventivas Primárias</i>
Oferta de oportunidades para o contacto social entre idosos, aumentando o seu sistema de suporte e expandindo a sua rede social.
Estimulação e desafio das capacidades que os idosos procuram aperfeiçoar.
Oferta de meios para atingir e manter o envolvimento com interesses valorizados.
Facilitação da participação e exercício da cidadania através da criação de comunidades responsivas e inclusivas.
<i>Estratégias Preventivas Secundárias</i>
Optimização das capacidades residuais.
Procura da manutenção de um ambiente familiar onde seja possível negociar as crescentes incapacidades.
Propiciação de suporte para lidar com as perdas, como o luto.
Apoio de redes de suporte informal de cuidados.

Godfrey (2001) defende que a distinção entre prevenção primária e secundária reflecte a natureza do balanço entre as perdas e ganhos. Enquanto a primária se foca no suporte por antecipação da perda, a secundária dirige-se para ajudar as pessoas a lidar com a situação de perda já experienciada.

Nos últimos anos têm sido desenvolvidas diversas investigações na área da prevenção da depressão (*e.g.*, Cuijpers & Willemse, 2005), solidão (*e.g.*, Stevens, Martina & Westerhof, 2006), competências de *coping* proactivas (*e.g.*, Bode, De Ridder, Kuijer & Basing, 2007) e capacidades de auto-regulação (*e.g.*, Steverink, Lindenberg & Slaets, 2005).

Existem, também, um número considerável de estudos sobre prevenção com idosos na área da saúde, relacionando factores de risco com diferentes condições ou doenças (*e.g.*, Goldman et al., 2009). O objectivo destas estratégias preventivas é reduzir ou atrasar o aparecimento de disfunções normalmente associadas ao envelhecimento. Simões (2005) refere que muitas doenças crónicas são precedidas de sinais premonitórios (como o aumento da tensão arterial ou o aumento do peso), aos quais, raramente, se dá a devida importância. Se, porém, se adoptasse uma atitude preventiva, mesmo face a valores considerados normais (fazendo dieta ou exercício físico), poderia, muitas vezes, evitar-se que uma situação crónica se instalasse.

Na promoção da saúde e prevenção de factores de risco nos idosos existem factores que não podem ser ignorados uma vez que a iniciação e manutenção de comportamentos promotores de saúde requerem, por um lado, a percepção de controlo (auto-eficácia), ou seja, a crença nos resultados positivos inerentes à execução desses comportamentos e, por outro lado, as expectativas quanto aos resultados e sua influência num envelhecimento bem sucedido (Marquez, Bustamante, Blissmer & Prohaska, 2009).

Um bom exemplo de intervenção preventiva com idosos são os grupos de desenvolvimento, que têm como objectivo a prevenção e o desenvolvimento e consistem na formação de um grupo temporário destinado à aprendizagem experiencial de novos padrões de comportamento, permitindo o desenvolvimento do auto-conhecimento, aumento da sensibilidade em relação aos outros, estabelecimento de relações interpessoais mais eficazes e tomada de consciência dos processos que facilitam ou inibem o funcionamento do grupo (Gazda, 1989). Estes grupos assumem particular relevância dada a importância da prevenção e porque, segundo Coleman, Ivani-Chalian e Robinson (1993), o envelhecimento é também desenvolvimento.

Além dos resultados positivos que vão sendo demonstrados nas acções preventivas, importa considerar as evidências que sugerem que as pessoas idosas têm menor resistência à procura de apoio preventivo, quando comparada com a relutância em aderirem a terapias de

intervenção mais específicas (Westerhof et al., 2008). Associada à prevenção existem, igualmente, inegáveis vantagens sociais e políticas na medida em que, mantendo serviços preventivos, promotores da qualidade de vida dos idosos e o seu envolvimento comunitário, atrasa-se ou suprime-se a necessidade de serviços mais dispendiosos (Godfrey, 2001).

A prevenção assume, deste modo, uma posição de destaque, enquanto acção que permite ajudar as pessoas a alterar comportamentos de risco evitando ou atrasando consequências graves ao nível funcional e emocional. No entanto, para que estas acções ocorram de forma bem sucedida, importa trabalhar lado-a-lado com as pessoas, o que para Syme (2003) constitui o segredo do sucesso da prevenção em idades avançadas.

## 1.5. PSICOLOGIA POSITIVA, DA TEORIA À PRÁTICA

*"Happiness is the meaning and the purpose of life,  
the whole aim and end of human existence"<sup>20</sup>*

Aristóteles [384 a.C.-322 a.C.]

No passado, a psicologia centrou-se na avaliação, compreensão e tratamento da doença mental, identificando as causas da psicopatologia. Posteriormente, debruçou-se sobre a importância da prevenção da doença mental persistindo, no entanto, uma focalização nos acontecimentos negativos, vulnerabilidades individuais e factores de risco, subsistindo pouca pesquisa empírica sobre o papel das emoções positivas na prevenção e intervenção psicológica.

De acordo com Fredrickson (2003), as emoções negativas (como raiva, medo ou desgosto) podem ser entendidas como adaptações evolucionistas que surgiram face às ameaças sentidas pelos nossos ancestrais, o que não acontece com as emoções positivas, mais difíceis de explicar no desenvolvimento humano, mas que se revelam promotoras de comportamentos pró-activos, relacionados com recursos intelectuais, físicos, sociais e psicológicos utilizados pelos indivíduos ao longo de toda a sua vida.

---

<sup>20</sup> "A felicidade é o significado e propósito da vida, é todo o objectivo e fim da existência humana" (nossa tradução).

A felicidade em idades mais avançadas tem sido alvo de interpretações erróneas, tal como é sugerido por Lacey, Smith e Ubel (2006) que verificaram, através de auto-relatos, que a felicidade aumenta com a idade apesar de, tanto jovens como idosos, acreditarem que ela regista uma diminuição com a idade e que se encontra mais associada à juventude. Efectivamente, a investigação indica que as emoções positivas aumentam com a idade<sup>21</sup> (concretamente até aos 70 anos) e os idosos tendem a reportar mais experiências positivas, quando comparados com os mais jovens (Mroczek, 2001). Carstensen, Pasupathi, Mayr e Nesselroade (2000) sugerem que os idosos experienciam emoções mais complexas, muitas vezes descrevendo, simultaneamente, afectos positivos e negativos associados à mesma vivência.

É neste contexto, de busca das consequências da positividade na vida dos indivíduos no decurso do ciclo vital que emerge a psicologia positiva. A psicologia positiva é o estudo científico das experiências e traços individuais positivos e das instituições que facilitam o seu desenvolvimento, partindo do pressuposto que «as pessoas com problemas querem mais satisfação, mais contentamento e alegria, e não apenas menos tristeza e preocupações. Querem construir as suas forças, e não apenas corrigir as suas fraquezas» (Duckworth et al., 2005, p. 630).

A psicologia positiva tem procurado aumentar os seus conhecimentos no “como”, “porquê” e “em que circunstâncias” surgem as emoções, carácter e instituições positivas. Para Seligman, Steen, Park e Peterson (2005) é possível que esta nova abordagem, que visa a construção das forças individuais (no original, “*build-what’s-strong*”), seja útil como complemento (e não como substituto) da abordagem mais tradicional que conduz apenas a uma intervenção em áreas problemáticas (no original, “*fix-what’s-wrong*”).

Cedo a psicologia positiva trilhou o seu próprio caminho, procurando a compreensão da psicologia do bem-estar em si mesma, e não como a simples ausência de desordem ou perturbação (Jahoda, 1958), mantendo ligação com as suas raízes nas teorias humanistas (Rich, 2001). Se é verdade que existem casos em que as dimensões ou traços positivos são o oposto do negativo, quando encarados numa dimensão bipolar (*e.g.*, agonia vs. alívio), existem

---

<sup>21</sup> Na evolução do humor existem algumas diferenças ao nível do género. Através de um estudo longitudinal, Ruch, Proyer e Weber (2010) verificaram que os resultados ao nível do humor decresciam até aos 50 anos, depois desta idade, os homens manifestavam resultados mais elevados entre os 51 e os 62 anos, e existia uma tendência, apesar de não ser estatisticamente significativa, para as mulheres terem pontuações elevadas após os 70 anos.

inúmeras situações em que esta dicotomia não se encontra presente, devendo a dimensão positiva ser encarada na sua unicidade (Duckworth et al., 2005).

A psicologia positiva deparou-se com dificuldades ao nível conceptual que colocaram em causa os resultados e a avaliação da eficácia das intervenções. Em termos conceptuais, a discussão começou em torno da sua natureza subjectiva, perante a dificuldade inicial em determinar o que é positivo e o que é negativo, que é elucidativo da presunção básica de que estas qualidades podem ser separadas (Mollen, Ethington & Ridley, 2006).

As teorias mais robustas acerca da mudança humana assentam no conhecimento quer das forças, quer das fraquezas, pois, excluindo o conhecimento das fraquezas, estaríamos a limitar a amplitude da investigação psicológica, enquanto uma conceptualização baseada apenas nas forças, provavelmente, colocaria de parte diversos casos, invalidando o sofrimento experienciado por muitos indivíduos que recorrem à psicologia (Lopez & Magyar-Moe, 2006). Esta complementaridade é defendida por Seligman e colaboradores (2005), ao referirem que a psicologia positiva não pretende substituir, mas sim completar, os conhecimentos já existentes acerca do sofrimento, das fraquezas e das desordens. A intenção com o desenvolvimento desta área de conhecimento emergente é obter um conhecimento científico mais completo e equilibrado da experiência humana.

Com base neste mesmo percurso de autonomização da psicologia positiva, foi importante a identificação dos componentes do bem-estar. Na literatura, verifica-se que o conceito de bem-estar subjectivo tem sido conceptualizado através de dois componentes principais: componente afectivo ou emocional, relacionado, por exemplo, com a felicidade, e um componente cognitivo, relacionado com a qualidade de vida (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991). Para Keyes e Waterman (2003), o bem-estar subjectivo tem um impacto determinante na saúde mental, especialmente nas dimensões: psicológica, social e emocional. Para estes autores, o bem-estar emocional é caracterizado pela presença de sentimentos positivos, enquanto o bem-estar psicológico e social se caracterizam por um funcionamento positivo.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Na clarificação da distinção entre bem-estar psicológico e bem-estar subjectivo, importa referir os autores Villar, Triadó, Resano e Osuna (2003), para quem as medidas associadas ao bem-estar subjectivo parecem relativamente imunes ao envelhecimento, enquanto as medidas associadas ao bem-estar psicológico apresentam claras tendências evolutivas. De acordo com estes autores, o carácter desenvolvimental subjacente ao bem-estar psicológico permite contemplar como as pessoas são capazes de alterar situações que as rodeiam e produzirem mudanças em si mesmas à medida que envelhecem.

O conceito de bem-estar psicológico surge, de acordo com Novo (2003), num contexto teórico de natureza humanista, enraizado na psicologia clínica e do desenvolvimento, e orientado para o aprofundamento da compreensão dos processos psicológicos subjacentes à noção de bem-estar.

Para Ryff (1989a,b), autora de referência neste domínio, o constructo de bem-estar psicológico procura, por um lado, abranger as características mais relevantes dos principais modelos psicológicos da personalidade, do desenvolvimento, da clínica e da saúde (Ryff 1989a) e, por outro lado, considerar as dimensões capazes de caracterizar as diferenças inter-individuais face a valores, crenças e ideais dos indivíduos adultos (Ryff, 1989b). Neste modelo, o bem-estar psicológico é definido como um constructo multidimensional que abrange um conjunto de dimensões do funcionamento psicológico positivo na idade adulta, designadamente: (1) a *autonomia*, ligada à independência, auto-determinação, regulação interna do comportamento e *locus* de controlo interno; (2) o *domínio do meio*, relacionado com a capacidade para escolher ou criar um ambiente adequado à respectiva condição física; (3) as *relações positivas com os outros*, a que equivalem relações interpessoais agradáveis e de confiança, bem como sentimentos de afecto e empatia; (4) os *objectivos de vida*, sugerindo o interesse e a necessidade de intencionalizar a existência de objectivos e de um sentido de vida; (5) o *crescimento pessoal*, relacionado com a capacidade assumida para desenvolver o potencial individual de crescimento como pessoa; e (6) a *aceitação de si*, que visa a manutenção de atitudes positivas para consigo próprio, emergindo como uma característica central no funcionamento psicológico positivo (Ryff, 1989a,b).

Esta conceptualização de bem-estar psicológico não deve, contudo, ser generalizada sem uma avaliação cuidadosa, tendo como referência um quadro de concepção alargado que inclua não só os factores culturais, como defende Christopher (1999), como as diferenças relacionadas com a idade, que constituíram uma preocupação da própria Ryff (1989b).

Contudo, existem factores relacionados com o bem-estar psicológico que se mantêm ao longo dos anos, sendo comuns a todas as idades. Como exemplo, surge a satisfação com as relações interpessoais, que, contrariamente ao que se pensava, mantém uma associação clara ao bem-

estar na idade avançada (Ryff, 1989b)<sup>23</sup>. De facto, vários estudos, conduzidos em diversos países, apontam para uma forte ligação entre a existência de relações de proximidade e um maior bem-estar psicológico, especificamente na população idosa (e.g. Takahashi, Tamura & Tokoro, 1997) embora se encontrem diferenças de género neste domínio, por exemplo, de acordo com Patrick, Cottrell e Barnes (2001), enquanto para os homens o suporte familiar conduz a maior bem-estar, nas mulheres é o apoio emocional dos amigos que contribui para o aumento dos afectos positivos.

Parece evidente, pois, que o envelhecimento não implica necessariamente um menor bem-estar psicológico. Para Paúl (1992) importa, no entanto, estabelecer uma relação de causalidade que explique as variações de bem-estar observadas nos idosos, o que para esta autora só poderá ser alcançado a partir de uma análise que tenha presente a unidade ecológica "pessoa-ambiente", compreendendo o bem-estar psicológico dos idosos em distintos cenários. A título de exemplo, Shyam e Yadey (2006) concluíram que os indivíduos institucionalizados manifestavam menos sintomas depressivos, mas, simultaneamente, tinham baixa auto-estima, quando comparados com idosos não institucionalizados. De salientar que as mudanças temporais e culturais afectam a forma como as características humanas são percebidas como positivas e/ou adaptativas (Mollen et al., 2006), o que reforça a necessidade de incluir a influência do contexto nesta área de investigação.

Seligman (2002) propõe uma organização conceptual que, apesar de não ser exclusiva ou exaustiva, se revela útil do ponto de vista científico, dividindo o conceito de "*felicidade*" em três domínios, perspectivados pelo autor como os três caminhos para a felicidade: (1) *prazer na vida*, que inclui as emoções positivas relacionadas com o passado (contentamento, satisfação e serenidade), presente (prazeres somáticos e complexos) e futuro (optimismo, esperança e fé); (2) *compromisso com a vida*, que inclui o uso dos traços positivos individuais como as forças de carácter (qualidades consideradas virtuosas em diferentes culturas e tempos históricos) e os talentos; e (3) *significado da vida*, existência de instituições positivas que revelam o melhor da

---

<sup>23</sup> Ao investigar as concepções de bem-estar junto de pessoas de meia-idade e idosos, Ryff (1989b) verificou que os mais idosos, ao definirem bem-estar psicológico, enfatizam aspectos como "*ser capaz de cuidar dos outros*" e "*manter um bom relacionamento com a família e os amigos*", isto é, comportamentos que configuram um quadro de bem-estar psicológico assente na orientação para os outros, algo que, habitualmente, não era considerado nas dimensões típicas do bem-estar na velhice, onde eram focados, sobretudo, aspectos relacionados com factores pessoais e não com a relação a outros significativos.

natureza humana (*e.g.*, democracia, liberdade de imprensa, forças da família e da comunidade).

Neste seguimento, percebe-se que as intervenções positivas, por definição, permitem a construção, simultaneamente, de prazer, compromisso e significado, ajudando as emoções negativas a dissiparem-se mais rapidamente, bem como os seus efeitos severos ao nível cardiovascular e, aparentemente, propiciam o encontro de significados positivos perante situações de *stress* (Tugade & Fredrickson, 2004).

Além desta conceptualização da felicidade em três domínios, Peterson e Seligman (2004) propõem uma classificação das forças de carácter e virtudes que reforçam o desenvolvimento humano<sup>24</sup>, dividindo, na sua conceptualização, as 24 forças de carácter em seis virtudes (ver Tabela 5).

Tabela 5. Caracterização das seis virtudes presentes e 24 forças de carácter presentes no desenvolvimento humano (adaptado de Peterson e Seligman, 2004).

SEIS VIRTUDES E 24 FORÇAS DE CARÁCTER PRESENTES NO DESENVOLVIMENTO HUMANO
1. <i>Sabedoria e Conhecimento</i> : forças cognitivas que conduzem à aquisição e uso do conhecimento (criatividade, curiosidade, mente-aberta, gosto por aprender e perspectiva).
2. <i>Coragem</i> : força emocional que envolve o exercício de tentar alcançar objectivos face a oposição interna ou externa (autenticidade, bravura, persistência, entusiasmo).
3. <i>Humanidade</i> : força interpessoal que envolve a ligação com os outros (bondade, amor e inteligência social).
4. <i>Justiça</i> : força cívica subjacente a uma vivência comunitária saudável (equidade, liderança, trabalho em equipa).
5. <i>Moderação</i> : força que projecta contra o excesso (perdão, modéstia, prudência, auto-regulação).
6. <i>Transcendência</i> : força que molda a conexão com o universo e fornece sentido (apreciar a beleza, gratidão, esperança, humor, religião).

De acordo com Park, Peterson e Seligman (2004), apesar de todas estas dimensões fazerem parte da definição de força de carácter que contribui para a realização pessoal, as forças com maior ligação às emoções (*e.g.*, entusiasmo, gratidão, esperança e amor), estão associadas de forma mais robusta com a satisfação com a vida, quando comparadas com as forças mais ligadas ao domínio racional (*e.g.*, curiosidade ou gosto por aprender).

<sup>24</sup> A classificação proposta no *Character Strengths and Virtues: A Handbook of Classification* (Peterson & Seligman, 2004) pretende ser uma referência para a psicologia do bem-estar, do mesmo modo como o *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM) da American Psychiatric Association* (2000) é uma referência para as desordens psicológicas que incapacitam os indivíduos (Seligman et al., 2005).

Para Hodges e Clifton (2004) as forças pessoais estão relacionadas com a capacidade de manter um desempenho bom e consistente numa determinada actividade. Ao nível individual, o desenvolvimento destas forças pessoais engloba três etapas: (1) identificação da força, (2) integração na auto-percepção individual e (3) mudança comportamental (Clifton & Harter, 2003).

Existem diferenças nas forças presentes ao longo das várias etapas do ciclo de vida. Ao analisar as forças e satisfação ao longo da vida, Isaacowitz, Vaillant e Seligman (2003) verificaram que os idosos tinham mais níveis de forças interpessoais e de auto-regulação (factores como a esperança, a cidadania e as relações amorosas era predictores da satisfação com a vida), enquanto os mais jovens manifestavam mais forças relacionadas com a exploração do mundo. Também na realidade nacional, são encontradas estas diferenças. Num estudo com população portuguesa, Barros-Oliveira (2008) comparou variáveis estudadas pela psicologia positiva em jovens e idosos concluindo que os jovens manifestavam maiores níveis de felicidade, optimismo e esperança, enquanto os idosos manifestavam maiores níveis de capacidade de perdão.

O compromisso com objectivos importantes e significativos tem sido associado a indicadores de felicidade e desenvolvimento bem sucedido. O bem-estar encontra-se associado aos objectivos intrínsecos de longo prazo orientados para o desenvolvimento pessoal e altruísmo (Lapierre, Bouffard, Dubé, Labelle & Bastin, 2001).

Para Sheldon e Elliott (1998, 1999) o esforço para atingir os objectivos parece servir para alcançar a felicidade caso estes sejam percebidos como congruentes com o *self* e com os objectivos a longo-prazo. Os objectivos diferem quanto à sua natureza: intrínsecos (*e.g.*, afiliação, auto-aceitação) ou extrínsecos (*e.g.*, aspectos financeiros, reconhecimento social), o esforço para alcançar objectivos intrínsecos está mais relacionado com o bem-estar subjectivo<sup>25</sup>. De acordo com Schumuck e Sheldon (2001) as pessoas mais velhas tendem a alterar os seus objectivos mais instrumentais de longo-prazo para objectivos mais emocionais de curto-prazo, pois estes últimos são mais gratificantes e rápidos de alcançar, acabando por ser mais relevantes para pessoas que enfrentam, por exemplo, problemas de saúde graves.

---

<sup>25</sup> Para justificar a importância dos objectivos extrínsecos, Schumuck e Sheldon (2001) referem que, embora o esforço na prossecução dos objectivos esteja relacionado com o bem-estar, o alcance dos objectivos está dependente de muitas variáveis que não dependem directamente do sujeito, pelo que a tentativa contínua para realização de um objectivo pode tornar-se prejudicial caso a pessoa não consiga alcançá-lo, neste caso, a existência de objectivos extrínsecos providenciados pela sociedade pode ser um importante ponto de partida para aumentar a motivação e determinação.

Na tentativa de fazer uma ponte com aspectos práticos relacionados com a intervenção, Kauffman (2006) apresentou quatro técnicas que permitem a integração dos princípios da psicologia positiva nos modelos mais tradicionais de intervenção: (1) reverter *o foco do negativo para o positivo*, possível através do encorajamento da focalização em eventos positivos (*e.g.* todas as noites rever os acontecimentos do dia e pensar no que correu bem; fazer listas "o que fiz", em vez de apontar somente o que precisa de ser feito); (2) *desenvolver uma linguagem de força*, apesar de frequentemente ser uma tarefa difícil, o objectivo é falar acerca qualidades positivas e forças individuais (*e.g.* identificar as suas forças e usá-las pelo menos uma vez por dia); (3) *fazer o balanço entre positivo e negativo*, identificar os aspectos positivos, no próprio e nos outros, e comparar com os aspectos negativos; e (4) *construir estratégias que promovam esperança*, pois promover a esperança é uma estratégia que aumenta a capacidade de lidar com a adversidade e superar desafios (*e.g.*, reduzir a extensão do problema dividindo-o por partes, identificar capacidades importantes para superar um desafio e trabalhar sobre elas).

As investigações e estudos com base em intervenções da psicologia positiva têm-se multiplicado nos últimos anos, com diversas populações e em contextos muito distintos. Seguidamente serão apresentados dois estudos, um de 1983 e outro de 2005, que reflectem as evoluções metodológicas que têm sido empreendidas neste domínio.

Em 1983, Fordyce utilizou uma amostra aleatória de 338 estudantes para realizar uma investigação com o objectivo de aumentar a felicidade pessoal e a satisfação com a vida, com base na hipótese de que os estudantes poderiam ser mais felizes caso modificassem os seus comportamentos, aproximando-os das características das pessoas felizes. A condição experimental envolvia descrições detalhadas de estratégias para aumentar a felicidade (*e.g.*, manter o tempo ocupado, manter-se activo, socializar mais, envolver-se em tarefas significativas, manter relações mais próximas e profundas com os companheiros amorosos, baixar as expectativas, fazer da felicidade uma prioridade) e os estudantes no grupo de controlo não recebiam estas informações. Verificou-se, no final da intervenção, que os estudantes do grupo experimental eram mais felizes, menos ansiosos e menos depressivos, resultados que permaneceram por 9 e 18 meses.

Mais de vinte anos depois, Seligman e colaboradores (2005) conduziram uma investigação com 411 participantes que permitiu comparar cinco exercícios diferentes de psicologia positiva com um exercício de controlo, todos aplicados via *internet*, com duração de uma semana e avaliados durante os seis meses consecutivos (ver Tabela 6).

Tabela 6. Descrição dos exercícios do Grupo de Controlo e Experimentais (Seligman et al., 2005).

	EXERCÍCIO	DESCRIÇÃO
Controlo	Memórias recentes (Exercício Placebo)	Solicitava-se aos participantes que escrevessem sobre as suas memórias recentes todas as noites, durante uma semana.
Experimentais	Visita de gratidão	Os participantes tinham uma semana para escrever uma carta e entregá-la pessoalmente a alguém que foi especialmente bondoso e a quem nunca tiveram oportunidade de agradecer devidamente.
	Três coisas boas na vida	No final do dia, os participantes deveriam escrever três coisas que correram bem durante o dia e procurar explicações para cada uma das coisas positivas.
	Eu no teu melhor	Os participantes deveriam escrever sobre um tempo em que estiveram no seu melhor e reflectir acerca das suas forças pessoais presentes na história. Deveriam rever a sua história uma vez por dia durante uma semana e tentar identificar as forças nela presentes.
	Identificar as forças	Os participantes preenchiem um inventário que permitia identificar as suas cinco principais forças de carácter. Posteriormente, deveriam tentar usá-las com mais frequência durante uma semana.
	Usar as forças de modo diferente	Depois de identificadas as forças pessoais, recebiam o <i>feedback</i> e era solicitado que usassem uma dessas forças de uma forma nova e diferente todos os dias, durante uma semana.

Em termos de resultados constatou-se que os exercícios “Usar as forças de modo diferente” e “Três coisas boas na vida” aumentaram a felicidade e diminuíram os sintomas depressivos nos seis meses consequentes. O exercício “Visita da gratidão” foi o que permitiu alcançar resultados mais positivos, mas que se mantiveram apenas por um mês. O exercício “Eu no teu melhor”, conduziu também a resultados positivos, expressivos no primeiro mês, mas que não se mantiveram nos meses subsequentes (Seligman et al., 2005).

Depois da análise destes exemplos importa aferir se, de um modo geral, as intervenções nesta área mantêm estes mesmos resultados positivos. De acordo com Seligman (2002) são apontadas críticas metodológicas às intervenções da psicologia positiva, que não possibilitam o reconhecimento do valor efectivo deste tipo de intervenção, assente nos objectivos das estratégias utilizadas. Para este autor, exercícios como incutir esperança, construir forças (como coragem, competências interpessoais, *insight*, optimismo, autenticidade, perseverança,

realismo, capacidade de prazer, responsabilidade pessoal, mente no futuro, focalização em objectivos) ou criar narrativas (contar a história e depois recontá-la de acordo com uma nova perspectiva positiva), podem ser, efectivamente, experiências transformadoras.

Mais recentemente, os estudos meta-analíticos permitem aceder a um novo olhar, mais isento e imparcial, sobre a psicologia positiva. Com o objectivo de fornecer um guia prático aos clínicos, Sin e Lyubomirsky (2009) realizaram uma meta-análise baseada em 52 intervenções com 4.266 indivíduos e concluíram que as intervenções da psicologia positiva, efectivamente, aumentam significativamente o bem-estar e diminuem os sintomas depressivos. Os melhores resultados são obtidos em intervenções com pessoas deprimidas, relativamente mais velhas e altamente motivadas para melhorar, factores relevantes para o desenvolvimento e desenho das intervenções, bem como na sua posterior eficácia.

A aplicação dos exercícios de psicologia positiva com populações diversificadas, como doentes esquizofrénicos (*cf.* Ahmed & Boisvert, 2006) e deprimidos (*cf.* Seligman, Rashid & Parks, 2006<sup>26</sup>), e com recurso a diferentes metodologias (através da *internet*, com profissionais especializados, individualmente ou em grupo) têm demonstrado resultados positivos (*e.g.*, Burton & King, 2004; Conoley & Coloney, 2009; Emmons & McCullough, 2003; Harris, Thoresen & Lopez, 2007; Lyubomirsky, Sheldon & Schkade, 2005; Park & Peterson, 2008) e conduzido a importantes reflexões sobre o melhor modo de combinar estas intervenções de forma a otimizar os seus resultados.

Concluindo, nas palavras de Stirling (2010), actualmente, a psicologia positiva constitui um meio fundamental para trabalhar as forças e virtudes que permitem quer aos idosos, quer à comunidade em geral, prosperar.

---

<sup>26</sup> Numa intervenção com 46 pessoas (entre os 18 e os 55 anos) com diagnóstico de depressão *major*, Seligman e colaboradores (2006) procuraram que as técnicas de psicoterapia positiva funcionassem como complemento aos tratamentos mais convencionais, aplicando-as num formato individual durante 12 semanas (num total de 14 sessões) conduzidas por um técnico especializado que seguia um protocolo definido. Sumariamente, os resultados evidenciaram a uma melhoria sintomática e diminuição dos sintomas depressivos, quando comparado com o tratamento convencional ou com o tratamento convencional combinado com medicação anti-depressiva.

## 1.6. CONCLUINDO: DA TEORIA À PRÁTICA

*"The mission of positive aging is very clear:  
To add more life to years, not just more years to life"<sup>27</sup>*  
Vaillant (2004, p. 561)

O enquadramento teórico inicial permitiu abordar questões relacionadas com o envelhecimento, não só do ponto de vista conceptual, como das suas implicações mais práticas, através da análise dos principais factores que condicionam o sucesso ou insucesso nesta fase da vida, e da forma como é possível prevenir problemas ao nível da funcionalidade, ao mesmo tempo que se promove o bem-estar e a qualidade de vida, sem esquecer que, nos casos em que existem problemáticas ao nível psicológico, pode e deve incetar-se uma intervenção, tendo esta elevada probabilidade de ser bem sucedida, caso obedeça a critérios específicos relacionados com esta fase da vida.

Posto isto, seguidamente será apresentado um estudo quasi-experimental que tem como objectivo promover o aumento do bem-estar em idosos não-institucionalizados através da implementação de um *Programa de Psicologia Positiva*.

---

<sup>27</sup> "A missão do envelhecimento positivo é muito clara: acrescentar mais vida aos anos, e não só mais anos à vida" (nossa tradução).

# 2

## Capítulo 2

### Metodologia

*“Quando as pessoas têm um desafio significativo, quando usam as suas forças para fazer uma contribuição positiva para o mundo, sentem-se mais felizes, com mais energia, e com um propósito de vida superior”*

Dreher (2006, p. 109, nossa tradução)



## 2. METODOLOGIA

### 2.1. OBJECTIVO

O presente trabalho é um estudo *quasi-experimental*, por recorrer a um grupo de comparação não aleatório (Almeida & Freire, 2008), que pretende responder à seguinte questão: "Será que a participação num *Programa de Psicologia Positiva* aumenta o bem-estar psicológico de idosos não-institucionalizados?". Assim, a hipótese deste estudo é: "o *Programa de Psicologia Positiva* aumenta os resultados da Escala de Bem-Estar Psicológico".

Deste modo, o objectivo principal deste estudo foi aumentar o bem-estar psicológico num grupo de idosos não-institucionalizados através de um *Programa de Psicologia Positiva*, constituindo-se, como outro objectivo, a diminuição da sintomatologia depressiva. A opção pela avaliação das dimensões bem-estar e depressão prende-se com algumas sugestões presentes na literatura. Como exemplo, Duckworth e colaboradores (2005) sugerem a existência de duas medidas de emoções no estudo desta temática, uma relacionada com os sintomas depressivos, e outra relacionada com o bem-estar, uma vez que a depressão e o bem-estar mantêm uma correlação inversa, mas não perfeita.

De modo a cumprir o objectivo de demonstrar a validade interna da investigação (Alferes, 1997), foi formado um Grupo de Controlo, que permite comparar o efeito da variável independente ou da sua manipulação (Almeida & Freire, 2008).

### 2.2. AMOSTRA

A amostra deste estudo é uma amostra de conveniência, tendo sido pensada, previamente, considerando o subgrupo da população a quem se dirigia esta intervenção: idosos não institucionalizados do concelho de Vila Nova de Gaia.

Os critérios de recrutamento e selecção foram a participação por convite, presença de competências de relacionamento interpessoal e capacidades cognitivas que possibilitassem a participação e interacção em grupo. Neste contexto, foram seleccionados 30 indivíduos, sem igual probabilidade de pertencer ao Grupo Experimental ou Grupo de Controlo, uma vez que a escolha do grupo coube aos próprios que, em função da sua disponibilidade e desejo individual, optaram por uma das condições experimentais – participação em “Actividades Livres” (Grupo de Controlo) ou “Programa de Psicologia Positiva” (Grupo Experimental).

Tabela 7. Características dos Participantes (Dados Gerais, Grupo Experimental e Grupo de Controlo).

<i>Característica</i>	<i>Dados Gerais</i>		<i>Grupo Experimental</i>		<i>Grupo de Controlo</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Género</i>						
Feminino	26	86.7	15	100	4	26.7
Masculino	4	13.3	0	0	11	73.3
<i>Idade</i>						
60-64	2	6.7	2	13.3	0	0
65-69	4	13.3	3	20	1	6.7
70-74	4	13.3	1	6.7	3	20
75-79	10	33.3	4	26.7	6	40
80-84	6	20	4	26.7	2	13.3
85-90	4	13.3	1	6.7	3	20
<i>Escolaridade</i>						
S/ Escolaridade	4	13.3	3	20	1	6.7
1º ano	1	3.3	0	0	1	6.7
3º ano	5	16.7	3	20	2	13.3
4º ano	15	50	7	46.7	8	53.3
6º ano	2	6.7	1	6.7	1	6.7
9º ano	1	3.3	0	0	1	6.7
12º ano	2	6.7	1	6.7	1	6.7
<i>Estado Civil</i>						
Casado	12	40	6	40	6	40
Solteiro	2	6.7	1	6.7	1	6.7
Viúvo	12	40	5	33.3	7	46.7
Divorciado	4	13.3	3	20	1	6.7
<i>Nº Pessoas no Agregado Familiar</i>						
Uma	14	46.7	6	40	8	53.3
Duas	16	53.3	9	60	7	46.7
<i>Visitas ao Médico por Ano</i>						
0 a 3	17	56.7	9	60	8	53.3
4 a 7	11	36.7	5	33.3	6	40
8 a 11	2	6.7	1	6.7	1	6.7
<i>Participação no Canto</i>						
Participam	17	56.7	11	73.3	6	40
Não participam	13	43.3	4	26.7	9	60
<i>Participação na Ginástica</i>						
Participam	17	56.7	9	60	8	53.3
Não participam	13	43.3	6	40	7	46.7
<i>Participação em Psicologia</i>						
Sim	16	53.3	15	100	1	6.7
Não	14	46.7	0	0	14	93.3

Relativamente às características gerais dos participantes (ver Tabela 7) eram, predominantemente, do género feminino (86.7%; n=26), sendo de salientar que a totalidade dos participantes do género masculino fazia parte do Grupo de Controlo (26.7%; n=4), uma vez que o Grupo Experimental era constituído apenas por elementos do género feminino (100%; n=15). Os participantes tinham idades compreendidas entre os 64 e os 90 anos ( $M=76.27$ ;  $DP=6.97$ ), sendo que no Grupo de Controlo a maioria se situava entre os 70 e 90 anos (93.3%; n=14). Quanto à escolaridade, registou-se uma predominância do 4º ano (50%; n=15), quer no Grupo de Experimental (46.7%; n=7), quer no Grupo de Controlo (53.3%; n=8).

No que concerne ao estado civil, registou-se a predominância do casamento ou viuvez (30%; n=12), mas enquanto o casamento tinha igual prevalência em ambos os grupos (40%; n=6), a viuvez era mais prevalente no Grupo de Controlo (46.7%; n=7) do que no Grupo Experimental (33.3%; n=5). Ao analisar o número de membros no agregado familiar verificou-se que, no Grupo Experimental a maioria contava com dois elementos no seu agregado familiar (60%; n=9), enquanto no Grupo de Controlo predominava a existência de apenas um elemento no agregado (53.3%; n=8), ou seja, na sua maioria, os idosos deste grupo viviam sozinhos.

A maioria dos participantes referiu que, habitualmente, vai a consultas médicas no máximo três vezes por ano (56.7%; n=17)<sup>28</sup>, quer no Grupo Experimental (60%; n=9), quer no Grupo de Controlo (53.3%; n=8).

No que concerne à prática de actividades disponibilizadas no Centro de Convívio, verificou-se que a maioria dos participantes estava envolvida em canto e ginástica (56.7%; n=17), sendo esta participação mais elevada no Grupo Experimental (73.3% participam no canto e 60% participam na ginástica) do que no Grupo de Controlo (40% participam no canto e 53.3% na ginástica). A totalidade dos participantes (100%; n=15) que aderiu ao Grupo Experimental já tinha participado, anteriormente, em programas de intervenção psicológica em grupo, em detrimento de apenas um caso no Grupo de Controlo (6.7%; n=1).

---

<sup>28</sup> No que se refere aos problemas de saúde medicamente diagnosticados, no Grupo Experimental foram mais expressivos os problemas cardíacos (53.3%; n= 8), seguindo-se de problemas ao nível da ortopedia (40%; n=6), pneumologia, estomatologia e endocrinologia (20%; n=3) e oftalmologia (13.3%; n=2). No que concerne ao Grupo de Controlo, foram igualmente expressivos os problemas cardíacos (73.3%; n=11), seguindo-se de problemas do foro ortopédico (26.7%; n=4), pneumologia e endocrinologia (13.3%; n=2, para ambos) e apenas uma situação relacionada com cada uma das especialidades de: estomatologia, hematologia e nefrologia (6.7%; n=1). Em termos gerais verifica-se que a maioria dos participantes tem diagnóstico de problemas cardíacos (63.3%; n=19), assumindo também um valor expressivo os problemas ortopédicos (33.3%; n=10).

## 2.3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Neste estudo, inicialmente, foi administrado um *Questionário Sóciodemográfico* com o objectivo de recolher informações pessoais relevantes sobre os participantes.

Posteriormente, foram avaliadas as dimensões: sintomas depressivos, através da *Escala de Depressão Geriátrica – GDS*, (Yesavage et al., 1983); bem-estar, através da *Escala do Bem-Estar Psicológico* (Ryff, 1989b), versão experimental reduzida portuguesa de Novo, Silva e Peralta (1997); e funcionamento cognitivo, através da *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke – ACE-R* (Hodge & Mioshi, 2005), versão portuguesa de Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira e Martins (2009).

Nos instrumentos seleccionados para avaliar as dimensões sintomas depressivos e bem-estar, optou-se por utilizar escalas de auto-relato pois estas permitem aceder à posição privilegiada do indivíduo ao avaliar a sua própria experiência. Este tipo de escalas tem, de acordo com a APA, a vantagem de poder ser aplicada na forma oral ou escrita (Abeles et al., 1998). Neste caso, optou-se pela administração oral dada a existência de participantes analfabetos e com iliteracia.

Avaliou-se, igualmente, a percepção que os participantes tinham do seu humor e memória através da *Grelha de Monitorização (GM) do Humor e da Memória*, que foi aplicada na fase pré e pós teste a todos os participantes, e de forma contínua no decurso de todas as sessões do *Programa de Psicologia Positiva* do Grupo Experimental.

Além destes instrumentos, e procurando uma visão externa das evoluções registadas, foi também avaliada a *Perspectiva das Funcionárias face aos Participantes*, através da administração de um questionário adaptado para este efeito (baseado nos *Darmouth COOP Charts*, de Nelson et al., 1990).

### 2.3.1. QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

O questionário, que foi aplicado oralmente, é constituído por 11 perguntas fechadas que permitiram recolher as seguintes informações: (1) nome, (2) data de nascimento, (3) idade, (4) escolaridade, (5) estado civil; (6) número de pessoas do agregado familiar<sup>29</sup>, (7) problemas de saúde medicamente diagnosticados<sup>30</sup>, (8) número médio de consultas médicas anuais<sup>31</sup>, (9) participação em actividades recreativas – canto<sup>32</sup> e ginástica, e (10) frequência anterior em programas de intervenção psicológica.

Estas informações, além de se revelarem pertinentes na posterior análise dos resultados obtidos, por manterem relação com as variáveis em estudo, assumem importância no decurso da intervenção uma vez que permitem detectar factores que podem constituir barreiras à comunicação no seio do grupo (*cf.* Gatz, 2007; Puskar et al., 2008) como, por exemplo, a escolaridade, que pode condicionar o tipo de materiais utilizados durante as sessões, ou a existência de problemas de saúde (nos domínios da audição, visão ou mesmo na mobilidade física), que podem determinar alguns ajustamentos no decurso da intervenção.

### 2.3.2. GRELHA DE MONITORIZAÇÃO (GM) DO HUMOR E DA MEMÓRIA

Para a monitorização, quer do humor, quer da memória, foi usada a técnica do escalamento (*scaling*). Esta técnica é referida em diferentes orientações teóricas, para uso com indivíduos de várias idades auxiliando quer os profissionais, quer os clientes, a fazer com que problemas

---

<sup>29</sup> Yamashita, Iijima & Kobayaski (1999) concluíram, através de um estudo com idosos em meio rural, que a maioria dos idosos que vivem sozinhos demonstra apatia, o que exerce um efeito negativo significativo no desempenho das actividades diárias.

<sup>30</sup> Esta informação foi solicitada para evitar a atribuição de sintomas depressivos a problemas de saúde física (ou vice-versa), prevenindo, tal como alertam Gatz e Fiske (2003), possíveis enviesamentos das informações aferidas.

<sup>31</sup> Esta informação foi solicitada por manter uma relação estreita com a saúde física e psicológica. De acordo com Parashos e colaboradores (2002) as pessoas com história passada de depressão e doenças crónicas consultam o médico com maior regularidade.

<sup>32</sup> Para Wise, Hartmann e Fisher (1992) a maioria dos idosos que mantém contacto com a música nesta etapa, manteve actividades musicais ao longo da vida e priveligia, nesta fase, a continuidade, que contribui para o envelhecimento bem sucedido.

aparentemente complexos ou abstractos pareçam mais concretos. Neste caso específico, além de possibilitar aos participantes uma percepção de controlo e responsabilidade, auxiliando a clarificação dos objectivos para a mudança, permite a monitorização dos progressos em direcção a esses objectivos (Corcoran, 1997). Este instrumento, que fornece um indicador subjectivo por permitir aceder à auto-percepção, enriquece a conceptualização e avaliação (Strawbridge et al., 2002).

Seguindo a sugestão de Erford (2009), que salienta que esta técnica é ainda mais útil se usada periodicamente, optou-se, no caso do Grupo Experimental, pela sua utilização no decurso de todas as sessões, em contraponto com o Grupo de Controlo em que foi utilizada apenas na fase de pré e pós-teste.

No seu formato mais comum, apresenta um *continuum* de 10 pontos, sendo solicitado aos participantes para se localizarem, no momento actual, em relação a um determinado problema, neste caso, o humor e a memória. Optou-se por este formato em que para a monitorização do humor se considerava: 0 = sinto-me muito triste e 10 = sinto-me muito feliz; e para a monitorização da memória se considerava: 0 = muitos problemas de memória e 10 = nenhum problema de memória.

### 2.3.3. ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS)

(Yesavage et al., 1983)

A GDS é um instrumento popular na avaliação da depressão em idosos (Lopez, Quan & Carvajal, 2010). Pela literatura existem várias versões e traduções: europeias (como a espanhola; italiana; francesa; alemã; dinamarquesa; sueca; norueguesa; islandesa; grega; maltesa; turca; húngara; romena; lituana; sérvia ou russa); asiáticas (*e.g.*, a Índia; árabe; iraniana; hebraica; japonesa; chinesa; coreana; tailandesa; vietnamita; malaia); entre outras. Muito recentemente, Pocinho, Farate, Dias, Lee e Yesavage (2009) adaptaram e validaram a GDS para a população portuguesa.

A escala é constituída por 30 itens, de resposta dicotómica sim/não (*e.g.* "tem esperança no futuro?", "sente prazer em levantar-se de manhã?"), o que requer pouco envolvimento cognitivo, facilitando a sua aplicação (Lopez et al., 2010). O resultado interpreta-se em função

dos seguintes valores de corte: 0-9 *ausência de depressão*, 10-19 *depressão ligeira* e 20-30 *depressão grave* (Spreeen & Strauss, 1998). Foi utilizada a tradução em português pelo Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências (Barreto, Leuschener, Santos & Sobral, 2007).

É um instrumento de avaliação recomendado pela APA que o considera útil pois: (1) baseia-se em normas relacionadas com o envelhecimento; (2) pode ser administrado na forma oral ou escrita, permitindo uma avaliação eficaz de pessoas com algum défice cognitivo; e (3) omite itens somáticos que podem contribuir para o aumento dos resultados de depressão em clientes que manifestam somatização associada com problemas médicos e não com a depressão (Abeles et al., 1998).

#### 2.3.4. ESCALA DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO (EBEP)

(Ryff, 1989; *Versão Experimental Reduzida Portuguesa* de Novo, Silva & Peralta, 1997)

Tendo como base a compreensão do bem-estar de acordo com um funcionamento psicológico positivo, e integrando diferentes pontos de vista, particularmente, as teorias de desenvolvimento coextensivo à duração da vida, as teorias clínicas do desenvolvimento pessoal e a saúde mental, Ryff (1989a) procedeu à construção teórica de uma medida de avaliação do bem-estar psicológico organizada em torno de seis factores: (1) *a aceitação de si*, (2) *as relações positivas com os outros*, (3) *a autonomia*, (4) *o domínio do ambiente*, (5) *o sentido da vida*, e (6) *o crescimento pessoal*, que correspondem às seis dimensões<sup>33</sup> anteriormente referenciadas como estruturantes para a compreensão do conceito (ver ponto 1.5).

As *Scales of Psychological Well-Being* (Ryff, 1989a,b) foram adaptadas, validadas e aferidas para a população portuguesa por Ferreira e Simões (1999) através da aplicação a uma amostra

---

<sup>33</sup> De acordo com Ryff (1989a,b), as seis dimensões do conceito de bem-estar psicológico são: (1) a *autonomia*, ligada à independência, auto-determinação, regulação interna do comportamento e *locus* de controlo interno; (2) o *domínio do meio*, relacionado com a capacidade para escolher ou criar um ambiente adequado à respectiva condição física; (3) as *relações positivas com os outros*, a que equivalem relações interpessoais agradáveis e de confiança, bem como sentimentos de afecto e empatia; (4) os *objectivos de vida*, sugerindo o interesse e a necessidade de intencionalizar a existência de objectivos e de um sentido de vida; (5) o *crescimento pessoal*, relacionado com a capacidade assumida para desenvolver o potencial individual de crescimento como pessoa; e (6) a *aceitação de si mesmo*, que visa a manutenção de atitudes positivas para consigo próprio, emergindo como uma característica central no funcionamento psicológico positivo (Ryff, 1989a,b).

de 353 adultos, entre os 18 e os 90 anos. Os autores referem como vantagens deste instrumento o facto de se basear num modelo teórico explícito, que perspectiva o bem-estar subjectivo como um constructo multidimensional e positivo.

Neste estudo foi utilizada uma versão experimental reduzida construída a partir das *Scales of Psychological Well-Being* de Ryff (1989a) por Novo e colaboradores (1997). Esta versão é constituída apenas por 18 itens (e.g. "tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim"; "sinto que tiro imenso partido das minhas amizades"), com seis opções de resposta (1: discordo completamente; 2: discordo em grande parte; 3: discordo parcialmente; 4: concordo parcialmente; 5: concordo em grande parte; 6: concordo completamente). Os resultados obtidos, além da classificação total permitem aceder às seis sub-escalas definidas por Ryff (1989a).

### 2.3.5. AVALIAÇÃO COGNITIVA DE ADDENBROKE: VERSÃO REVISTA (ACE-R)

(Hodge & Mioshi, 2005; *Versão Portuguesa* de Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira & Martins, 2009)

Recentemente foi criada uma versão experimental portuguesa autorizada da ACE-R (Hodge & Mioshi, 2005) por Firmino e colaboradores (2009).

Trata-se de um instrumento de rastreio cognitivo que permite a avaliação de cinco domínios neurocognitivos: (1) atenção e orientação, (2) memória, (3) fluência, (4) linguagem e (5) visuo-espacial (Firmino et al., 2009). Na análise dos resultados, as pontuações mais elevadas são indicativas de um melhor funcionamento cognitivo, atingindo um resultado máximo de 100 pontos, apesar de ser possível diferenciar o desempenho nas diferentes sub-escalas o que constitui uma vantagem na discriminação dos resultados. Este instrumento inclui, como sub-escala, o teste *Mini-Mental State Examination (MMSE)*, cuja pontuação máxima atinge os 30 pontos (Firmino et al., 2009).

O *MMSE* concentra-se somente nos aspectos cognitivos do funcionamento mental, não contemplando medidas de humor, experiências mentais desadaptativas ou formas de pensamento disfuncionais (Burns, 1998). Dada a sua acessibilidade, este instrumento é

amplamente utilizado como primeiro passo em estudos epidemiológicos para identificação de indivíduos com maior probabilidade de desenvolverem demência (Launer, 1992). De acordo com Knapp e colaboradores (1994) trata-se de um instrumento muito útil para avaliar o impacto de uma intervenção, uma vez que pode ser utilizado para monitorizar a evolução cognitiva.

### 2.3.6. PERSPECTIVA DAS FUNCIONÁRIAS FACE AOS PARTICIPANTES

(adaptação dos *Dartmouth COOP Charts* de Nelson, Landgraf, Hays et al., 1990)

Este instrumento é uma adaptação dos *Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project (COOP) Charts* (Nelson et al., 1990) que constitui uma medida genérica do estado funcional concebida para o uso nos cuidados primários que foi usada, subsequentemente, em diversas populações e contextos. Consiste numa escala tipo *likert* com descrição e ilustrações de *cartoons* com níveis de 1 a 5 (1 – nenhum problema; 5 – muitos problemas), podendo ser utilizada para avaliar diversos domínios.

Este modelo de escala gráfica tem demonstrado validade concorrente e discriminante em diversos estudos (*e.g.*, Nelson & Wasson, 1994), tendo sido desenvolvida e melhorada durante mais de uma década com o objectivo de criar um método breve, prático e válido de avaliar o estado funcional. Como vantagens, este instrumento é simples, de fácil administração, possibilitando uma fácil monitorização das evoluções.

Neste caso em concreto, o instrumento foi aplicado às funcionárias que acompanham os participantes diariamente às quais foi pedido para responder em relação a cada participante: “Quanto lhe parece que a pessoa em causa tem sido incomodada por problemas emocionais como ansiedade, irritação e tristeza?”, tendo como referência as últimas quatro semanas. As respostas, acompanhadas pelas imagens de *cartoons*, contemplavam as opções (1 – nada; 2 – ligeiramente; 3 – moderadamente; 4 – bastante; 5 – extremamente).

## 2.4. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

A opção pela intervenção em grupo baseou-se nas evidências da eficácia deste tipo de formato de intervenção com idosos (*cf.* Aday & Aday, 1997; Dombeck & Wells-Moran, 2006; Husaini et al., 2004; Klinger-Vartabedian, 1982; Lubin et al., 1996; Puskar et al., 2008).

No trabalho em grupo com idosos importa considerar aspectos relevantes que condicionam o sucesso das intervenções. O tamanho ideal para um grupo é de 7 a 8 elementos, pois um número menor pode contribuir para a diminuição da interacção entre os membros, enquanto um grupo maior pode dificultar a gestão e focalização no tema (Yalom, 1995). Neste caso, como o Grupo Experimental contava com 15 elementos, optou-se pela sua divisão em dois grupos (com 8 e 7 elementos), tendo esta divisão como único critério a disponibilidade dos participantes, em função do horário dos grupos.

A presença de um técnico especializado condiciona, igualmente, o sucesso das intervenções neste domínio, sendo o papel deste profissional muito relevante<sup>34</sup>, pois quando maior empatia o líder desenvolve com os participantes, maior adaptação e flexibilidade vai surgindo no seio do grupo (Christensen, Hulse-Killacky, Salgado, Thornton & Miller, 2006). Para Yalom (1995) as tarefas fundamentais do líder do grupo incluem: (1) iniciar o grupo, prevenindo a desistência e estabelecendo limites relacionados com factores que ameaçam a coesão do grupo (*e.g.*, atrasos ou agressões verbais); (2) estabelecer um código de regras e normas que vão conduzir a interacção do grupo e facilitar a construção de confiança; e (3) direccionar os membros para abordarem os pensamentos e sentimentos dentro da experiência de grupo. No caso concreto do Grupo Experimental, as sessões foram implementadas por dois Psicólogos com experiência em intervenções com idosos em formato de grupo.

O grupo desenvolve-se ao longo do tempo e consideram-se, de acordo com Yalom (1995), três etapas na sua evolução: (1) *primeiro estágio*, constitui uma etapa de estruturação onde se confere estrutura, se analisam os objectivos e fronteiras e é maior a dependência do líder; (2)

---

<sup>34</sup> Seligman e colaboradores (2005), através de um estudo *online* com 411 participantes, concluíram que os resultados positivos que foram obtidos poderiam ser exponenciados, caso a intervenção fosse conduzida por um técnico especializado, possibilitando a introdução da variável da aliança terapêutica.

*segundo estágio*, onde se lidam com questões relacionadas com os conflitos que surgem em relações interpessoais; e (3) *terceiro estágio*, surge quando o grupo alcança uma unidade coesa. As diferentes etapas no desenvolvimento de um grupo foram tidas em conta na selecção das actividades propostas no decurso das sessões do “Programa de Psicologia Positiva” que iniciaram com uma etapa de estruturação (definição de regras e forma de funcionamento do grupo), passando, de forma gradual, para actividades mais direccionadas à promoção do relacionamento interpessoal e da coesão grupal.

Na escolha das actividades do grupo importa respeitar os participantes naquilo que são os seus gostos pessoais, tentar perceber o significado que atribuem às actividades em que estão envolvidos e promover actividades com significado pessoal (Wicks, 2006). Por sua vez, a duração e frequência das sessões dependem das necessidades e objectivos do grupo, bem como dos diagnósticos iniciais (Puskar et al., 2008). Neste caso, para definir a duração e frequência das sessões foi tida em consideração quer a disponibilidade das participantes, quer os objectivos do *Programa de Psicologia Positiva* em que se procuraram enquadrar actividades significativas que fossem do agrado das participantes.

De acordo com o National Institute of Deafness and Other Communications Disorders (1997) durante a implementação dos grupos é importante considerar aspectos específicos que facilitam a relação com idosos, nomeadamente, falar calmamente, manter contacto visual (para facilitar a leitura labial) e utilizar num tom de voz mais grave (dada a maior dificuldade dos idosos em perceber os sons agudos). Na prática, estes cuidados foram tidos em conta na implementação do *Programa de Psicologia Positiva*, não só pelos Psicólogos, como pelas participantes, que também eram incentivadas a falar calmamente e manter o contacto visual.

Neste estudo, tendo como base a psicologia positiva, procurou-se explorar as forças pessoais positivas e potenciar o bem-estar (Duckworth et al., 2005), através um programa de intervenção de dez sessões em formato de grupo com duração de uma hora, com temas diversificados (ver Tabela 8), baseados em investigações descritas anteriormente (cf. Seligman, Rashid & Parks, 2006; Seligman e colaboradores, 2005) que visam a aplicação prática da psicologia positiva. De seguida, descrevem-se as sessões levadas a cabo com o Grupo Experimental.

Tabela 8. Descrição dos exercícios propostos ao Grupo Experimental (adaptados de Seligman et al., 2006; Seligman et al., 2005).

SESSÃO	TEMA	ACTIVIDADES PRINCIPAIS
1	Orientação	"Eu no meu melhor"
2	Compromisso	"Mapa das forças pessoais"
3	Prazer/ Compromisso	"Gratidão"
4	Compromisso/ Prazer	"Coisa positiva do dia"
5	Prazer	"Plano das actividades de prazer"
6	Prazer	"Abra-se a janela!"
7	Compromisso/ Significado	"Resposta positiva"
8	Significado	"Biografia"
9	Significado	"Presente do tempo"
10	Integração	"Reflexões finais"

### 1ª Sessão

Na primeira sessão em grupo foi apresentado o principal objectivo do grupo, enquanto espaço promotor de um "olhar positivo" sobre as diversas realidades de cada participante, reflectido no nome do grupo – *Positividade*. Esta designação, que havia sido escolhida previamente, servindo para a divulgação do *Programa de Psicologia Positiva*, foi do agrado das participantes, que decidiram assumi-la como nome do grupo.

Seguidamente, foram estabelecidas algumas regras com o objectivo de facilitar o desenvolvimento do grupo (Yalom, 1995). Estas regras, propostas inicialmente pelos Psicólogos, foram debatidas com as participantes no sentido de determinar a pertinência da sua inclusão no decurso das sessões. Entre as regras que foram assumidas pelos grupos, destacam-se a assiduidade, a pontualidade, a confidencialidade (não partilhar fora do grupo informações que são partilhadas dentro do grupo), a aceitação (de todas as participações) e o respeito (por exemplo, pela opção de não participar em alguma actividade).

Seguidamente, foi partilhado, por parte dos Psicólogos, de que todas as semanas iria existir o "desafio da semana", ou seja, uma actividade proposta para realizar durante a semana de intervalo das sessões, tendo sido enfatizado que, apesar deste desafio não ter carácter de obrigatoriedade, nem comprometer a participação nas sessões, a sua realização seria determinante para o sucesso das estratégias implementadas no decurso do Programa.

Seguidamente, foi distribuído o "Diário de Bordo", uma capa onde as participantes poderiam guardar todas as actividades e registos que fossem completando no decurso das sessões. Nesta capa estava a *Grelha de Monitorização (GM) do Humor e da Memória*, que preencheram

na data da sessão e foram informadas que o preenchimento desta grelha seria sempre o primeiro passo nas sessões seguintes, com o objectivo de monitorizarem as suas evoluções no decurso da participação no grupo. Assim, trata-se de uma actividade transversal a todas as sessões do grupo, que foi realizada sempre na fase inicial da sessão.

Seguidamente, foi proposta a actividade “*Eu no meu melhor*” (ver exemplo na Figura 1). Nesta actividade foi solicitado aos participantes que escrevessem sobre uma fase da sua vida em que estiveram no seu melhor e tentassem identificar as forças pessoais presentes nessa história (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005). Para facilitar a identificação das forças pessoais, foi exposto na sala um mural com os nomes das 24 forças de carácter<sup>35</sup> definidas por Peterson e Seligman (2004).

Descrição da melhor altura quando fui trabalhar  
quando tive a minha filha gostava muito de  
trabalhar e era muito feliz  
força gosto por aprender bondade  
religião amor pelas pessoas

Figura 1. Descrição “Eu no meu melhor”<sup>36</sup>

A pertinência desta actividade justifica-se pelo facto de contar histórias de vida ser considerado um método eficaz para gerar imagens de envelhecimento (e desenvolvimento) bem-sucedido (Fisher, 1991), constituindo uma actividade de orientação adequada para a fase inicial de um grupo (Seligman et al., 2006).

<sup>35</sup> As 24 forças de carácter definidas por Peterson e Seligman (2004) estão organizadas em torno de seis virtudes e são: *sabedoria* e *conhecimento* (criatividade, curiosidade, mente-aberta, gosto por aprender e perspectiva); *coragem* (autenticidade, bravura, persistência e entusiasmo); *humanidade* (bondade, amor e inteligência social); *justiça* (equidade, liderança e trabalho de equipa); *temperamento* (perdão, modéstia, prudência e auto-regulação); *transcendência* (apreciar a beleza, gratidão, esperança, sentido de humor e religião) (ver Tabela 5 no ponto 1.5).

<sup>36</sup> “Descrição da melhor altura: quando fui trabalhar e quando tive a minha filha. Gostava muito de trabalhar e era muito feliz. Forças: gosto por aprender, bondade, religião e amor pelas pessoas.”

## 2ª Sessão

De início foi relembrada a actividade da sessão anterior, pedindo a cada participante que recordasse, novamente, a altura da vida em que “esteve ao seu melhor”.

A actividade proposta nesta sessão foi a construção do “Mapa das Forças Pessoais” com base na identificação das forças pessoais no seguimento da sessão anterior. Para Seligman e colaboradores (2005), esta actividade é potenciada quando antecedida por uma história individual introdutória que permita a identificação de algumas forças (actividade realizada na sessão anterior), que optimiza a posterior identificação das forças individuais.

No sentido de facilitar a identificação das forças individuais, além de existir o mural das 24 forças de carácter (Peterson & Seligman, 2004) exposto na sala, foi dada a cada participante uma folha com as forças e solicitou-se que pensasse na sua vida e identificasse (contornando com um marcador) as suas três principais forças (ver exemplo na Figura 2).



Figura 2. “Mapa das Forças Pessoais”

Seguidamente, cada participante foi desafiada a apresentar o seu “Mapa das Forças Individuais” ao grupo justificando, com recurso a exemplos de situações práticas e reais, as forças que seleccionou.

Como desafio da semana foi proposto o “Treino das Forças Pessoais” (ver exemplo na Figura 3) tendo sido solicitado às participantes que usassem as suas três principais forças pessoais, identificadas através do “Mapa de Forças Pessoais”, de uma forma diferente e intencional durante a semana seguinte (Seligman, Steen, Park e Peterson, 2005).

<b>Dia</b>	<b>Força</b>	<b>Situação</b>
<b>12.02 (sábado)</b>	Religião	pedi a Deus saúde
<b>13.02 (domingo)</b>	Bondade	fui visitar uma amiga
<b>14.02 (2ª feira)</b>	Esperança	falar com a minha filha

Figura 3. “Treino das Forças Pessoais”<sup>37</sup>

Para Seligman e colaboradores (2006) a identificação das forças pessoais e o seu treino constituem actividades de compromisso sendo, por isso, adequadas a esta fase no grupo. O objectivo desta tarefa foi cumprir os três passos de desenvolvimento das forças pessoais sugeridos por Clifton e Harter (2003): identificação da força, integração na sua auto-percepção (na sua história pessoal), e mudança comportamental. Neste caso, após a identificação das três principais forças e sua integração na história pessoal, com recurso a exemplos partilhados com o grupo, foi solicitado o treino dessas mesmas forças como desafio da semana, enquanto forma de promover a mudança comportamental.

### 3ª Sessão

Nesta sessão a primeira actividade foi a exploração do “Treino das Forças Pessoais”, em que cada participante partilhou com o grupo a forma como treinou as suas forças de modo

<sup>37</sup> “Força: Religião, Situação: Pedi a Deus saúde; Força: Bondade, Situação: Fui visitar uma amiga; Força: Esperança, Situação: Falar com a minha filha.”

diferente durante a semana, recorrendo a exemplos práticos (ver Figura 3) que constavam na folha de registo do “Diário de Bordo”.

Seguidamente, foi introduzido o tema da gratidão, salientando o papel das memórias (positivas e negativas), e enfatizada a importância da gratidão (Seligman et al., 2006) e dos seus contributos para o bem-estar.

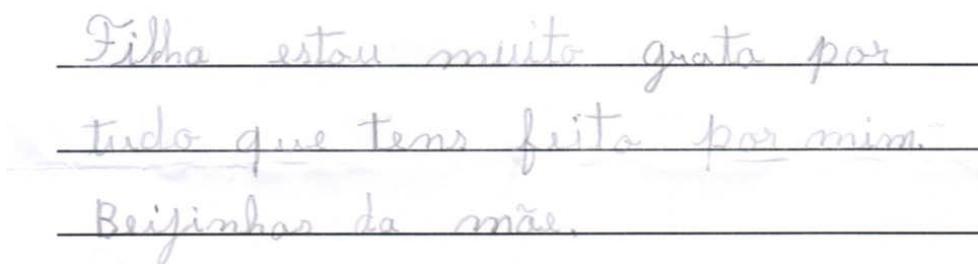
A importância do tema da gratidão é reforçada pela investigação nesta área (*e.g.*, Emmons e McCullough, 2003<sup>38</sup>) que sugere que o acto de agradecer pode contribuir para melhorar o bem-estar directamente, como agente causal do bem-estar, e indirectamente, como meio de minimizar o impacto das emoções negativas (Nelson, 2009). Assim, a expressão da gratidão é muito valorizada e considerada uma virtude quase universal, que pode contribuir positivamente para a minimização de sentimentos negativos, prevenindo o aparecimento de psicopatologia (Bono, Emmons, McCullough, 2004).

Num estudo em que analisou as combinações mais eficazes de exercícios de psicologia positiva e sua sequência, Parks (2004) concluiu que faz sentido incluir um exercício com impacto elevado e imediato, como a visita da gratidão, no início do grupo, de forma a criar o compromisso dos elementos para com o grupo. Esta ideia é reforçada por Seligman e colaboradores (2006) que referem que a gratidão permite trabalhar o compromisso e o prazer, o que justifica a inclusão desta actividade nesta fase do grupo.

Na sequência desta introdução à temática da gratidão, foi proposta a actividade “Carta da Gratidão” (ver exemplo na Figura 4) em que foi pedido às participantes que escrevessem uma carta de gratidão a alguém (ainda vivo) que foi especialmente significativo, mas a quem não tiveram oportunidade de agradecer devidamente (Seligman et al., 2005). Nesta actividade, as participantes analfabetas ou com iliteracia ditaram a carta que foi redigida por um dos técnicos.

---

<sup>38</sup> Emmons e McCullough (2003) procuraram analisar o efeito da gratidão no bem-estar físico e emocional e verificaram que os participantes de uma intervenção com base na gratidão mostravam um aumento dos afectos positivos. Os investigadores solicitavam aos participantes do grupo experimental que escrevessem cinco coisas pelas quais estavam gratos, todas as semanas, durante dez semanas. Existiam duas condições de controlo distintas: escrever sobre temas neutros ou sobre temas aborrecidos. Por comparação com o grupo de controlo, os participantes do grupo experimental sentiam-se melhor de um modo geral, mais optimistas em relação à semana seguinte, e mais ligados aos outros, reportavam, igualmente, mais afectos positivos. No estudo de *follow-up*, os participantes que mantiveram um diário de gratidão por duas semanas revelaram mais afectos positivos e maior satisfação com a vida, quando comparados com o grupo de controlo, que escrevia no diário sobre temas neutros.



Filha estou muito grata por  
tudo que tens feito por mim.  
Beijinhos da mãe.

Figura 4. “Carta da Gratidão”<sup>39</sup>

Posteriormente, como desafio da semana, foi pedido a cada participante que realizasse a “Visita da Gratidão”, ou seja, que oferecesse a “Carta da Gratidão” ao destinatário. Caso não fosse possível a realização de um encontro pessoal, como alternativa a participante poderia ler a carta ao destinatário por telefone.

#### 4ª Sessão

A sessão iniciou com a exploração do desafio da semana (“Visita da Gratidão”) em que cada participante partilhou no seio do grupo como foi para si agradecer a alguém significativo. Embora grande parte das participantes tenha referido que agradeceu a pessoas próximas, esta experiência foi relatada como contribuindo para a criação de uma maior proximidade, pois os destinatários das cartas sentiram-se surpreendidos e reconhecidos pelos seus gestos.

Posteriormente, foi introduzido o tema da importância da focalização nos aspectos positivos da vida e do quotidiano, em detrimento dos aspectos ou acontecimentos negativos procurando, através da participação do grupo, exemplos de aspectos positivos que muitas vezes são esquecidos e colocados de parte.

Na tentativa de não esquecer estes momentos foi reforçada a importância de os registar, como meio de focalizar os pensamentos e acções para os acontecimentos positivos<sup>40</sup>.

<sup>39</sup> “Filha, estou muito grata por tudo o que tens feito por mim. Beijinhos da mãe.”

<sup>40</sup> Burton e King (2004) através de uma amostra aleatória num desenho com um grupo de controlo placebo procuraram analisar o efeito de uma actividade de escrita na disposição e saúde física. Durante 20 minutos por dia, em três dias consecutivos, os participantes do grupo experimental escreviam intensamente sobre experiências positivas, enquanto os participantes do grupo de controlo escreviam sobre temas neutros (e.g. o seu horário, o seu quarto, os seus sapatos). Os autores concluíram que escrever sobre experiências positivas conduz a uma melhoria da disposição e menor recurso a serviços de saúde.

Para treinar este exercício, as participantes foram convidadas a registar, por escrito, três coisas boas que aconteceram na semana anterior. De salientar que uma grande parte incluiu neste registo a experiência da “Visita da Gratidão”, o que revela o facto de se tratar de uma actividade não só positiva, como significativa.

Posteriormente, como desafio da semana foi proposta a actividade “Coisa Positiva do Dia” (ver Figura 5) com o objectivo, à semelhança da actividade proposta na sessão anterior, de trabalhar o compromisso e o prazer (Seligman et al., 2006).

<b>Dia</b>	<b>“Coisa Positiva”</b>
<b>26.02 (sábado)</b>	<i>a minha neta veio almoçar comigo</i>
<b>27.02 (domingo)</b>	<i>fui lanchar com uma amiga</i>
<b>28.02 (2ª feira)</b>	<i>tive uma amiga que me deu uma carteira de presente</i>
<b>01.03 (3ª feira)</b>	<i>fui à boutique do chinês e comprei uma camisola que gostei muito</i>
<b>02.03 (4ª feira)</b>	<i>as minhas amigas deram-me um elogio na Junta</i>
<b>03.03 (5ª feira)</b>	<i>fui ao Centro de saúde e encontrei uma médica que gostei muito</i>

Figura 5. “Coisa Positiva por Dia”<sup>41</sup>

Nesta actividade solicitou-se aos participantes que registassem uma coisa positiva por dia e pensassem porque é que essa coisa positiva aconteceu (Seligman et al., 2005). A opção por uma coisa positiva, em detrimento de três como é sugerido por Seligman, Steen, Park e Peterson (2005) prende-se com a conclusão de Lyubomirsky e colaboradores (2005) de que “*menos é mais*”, e um exercício menos repetitivo ou intensivo previne a habituação à intervenção e conduz a melhores resultados.

<sup>41</sup> “26.02: A minha neta veio almoçar comigo; 27.02: Fui lanchar com uma amiga; 28.02: Tive uma amiga que me deu uma carteira de presente; 01.03: Fui à boutique do chinês e comprei uma camisola que gostei muito; 02.03: As minhas amigas deram-me um elogio na Junta; 03.03: Fui ao Centro de Saúde e encontrei uma médica que gostei muito”.

## 5ª Sessão

A sessão iniciou com a partilha em grupo dos acontecimentos positivos que foram registados, de acordo com o desafio da semana que havia sido proposto.

Procurou-se, a par da partilha destes acontecimentos, promover a reflexão em torno das causas destas coisas positivas (Seligman et al., 2005) e, na prática, este exercício conduziu a pensamentos relacionados com o auto-controlo dos aspectos positivos da vida (*e.g.* “fui lanchar com uma amiga porque lhe telefonei a convidá-la”).

Seguidamente, foi introduzido o tema das actividades prazerosas e da importância da consciência do prazer e da realização de tentativas deliberadas para o prolongar (Seligman et al., 2006). Em torno deste tema foi promovida a reflexão em grupo sobre actividades prazerosas o que permitiu concluir que se tratam de acções simples que nem sempre são valorizadas ou desfrutadas da melhor forma.

Como desafio da semana foi proposta a actividade “Saborear” (ver exemplo na Figura 6). Cada participante planeou, durante a sessão, o que pretendia saborear em cada dia da semana seguinte (Seligman et al., 2006) e, posteriormente, durante a semana deveria registar, na folha do “Diário de Bordo”, como se sentiu ao saborear aquele momento.

Verificou-se que a maioria das participantes não colocou situações inovadoras, mas sim momentos prazerosos que, embora façam parte da rotina, não são vivenciados de forma plena (*e.g.* uma conversa, uma comida, bordar, comprar peixe fresco, ir ao cabeleireiro). Para Seligman e colaboradores (2006) esta é uma actividade relacionada especificamente com o prazer, o que justifica a sua inclusão nesta fase do grupo.

<b>Dia</b>	<b>Saborear...</b>	<b>Como me senti?</b>
<b>05.03 (sábado)</b>	Sábado saboreei a dormir uma sesta	Senti-me muito bem já à muito tempo que não o fazia
<b>06.03 (domingo)</b>	Domingo saboreei uma comida que gosto muito; costela cozida com legumes	Senti-me muito satisfeita porque me soube bem
<b>07.03 (2ª feira)</b>	Saboreei uma boa conversa que tive com a minha irmã	fiquei muito contente e ela também

Figura 6. "Saborear"<sup>42</sup>

Como forma de finalizar a sessão direccionando para a temática abordada, cada participante recebeu um creme de mãos e teve que colocar, massajando, esse creme nas mãos de uma colega, ao som de música. Esta actividade possibilitou a todas a partilha de um momento prazeroso em grupo, promovendo, simultaneamente, a coesão grupal.

## 6ª Sessão

Inicialmente promoveu-se a reflexão em grupo em torno do desafio da semana ("Saborear") e as participantes partilharam as suas experiências e o que sentiram ao desfrutar de forma mais intensiva as actividades que tinham planificado.

De seguida foi introduzido o tema do optimismo e da esperança, relacionado com a temática do prazer. Foi solicitado às participantes que pensassem num momento negativo das suas vidas (e.g. quando perderam algo importante, um plano não se concretizou, ou uma altura em que se sentiram rejeitadas por alguém significativo), posteriormente, foi reforçada a ideia de quando uma porta se fecha, normalmente, abre-se outra de seguida (Seligman et al., 2006).

Esta ideia de acontecimento positivo que surge após um evento negativo foi reforçada com exemplos práticos das vivências das participantes que, após relatarem um episódio negativo, foram desafiadas a encontrar algo positivo que tenha acontecido posteriormente. Quando esta

<sup>42</sup> "05.03: Sábado saboreei dormir uma sesta, senti-me muito bem, já há muito tempo que não o fazia; 06.03: Domingo saboreei uma comida que gosto muito, costela cozida com legumes, senti-me muito satisfeita porque me soube bem; 07.03: Saboreei uma boa conversa que tive com a minha irmã, fiquei muito contente e ela também".

tarefa se revelou mais complexa, as restantes participantes do grupo ajudaram o elemento que estava a partilhar o episódio negativo a encontrar o “lado positivo”, o que se revelou uma experiência enriquecedora neste exercício.

Na sequência desta actividade foi proposto o desafio da semana – “Abra-se a Janela!” (ver exemplo na Figura 7). Neste exercício, as participantes, durante a semana teriam que identificar e registar um acontecimento negativo e a sua “consequência” positiva.

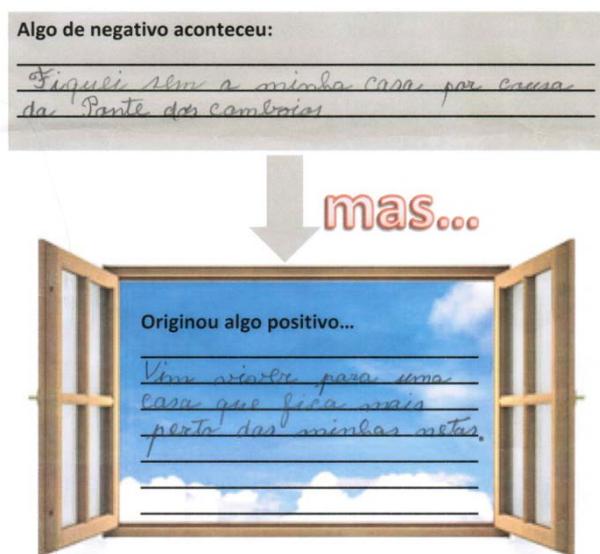


Figura 7. “Abra-se a Janela!”<sup>43</sup>

## 7ª Sessão

A sessão iniciou com a partilha, por parte das participantes, da experiência que encontraram como desafio da semana. Em alguns casos, optaram por lembrar acontecimentos significativos passados (*e.g.* perdi a minha casa, *cf.* Figura 7), noutros casos optaram por procurar esse episódio na sua semana (*e.g.* “acontecimento negativo: fui ao dentista tirar um dente que me estava a doer mas, originou algo positivo, pois coloquei dentes novos e já não tenho dores”). Este exercício, além de contribuir para o treino da esperança e optimismo, aumentou a coesão grupal, através da partilha de experiências e opiniões entre as participantes a propósito das diversas situações apresentadas.

<sup>43</sup> “Algo de negativo aconteceu: Fiquei sem a minha casa por causa da ponte dos comboios. Mas originou algo positivo: Vim viver para uma casa que fica mais perto das minhas netas”.

Seguidamente, passou-se ao domínio do compromisso/significado, que deve estar presente numa fase mais avançada do grupo (Seligman et al., 2006). Foi introduzido o tema da importância da “resposta positiva” aos outros e na forma como importa, além de olharmos para os aspectos positivos individuais, considerar a importância de transmitir mensagens positivas às pessoas que nos rodeiam. Foi explicado que a resposta positiva surge quando reagimos de forma visivelmente positiva e entusiasta às boas notícias de alguém (Seligman et al., 2006).

Como forma de “treinar” as respostas positivas, foi solicitado às participantes que, em pé, circulassem pela sala e cumprimentassem as outras participantes à medida que passavam por elas (com um sorriso e a olhar nos olhos) e partilhassem algo positivo (e.g. “tem um lenço bonito” ou “gosto de lanchar consigo”)<sup>44</sup>. As participantes aderiram positivamente a este exercício manifestando entusiasmo por partilhar mensagens positivas.

<b>Dia</b>	<b>“Resposta Positiva”</b>
<b>19.03 (sábado)</b>	Disse à Dona F. que estava muito bonita quando saiu para jantar e ela ficou muito contente
<b>20.03 (domingo)</b>	Dei resposta positiva a uma amiga que canta no coro convenci-a a não deixar de ir cantar por causa de uma colega
<b>21.03 (2ª feira)</b>	Dei uma resposta positiva ao meu vizinho. Disse-lhe para por o aparelho no ouvido porque anda sempre sem ele
<b>22.03 (3ª feira)</b>	Tentei incentivar uma amiga a ir fazer tratamento aos joelhos

Figura 8. “Resposta Positiva”<sup>45</sup>

Como desafio para casa, foi proposto o exercício “Resposta Positiva” (ver exemplo na Figura 8) em foi solicitado às participantes que, uma vez por dia, dessem uma resposta positiva (e.g. elogio, incentivo) a alguém das suas relações próximas.

<sup>44</sup> Para esta actividade foi colocada uma música de fundo tranquila.

<sup>45</sup> “19.03: Disse à D. F. que estava muito bonita quando saiu para jantar e ela ficou muito contente; 20.03: Dei uma resposta positiva a uma amiga que canta no Coro, convenci-a a não deixar de ir cantar por causa de uma colega; 21.03: Dei uma resposta positiva ao meu vizinho – disse-lhe para por o aparelho no ouvido porque anda sempre sem ele; 22.03: Tentei incentivar uma amiga a fazer o tratamento para os joelhos”.

## 8ª Sessão

A sessão iniciou com a exploração do desafio da semana. As participantes referiram que o exercício “Reposta Positiva” manteve efeitos positivos nas próprias, que se sentiram bem ao enviar mensagens positivas, e nos outros, que manifestaram satisfação ao receber essas mesmas mensagens (*e.g.* “as pessoas até me perguntam porque é que eu agora digo estas coisas e eu explico que são os meus trabalhos de casa dos psicólogos”).

Seguidamente, foi introduzido o tema da revisão da vida, mantendo a temática do significado (Seligman et al., 2006). Em virtude da sua importância, a revisão da vida emergiu enquanto estratégia de intervenção em diversos contextos de intervenção por possibilitar uma maior integração do *self* (Schwiebert & Myers, 1994). Para Hanaoka e Okamura (2004) as actividades de revisão da vida realizadas em grupo contribuem para melhorias quer na saúde mental, quer na qualidade de vida dos idosos. Birren e Cochran (2001) reportaram resultados de sucesso em pesquisas realizadas ao longo de mais de duas décadas, em que foi utilizado o exercício de auto-biografia em contexto de grupo, como forma estruturada de revisão da vida.

Nesta sequência foi proposto o exercício “Biografia” (ver exemplo na Figura 9). Solicitou-se aos participantes que pensassem em toda a sua vida e a tentassem resumir numa página, procurando lembrar os momentos mais marcantes e, sobretudo, o que gostariam que fossem recordados e associados a si (Seligman et al., 2006).

A realização desta actividade permitiu integrar as experiências de vida e sintetizar as fases boas e menos boas, sendo de salientar que a maioria referiu conquistas que realizou ao longo da vida (*e.g.* “criei a minha filha e dei-lhe o que não tive”, “fui muito feliz com o meu marido”, “criei o meu neto”, “sempre fui trabalhadora e lutadora”, “gosto muito de cantar o fado”, “fui muito feliz”, “era muito brincalhona”, “fui namorada e gostava de sair”, “sou amiga do meu amigo”, “a minha infância foi amadurecida à pressa”).

A minha vida foi a trabalhar.  
 Criei a minha filha e dei-lhe aquilo que  
 não tive. Tudo o que fiz voltava a  
 fazer, pois gosto muito dela.  
 Estou reformada e gosto de ajudar.  
 Sinto-me feliz a ajudar.

Figura 9. "Biografia"<sup>46</sup>

Como desafio da semana foi proposto que partilhassem a sua "Biografia" com alguém significativo e procurassem descobrir como se sentiram nessa partilha.

### 9ª Sessão

Inicialmente, cada participante partilhou com o grupo o que sentiu ao transmitir a sua biografia a alguém importante para si. Foi possível verificar que, embora as biografias não trouxessem novas informações para os amigos ou familiares, o espaço de partilha tornou-se um momento significativo.

Ainda com referência ao tema do significado (Seligman et al., 2006) e da importância da partilha com os outros, foi abordada a experiência de dar, enquanto gesto de bondade promotor de bem-estar (cf. Lyubomirsky et al., 2005<sup>47</sup>).

De seguida foi proposto o exercício "Presente do Tempo" referindo que, mesmo sem depender de recursos financeiros, é possível presentear as pessoas que são próximas, dando-lhes o maior presente de todos – o presente do tempo, que permite colocar as forças

<sup>46</sup> "A minha vida foi a trabalhar. Criei a minha filha e dei-lhe o que não tive. Tudo o que fiz voltava a fazer pois gosto muito dela. Estou reformada e gosto de ajudar. Sinto-me feliz a ajudar".

<sup>47</sup> Lyubomirsky e colaboradores (2005) no "estudo de bondade de seis semanas", constataram que os participantes que tinham cinco gestos de bondade num só dia eram mais felizes do que os restantes, talvez porque a curta passagem do tempo entre os gestos prevenia a habituação, fornecendo a intervenção "concentrada" num só dia.

individuais à disposição de pessoas significativas, dando-lhes apenas “algum tempo” (Seligman et al., 2006).

Para colocar em prática este exercício foi solicitado às participantes que planeassem a forma como iriam dar o seu “Presente do Tempo”, respondendo às questões: “O que vou fazer com o “tempo”?”; “Quanto tempo vou dar?”; “Em que dia vou dar o meu tempo?”; “A quem vou dar o meu tempo?” (ver exemplo da Figura 10).

<b>PLANO DO PRESENTE DO TEMPO</b>	
<b>O que vou fazer com o “tempo”?</b>	visitar a minha tia que tem 96 anos está bastante doente
<b>Quanto tempo vou dar?</b>	4 hoo
<b>Em dia vou dar o meu tempo?</b>	dia 4-4-2011
<b>A quem vou dar o meu tempo?</b>	à minha tia

Figura 10. “Presente do Tempo”<sup>48</sup>

Como desafio para a semana, foi proposto que concretizassem o “Presente do Tempo” que elaboraram na sessão e registassem como se sentiram e como se sentiu o destinatário do presente.

### 10ª Sessão

A última sessão iniciou, como habitualmente, pelo preenchimento da *Grelha de Monitorização do Humor e da Memória*. Depois de preenchida, cada participante mostrou a sua grelha ao grupo explicando a sua percepção da evolução quer ao nível do humor, quer ao nível da memória. Os restantes elementos do grupo, além de observarem, comentavam a evolução, referindo de concordavam (ou não) com a perspectiva individual.

<sup>48</sup> “Plano do Presente do Tempo. O que vou fazer com o “tempo”? Visitar a minha tia que tem 96 anos e está bastante doente. Quanto tempo vou dar? 4 horas. Em que dia vou dar o meu tempo? 04.04.2011. A quem vou dar o meu tempo? À minha tia.”

Após este momento inicial, passou-se para a reflexão em torno do desafio da semana e cada participante partilhou com o grupo como decorreu o seu “Presente do Tempo” (ver Figura 10). Esta experiência revelou-se positiva e possibilitou momentos de partilha com pessoas significativas (*e.g.* “ainda bem que tive mesmo que ir, senti-me muito bem e ela gostou imenso de estar comigo, foi um bocadinho bom”).

Seguidamente, por se tratar da última sessão, foi dinamizado o jogo da “Cadeira Quente” (Martin, 2008), uma dinâmica que se baseia na gestalt. Cada participante tinha que se sentar numa cadeira no meio do círculo formado pelos outros elementos. Durante a actividade, a participante na “cadeira quente” deveria permanecer em silêncio, enquanto os restantes elementos partilhavam opiniões positivas sobre ela. Reforçou-se a importância de serem partilhados apenas aspectos positivos (*e.g.* com base nas instruções da “Resposta Positiva”, Sessão 7), baseados na evolução e na partilha que tinham realizado com a participante em causa.

Esta actividade revelou-se muito importante enquanto elemento de integração, tema que deve surgir na fase de finalização do grupo (Seligman et al., 2006), permitindo às participantes relembrar os momentos significativos do grupo e partilhar respostas positivas com os elementos do grupo.

### *Grupo de Controlo*

No Grupo de Controlo, uma vez por semana, os participantes juntavam-se em grupo numa sala com as funcionárias para a realização de “Actividades Livres”: jogar cartas, ler revistas ou livros, fazer renda, conversar, fazer actividades manuais, jogar dominó. Cada participante pode optar pelas suas actividades preferidas, no entanto, recebiam a indicação de que durante o tempo da sessão deveriam estar envolvidos numa actividade.

## 2.5. PROCEDIMENTO

### 2.5.1. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Na recolha de dados ocorreu em diferentes etapas (ver Tabela 9), que contemplaram desde o momento de divulgação até a avaliação final dos participantes.

Tabela 9. Passos e Objectivos – Grupo de Controlo e Grupo Experimental.

<i>Passos</i>	<i>Objectivos</i>	
1ª Fase		
<i>Divulgação do programa e inscrições.</i>	Divulgar os objectivos da intervenção e criar condições para a inscrição dos participantes interessados.	
2ª Fase		
<i>Consentimento Informado</i>	Explicar o objectivo do estudo e solicitar a autorização para utilização dos dados.	
<i>Avaliação Pré-Teste</i>	Avaliar os participantes individualmente antes da sua integração em grupo através de uma entrevista clínica e da aplicação de instrumentos de avaliação psicológica.	
3ª Fase		
<i>Planificação dos Tempos Grupos</i>	Planificar os tempos do Grupo Experimental ( <i>Programa de Psicologia Positiva</i> ) e Grupo de Controlo ( <i>Actividades Livres</i> ).	
4ª Fase		
<i>Implementação dos Grupos</i>	<i>Implementação do Programa de Psicologia Positiva (Grupo Experimental)</i>	<i>Implementação das Actividades Livres (Grupo de Controlo)</i>
	Implementar o “Programa de Psicologia Positiva” durante dez sessões semanais em formato de grupo.	Implementar as “Actividades Livres” ao longo de dez sessões semanais em formato de grupo.
5ª Fase		
<i>Avaliação Pós-Teste</i>	Avaliar os participantes individualmente após a sua participação no grupo através de uma entrevista clínica e da aplicação de instrumentos de avaliação psicológica.	
6ª Fase		
<i>Reunião de Devolução dos Resultados do Estudo</i> <sup>49</sup>	Devolver os resultados do estudo numa reunião em grupo com a totalidade dos participantes (Grupo Experimental e Grupo de Controlo).	

Numa primeira fase procedeu-se à divulgação da intervenção, através dos técnicos que procederam à explicação, directamente aos Utentes do Centro de Convívio, dos objectivos da intervenção, nas duas condições experimentais – “Actividades Livres” (Grupo de Controlo) ou “Programa de Psicologia Positiva” (Grupo Experimental). Posteriormente, as funcionárias que

<sup>49</sup> Por indisponibilidade de agenda esta reunião, embora estando prevista, até à presente data ainda não foi realizada.

estão diariamente com os participantes facilitavam a sua inscrição que era totalmente voluntária e baseada na vontade individual de participar no grupo e no tipo de intervenção em específico – *Actividades Livres* ou *Programa de Psicologia Positiva*.

Uma vez que para garantir um bom funcionamento dos grupos é essencial a existência de entrevistas de avaliação na fase de pré-teste que permitam verificar se irá existir benefício da participação no grupo e quais são as expectativas em relação ao grupo (Rice, 2004), optou-se, numa segunda fase, por agendar entrevistas individuais de avaliação inicial, de acordo com a disponibilidade dos participantes.

Nas entrevistas de avaliação foram tidos em conta princípios básicos de avaliação nos adultos, uma vez que devido às mudanças físicas, cognitivas e sensoriais que ocorrem com a idade, o momento da avaliação deve ser alterado para assegurar os melhores resultados possíveis. De acordo com a APA (Abeles et al., 1998) nestes momentos de avaliação é importante: (1) familiarizar o idoso com o objectivo e os procedimentos da avaliação; (2) garantir um bom desempenho (verificar se estão a ver e a ouvir bem); (3) garantir que compreendem a linguagem (escrita ou oral) utilizada; (4) manter um ambiente sossegado e bem iluminado (atendendo às limitações físicas que possam surgir); (5) preferencialmente, utilizar instrumentos de avaliação construídos especificamente para idosos; (6) garantir que os idosos compreendem as instruções fornecidas; (7) determinar se o idoso está a experienciar desconforto; (8) ajustar o tempo em função de garantir um bom desempenho (*e.g.* se a sessão se alongar verificar se o idoso precisa de descansar ou ir ao WC); e (9) utilizar o encorajamento verbal durante a avaliação.

As avaliações iniciais decorreram ao longo de oito dias, durante cerca de duas semanas e tinham a duração de cerca de uma hora. Começaram com o *Consentimento Informado*, que permitiu dar conhecimento aos participantes da realização da investigação, bem como do seu objectivo e solicitar a autorização para utilização dos dados. Seguidamente, procedeu-se à aplicação dos instrumentos de avaliação (ver ponto 2.3), na sua maioria instrumentos de auto-relato. Na utilização deste tipo de instrumento importa considerar a existência de factores que podem conduzir ao enviesamento das respostas, como os problemas de memória ou a desejabilidade social (Lubin & Van Whitlock, 2004), pelo que existiu especial cuidado na sua aplicação, quer na clareza das instruções fornecidas, quer na aceitação incondicional das

respostas dadas, colocando de parte qualquer tipo de julgamento. No final da entrevista inicial foram, ainda, questionadas as expectativas em relação à participação no grupo.

O passo seguinte foi a planificação do tempo de funcionamento dos grupos. Tanto o Grupo de Controlo como o Grupo Experimental participaram em dez sessões em grupo, com a duração de uma hora e periodicidade semanal (ver ponto 2.4). A implementação dos grupos iniciou na semana seguinte ao final das avaliações iniciais e decorreu ao longo de dez semanas seguidas, perfazendo um tempo total de dois meses e meio.

A avaliação final ocorreu duas semanas após a finalização das sessões em grupo, devido à indisponibilidade das participantes por se tratar do período de Páscoa. Esta avaliação foi realizada através de uma entrevista individual com duração de cerca de uma hora, à semelhança do que aconteceu na avaliação inicial, tendo também decorrido durante oito dias ao longo de duas semanas. Nesta etapa foram aplicados novamente os instrumentos anteriormente referidos (ver ponto 2.3), com excepção do *Questionário Sócio-Demográfico*. De salientar que na avaliação final as participantes foram informadas que iria existir, na sequência deste estudo, uma reunião final com todas as participantes, para devolver os resultados encontrados nesta investigação.

## 2.5.2. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos resultados obtidos foi utilizado o SPSS Statistics (versão 17.0) que possibilitou além da sistematização dos dados obtidos, o seu tratamento estatístico.

# 3

## Capítulo 3

### Apresentação dos Resultados

*“Obrigado pelo vosso carinho e dedicação, e também pela alegria que deram a todos, em especial a mim, que me ensinaram a ver a vida de uma maneira diferente, mais positiva, e a dar valor às coisas que já tinha e não via.”  
(Carta de uma participante do GE no final das sessões)*



### 3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a análise dos vários passos seguidos nestes estudo quasi-experimental, o objectivo do presente capítulo é apresentar as informações, consideradas mais relevantes, obtidas através do tratamento estatístico dos dados recolhidos.

As técnicas estatísticas utilizadas foram essencialmente não-paramétricas, como é o caso dos testes de Mann-Whitney e Spearman. A opção por este tipo de técnicas deve-se ao facto de se não se encontrarem reunidas as condições para aplicação de testes não-paramétricos por se tratar de uma amostra pequena e que, em todas as variáveis em análise, não seguia uma distribuição normal (Martinez & Ferreira, 2008), conforme se constata através da aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov.

De acordo com o teste Mann-Whitney não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os Grupos de Controlo e Experimental no momento de pré-intervenção, no que respeita às variáveis em análise, pelo se podem considerar os grupos como equivalentes.

Verifica-se, pela análise dos valores apresentados na Tabela 10, que os valores médios dos instrumentos de avaliação registam algumas alterações na fase de pré e pós-intervenção em ambos os grupos. Entre os valores que posteriormente se revelam estatisticamente significativos, importa salientar uma melhoria, no caso do Grupo Experimental, no que concerne à percepção do humor, aferida através da GM (pré-teste: M=6.20; pós-teste: M=7.80). Regista-se, igualmente, uma diminuição dos valores médios da GDS (pré-teste: M=12.73; pós-teste: M=8.20) o que em termos de "resultado médio" tendo como referência os valores de corte significa a passagem de "*depressão ligeira*" (valores entre 10 e 19) para "*ausência de depressão*" (valores entre 0 e 9). No que concerne ao bem-estar, assiste-se a um aumento nos valores médios da EBEP (pré-teste: M=77.60; pós-teste: M=88.60), mais expressivos nas dimensões: *crescimento pessoal* (pré-teste: M=11.27; pós-teste: M=15.53) e *aceitação de si* (pré-teste: M=14.47; pós-teste: M=16.20).

Tabela 10. Médias e Desvios Padrão dos Instrumentos de Avaliação na Fase Pré e Pós-Teste.

<i>Instrumento de Avaliação</i>	Grupo Experimental (n=15)				Grupo de Controlo (n=15)			
	Pré-Teste		Pós-Teste		Pré-Teste		Pós-Teste	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Grelha de Monitorização do Humor	<b>6.20</b>	1.424	<b>7.80</b>	1.265	<b>6.00</b>	2.478	<b>5.87</b>	2.416
Grelha de Monitorização da Memória	<b>6.93</b>	1.944	<b>7.40</b>	1.844	<b>2.87</b>	2.200	<b>2.73</b>	2.344
GDS	<b>12.73</b>	3.845	<b>8.20</b>	3.968	<b>11.80</b>	5.943	<b>12.07</b>	5.365
EBEP	<b>77.60</b>	9.664	<b>88.60</b>	7.529	<b>78.47</b>	7.882	<b>78.13</b>	8.017
<i>Autonomia</i>	<b>13.73</b>	3.751	<b>14.80</b>	2.678	<b>14.07</b>	2.520	<b>14.20</b>	2.704
<i>Domínio do Meio</i>	<b>14.20</b>	2.808	<b>14.40</b>	3.621	<b>14.00</b>	3.000	<b>14.60</b>	3.247
<i>Crescimento Pessoal</i>	<b>11.27</b>	2.282	<b>15.53</b>	1.846	<b>11.40</b>	2.444	<b>11.87</b>	2.748
<i>Relações Positivas</i>	<b>12.00</b>	3.273	<b>14.93</b>	2.631	<b>13.47</b>	2.066	<b>13.27</b>	3.127
<i>Objectivos de Vida</i>	<b>11.93</b>	3.327	<b>12.73</b>	3.150	<b>11.40</b>	3.481	<b>10.87</b>	2.973
<i>Aceitação de Si</i>	<b>14.47</b>	2.774	<b>16.20</b>	1.424	<b>14.13</b>	2.416	<b>13.33</b>	2.743
MMSE	<b>22.27</b>	2.282	<b>23.33</b>	2.257	<b>22.13</b>	3.420	<b>21.80</b>	3.144
ACE-R	<b>67.27</b>	12.021	<b>69.60</b>	13.705	<b>65.27</b>	11.877	<b>68.27</b>	11.386
<i>Atenção e Orientação</i>	<b>16.07</b>	2.086	<b>16.07</b>	2.017	<b>15.27</b>	2.282	<b>15.20</b>	2.833
<i>Memória</i>	<b>12.73</b>	4.008	<b>14.80</b>	4.346	<b>14.20</b>	5.213	<b>15.67</b>	4.012
<i>Fluência</i>	<b>7.60</b>	2.667	<b>6.93</b>	2.549	<b>5.73</b>	2.604	<b>6.20</b>	2.704
<i>Linguagem</i>	<b>19.27</b>	3.751	<b>19.93</b>	3.826	<b>19.13</b>	2.615	<b>18.73</b>	3.127
<i>Visuo-Espacial</i>	<b>11.80</b>	2.883	<b>12.00</b>	3.586	<b>11.33</b>	2.664	<b>12.40</b>	2.694
Perspectiva das Funcionárias	<b>2.633</b>	1.3558	<b>2.133</b>	0.7669	<b>2.667</b>	1.3318	<b>2.033</b>	0.7432

Tal como foi referido anteriormente, foram encontradas diferenças que se revelaram estatisticamente significativas, como se constata através da análise do teste de Mann-Whitney. De acordo com os resultados (*cf.* Tabela 11), referentes à fase pós-intervenção, existem diferenças estatisticamente significativas na percepção dos participantes no que se refere ao humor, avaliada através da GM do Humor ( $u=54.000$ ,  $z=-2.466$ ,  $p<.05$ , em que RM é igual a 19.40 no GE e igual a 11.60 no GC); na GDS ( $u=62.500$ ,  $z=-2.085$ ,  $p<.05$ , em que RM é igual a 12.17 no GE e a 18.83 no GC); e na EBEP ( $u=37.000$ ,  $z=-3.134$ ,  $p<.05$ , em que RM é igual a 20.53 no GE e a 10.47 no GC), designadamente nas dimensões: *crescimento pessoal* ( $u=29.500$ ,  $z=-3.465$ ,  $p<.05$ , em que RM é igual a 21.03 no GE e a 9.97 no GC) e *aceitação de si* ( $u=41.500$ ,  $z=-2.980$ ,  $p<.05$ , em que RM é igual a 20.23 no GE e a 10.77 no GC).

Estes resultados sugerem que, após a participação no Programa de Psicologia Positiva, as participantes do Grupo Experimental melhoraram a sua percepção do humor de acordo com a avaliação registada na GM do Humor, aumentaram o seu bem-estar, especialmente nas dimensões *crescimento pessoal* e *aceitação de si*, segundo os resultados da EBEP, e reduziram a sintomatologia depressiva, avaliada através da GDS.

Tabela 11. Teste de Mann-Whitney na Fase Pós-Teste.

<i>Instrumento de Avaliação</i>	Grupo Experimental (n=15)		Grupo de Controlo (n=15)		z	u	Valor de p
	RM	SM	RM	SM			
Grelha de Monitorização do Humor	<b>19.40</b>	<b>291.00</b>	<b>11.60</b>	<b>174.00</b>	<b>-2.466</b>	<b>54.000</b>	<b>.014</b>
Grelha de Monitorização da Memória	16.57	248.50	14.43	216.50	-.671	96.500	.502
GDS	<b>12.17</b>	<b>182.50</b>	<b>18.83</b>	<b>282.50</b>	<b>-2.085</b>	<b>62.500</b>	<b>.037</b>
EBEP	<b>20.53</b>	<b>308.00</b>	<b>10.47</b>	<b>157.00</b>	<b>-3.134</b>	<b>37.000</b>	<b>.002</b>
<i>Autonomia</i>	17.10	256.50	13.90	208.50	-1.010	88.500	.313
<i>Domínio do Meio</i>	16.03	240.50	14.97	224.50	-0.337	104.500	.736
<i>Crescimento Pessoal</i>	<b>21.03</b>	<b>315.50</b>	<b>9.97</b>	<b>149.50</b>	<b>-3.465</b>	<b>29.500</b>	<b>.001</b>
<i>Relações Positivas</i>	18.00	270.00	13.00	195.00	-1.570	75.000	.116
<i>Objectivos de Vida</i>	17.53	263.00	13.47	202.00	-1.277	82.000	.202
<i>Aceitação de Si</i>	<b>20.23</b>	<b>303.50</b>	<b>10.77</b>	<b>161.50</b>	<b>-2.980</b>	<b>41.500</b>	<b>.003</b>
MMSE	17.93	269.00	13.07	196.00	-1.526	76.000	.127
ACE-R	16.23	243.50	14.77	221.50	-.457	101.500	.648
<i>Atenção e Orientação</i>	16.73	251.00	14.27	214.00	-.781	94.000	.435
<i>Memória</i>	13.43	201.50	17.57	263.50	-1.293	81.500	.196
<i>Fluência</i>	16.57	248.50	14.43	216.50	-.672	96.500	.502
<i>Linguagem</i>	16.97	254.50	14.03	210.50	-.917	90.500	.359
<i>Visuo-Espacial</i>	15.33	230.00	15.67	235.00	-.104	110.000	.917
Perspectiva das Funcionárias	15.93	239.00	15.07	226.00	-.279	106.000	.780

A análise das correlações entre variáveis, obtida através do teste de Spearman, permite verificar a presença de correlações estatisticamente significativas na fase pré-intervenção (cf. Tabela 12 e Tabela 13) no conjunto da amostra (Grupo de Controlo e Grupo Experimental).

Em termos de características sócio-demográficas (ver Tabela 12), verifica-se, ao analisar a totalidade da amostra na fase pré-intervenção, que a idade mantém uma correlação negativa forte com a EBEP na dimensão *objectivos de vida* ( $r=.506$ ;  $p<.01$ ), sugerindo que o aumento da idade está associado a uma diminuição na definição de objectivos de vida. Quanto ao género, verifica-se que o género masculino mantém uma correlação positiva quer com o MMSE ( $r=.391$ ,  $p<.05$ ), quer com ACE-R na dimensão *visuo-espacial* ( $r=.446$ ;  $p<.05$ ). Por sua vez, a escolaridade mais elevada está associada a uma melhor percepção da memória, avaliada através da GM da Memória ( $r=.387$ ;  $p<.05$ ) e com a EBEP na dimensão *aceitação de si* ( $r=.365$ ;  $p<.05$ ). A presença de mais pessoas no agregado familiar correlaciona-se negativamente com a percepção do humor ( $r=-.374$ ;  $p<.05$ ) e positivamente com a EBEP na dimensão *objectivos de vida* ( $r=.420$ ;  $p<.05$ ), sugerindo que as idosas que vivem sozinhas têm uma melhor percepção do humor e mais dificuldade em definir objectivos de vida.

Tabela 12. Correlações na Fase Pré-Teste (Grupo de Controlo e Grupo Experimental) dos dados sócio-demográficos obtidos através do teste de Spearman.

	Idade	Género	Escolaridade	N.º de Pessoas Agregado
Grelha de Monitorização do Humor				
Grelha de Monitorização da Memória			.387*	
EBEP				-.374*
<i>Objectivos de Vida</i>	-.506**			
<i>Aceitação de Si</i>			.365*	.420*
MMSE		.391*		
ACE-R				
<i>Visuo-Espacial</i>		.446*		

Seguidamente são apresentadas as correlações encontradas na fase de pré-intervenção na totalidade da amostra (ver Tabela 13), no que concerne às variáveis em análise.

Verifica-se que percepção do humor e da memória, avaliadas através das GM, apresentam uma correlação positiva forte ( $r=.522$ ;  $p<.01$ ) entre si. Por sua vez, a GDS apresenta uma correlação negativa com a percepção de humor ( $r=-.381$ ;  $p<.05$ ), percepção da memória ( $r=.477$ ;  $p<.01$ ), EBEP ( $r=.555$ ;  $p<.01$ ), EBEP na dimensão *autonomia* ( $r=-.400$ ;  $p<.01$ ) e EBEP na dimensão *domínio do meio* ( $r=.542$ ;  $p<.05$ ).

Em termos cognitivos, verifica-se que a percepção avaliada através da GM da Memória mantém correlações positivas com o MMSE ( $r=.532$ ;  $p<.01$ ), ACE-R ( $r=.464$ ;  $p<.01$ ), ACE na dimensão *atenção e orientação* ( $r=.403$ ;  $p<.05$ ) e ACE na dimensão *memória* ( $r=.426$ ;  $p<.01$ ), sugerindo que a percepção individual vai de encontro aos resultados encontrados no instrumento utilizado para avaliar as dimensões cognitivas. O MMSE mantém, igualmente, uma correlação positiva forte com a EBEP na dimensão *autonomia* ( $r=.364$ ;  $p<.01$ ).

Ao analisar a perspectiva das funcionárias verifica-se que quanto mais problemas emocionais são detectados nos participantes, menores são alguns dos valores encontrados nas variáveis emocionais e cognitivas em análise uma vez os resultados deste instrumento mantêm uma correlação negativa com EBEP ( $r=-.459$ ;  $p<.05$ ), com a EBEP na dimensão *autonomia* ( $r=-.501$ ;  $p<.05$ ) e *objectivos de vida* ( $r=-.496$ ;  $p<.05$ ), bem como com o MMSE ( $r=-.385$ ;  $p<.05$ ), ACE na dimensão *atenção e orientação* ( $r=-.399$ ;  $p<.05$ ), *fluência* ( $r=.422$ ;  $p<.05$ ) e *linguagem* ( $r=-.377$ ;  $p<.05$ ).

Tabela 13. Correlações na Fase Pré-Teste (Grupo de Controlo e Grupo Experimental) através do teste de Spearman.

	Monitorização do Humor	Monitorização da Memória	GDS	EBEP <i>Autonomia</i>	Funcionárias
Grelha de Monitorização da Memória	<b>.522**</b>				
GDS	<b>-.381*</b>	<b>-.477**</b>			
EBEP			<b>-.555**</b>		<b>-.459*</b>
<i>Autonomia</i>			<b>-.400*</b>		<b>-.501*</b>
<i>Domínio do Meio</i>			<b>-.542**</b>		
<i>Objectivos de Vida</i>					<b>-.496*</b>
<i>Aceitação de Si</i>					
MMSE		<b>.532**</b>		<b>.364**</b>	
ACE-R		<b>.464**</b>			<b>-.385*</b>
<i>Atenção e Orientação</i>		<b>.403*</b>			
<i>Memória</i>		<b>.426*</b>			<b>-.399*</b>
<i>Fluência</i>					<b>-.422*</b>
<i>Linguagem</i>					<b>-.377*</b>

Importa, ainda, apresentar as correlações presentes na fase de pós-intervenção no Grupo Experimental (ver Tabela 14).

Verifica-se, nesta fase, que a escolaridade mantém uma correlação positiva com o ACE-R ( $r=.597$ ;  $p<.05$ ), ACE-R na dimensão *atenção e orientação* ( $r=.553$ ;  $p<.05$ ) e *visuo-espacial* ( $r=.541$ ;  $p<.05$ ). Por sua vez, a percepção do humor, avaliada através da GM do Humor, mantém uma correlação negativa forte com a GDS ( $r=.668$ ;  $p<.01$ ) e correlações positivas com a EBEP ( $r=.557$ ;  $p<.05$ ), e EBEP nas dimensões *domínio do meio* ( $r=.587$ ;  $p<.05$ ) e *objectivos de vida* ( $r=.552$ ;  $p<.05$ ). A percepção da memória, avaliada através da GM da Memória, mantém uma correlação positiva com a EBEP ( $r=.570$ ;  $p<.05$ ) e com a EBEP na dimensão *objectivos de vida* ( $r=.571$ ;  $p<.05$ ).

No que concerne aos resultados na GDS verifica-se que quanto maior é a sintomatologia depressiva apresentada, menor é o bem-estar total segundo a EBEP ( $r=-.725$ ;  $p<.01$ ), e na sua dimensão *domínio do meio* ( $r=-.670$ ;  $p<.01$ ). Por sua vez, a EBEP na dimensão *autonomia* encontra-se positivamente correlacionada com o MMSE ( $r=.760$ ;  $p<.01$ ) e com a ACE na dimensão *atenção e orientação* ( $r=.594$ ;  $p<.05$ ).

Quanto à perspectiva das funcionárias, constata-se, nesta fase pós-intervenção, que quanto menos problemas emocionais são por elas detectados nas participantes, melhores são os seus resultados ao nível cognitivo, designadamente na ACE-R ( $r=-.774$ ;  $p<.05$ ), ACE na dimensão *atenção e orientação* ( $r=-.641$ ;  $p<.05$ ) e ACE na dimensão *memória* ( $r=-.641$ ;  $p<.05$ ).

Tabela 14. Correlações na Fase Pós-Teste (Grupo Experimental) através do teste de Spearman.

	Escolaridade	Grelha de Monitorização do Humor	Grelha de Monitorização da Memória	GDS	EBEP <i>Autonomia</i>	Perspectiva das Funcionárias
GDS		<b>-.668**</b>				
EBEP		<b>.557*</b>	<b>.570*</b>	<b>-.725**</b>		
<i>Domínio do Meio</i>		<b>.587*</b>		<b>-.670**</b>		
<i>Objectivos de Vida</i>		<b>.552*</b>	<b>.571*</b>			
MMSE					<b>.760**</b>	
ACE-R	<b>.597*</b>					<b>-.774*</b>
<i>Atenção e Orientação</i>	<b>.553*</b>				<b>.594*</b>	<b>-.641*</b>
<i>Memória</i>						<b>-.641*</b>
<i>Visuo-Espacial</i>	<b>.541*</b>					

Em relação ao Grupo Experimental importa analisar a evolução do humor e memória no decurso das sessões, avaliada através do preenchimento das GM realizado no início de cada sessão. Em relação ao humor (ver Figura 11) verifica-se que, apesar da existência de variações no decurso das semanas, na avaliação final (M=7.8) registou-se um valor médio superior ao registado na avaliação inicial (M=6.2). Em relação à monitorização da memória verifica-se que, em termos médios, se registou um ligeiro aumento entre a avaliação inicial (M=7.3) e a avaliação final (M=7.4), sendo que o valor mais baixo foi registado na sessão 8 (M=5.9), que foi igualmente a sessão que registou menor assiduidade (n=10; 66.7%).

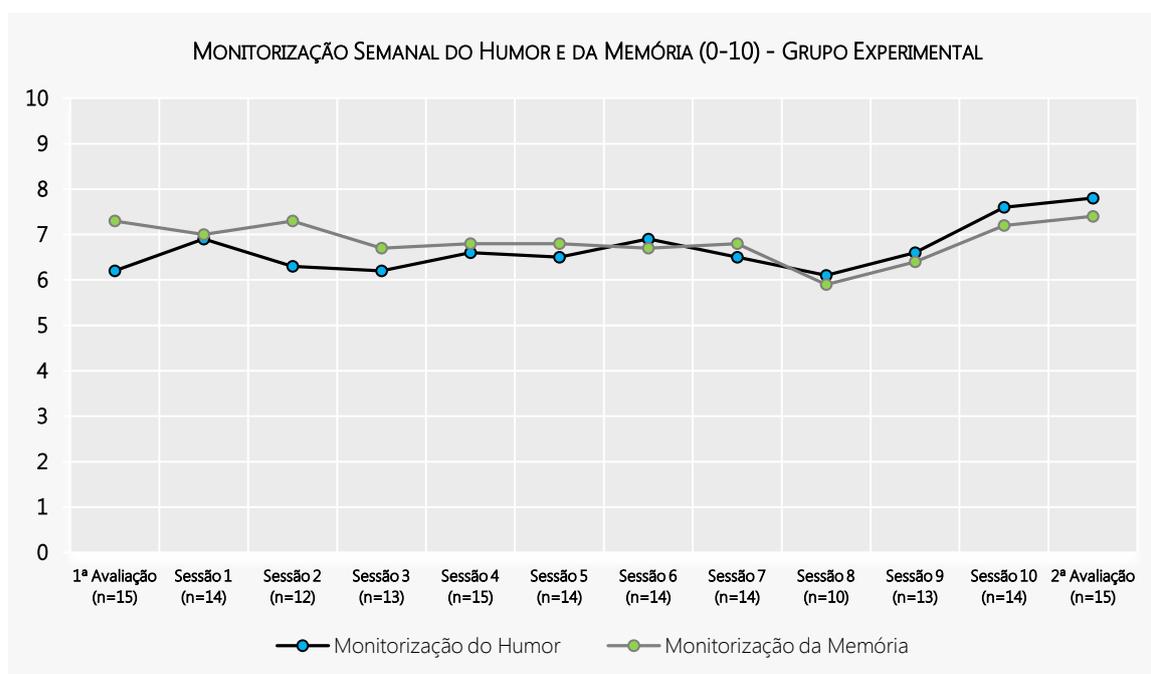


Figura 11. Monitorização Semanal do Humor e da Memória do Grupo Experimental

Para finalizar a apresentação dos resultados importa considerar a assiduidade que foi superior no Grupo Experimental, quando comparada com o Grupo de Controlo (ver Figura 12), existindo como excepção a sessão 8, na qual os participantes do GE foram menos assíduos.

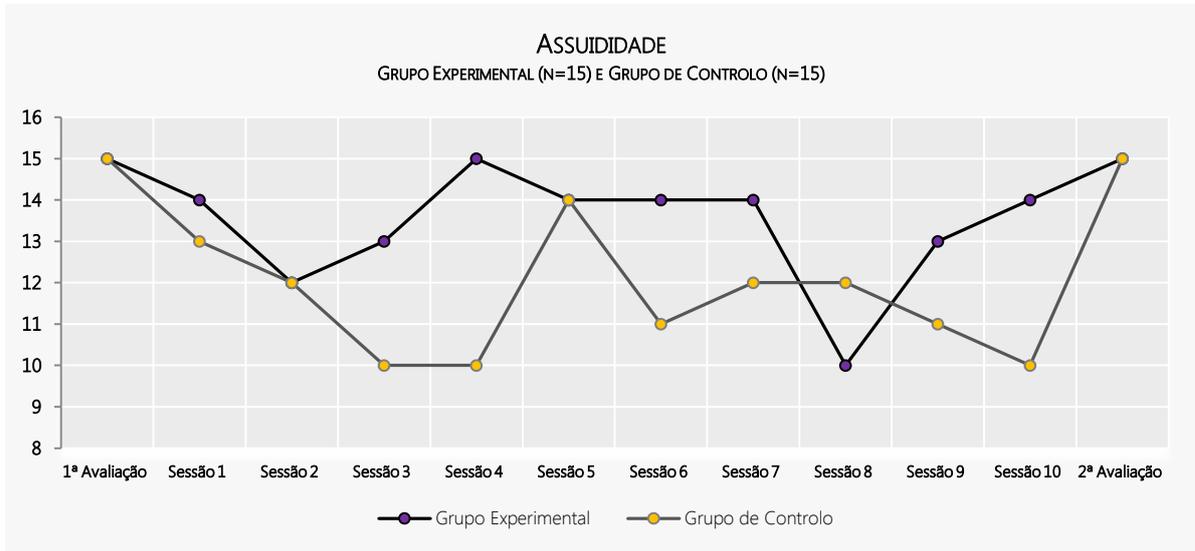


Figura 12. Assiduidade – Grupo Experimental e Grupo de Controlo

Em termos dos resultados deste estudo é então possível concluir que a participação no Programa de Psicologia Positiva contribui para melhorar a percepção do humor, aumenta o bem-estar, em especial o crescimento pessoal e a aceitação de si, e reduz os sintomas depressivos. Além desta análise importa considerar as correlações significativas que foram encontradas que no que concerne às características sócio-demográficas dos participantes, quer aos resultados das variáveis em análise neste estudo de forma a completar e integrar os resultados apresentados.

# 4

## Capítulo 4

### Discussão dos Resultados

*“Com a idade mais avançada o que se perde em energia física, ganha-se em sabedoria”*

*(Manoel de Oliveira, 101 anos, numa entrevista televisiva a 05.06.2009)*



## 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo são analisados os dados apresentados anteriormente à luz do objectivo do estudo. Assim, para a questão colocada inicialmente: "Será que a participação num *Programa de Psicologia Positiva* aumenta o bem-estar psicológico de idosos não-institucionalizados?", é procurada a resposta.

Após a intervenção, as participantes Grupo Experimental aumentaram o seu bem-estar, especialmente nas dimensões *crescimento pessoal* e *aceitação de si*, melhoraram a sua percepção do humor e reduziram a sintomatologia depressiva. Estes resultados vão de encontro com o inicialmente esperado e com as conclusões presentes na literatura onde está patente a efectividade das intervenções da psicologia positiva no aumento do bem-estar e na diminuição dos sintomas depressivos (Sin & Lyubomirsky, 2009), bem como a eficácia da realização de intervenções com idosos (Kennedy & Tanenbaum, 2000), especialmente em contexto de grupo (*cf.* Aday & Aday, 1997; Dombeck & Wells-Moran, 2006; Husaini et al., 2004; Klinger-Vartabedian, 1982; Lubin et al., 1996; Puskar et al., 2008).

Para Ryff (1989a,b), o *crescimento pessoal* está relacionado com a capacidade para desenvolver o potencial individual de crescimento. Na EBEP, esta dimensão está expressa nos itens: "*penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo*"; "*sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa*" e "*há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida*". Assim, o *crescimento pessoal* foi avaliado através da abertura a novas experiências, desenvolvimento pessoal e implementação de melhorias na vida. Efectivamente, estas dimensões foram abordadas através de actividades específicas nas sessões do *Programa de Psicologia Positiva*, que propiciaram desafios e novas experiências com vista à melhoria do bem-estar como é o caso dos exercícios: "Treino das Forças Pessoais", "Carta e Visita da Gratidão", "Coisa Positiva por Dia", "Saborear" e "Presente do Tempo", em que era promovido o desafio de fazerem algo diferente o que, além de constituir uma nova

experiência com vista ao desenvolvimento pessoal e melhoria de vida, contribuía para o aumento do bem-estar.

Por seu lado, a dimensão *aceitação de si* refere-se às atitudes positivas para consigo próprio, revelando-se uma característica fundamental para o desenvolvimento psicológico (Ryff, 1989a,b). Na EBEP esta dimensão refere-se aos itens: "*quando vejo a minha vida fico contente como as coisas correram*", "*gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade*" e "*em muitos aspectos sinto-me desiludido com o que alcancei na vida*". Ou seja, neste instrumento esta dimensão foca aspectos relacionados com a satisfação com o passado e com as características pessoais. Mais uma vez é possível encontrar, nas actividades do *Programa de Psicologia Positiva*, exercícios especialmente vocacionados para este domínio como é o caso do "Eu no meu Melhor", em que se solicita a descrição de uma altura da vida em que estiveram no seu melhor, o que, de acordo com Fisher (1991) contribui gerar imagens de desenvolvimento positivas; do "Mapa das Forças Pessoais" em que teriam que identificar as suas principais forças; ou da "Biografia", em que eram desafiadas a lembrar os momentos marcantes que gostariam que fossem recordados e associados a si, actividade que contribui para uma melhor integração do *self* (cf. Birren & Cochran, 2001; Schwiebert & Myers, 1994).

Deste modo, pelo facto dos exercícios do *Programa de Psicologia Positiva* se focalizarem mais nos domínios do desenvolvimento pessoal, características pessoais positivas, novas experiências e satisfação com o passado, é de esperar que existam melhores resultados nas dimensões *crescimento pessoal* e *aceitação de si*. Esta análise conduz à reflexão acerca da importância de se alargar o tempo da intervenção e incluir actividades que visem ou outros componentes do bem-estar como o *domínio do meio*, *autonomia* e *objectivos de vida*, como forma de possibilitar a melhoria dos resultados alcançados ao nível do bem-estar psicológico.

A redução da sintomatologia depressiva era também esperada, em primeiro lugar devido à sua correlação inversa com o bem-estar (Ducworth et al., 2005), e em segundo lugar, graças ao sucesso reportado na literatura em relação a este tipo de intervenções na redução da sintomatologia depressiva em idosos (e.g. Kennedy, 2005). Na amostra em análise neste estudo verifica-se, numa fase pré-intervenção, que os sintomas depressivos estão negativamente correlacionados com o bem-estar, à semelhança de dados encontrados por diversas investigações onde a depressão em idosos aparece relacionada com uma menor satisfação

com a vida (Garner, Bhatia, Dean, Byars, 2007) e com uma menor auto-estima e expressão afectos positivos (Wilhoite, 1994).

Os sintomas depressivos, avaliados através da GDS neste estudo, encontram-se ainda correlacionados negativamente com EBEP nas dimensões *autonomia* e *domínio do meio*. O facto dos idosos mais deprimidos manifestarem menores resultados nestas áreas pode estar relacionado as especificidades relacionadas com a depressão em idades avançadas, pois existem sintomas mais frequentes nos idosos, (ver *depletion syndrome* no ponto 1.3.), como a perda de interesse, a falta de energia, a perda de esperança, o desamparo e a lentificação psicomotora, sintomas agudizados por factores de risco como a doença física e a solidão, que se podem revelar determinantes na perda de autonomia e diminuição de domínio do meio.

A percepção do humor e da memória, avaliadas através das GM, apresentam uma correlação positiva, salientando a relação entre estas variáveis que se encontra patente em diversas investigações (e.g. Lalitha & Jamuna, 2006), sendo de referir a investigação de Kim (2000) que concluiu que as crenças pessoais acerca da capacidade e estabilidade da memória se encontram positivamente correlacionadas com o bem-estar subjectivo. Os sintomas depressivos têm vindo a ser associados ao funcionamento cognitivo, salientando que a presença de depressão é determinante na existência de dificuldades ao nível cognitivo (e.g. Baudic et al., 2004; Chodosh et al., 2007; Steffens et al., 2004). Também neste estudo, os sintomas depressivos, avaliados pela GDS apresentam uma correlação negativa com a percepção de humor, salientando que a presença de sintomas depressivos conduz a uma percepção do humor mais negativa.

Em termos cognitivos verifica-se, na fase pré-intervenção, que a percepção avaliada através da GM da Memória mantém correlações positivas com o MMSE e ACE na dimensão *memória*, sugerindo que a percepção individual vai de encontro aos resultados encontrados no instrumento utilizado para avaliar as dimensões cognitivas. Resultados idênticos foram encontrados por Podewils, McLay, Rebok e Lyketsos (2003) ao constatarem, num estudo com 1.488 participantes, a presença de correlações significativas entre a auto-avaliação da memória e os resultados obtidos através da aplicação do MMSE, uma medida objectiva do funcionamento cognitivo.

No que concerne aos dados sócio-demográficos analisados verifica-se a existência de correlações que vão igualmente de encontro com investigações realizadas com adultos de idade avançada, nomeadamente no que se refere à idade, correlacionada negativamente com os objectivos de vida<sup>50</sup>; o género masculino, correlacionado positivamente com o MMSE e a dimensão *visuo-espacial* do ACE-R<sup>51</sup>; a escolaridade, que mantém uma correlação positiva com provas de domínio cognitivo<sup>52</sup>; e a variável “viver sozinho”, que está positivamente correlacionada com a percepção do humor<sup>53</sup>.

Após analisarmos os instrumentos de avaliação psicológica e as auto-percepções dos participantes, importa abordar a percepção das cuidadoras, neste caso das funcionárias que os acompanham diariamente, também avaliadas neste estudo. Neste domínio a investigação mais recente aponta no sentido dos cuidadores serem capazes de identificar a maioria dos diagnósticos de depressão dos idosos (*e.g.* Watson, Lewis, Moore & Jeste, 2011), embora de acordo com o estudo realizado por Conde-Sala, Garre-Olmo, Turró-Garriga, Lopez-Pousa e Vilalta-Franch (2009) os cuidadores fornecem uma avaliação mais negativa dos sintomas neuropsiquiátricos, mas têm uma visão mais positiva no que se refere à autonomia, isto no caso de doentes de Alzheimer. Neste estudo verifica-se que quanto mais problemas emocionais são detectados nos participantes por parte das funcionárias, menores são alguns dos valores encontrados nas variáveis emocionais e cognitivas em análise, como o bem-estar, especialmente na dimensão *autonomia* e *objectivos de vida*, e as dimensões cognitivas:

---

<sup>50</sup> Os objectivos de vida, por se relacionarem com tarefas desenvolvimentais, vão-se alterando ao longo do tempo (Nurmi, 1992), bem como as crenças de controlo dos mesmos, que se tornam mais externalizadoras à medida que a idade avança (Nurmi, Pulliainen & Salmela-Aro, 1992), não obstante serem uma área determinante para o bem-estar dos mais velhos (Beneke, 1992).

<sup>51</sup> Em diversas investigações os homens apresentam resultados superiores nos domínios *visuo-espacial*, ao contrário das mulheres, que revelam melhor desempenho nas tarefas que requerem processamento verbal (*e.g.* Hertlitz & Rehnman, 2008), sendo de salientar que estas diferenças se mantêm estáveis ao longo do tempo (De Frias, Nilsson & Herlitz, 2006).

<sup>52</sup> Na literatura o nível de escolaridade aparece como mantendo uma forte relação com o desempenho cognitivo e funcional em idades avançadas, dados que se mantêm consistentes em diversos países (*e.g.* Alvarado, Zunzunegui, Del Ser & Béland, 2002; Mejia, Gutiérrez, Villa & Ostrosky-Solís, 2004; Moreira, Lourenço, Soares, Engelhardt & Lacks, 2009; White et al., 1994), sugerindo que um nível de escolaridade mais elevado favorece o desempenho cognitivo dos idosos. Actualmente, a dimensão da educação tem ganho um papel de relevo na intervenção com adultos de idade avançada, pois a investigação salienta o seu papel na promoção do bem-estar (Unicovsky, 2004) com benefícios a longo prazo (Searle, Mahon, Isso-Ahola, Sdrolias & Dyck, 1998).

<sup>53</sup> Existem investigações que concluem que os idosos que vivem sozinhos têm maior satisfação com a vida (*e.g.* Iliffe et al., 1992), indo de encontro aos dados encontrados neste estudo. No entanto, existem igualmente investigações que apontam no sentido contrário, concluindo que além de manifestarem uma menor satisfação com a vida, os idosos que vivem sozinhos têm uma menor rede de suporte social, um acesso diminuído a apoio afectivo e instrumental (Chou & Chi, 2000), apresentam mais sintomas depressivos, sofrem de um impacto mais negativo perante problemas de saúde (Dean, Kolody, Wood & Matt, 1992) e revelam maior apatia, que condiciona o seu desempenho nas tarefas diárias (Yamashita, Iijima & Kobayashi, 1999). Mais consensual na literatura surge a ênfase na importância de promover, junto dos idosos, o aumento do contacto social tornando, assim, mais provável o aumento do bem-estar (*e.g.* Bennett, 2010; Yeh & Kai Lo, 2004).

*atenção e orientação, fluência, linguagem e memória.* Estes resultados indicam que as funcionárias mantêm uma boa percepção dos participantes no que se refere ao ponto de vista emocional e cognitivo, salientando que a experiência diária com os idosos lhes fornece uma percepção próxima da realidade.

No que se refere ao Grupo Experimental importa analisar a evolução do humor e memória no decurso das sessões (ver Figura 11), avaliada através do preenchimento das GM realizada no início de cada sessão. De salientar que, tendencialmente, a evolução da memória acompanha a evolução do humor o que conduz, mais uma vez, à associação entre estas variáveis (cf. Kim, 2000; Lalitha & Jamuna, 2006). A excepção surge na sessão 2, em que se regista um aumento da percepção da memória e uma diminuição da percepção do humor, sendo de salientar que esta foi a única semana, durante a implementação do Programa de Psicologia Positiva em que não existiu o desafio da semana, o que pode ter contribuído para esta diminuição pois a actividade da semana anterior ficou confinada à sessão. Na sessão 8, além de se registar uma menor assiduidade (ver Figura 12) a percepção quer do humor, quer da memória registou uma diminuição o que pode estar associado à própria dinâmica do Centro de Convívio que essa semana tinha sofrido alterações, bem como a acontecimentos pessoais negativos das participantes, relacionados com problemas familiares e de saúde, o que pode ter condicionado os resultados obtidos. As maiores subidas, quer do humor, quer da memória, registam-se na última fase, concretamente nas sessões 9 e 10, após os exercícios “Resposta Positiva”, “Biografia” e “Presente do Tempo”, fase em que, de acordo com Yalom (1995), o grupo alcança uma unidade coesa a crescer ao facto de nesta serem propostas actividades que promovem a integração do *self* (Schwiebert & Myers, 1994), bem como a partilha com os outros, enquanto gesto de bondade promotor de bem-estar (Lyubomirsky et al., 2005).

Esta análise da evolução do GE permite concluir que, apesar de no final se constatarem resultados positivos nos sintomas depressivos e bem-estar (dimensões *crescimento pessoal e aceitação de si*), estes fazem parte de uma evolução ao longo do *Programa de Psicologia Positiva*, que reflecte, de forma diferencial, o impacto das diferentes actividades propostas, que pode estar relacionado quer com as preferências individuais pelos exercícios de psicologia positiva, que determinam o envolvimento dos indivíduos na sua execução (Schuller, 2010), quer com factores externos que podem igualmente condicionar o sucesso da intervenção.

# 5

## Capítulo 5

### Conclusão

*E o futuro? A quem pertence?*



## 5. CONCLUSÃO

### *E o futuro? A quem pertence?*

Nesta etapa final importa olhar para o trabalho realizado numa perspectiva global e integradora, como forma de descortinar algumas aprendizagens para o futuro.

Em termos gerais, verificou-se que a participação no *Programa de Psicologia Positiva* em contexto de grupo contribuiu para o aumento do bem-estar psicológico e diminuição dos sintomas depressivos destes idosos não-institucionalizados. Importa, agora, olhar para os aspectos a melhorar que podem levar, futuramente, à optimização deste tipo de intervenções.

Ao olhar para as limitações importa, em primeiro lugar, considerar a perspectiva das participantes e do que foram transmitindo no decurso das sessões, semana a semana, sob o olhar atento dos psicólogos. Assim, por sugestão das participantes, seria importante aumentar o número de sessões e da duração das mesmas, como forma de criar continuidade nos resultados alcançados e prolongar os efeitos da intervenção ao longo do tempo. Devido às dificuldades que algumas das participantes foram sentido na concretização dos desafios da semana, seria positivo, como meio de aumentar a interacção social e assegurar a realização dos exercícios propostos, promover um contacto diário sistemático entre as participantes, com o objectivo de monitorizarem as suas evoluções e dificuldades sentidas em relação aos desafios propostos. Esta alteração, por si só, poderia ser determinante para o aumento dos contactos sociais e reforço da rede social, tão importantes para o bem-estar dos idosos (e.g. Lang & Baltes, 1997; Lieberman, 1993).

Ao olhar para os resultados deste estudo é possível constatar que as funcionárias que estão diariamente com as pessoas idosas têm uma percepção bastante próxima da realidade do seu estado emocional e cognitivo. Por conhecerem tão bem os idosos e por partilharem tanto tempo com eles, seria importante, futuramente, envolver estes elementos não só no momento da avaliação, mas também no decurso da própria intervenção, de forma a tornar as funcionárias parte integrante da atitude de promoção do bem-estar psicológico, mediante a realização de uma formação prévia que lhes pudesse fornecer não só os conhecimentos

teóricos necessários, como as ferramentas práticas que pudessem utilizar na promoção do bem-estar, complementando com o conhecimento que já têm sobre os idosos.

Em termos do *Programa de Psicologia Positiva*, além deste ser alargado no tempo e número de intervenientes, seria igualmente pertinente abrir horizontes a novos espaços. Ou seja, seria importante criar as condições necessárias para que alguns momentos decorressem num outro contexto, de forma a facilitar a passagem à prática das actividades promotoras de bem-estar que, especialmente numa fase inicial, se tornam difíceis de realizar, pelo facto das participantes terem dificuldade em visualizar como poderão colocar em prática os desafios. Como exemplo, a actividade “Saborear” poderia decorrer num passeio pelo jardim ou num lanche especial, ao qual se seguiria a proposta do desafio da semana.

Mais do que ir além no tempo e no espaço, importa referir a necessidade de alargar os conteúdos e actividades do *Programa de Psicologia Positiva*, que deveria contemplar actividades que visem o *domínio do meio*, a *autonomia* e os *objectivos de vida*, dimensões que neste estudo não foram alvo de melhorias, mas cujo papel é determinante para o aumento global do bem-estar psicológico, o que justifica a sua inclusão neste tipo de intervenção.

Para finalizar, seria fundamental envolver todos os participantes naquilo que serão os objectivos e actividades do grupo, incorporando as suas sugestões naquilo que vai sendo construído passo a passo. Efectivamente, o olhar sobre o envelhecimento como um processo em que as pessoas idosas estão activamente envolvidas em gerir o equilíbrio entre os ganhos e as perdas estabelece as bases para o *empowerment*, e não uma concepção de dependência baseada em identificação de necessidades e criação de serviços que lhes dão resposta (Godfrey, 2001).

Em termos de futuro em intervenções com idosos, sugere-se a manutenção de um olhar que abarque a realidade complexa sobre esta etapa de vida e, tal como defendem Carstensen e Charles (2003), o reconhecimento dos aspectos positivos no envelhecimento, o que pode contribuir, de forma determinante, para avanços científicos e melhorias nas vidas das pessoas idosas.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abeles, N., Cooley, S., Deitch, I., Harper, M., Hinrichsen, G., Lopez, M. & Molinari, V. (1998). What practitioners should know about working with older adults. *American Psychological Association. Professional Psychologist: Research and Practice*, 29(5), 413-427.

Aday, R. H., & Aday, K. L. (1997). *Group work with the elderly: An annotated bibliography*. Westport, CT: Greenwood.

Ahmed, M. & Boisvert, C. (2006). Using positive psychology with special mental health populations. *American Psychologist*, 61(4), 333-335.

Ala-Mutka, K., Malanowski, N., Punie, Y. & Cebreira, M. (2008). *Active ageing and the potencial of ICT for learning. JRC. Scientific and Technical Reports*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Albee, G. (1982). Preventing psychopathology and promoting human potential. *American Psychologist*, 37(9), 1043-1050.

Alferes, V. (1997). *Investigação científica em psicologia: Teoria e prática*. Coimbra: Livraria Almedina.

Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e educação*. Braga: Edições Psiquilibrios.

Alvarado, B., Zunzunegui, M., Del Ser, T. & Béland, F. (2002). Cognitive decline is related to education and occupation in a spanish elderly cohort. *Aging Clinical and Experimental Research*, 14(2), 132-142.

American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais - Texto revisto* (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

APA – Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.

Baltes, M. & Carstensen, L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing & Society*, 16(4), 397-422.

Baltes, P. & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from behavioural sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.

Barahona-Fernandes, H. & Paes de Sousa, M. (Eds.). (1988). *Gerontopsiquiatria*. Lisboa: Ciba-Geigy.

Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F. & Sobral, M. (2007). Escala de depressão geriátrica. In A. Mendonça & M. Guerreiro (Coord.), *Escalas e testes na demência*. Porto: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências.

Barros-Oliveira, J. (2008). Young and elderly people according to some topics of positive psychology. *Psicologia de Educação e Cultura*, 12(2), 415-434.

Baudic, S., Tzortzis, C., Barba, G & Traykov, L. (2004). Executive deficits in elderly patients with major unipolar depression. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 17 (4), 195-201.

Beneke, D. (1992). *Life goals in elderly women: a phenomenological study*. Tese de Doutoramento não publicada, Texas Woman's University.

- Bennett, J. (2010). The impact of living alone on the relationship between social resources and physical and psychological well-being in elderly. *Dissertation Abstracts International: Seccion B: The Sciences and Engineering*, 70(10-B), 6139.
- Birren, J. & Cochran, K. (2001). *Telling the stories of life through guided autobiography groups*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Birren, J. & Cunningham, W. (1985). Research on the psychology of ageing: Principles, concepts and theory. In J. Birren, & K. Schaie (Eds.), *Handbook of psychology of aging* (4th ed., pp. 3-34). San Diego: Academic Press.
- Birren, J. & Schaie, K. (1996). *Handbook of psychology of aging* (5th ed.). San Diego: Academic Press.
- Bode, C., De Ridder, D., Kuijter, R., & Bensing, J. (2007). Effects of an intervention promoting proactive coping competencies in middle and late adulthood. *Gerontologist*, 47, 42–51.
- Bono, G., Emmons, R. & McCullough, M. (2004). Gratitude in practice and the practice of gratitude. In A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 464-481). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Broadhead, W., Blazer, D., George, L. & Tse, C. (1990). Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *Journal of American Medical Association*, 264, 2524-2528.
- Bruce, M. & Leaf, P. (1989). Psychiatric disorders and 15-month mortality in a community sample of older adults. *American Journal of Public Health*, 79(6), 727-730.
- Bruce, M., Seeman, T., Merrill, S. & Blazer, D. (1994). The impact of depressive symptomatology on physical disability: MacArthur studies of successful aging. *American Journal of Public Health*, 84(11), 1796-1800.
- Buckingham, M. & Coffman, C. (1999). *First, break all the rules: What the world's greatest managers do differently*. New York: Simon & Schuster.
- Burns, A. (1998). Key Papers in Geriatric Psychiatry. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state in patients for the clinician. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 285-294.
- Burton, C. & King, L. (2004). The wealth benefits of writing about intensely positive experiences. *Journal of Research in Personality*, 38(2), 150-163.
- Burton, C. & King, L. (2009). The health benefits of writing about positive experiences: the role of broadened cognition. *Psychology and Health*, 24(8), 867-879.
- Butler, R. (1974). Successful aging. *Mental Health*, 58, 6-12.
- Carstensen, L. & Charles, S. (2003). A psychology of human strengths: fundamental questions and future directions for a positive psychology. In L. Aspinwall & U. Staudinger (Eds.) *Human aging: Why is even good news taken as bad?* (pp. 75-86). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Carstensen, L., Pasupathi, M., Mayr, U. & Nesselroade, J. (2000). Emotional experience in everyday life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 644-655.
- Chodosh, J., Kado, D., Seeman, T. & Karlamangla, A. (2007). Depressive symptoms as a predictor of cognitive decline: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(5), 406-415.

Chodzko-Zajko, W., Schwingel, A. & Park, C. (2009). Successful aging: The role of physical activity. *American Journal of Lifestyle and Medicine*, 3, 20-27.

Chou, K. & Chi, I. (2000). Comparison between elderly Chinese living alone and those living with others. *Journal of Gerontology Social Work*, 33(4), 51-66.

Christensen, T., Hulse-Killacky, D., Salgado, R., Thornton, M., & Miller, J. (2006). Facilitating reminiscence groups: Perceptions of group leaders. *Journal for Specialists in Group Work*, 31(1), 73-88.

Christopher, J. (1999). Situating psychological well-being: Exploring the cultural roots of its theory and research. *Journal of Counseling and Development*, 77, 141-152.

Cifton, D. & Harter, J. (2003). Strengths investment. In K. Cameron, J. Dutton & R. Quinn (Eds.), *Positive organizational scholarship* (pp. 111-121). San Francisco: Berrett-Koehler.

Coleman, P., Ivani-Chalian, C. & Robinson, M. (1993). Self esteem and its sources: Stability and change in later life. *Ageing and Society*, 13(2), 171-192.

Conde-Sala, J., Garre-Olmo, J., Turró-Garriga, O., López-Pousa, S. & Vilalta-Franch, J. (2009). Factors related to perceived quality of life in patients with Alzheimer's disease: the patient's perception compared with that of caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 585-594.

Conoley, C. & Conoley, C. (2009). *Positive psychology and family therapy: Creative techniques and practical tools for guiding change and enhancing growth*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Conradsson, M., Littbrand, H., Lindelof, N., Gustafson, Y. & Rosendahl, E. (2010). Effects of a high-intensity functional exercise programme on depressive symptoms and psychological well-being among older people living in residential care facilities. A cluster-randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 14(5), 565-576.

Corcoran, J. (1997). A solution-oriented approach to working with juvenile offenders. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 14, 277-288.

Corrigan, P.W., Swantek, S., Watson, A.C., & Kleinlein, P. (2003). When do older adults seek primary care services for depression? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 619-622.

Cowen, E. (1999). In sickness and in health: Primary prevention's vows revisited. In D. Cicchetti & S. Toth (Eds.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology*. Vol. 10 (pp. 1-24). Rochester, NY: University of Rochester Press.

Cowen, E. (2000). Now that we all know that primary prevention in mental health is great, what is it? *Journal of Community Psychology*, 28(1), 5-16.

Crowther, M., Parker, M., Achenbaum, W., Larimore, W. & Koenig, H. (2002). Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: Positive spirituality - the forgotten factor. *Gerontologist*, 42(5), 613-620.

Cuijpers, P., & Willemse, G. (2005). *Preventie van depressie bij ouderen: Een overzicht van interventies* [Prevention of depression among older adults: A review of interventions]. Utrecht: Trimbos.

De Frias, C, Nilsson, L. & Herlitz, A. (2006). Sex differences in cognition are stable over a 10-year period in adulthood and old age. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 13, 574-587.

Dean, A., Kolody, B., Wood, P. & Matt, G. (1992). The influence of living alone on depression in elderly people. *Journal of Aging and Health*, 4(1), 3-18.

DeRubeis, R., Hollon, S., Amsterdam, J. Shelton, R., Young, P. Salomon, R., O'Reardon, J., Lovett, M., Gladis, M., Brown, L. & Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416.

Dillaway, H. & Byrnes, M. (2009). Reconsidering successful aging: a call for renewed and expanded academic critiques and conceptualizations. *Journal of Applied Gerontology*, 28(6), 702-722.

Dobson, K., Hollon, S., Dimidjian, S., Schmalong, K., Kohlenberg, R. Gallop, R., Rizvi, S., Gollan, J., Dunner, D. & Jacobson, N. (2008). Randomized trial of behavioral activations, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 468-477.

Dombeck, M., & Wells-Moran, J. (2006). *Coping strategies and defense mechanisms: Mature defenses*. Retirado em Maio 15, 2010, do Website: <http://www.mentalhelp.net>.

Dreher, D. (2006). Renaissance lessons for today: a course to promote purpose and personal growth in later life. *LLI Review*, 1, 105-112.

Duay, D. & Bryan, V. (2006). Senior adults' perceptions of successful aging. *Educational Gerontology*, 32, 423-445.

Duckworth, A., Steen, T. & Seligman, M. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review in Clinical Psychology*, 1, 629-651.

Durlak, J. (1997). *Successful prevention programs for children and adolescents*. New York: Plenum.

Emmons, R. & McCullough (2003). Counting blessings versus burdens: an experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377-389.

Erford, B. (2009). *35 Techniques every counselor should know*. New Jersey: Pearson.

Fernandez, M., Carretero, A. & Gil, M. (2002). Intervencion grupal para el cambio de actitudes vitales en personas mayores. *Revista Latinoamericana de Psicologia*, 34(3), 251-257.

Ferreira, J. & Simões, A. (1999). Escalas de Bem-Estar Psicológico (E.B.E.P.). In M. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*. Vol. 2 (pp. 111-121). Braga: APPORT/SO.

Ferrucci L, Izmirlan G, Leveille S, Philips, C., Corti, M., Brock, D., & Guralnik, J. (1999). Smoking, physical activity, and active life expectancy. *American Journal of Epidemiology*, 149, 645-653.

Firmino, H., Simões, M., Pinho, S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2009). *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke – Versão revista*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Fisher, B. (1991). The essence of a life: life histories as a method for generating images of successful aging. *Teaching Sociology*, 19(1), 21-27.

Fisher, B. (1995). Successful aging, life satisfaction, and generativity in later life. *International Journal of Aging & Human Development*, 41(3), 239-250.

- Flood, M. & Scharer, K. (2006). Creativity enhancement: Possibilities for successful aging. *Issues in Mental Health and Nursing*, 27, 939-959.
- Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento. Uma abordagem psicológica* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Ford, A., Haug, M., Stange, K., Gaines, A., Noelker, L. & Jones, P. (2000). Sustained personal autonomy: A measure for successful aging. *Journal of Aging and Health*, 12(4), 470-489.
- Fordyce, M. (1983). A program to increase happiness: Further studies. *Journal of Counseling Psychology*, 30(4), 483-498.
- Franklin, N. & Tate, C. (2009). Lifestyle and successful aging: an overview. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 3(6), 6-11.
- Fredrickson, B. (2003). The value of positive emotions; the emerging science of positive psychology is coming to understand why it's so good to feel good. *American Scientist*, 91, 330-335.
- Friedrich, D. (2003). Personal and societal intervention strategies for successful ageing. *Ageing International*, 28(1), 3-36.
- Garner, C., Bhatia, I., Dean, M. & Byars, A. (2007). Relationships between measures of meaning, well-being and depression, in an elderly sample. *International Forum for Logotherapy*, 30(2), 73-78.
- Gatz, M. & Fiske, A. (2003). Aging women and depression. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(1), 3-9.
- Gatz, M. (2007). Commentary on evidence-based psychological treatments for older adults. *Psychology and Aging*, 22(1), 52-55.
- Gazda, G. (1989). *Group Counseling: A Developmental Approach*. Boston: Allyn & Bacon.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Blackburn, I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
- Godfrey, M. (2001). Prevention: Developing a framework for conceptualizing and evaluating outcomes of preventive services for older people. *Health & Social Care in the Community*, 9(2), 89-99.
- Goldman, D., Zheng, Y., Girosi, F., Michaud, P., Olshansky, S., Cutler, D. & Rowe, J. (2009). The benefits of risk factor prevention in Americans aged 51 years and older. *American Journal of Public Health*, 99(11), 2096-2101.
- Grams, A. & Albee, G. (1995). Primary prevention in the service of ageing. In L. Bond, S. Cutler, & A. Grams (Eds.), *Promoting Successful and Productive Ageing* (pp. 5-33). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Guse, L. & Masesar, M. (1999). Quality of life and successful aging in long-term care: Perceptions of residents. *Issues in Mental Health Nursing*, 20(6), 527-539.
- Hanaoka, H. & Okamura, H. (2004). Study on effects of life review activities on the quality of life of the elderly: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(5), 302-311.
- Harper A. (1982). Nutrition, aging, and longevity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 36, 737-749.

Harris, A., Thoresen, C. & Lopez, S. (2007). Integrating positive psychology into counseling: why and (when appropriate) how. *Journal of Counseling and Development*, 85, 3-13.

Hatfield, A.B. (1999). Barriers to serving older adults with a psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 270-276.

Herlitz, A. & Rehnman, J. (2008). Sex differences in episodic memory. *Current Directions in Psychological Science*, 17(1), 52-56.

Hodges, T. & Clifton, D. (2004). Strengths-based development in practice. In A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 256-268). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Hoffman, C. & Glicksman, A. (2008). The contribution of physical environment to the prediction of well being among urban elderly. *The Gerontologist*, 48, pp 738-746.

Hoffman, C., Rice, D. & Sung, H. (1996). Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs. *Journal of American Medical Association*, 276, 1473-1479.

Husaini, B., Cummings, S., Kilbourne, B., Roback, H., Sherkat, D., Levine, R. & Cain, V. (2004). Group therapy for depressed elderly women. *International Journal of Group Psychotherapy*, 54, 295-319.

Iliffe, S., Tai, S., Haines, A., Gallivan, S., Goldenberg, E. Booroff, A., Morgan, P. (1992). Are elderly people living alone an at risk group? *BMJ*, 305, 1001-1004.

Instituto Nacional de Estatística. Consultado a 30 de Maio, 2011 através do site <http://www.ine.pt>.

Inui, T. (2003). The need for an integrated biopsychosocial approach to research on successful aging. *Annals of Internal Medicine*, 139(5), 391-394.

Isaacowitz, D., Vaillant, G. & Seligman, M. (2003). Strengths and satisfaction across the adult lifespan. *The International Journal of Aging & Human Development*, 57(2), 181-201.

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.

Jeste, D., Alexopoulos, G., Bartels, S., Cummings, J., Gallo, J., Gottlieb, G., Halpain, M., Palmer, B., Patterson, T., Reynolds, C. & Lebowitz, B. (1999). Consensus statement on the upcoming crisis in geriatric mental health: Research agenda for the next two decades. *Archives of General Psychiatry*, 56, 848-853.

Katon, W., Lin, E., Russo, J. & Unutzer, J. (2003). Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Archives of General Psychiatry*, 60, 897-903.

Katz, I. (1996). On the inseparability of mental and physical health in aged persons: Lessons from depression and medical comorbidity. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 4, 1-16.

Kauffman, C. (2006). Positive psychology: The science in the hearth of coaching. In D. Stober & A. Grant (Eds.), *Evidence-based coaching handbook: Putting best practices to work for your clients* (pp. 219-253). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Kelley-Gillespie, N. (2004) Factors determining quality-of-life perceptions of the elderly residing in a nursing home and assisted living facility. *The Gerontologist*, 44 (Special Issue I), 106.

Kennedy, G. (1995). The geriatric syndrome of late-life depression. *Psychiatric Services*, 46(1), 43-48.

- Kennedy, G. (2005). Psychotherapies and other psychosocial interventions for depression in late life: innovation through hybridization. *Primary Psychiatry*, 12(11), 19-23.
- Kennedy, G. (2007). Reducing the risk of late life suicide through improved depression care. *Primary Psychiatry*, 14(1), 26-28.
- Kennedy, G. (2008a). Bipolar disorder in late life: mania. *Primary Psychiatry*, 15(1), 28-33.
- Kennedy, G. (2008b). Bipolar disorder in late life: depression. *Primary Psychiatry*, 15(1), 30-34.
- Kennedy, G. & Tanenbaum, S. (2000). Psychotherapy with older adults. *American Journal of Psychotherapy*, 54, 386-407.
- Keyes, C. & Waterman, M. (2003). Dimensions of well-being and mental health in adulthood. In M. Bornstein, L. Davidson, C. Keyes & K. Moore (Eds.), *Well-being: Positive development throughout the life course* (pp. 477-497). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kim, K. (2000). Self-belief memory functioning, adaptability, and subjective well-being in old age. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, vol 60(1-B), pp. 5836.
- Klinger-Vartabedian, L. (1982, Novembro). *The group setting: a viable mental alternative for the elderly*. Paper apresentado no 68th Annual Meeting of the Speech Communication Association, Louisville, NY.
- Klum, P. & Maier, H. (2010). Daily activities and survival at older ages. *Journal Aging and Health*, 19, 594-611.
- Knapp, M., Knopman, D., Solomon, P., Pendlebury, W., Davis, C., Gracon, S. et al (1994) A 30 week randomised controlled trial of high dose tracrine in patients with Alzheimer's disease. *Journal of American Medical Association*, 271, 985-991.
- Komiya, N., Good, G. & Sherrod, N. (2000). Emotional openness as predictor of college students' attitudes towards seeking professional help. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 138-143.
- Lacey, H., Smith, D., & Ubel, P. (2006). Hope I die before I get old: mispredicting happiness across the adult lifespan. *Journal of Happiness Studies*, 7, 167-182.
- Lalitha, K. & Jamuna, D. (2006). Remote memory and well-being in older men and women. *Psychological Studies*, 51(4), 275-279.
- Lamers, F., Jonkers, C., Bonsma, H., Diederiks, J. & van Ewijk, J. (2006). Effectiveness and cost-effectiveness of a minimal psychological intervention to reduce non-severe depression in chronically ill elderly patients: the design of a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 6, 161- 170.
- Lang, F. & Baltes, M. (1997). Being with people and being alone in late life: costs and benefits for everyday functioning. *International Journal of Behavioral Development*, 21(4), 729-746.
- Lapierre, S., Bouffard, L., Dubé, M., Labelle, R. & Bastin, E. (2001). Aspirations and well-being in old age. In P. Schmuck & K. Sheldon (Eds.) *Life goals and well-being, towards a positive psychology of human striving*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.
- Launer, L. (1992). Overview of incidence studies of dementia conducted in Europe. *Neuroepidemiology*, 11 (Suppl. 1), 2-13.

Lieberman, M. (1993) A re-examination of adult life crises: spousal loss in mid and later life. In S.I. Greenspan & G.H. Pollock (Eds) *The Course of Life: Vol. 6. Late Adulthood* (pp. 69-109). Madison: International Universities Press.

Lima, M. P. (2004). Envelhecimento e perdas: Como posso não me perder? *Psicologica*, 35, 133-145.

Lopez, M., Quan, N., & Carvajal, P. (2010). A psychometric study of the Geriatric Depression Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 26(1), 55-60.

Lopez, S. & Magyar-Moe, J. (2006). A positive psychology that matters. *The Counseling Psychologist*, 34, 323-330.

Lubin, B., Wilson, C. D., Petren, S. & Polk, A. (1996). *Research on group treatment methods: Selectively annotated bibliography*. Westport, CT: Greenwood Publishing.

Lyubomirsky, S., Sheldon, K. & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: the architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9(2), 111-131.

Mackenzie, C.S., Knox, V.J., Gekoski, W.L., & Macaulay, H.L. (2004). An adaptation and extension of the attitudes toward seeking professional psychological help scale. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, 2410-2435.

Marques-Teixeira, J. (2007). *Consensos Psiquiátricos – Manual Prático para Clínicos Gerais*. Lisboa: Vale e Vale Eds.

Marquez, D., Bustamante, E., Blissmer, B. & Prohaska, T. (2009). Health promotion for successful aging. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 3, 12-19.

Martin, A. (2008). *Manual Prático de Psicoterapia Gestalt*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes.

Martinez, L. & Ferreira, A. (2008). *Análise de dados com SPSS: Primeiros Passos* (2ª Ed). Lisboa: Escolar Editora.

Meisner, B., Dogra, S., Logan, J., Baker, J. & Weir, P. (2010). Do or decline?: Comparing the effects of physical inactivity on biopsychosocial components of successful aging. *Journal of Health Psychology*, 15(5), 688-696.

Mejia, S., Gutiérrez, L., Villa, A. Ostrosky-Solís, F. (2004). Cognition, functional status, education, and the diagnosis of dementia and mild cognitive impairment in spanish-speaking elderly. *Applied Neuropsychology*, 11(4), 194-201.

Mollen, D., Ethington, L. & Ridley, C. (2006). Positive psychology: considerations and implications for counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 34, 304-312.

Moore, K. & Keyes, C. (2003). A brief history of the study of well-being in children and adults. In M. Bornstein, L. Davidson, C. Keyes & K. Moore (Eds.), *Well-being: Positive development throughout the life course* (pp. 1-11). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Moreira, F., Lourenço, R., Soares, C., Engelhart, E. & Lacks, J. (2009). Cambridge Cognitive Examination: performance of healthy elderly brazilians with low education levels. *Cadernos de Saúde Pública do Ministério da Saúde*, 25(8), 1774-1780.

Mroczek, D. (2001). Age and emotion in adulthood. *Current Directions in Psychology Science*, 10(3), 87-90.

Muehrer, P. (1997). Introduction to the special issue: Mental health prevention science in rural communities and contexts. *American Journal of Community Psychology*, 25, 421-424.

Myers, J. & Harper, M. (2004). Evidence-based effective practices with older adults. *Journal of Counseling & Development*, 82(2), 207-218.

Myers, J. (1996). *Competencies for Gerontological Counseling*. Alexandria, Virginia: American Counseling Association.

Myers, J. E. (2003). Coping with caregiving stress: A wellness-oriented, strengths-based approach for family counselors. *The Family Journal*, 11(2), 153-161.

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD). (1997). Retirado a 20 de Outubro, 2010 do site <http://www.nidcd.nih.gov>.

Nelson, C. (2009). Appreciating gratitude: Can gratitude be used as a psychological intervention to improve individual well-being? *Counseling Psychology Review*, 24(3-4), 38-50.

Nelson, E. & Wasson, J. (1994). Using patient-based information to rapidly redesign care. *Health Care Forum*. Julho-Agosto: 25-29.

Nelson, E., Langgraf, J. Hays, R. et al. (1990). The COOP function charts: single item health measures for use in clinical practice. In: Stewart, A. & Ware, J. (Eds.) *Measuring Functional Status and Well Being: The Medical Outcomes Study Approach* (pp. 132-154). Durham, NC: Duke University Press.

Newmann, J., Engel, R. & Jensen, J. (1991). Age differences in depressive symptom experiences. *Journal of Gerontology*, 46, 224-235.

Nordhus, I. H., & VandenBos, G. R. (Eds.). (1998). *Clinical geropsychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia. O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Novo, R., Silva, M. & Peralta, E. (1997). *Escala de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Nurmi, J. (1992). Age differences in adult life goals, concerns and their temporal extension: a life course approach to future-oriented motivation. *International Journal of Behavioral Development*, 15(4), 487-508.

Nurmi, J., Pulliainen, H. & Salmela-Aro, K. (1992). Age differences in adults' control beliefs related to life goals and concerns. *Psychology and Aging*, 7(2), 194-196.

OMS. Organização Mundial de Saúde (2002, Abril). *Active Ageing: a Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing*, Madrid, Spain.

Oxman, T. & Sengupta, A. (2002). A treatment for minor depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 3, 256-264.

Oxman, T., Hegel, M., Hull, J. & Dietrich, A. (2008). Problem-solving treatment and coping styles in primary care for minor depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(6), 933-943.

Parashos, I., Stamouli, S., Rogakou, E., Theodotou, R., Nikas, I. & Mougias, A. (2002). Recognition of depressive symptoms in the elderly: what can help the patient and the doctor. *Depression and Anxiety, 15*, 111-116.

Park, N. & Peterson, C. (2008). Positive psychology and character strengths: application to strengths-based school counseling. *Professional School Counseling, 12*(2), 85-92.

Park, N., Peterson, C. & Seligman, M. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*, 603-619.

Parks, A. (2004, Outubro). *Treating mid-moderate depressive symptoms with a positive intervention*. Paper apresentado no International Positive Psychology: Summit.

Patrick, J., Cottrell, L. & Barnes, K. (2001). Gender, emotional support, and well-being among rural elderly. *Sex Roles, 45*(1/2), 15-29.

Paúl, C. (1992). Satisfação da vida em idosos. *Psychologica, 8*, 61-80.

Pavot, W., Diener, E., Colvin, R. & Sanvik, E. (1991). Further validation of satisfaction with life scale: evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment, 57*(1), 149-161.

Pennix, B., Leveille, S., Ferrucci, L., van Eijk, J. & Guralnik, J. (1999). Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from established populations for epidemiologic studies of the elderly. *American Journal of Public Health, 89*, 1346-1352.

Peterson, N. & Seligman, M. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. Washington, D.C.: American Psychology Association.

Pocinho, M., Farate, C., Dias, C., Lee, T., & Yesavage, J. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist, 32*(2), 223-236.

Podewills, L., McLay, R., Rebok, G. & Lyketsos, C. (2003). Relationships of self-perceptions of memory and worry to objective measures of memory and cognition in the general population. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry, 44*(6), 461-470.

Pordata – Base de Dados de Portugal Contemporâneo. Consultada a 30 de Maio, 2011 através do site <http://www.pordata.pt>.

Powers, D., Thompson, L. Futterman, A. & Gallagher-Thompson, D. (2002). Depression in later life: Epidemiology, assessment, impact, and treatment. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.) *Handbook of Depression* (pp 560-580). New York, NY: The Guildford Press.

Pruchno, R., Wilson-Genderson, M., Rose, M. & Cartwright, F. (2010). Successful aging: early influences and contemporary characteristics. *Gerontologist, 50*(6), 821-833.

Puskar, K., Brar, K. & Stark, K. (2008). Considerations to implement holistic groups with the elderly. *Journal of Holistic Nursing, 26*, 3, 212-218.

Rice, S. (2004). Group work with elderly persons. In G. Greif & P. Ephross (Eds.), *Group work with populations at risk* (pp. 146-158). New York: Oxford University Press.

Rich, G. (2001). Positive Psychology: An Introduction. *Journal of Humanist Psychology*, 41, 8-12.

Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press.

Rowe, J. & Kahn, R. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149.

Rowe, J., & Kahn, R. (1997). Successful Aging. *Gerontologist*, 37(4), 433-440.

Rozzini, R., Bianchetti, A., Carabellese, C., Inzoli, M. & Trabucchi, M. (1988). Depression, life events and somatic symptoms. *Gerontologist*, 28(2), 229-232.

Ruch, W., Proyer, R. & Weber, M. (2010). Humor as a character strenght among the elderly: Empirical findings on age-related changes and its contribution to satisfaction with life. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*, 43(1), 13-18.

Ruppel, S., Jenkins, W., Griffin, J. & Kizer, J. (2010). Are they depressed or just old? A study of perceptions about elderly suffering from depression. *North American Journal of Psychology*, 12(1), 31-42.

Ryff, C. (1982). Successful aging: a developmental approach, *Gerontologist*, 22, 209-214.

Ryff, C. (1989a). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.

Ryff, C. (1989b). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4(2), 195-210.

Salzman, C. (1997). Depressive disorders and other emotional issues in the elderly: current issues. *International Clinical Psychopharmacology*, 12(7), 37-42.

Santrock, J. (2002). *Life-span development*. New York: McGraw Hill.

Scheidt, R., Humpherys, D. & Yorgason, J. (1999). Successful aging: what's not to like? *Journal of Applied Gerontology*, 18(3), 277-282.

Schroots, J. & Birren, J. (1980). A psychological point of view toward human aging and adaptability. Paper apesentado na 9ª International Conference of Social Gerontology, Quebec: Canada.

Schroots, J., Fernández-Ballesteros, R. & Rudinger, G. (1999). *Aging in Europe*. Amsterdam: IOS Press.

Schueller, S. (2010). Preferences for positive psychology exercices. *Journal of Positive Psychology*, 5(3), 192-203.

Schumuck, P. & Sheldon, K. (2001). *Life goals and well-being: Towards a Positive Psychology of Human Striving*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.

Schwiebert, V. L., & Myers, J. E. (1994). Midlife care givers: Effectiveness of a psychoeducational intervention for midlife adults with parent-care responsibilities. *Journal of Counseling & Development*, 72, 627-632.

- Scogin, F., & McElreath, L. (1994). Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 69–74.
- Scott, K., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gasquet, I., Gureye, O., Haro, J., He, Y., Kessler, R., Levinson, D., Mneimneh, Z., Oakley Brown, M., Pousada-Villa, J., Stein, D., Takeshima, T. & Von Korff, M. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: Results from the world mental health surveys. *Journal of Affective Disorders, 103*, 113-120.
- Searle, M., Mahon, M., Issa-Ahola, S., Sdrolas, H. & Dyck, J. (1998). Examining the long term effects of leisure education on a sense of independence and psychological well-being among elderly. *Journal of Leisure Research, 30*(3), 331-340.
- Segal, D.L., Coolidge, F.L., Mincic, M.S., & O'Riley, A. (2005). Beliefs about mental illness and willingness to seek help: A cross-sectional study. *Aging and Mental Health, 9*, 363–367.
- Seligman, M. (2002). *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M., Castellon, C., Cacciola, J., Schulman, P., Luborsky, L., Ollove, M. & Downing, R. (1988). Explanatory style change during cognitive therapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 1, 13-18.
- Seligman, M., Rashid, T. & Parks, A. (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologist, 774-788*.
- Seligman, M., Steen, T., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American Psychologist, 60*, 5, 410-421.
- Sheldon, K. & Elliott, A. (1998). Not all personal goals are personal: compared autonomous and controlled reasons for goals as predictors of effort and attainment. *Personal Society Psychological Bulletin, 24* (5), 546-557.
- Sheldon, K. & Elliott, A. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: the Self-Concordance Model of Conation. *Journal of Personal Society Psychology, 76*, 482-497.
- Shyam, R. & Yadev, S. (2006). Indices of well-being of older adults: a study amongst institutionalized and non-institutionalized elderly. *Pakistan Journal of Psychological Research, 21*(3), 79-94.
- Simões, A. (2005). Envelher bem? Um modelo. *Revista Portuguesa de Pedagogia, 39*, 217-227.
- Sin, N. & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 65*(5), 467-487.
- Smyer, M. A., & Qualls, S. H. (1999). *Aging and mental health*. Malden, MA: Blackwell.
- Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar nos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública, 37*(3), 364-371.
- Spreen, O. & Strauss, E. (1998). *A compendium of neuropsychological tests* (2ª Ed.). New York: Oxford University Press.

- Steffens, D., Welsh-Bohmer, K., Burke, J., Plassman, B. Beyer, J., Gersing, K. & Potter, G. (2004). Methodology and preliminary results from neurocognitive outcomes of depression in the elderly study. *Journal of Geriatric Psychiatry Neurology*, 17, 202-211.
- Stein, C. & Moritz, I. (1999) *A Life Course Perspective of Maintaining Independence in Older Age*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retirado a 15 de Maio, 2011 do Website: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO\\_HSC\\_AHE\\_99.2\\_life.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_AHE_99.2_life.pdf).
- Steuer, J., Mintz, J., Hammen, C. L., Hill, M. A., Jarvik, L. F., McCarley, T., et al. (1984). Cognitive-behavioral and psychodynamic group psychotherapy in treatment of geriatric depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 180-189.
- Stevens, N.L., Martina, C.M.S., & Westerhof, G.J. (2006). Meeting the need to belong: Predicting effects of participation in a friendship enrichment program for older women. *Gerontologist*, 46, 495-502.
- Steverink, N., Lindenberg, S., & Slaets, J. (2005). How to understand and improve older people's self-management of well-being. *European Journal of Ageing*, 2, 235-244.
- Stirling, E. (2010). *Valuing older people: Positive Psychology Practice*. U: John Wiley & Sons, Inc.
- Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Cohen RD. Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn. *Gerontologist*. 2002;42:727-733.
- Sullivan, W. & Fisher, B. (1994). Intervening for success: strengths-based case management and successful aging. *Journal of Gerontological Social Work*, 22, 61-74.
- Syme, L. (2003). Psychosocial interventions to improve successful aging. *Annals of Internal Medicine*, 139(5), 400-402.
- Takahashi, K, Tamura, J. & Tokoro, M. (1997). Patterns of social relationships and psychological well-being among the elderly. *International Journal of Behavioral Development*, 21(3), 417-430.
- Thanakwang, K., Igersoll-Dayton, B. & Soonthorndhada, K. (2008). Family relationships, friendships, and psychological well-being among Thai elderly. *The Gerontologist*, 48, 118-129.
- Thompson, L. W., Gallagher, D., & Breckenridge, J. S. (1987). Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 385-390.
- Timlin-Scalera, R., Ponterotto, J., Blumberg, F., & Jackson, M. (2003). A grounded theory study of helpseeking behaviours among white male high school students. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 339-350.
- Tugade, M. & Fredrickson, B. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320-333.
- Unicovsky, M. (2004). Education as a means to face challenges posed to the elderly. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(2), 241-243.
- Vaillant, G. & Mukamal, K. (2001). Successful Aging. *American Journal of Psychiatry*, 158, 839-847.
- Vaillant, G. (2004). Positive Aging. In A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 561-580). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

- Villar, F., Triadó, C., Resano, C., Osuna, M. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: Cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13, 3, 152-162.
- Watson, D., Clark, L. & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 3, 346-353.
- Watson, L., Lewis, C., Moore, C. & Jeste, D. (2011). Perceptions of depression among dementia caregivers: findings from the CATIE-AD trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(4), 397-402.
- Waxman, H.M., Carner, E.A., & Klein, M. (1984). Underutilization of mental health professionals by community elderly. *Gerontologist*, 24, 23-30.
- Weir, P., Meisner, B. & Baker, J. (2010). Successful aging across the years: does one model fit everyone? *Journal of Health Psychology*, 15(5), 680-687.
- Westerhof, G., Maessen, M., De Bruijn, R., Smets, B. (2008). Intentions to seek (preventive) psychological help among older adults: Na application of the theory of planned behaviour. *Aging & Mental Health*, 12(3), 317-322.
- White, L., Katzman, R., Losonczy, K., Salive, M., Wallace, R., Berkman, L. Taylor, J. Fillenbaum, G. & Havlik, R. (1994). Association of education with incidence of cognitive impairment in three established populations for epidemiologic studies of the elderly. *Journal of Clinical Epidemiology*, 47(4), 363-374.
- Wicks, A. (2006). Older women's "ways of doing": strategies for successful aging. *Ageing International*, 31(4), 263-275.
- Wilhelmson, K., Andersson, C., Waern, M. & Allebeck, P. (2005). Elderly people's perspectives on quality of life. *Ageing & Society*, 25, 585-600.
- Wilhoite, C. (1994). *Depression and factors of psychological well-being in the elderly*. Tese de Doutorado não publicada, University of Illinois at Chicago, Health Sciences Center.
- Wilson, K. Mottram, P., Sivanranthan, A. & Nightingale, A. (2001). Antidepressant versus placebo for depressed elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. CD000561.
- Wise, G., Hartmann, D. & Fisher, B. (1992). Exploration of the relationship between choral singing and successful aging. *Psychological Reports*, 70(3), 1175-1183.
- Yalom, I. D. (1995). *Theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.
- Yamashita, K., Iijima, K. & Kobayashi, S. (1999). Relationship among activities of daily living, apathy, and subjective well-being in elderly people living alone in a rural town. *Gerontology*, 45, 279-282.
- Yeh, S. & Lo, S. (2004). Living alone, social support, and feeling lonely among the elderly. *Social Behavior and Personality*, 32(2), 129-138.
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, V. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.