

# Psicologia positiva para promoção de saúde em aposentados: estudo de viabilidade

Psicología Positiva para la Promoción de Salud en Jubilados: estudio de Viabilidad

Positive Psychology Program for Health Promotion of Retirees: Feasibility Study

Helen Durgante<sup>\*,\*\*</sup>

Caroline Navarie e Sá<sup>\*</sup>

Débora Dalbosco Dell'Aglio<sup>\*\*\*</sup>

Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.6375>

## Resumo

Estudos sobre programas para promoção de saúde de aposentados, através do desenvolvimento de forças-virtudes, demandam aprofundamento empírico no Brasil, dada a relevância para área de envelhecimento ativo e positivo. O objetivo deste estudo foi avaliar a viabilidade de um programa de Psicologia Positiva para a promoção de saúde em aposentados, nos seguintes critérios: demanda, aceitabilidade, avaliação do moderador (habilidades sociais e integridade/fidelidade), adesão, dose, satisfação com o programa e com o moderador, compreensão/generalização dos conteúdos e implementação do programa. Participaram 11 indivíduos aposentados (54-75 anos) da região metropolitana de Porto Alegre – RS-Brasil. Os instrumentos utilizados formam: questionário de admissão; diário de campo

do moderador; ficha de avaliação dos observadores; e medida de avaliação do programa. Observou-se alta demanda (N=55), satisfação com o programa e moderadora, assim como adesão/retenção. Foram propostas alterações estruturais, assim como retirada de itens de questionários e fichas de avaliação. Os resultados satisfatórios permitem dar continuidade à proposta do programa com estudo de eficácia.

*Palavras-chave:* promoção da saúde, aposentadoria, psicologia positiva, avaliação de programa, intervenção psicológica.

## Resumen

Estudios sobre programas para la promoción de salud en jubilados, a través del desarrollo de fuerzas-virtudes, demandan profundización empírica en Brasil, dada su

\* Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS – Brasil.

\*\* E-mail: [helen.durgante@gmail.com](mailto:helen.durgante@gmail.com)

\*\*\* Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade La Salle, Canoas/RS – Brasil.

Para citar este artigo: Durgante, H., Navarie e Sá, C., & Dell'Aglio, D. D. (2019). Psicologia positiva para promoção de saúde em aposentados: estudo de viabilidade. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 37(2), 269-281. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.6375>

relevancia para los campos del envejecimiento activo y positivo. El objetivo de este estudio fue evaluar la viabilidad de un programa de psicología positiva para la promoción de salud en jubilados, en los siguientes criterios: demanda, aceptabilidad, evaluación del moderador (habilidades sociales e integridad/fidelidad) adhesión, dosis, satisfacción con el programa y con el moderador, comprensión/generalización de los contenidos e implementación del programa. Participaron 11 individuos jubilados (54-75 años) de la región metropolitana de Porto Alegre, RS, Brasil. Los instrumentos utilizados fueron: cuestionario de admisión, diario de campo del moderador, ficha de evaluación de los observadores, y medida de evaluación del programa. Se observó alta demanda (N=55), satisfacción con el programa y moderadora, así como adhesión/retención. Fueron propuestas alteraciones estructurales, así como retirada de ítems de cuestionarios y fichas de evaluación. Los resultados satisfactorios permiten dar continuidad a la propuesta del programa con estudio de eficacia. *Palabras clave:* promoción de la salud, jubilación, psicología positiva, evaluación de programa, intervención psicológica.

### Abstract

Studies on health promotion of retirees through the development of strengths and virtues demand broadened empirical investigation in Brazil, given their relevance to the fields of active and positive aging. The aim of this study was to evaluate the feasibility of a Positive Psychology program for health promotion of retirees, based on the following criteria: Demand, acceptability, implementation, evaluation of the moderator (social skills and integrity/fidelity), adherence, dose, satisfaction with the program and with the moderator, comprehension/generalization of content, and program implementation. Eleven retirees (age range 54-75 years) from the metropolitan region of Porto Alegre-RS-Brazil took part in the program. The instruments used were admission questionnaire, moderator field diary, observers' evaluation form, and program evaluation form. We observed high demand (N = 55), satisfaction with the program

and with the moderator, adherence, and retention rate. We introduced structural changes and removed certain items from questionnaires and evaluation forms. The obtained results were satisfactory and allowed to progress to the efficacy trial of the program.

*Keywords:* Health promotion, retirement, positive psychology, program evaluation, psychological intervention.

O ajustamento à aposentadoria é tema que tem recebido grande atenção em estudos recentes, devido à tendência mundial de envelhecimento populacional – redução da natalidade e aumento da longevidade –, o que resulta em aumento de vida no período pós-aposentadoria (WHO, 2005). Por definição, ajustamento à aposentadoria refere-se ao processo de melhor adaptar-se/acostumar-se com mudanças provenientes do encerramento de atividades laborais (van Solinge & Henkens, 2005). No caso de uma aposentadoria planejada, esta fase pode ser percebida com o aumento da satisfação com a vida, possibilidades de (re)descobertas e vínculos sociais, e reconstituição da identidade pessoal. Por outro lado, a aposentadoria pode resultar em consequências negativas, como maior ansiedade, isolamento social, redução do padrão de vida e autoestima (perceber-se inativo), inabilidade para gerenciar o tempo livre, falta de significado de vida, depressão e suicídio (Barbosa, Monteiro & Murta, 2016).

Neste sentido, recomendações da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005) têm enfatizado, como elemento fundamental para a promoção e manutenção da saúde, o investimento dos países em políticas públicas e práticas que favoreçam o envelhecimento ativo, ou seja, práticas que favoreçam o processo de otimização de oportunidades/determinantes em saúde, com o intuito de melhorar a qualidade de vida e superação de adversidades, à medida que as pessoas envelhecem. Para isso, é necessária a implementação de programas em saúde que atentem ao desenvolvimento, ou

aperfeiçoamento, de potencialidades e habilidades do indivíduo, tendo em vista a sua maior independência, autonomia, participação social e qualidade de vida (WHO, 2005).

Com relação a estes aspectos, com base nos pilares da Psicologia Positiva, intervenções recentes têm identificado variáveis tidas como fatores protetivos (forças-virtudes de caráter), que tendem a impactar positivamente, tanto na saúde física, quanto mental (Seligman, 2002). Intervenções psicológicas positivas incluem métodos de intervenções ou atividades voltadas a fim de desenvolver processos cognitivos, emocionais e comportamentais positivos do indivíduo (Sin & Lyubomirsky, 2009). De acordo com dados recentes, intervenções positivas têm demonstrado resultados satisfatórios para a mudança de processos cognitivos, auxiliando em maior flexibilidade mental e resiliência, melhora no bem-estar e saúde, tanto de indivíduos com diagnóstico clínico (depressão), quanto não-clínico, o que sugere eficácia das intervenções também para a redução de sintomas depressivos (Seligman, 2002). Dados obtidos com mais de 17000 respondentes britânicos indicaram aumento linear de bem-estar de acordo com a faixa etária dos participantes, ou seja, quanto mais avançada a idade, maiores os escores de bem-estar, além de maiores benefícios derivados de intervenções psicológicas positivas multicomponentes, quando comparados a grupo controle (sem intervenção), ou outras intervenções para promover bem-estar (Sin & Lyubomirsky, 2009). De modo semelhante, algumas variáveis psicológicas mostram-se diretamente associados a maior bem-estar e saúde geral em indivíduos com funcionamentos favoráveis frente a eventos altamente estressores. Entre estas variáveis está o otimismo, relacionado a melhor resposta do sistema imunológico em situações de estresse alto e prolongado, e menor prevalência de diagnóstico psiquiátrico pós-trauma em veteranos de guerra (Segovia, Moore, Linnville, Hoyt & Hain, 2012). Além disso, o significado que indivíduos atribuem

à vida e trabalho, valores pró-sociais e empatia têm se mostrado fatores benéficos, com impactos expressivos na saúde geral (Masten, 2007). Semelhantemente, a promoção da gratidão e do perdão tem ganhado espaço em programas atuais, com demonstrados efeitos, não somente na prevenção de patologias psíquicas, mas também para a superação de eventos traumáticos e seus impactos nocivos na saúde física e emocional/mental (Snyder & Lopes, 2009). A exemplo de um programa multicomponente de Psicologia Positiva, direcionado a idosos no Chile (Cuadra-Peralta, Veloso-Besio, Puddu-Gallardo, Salgado-García & Peralta-Montecinos, 2012), após 11 sessões semanais, incluindo as variáveis otimismo, gratidão e perdão, os resultados de avaliação pré e pós teste indicaram redução significativa na sintomatologia depressiva e aumento da satisfação com a vida, somente para o grupo experimental (intervenção em Psicologia Positiva), quando comparado ao grupo controle ativo (práticas recreativas) e controle inativo (sem intervenção). Desse modo, o uso de práticas de intervenções psicológicas positivas para público-alvo com risco de desenvolver depressão e/ou relativamente idosos tem sido recomendado (Sin & Lyubomirsky, 2009). Porém, em termos práticos, a grande maioria dos programas implementados e publicados no Brasil carece de critérios sistemáticos para a avaliação de resultados, bem como de rigor metodológico experimental ou quase-experimental e estudos de seguimento (Mendes Lopes *et al.*, 2013). Observa-se, também, escassez na literatura nacional sobre programas implementados que contemplem aspectos da Psicologia Positiva, em modelos de psicoeducação para a saúde, e que cumpram com rigor científico na implementação e avaliação de resultados (Reppold, Gurgel & Schiavon, 2015). Assim, sendo a saúde considerada processo dinâmico, multicausal e multidimensional, e tendo em vista a limitada gama de programas multicomponentes ofertados em âmbito nacional, que visem promover recursos psicológicos (forças-virtudes)

em indivíduos aposentados, o objetivo deste estudo foi a avaliação de viabilidade do Programa Vem Ser – programa de Psicologia Positiva para a promoção de saúde em aposentados.

### **Descrição da intervenção: O Programa Vem Ser**

O Programa Vem Ser propõe-se a intervir sobre diferentes forças, com base na Psicologia Positiva (valores e autocuidado/prudência, otimismo, empatia, gratidão, perdão e significado de vida e trabalho), distribuídos em seis sessões que integram o programa. As forças trabalhadas em cada sessão foram delimitadas de acordo com temáticas abordadas em programas de intervenção para a promoção de forças, conduzidos na América Latina (Borges & Seidl, 2014; Cuadra-Peralta *et al.*, 2012). O formato de seis sessões, com periodicidade semanal de duas horas cada, totalizando 12 horas de programa, foi elaborado tendo em vista resultados de diferentes estudos avaliados em meta-análise, sobre intervenções psicológicas positivas, em formato grupal, aplicada para adultos acima de 35 anos (Sin & Lyubomirsky, 2009). O programa está apoiado em abordagens de Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) (Knapp, 2004) para a promoção e educação para a saúde (Starr *et al.*, 2015), e perspectivas da Psicologia Positiva (Seligman, 2002; Snyder & Lopes, 2009), como estratégia para alcançar um melhor estado de saúde. A seguir, são apresentadas resumidamente as sessões, objetivos, variáveis trabalhadas, assim como atividades e abordagens da TCC utilizadas em cada sessão e ao longo do programa.

*Sessão 1.* Objetivo: discutir valores e autocuidado. Atividades da sessão: apresentação da frase motivacional e debates. Dinâmica grupal: confecção do Painel de Valores. Dinâmica individual: curtograma de saúde e Protocolo de Autocuidado. Técnica da sessão: escuta holossomática. Técnica da semana: preencher e implementar o Protocolo de Autocuidado. Abordagens cognitivo-comporta-

mental utilizadas na sessão (A-TCC): psicoeducação; resolução de problemas; alvos comportamentais; programação de atividades e tarefas graduais; ensaio comportamental; exercício de respiração e relaxamento; tarefa de casa.

*Sessão 2.* Objetivo: aprender sobre os benefícios do otimismo e como desenvolvê-lo. Atividades da sessão: revisão da tarefa de casa; frase motivacional e debates; dinâmica grupal 1: técnica de *Priming*. Dinâmica grupal 2: vídeos, interpretação de problemas (estilo atribucional otimista versus pessimista); dinâmica individual: projeção do ‘Melhor Eu’ e autoafirmações positivas. Técnica da sessão: relaxamento com visualização. Técnica da semana: autoafirmações positivas. A-TCC: psicoeducação; resolução de problemas; uso de cartão lembrete; visualizações positivas (Riskind, Sarampote & Mercier, 1996); ressignificação; exercício de respiração e relaxamento; tarefa de casa.

*Sessão 3.* Objetivo: aprender sobre os benefícios da empatia e como desenvolvê-la. Atividades da sessão: revisão da tarefa de casa; frase motivacional e debates; dinâmica grupal 1: vídeo 1 - diferença entre empatia e simpatia. Dinâmica grupal 2: confecção da Árvore da Empatia. Dinâmica grupal 3: objeto da fala; técnica da sessão: tela mental: calçar o sapato do outro. Técnica da semana: avaliação sobre situação-problema de outra pessoa. A-TCC: psicoeducação; reatribuição; ensaio cognitivo; treino da escuta ativa; treino de respiração e relaxamento; tarefa de casa.

*Sessão 4.* Objetivo: aprender sobre os benefícios da gratidão e como desenvolvê-la. Atividades da sessão: revisão da tarefa de casa; frase motivacional e debates; dinâmica grupal 1: cv de suas conquistas. Dinâmica grupal 2: lista de credores. Técnica da sessão: tela mental: caixa de presentes. Técnica da semana: diário da gratidão. A-TCC: psicoeducação; role-play; ensaio cognitivo; registros de pensamentos funcionais; exercício de respiração e relaxamento; tarefa de casa.

*Sessão 5.* Objetivo: aprender sobre os benefícios do perdão e como desenvolvê-lo; Atividades da

sessão: revisão da tarefa de casa; frase motivacional e debates; dinâmica grupal 1: balão surpresa; dinâmica grupal 2: carta de perdão. Técnica da sessão: tela mental: autoperdão. Técnica da semana: técnica para processar emoções difíceis: Autoperdão. A-TCC: psicoeducação; tomada de decisão (vantagens *versus* desvantagens); ensaio cognitivo; narração emocional de histórias; exercício de respiração e relaxamento; tarefa de casa.

*Sessão 6.* Objetivo: refletir sobre o conceito de significados de vida e trabalho e como desenvolvê-los. Atividades na sessão: revisão da tarefa de casa; frase motivacional e debates; dinâmica individual 1: identificar as forças pessoais – debates. Dinâmica grupal 2: identificar seus significados; refletir sobre metas futuras através do uso de suas forças; síntese dos aprendizados do programa; reaplicação dos instrumentos de avaliação (T2). A-TCC: psicoeducação; ressignificação; tomada de decisões; traçar metas futuras.

*Abordagens Cognitivo-Comportamental utilizadas em todas as sessões do programas:* revisão do humor e tarefas; reforço positivo; psicoeducação; avaliar distorções cognitivas; questionamento sócrático e descobertas guiadas; questionamento das evidências, ou comprovação da realidade.

### Método: delineamento

Trata-se de um estudo de viabilidade, com avaliação pré/pós teste, e de processo de implementação, para verificar o potencial da intervenção ser bem-sucedida e seguir para futuro estudo de eficácia. Os critérios de viabilidade analisados foram: demanda, aceitabilidade, avaliação do moderador (habilidades sociais e integridade/fidelidade), adesão, dose, satisfação com o programa e com o moderador, compreensão/generalização dos conteúdos e Implementação do programa. Para avaliação destas variáveis, dados foram obtidos através de dois observadores presentes em cada sessão (estudantes de psicologia), que preencheram uma ficha de avaliação; medida de avaliação dos

participantes, a partir de questionário com questões em escala *Likert* questões abertas; e diário de campo do moderador. A fidedignidade entre observadores –*memberchecking* – e triangulação no processo de coleta dos dados foram introduzidos no delineamento para assegurar critérios de validade em pesquisa qualitativa (Whittemore, Chase & Mandle, 2001).

### Participantes

Participaram da intervenção 11 indivíduos adultos, entre 54 e 75 anos ( $\bar{X}= 69,6$ ;  $DP=5,76$ ), sendo que seis participantes eram colegas de grupo de servidores aposentados da universidade e tomaram conhecimento do programa através de convite feito ao grupo; três ficaram sabendo através de divulgação em jornal gratuito local; e duas souberam através de palestra realizada para grupo de terceira idade. Este tamanho de grupo se assemelha a intervenções para a promoção de saúde (Borges & Seidl, 2014; Cuadra-Peralta *et al.*, 2012). Trata-se de amostra não probabilística (Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2012). Os critérios de inclusão para compor a amostra foram: a) ser aposentado; b) ter no mínimo Ensino Fundamental concluído; c) aceitar participar das avaliações em T1, T2 e T3. Também participaram três observadores, que se alternaram nas sessões, com a presença de dois em cada uma. Os requisitos para os observadores foram: a) estudo teórico da literatura relevante na área; b) ter recebido treinamento sobre os procedimentos do programa e instrumentos de avaliação; c) familiarizar-se com o roteiro/manual do programa (objetivos e procedimentos das sessões); d) participar de reuniões periódicas para avaliar o andamento do programa. Esses critérios estão de acordo com recomendações para ensaios de efetividade (APA, 2002; Gottfredson *et al.*, 2015) e assegurar critérios de sensibilidade para maior qualidade metodológica (Whittemore *et al.*, 2001).

## Instrumentos

1. Questionário de admissão: semiestruturado com dados sociodemográficos e 12 questões sobre os critérios de inclusão, dados laborais/de vida antes e após aposentadoria, por exemplo: situação conjugal, motivo da aposentadoria, participação em algum programa ou treino de preparação para aposentadoria, emprego/trabalho atual (remunerado ou não), rede de apoio, e estado atual de saúde, entre outros.
2. Diário de campo do moderador: para registros de observações, interpretações e inferências ao longo e ao término das sessões. Os dados obtidos dão suporte àqueles compilados pelos observadores, para maior qualidade metodológica (Creswell, 2003).
3. Ficha de avaliação dos observadores: cada sessão foi avaliada ao longo do programa, bem como a performance do(a) moderador(a), através de um questionário *ad hoc*, respondido pelos observadores. Este questionário foi elaborado com base em estudos prévios para a avaliação de efetividade de programas de intervenção (Murta *et al.*, 2014; Wagner *et al.*, 2016). O questionário inclui questões sobre: habilidades sociais (cinco itens de 1 a 4) e integridade/fidelidade do(a) moderador(a) para com os processos na implementação da intervenção (10 itens de 1 a 4); adesão dos participantes às dinâmicas e técnicas sugeridas durante as sessões (nove itens de 1 a 5); dose (três itens), com relação aos participantes lembrarem, aplicarem e compreenderem os conteúdos do programa; e três questões descritivas (acontecimentos significativos, temas emergentes e outras observações).
4. Medida de avaliação do programa: para avaliar a satisfação dos participantes com o programa, a clareza e compreensão dos conteúdos abordados e a generalização do aprendizado por parte dos participantes, após o término do programa.

Esta contém nove perguntas de auto-relato e cinco questões descritivas.

## Procedimentos e considerações éticas

Foram seguidas as diretrizes e normas da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, para regulamentação ética em pesquisas com seres humanos (MS, 2012). A divulgação do programa incluiu palestras em grupos de aposentados, folders em parques municipais, entrevista em rádio universitária, anúncios/folders e vídeos em redes sociais, e-mails para associações de servidores aposentados, e jornal gratuito (Jornal Bem-Estar, tiragem de 1500 exemplares) na região metropolitana de Porto Alegre – RS-Brasil. Os interessados que responderam ao convite para participar do programa foram submetidos a uma entrevista (30/40 minutos) e responderam ao questionário de admissão para investigar sua adequação ao programa, de acordo com critérios de inclusão previamente definidos. Os participantes foram solicitados a preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a conclusão da última sessão do programa, os participantes responderam à Medida de Avaliação do Programa. A aplicação dos questionários e da intervenção foi feita por diferentes pesquisadores, para evitar possível contaminação dos resultados, diminuir a ameaça à validade interna e reduzir os efeitos do experimentador (Creswell, 2003). Durante a implementação do programa, o moderador foi avaliado para análise do processo de intervenção e para assegurar a fidelização da implementação ao roteiro do programa. Para isso, dois observadores preencheram Ficha de Avaliação das Sessões, ao término de cada sessão. Além de servir como dados para análise de processo, esse procedimento também foi útil para o aprimoramento do programa em estudos de replicação futuros, maior controle sobre possível viés metodológico (fidedignidade entre observadores) e assegurar credibilidade dos dados (Whittemore *et al.*, 2001).

## Resultados

Quanto aos dados sociodemográficos das participantes, o nível de escolaridade variou entre: oito com Ensino Médio completo, uma com Superior incompleto, uma com Superior completo e uma com Pós-graduação; situação conjugal: duas eram casadas, duas divorciadas e duas separadas, quatro eram viúvas e uma com união estável. Em média os participantes trabalharam durante 30 anos, e sua aposentadoria ocorreu há 16 anos. Oito participantes se aposentaram por tempo de contribuição, uma teve aposentadoria especial e duas por invalidez (AVC e Reumatismo). Todas as participantes percebem-se com apoio social; seis faziam uso contínuo de medicamento psiquiátrico; cinco desempenhavam trabalho (remunerado ou não), e/ou cuidavam de alguém; quatro já receberam algum diagnóstico de psicopatologia; três receberam atendimento psicológico ou participaram de algum programa de saúde no último ano; e apenas uma participou de programa, treino, palestra, etc., de preparação para aposentadoria.

Os resultados dos critérios de viabilidade foram: quanto à *Demanda* (N interessados=55): a partir da divulgação por palestras em grupos de idosos (n=22); e-mail, folder e vídeo para associações de servidores aposentados (n=19); anúncio em jornal gratuito (n=7); folders/panfletos em centros comunitários/parques (n=3); entrevista na rádio universitária (n=2); apresentação em congresso (n=2). Quanto à *Aceitabilidade*: dos 11 participantes selecionados para o estudo de viabilidade, 10 concluíram o programa (uma participante foi afastada por motivos de saúde e realocada para o próximo grupo de intervenção). Considerando aqueles que concluíram o programa (n=10), o número de presenças (n=53), superou satisfatoriamente o número de faltas (n=7), sendo a frequência geral do grupo 88.33%, com maior número de faltantes (n=3) na Sessão 4 (tema *Gratidão*). 44 interessados ficaram em lista de espera para os próximos grupos (estudo de eficácia).

O escore relativo à avaliação do moderador foi calculado a partir da média dos escores atribuídos pelos observadores nas seis sessões, no que se refere às *Habilidades Sociais* (cinco itens) e à *Integridade/Fidelidade* (10 itens) do moderador. Os escores dos itens relativos às habilidades sociais variaram entre 1 e 4 ( $X= 3.93$ ;  $DP=.40$ ), e para integridade/fidelidade de 2 a 4 ( $X= 3.93$ ;  $DP=.31$ ). Quanto à *Adesão* (nove itens) dos participantes os escores dos observadores variaram de 4 a 5 ( $X= 4.90$ ;  $DP=.29$ ), e *Dose* (três itens) de 3 a 5 ( $X= 4.53$ ;  $DP=.62$ ). Foi ainda calculado o índice de consistência inter-juízes (nível intervalar), com *Intra Class Correlations* (ICCs), delineamento cruzado *two-way* (todas as questões avaliadas por ambos os juízes), *average measures* (variações sistemáticas nas colunas e confiabilidade das médias de escores), *mixed effects*, tipo *consistency* (concordância linear), considerando-se os valores de correlações:  $<.40$  = pouca concordância;  $.40 < .59$  = concordância moderada;  $.60 < .74$  = boa concordância; e  $.75 < 1.0$  = excelente concordância (Hallgren, 2012), nas seguintes categorias: habilidades sociais do moderador (ICC=.752 [IC=.429-.919]); Integridade/fidelidade do moderador (ICC=.936 [IC=.854-.981]); Adesão dos participantes (ICC=.906 [IC=.783-.969]); e Dose (ICC=.354 [IC=-.892-.826]).

Quanto à satisfação dos participantes com o programa e com o moderador, a variação dos escores obtidos em escala de auto-relato de quatro pontos (1-Insatisfeito; 2-Regular; 3-Satisfeito; 4-Muito satisfeito), preenchida após finalização do programa (T2), para as seguintes questões, foram: ‘Em geral, como se sentiu durante o programa?’ escores entre 3 e 4 ( $X= 3.90$ ;  $DP=.31$ ); e escores entre 2 a 4 para os itens ‘Qual a sua satisfação global com o programa?’ ( $X= 3.70$ ;  $DP=.67$ ); ‘Qual a sua avaliação do coordenador do grupo?’ ( $X= 3.80$ ;  $DP=.63$ ); ‘Qual a sua satisfação com as aprendizagens no programa?’ ( $X= 3.70$ ;  $DP=.67$ ); ‘Qual a sua satisfação com o tempo de duração das sessões?’ ( $X= 3.60$ ;  $DP=.69$ ); ‘Qual

a sua satisfação com o horário das sessões?’ ( $X=3.60$ ;  $DP=.69$ ); e escores entre 1 a 4 para o item ‘Foi difícil assistir a todas as sessões do programa?’ ( $X=1.90$ ;  $DP=1.44$ ). Com relação à clareza e compreensão, e generalização dos conteúdos do programa, os escores variaram entre 3 e 4 para os itens ‘Entendeu os conteúdos abordados durante as sessões?’ ( $X=3.50$ ;  $DP=.52$ ), e ‘Quanto você aplicou na vida cotidiana os conteúdos abordados no programa?’ ( $X=3.50$ ;  $DP=.52$ ). A partir da avaliação do processo de *Implementação*, considerando os registros dos observadores, as avaliações dos participantes e o diário de campo do moderador, foram introduzidas mudanças na estrutura do programa e em instrumentos de avaliação, que estão descritas na tabela 1.

Tabela 1  
*Mudanças introduzidas no programa a partir do Estudo de Viabilidade*

Proposta Inicial	Proposta final
Entrevista inicial: 0h40	Entrevista inicial: 1h
Sessões 1 e 6 = 2h; demais = 1h30	Todas as sessões = 2h
Critério de inclusão: ‘Não estar participando de outras intervenções psicológicas’	Critério removido, pois cerca de 1/3 da amostra estava em psicoterapia
Participantes completavam o protocolo de avaliação sem auxílio de régua e/ou apoio de terceiros	Introduzido o auxílio de régua e/ou leitura dos itens para o preenchimento dos instrumentos
Sem envio de Mensagens- lembrete antes das sessões	Introduzido o envio de lembretes (data/horário das sessões)
Posicionamento dos observadores: Cantos extremos, no fundo da sala	Cantos direito e esquerdo da sala, mais próximos ao grupo
Questionário de admissão: Versão inicial contendo 12 itens descritivos	9 itens descritivos. Remoção de itens sobre uso de medicamentos controlados, diagnósticos de psicopatologias graves e disponibilidade para T2

Proposta Inicial	Proposta final
Ficha dos observadores: Item 1 sobre como os participantes chegaram, e 7 sobre o que esperam do programa	Adaptação do item 1 sobre se os participantes estão todos bem; Remoção do item 7
Três itens referentes a lembrar, aplicar compreender os conteúdos das sessões	Itens 1, 2 e 3 removidos, devido à baixa consistência inter-juízes

## Discussão

O objetivo deste estudo foi a avaliação de viabilidade de um programa de Psicologia Positiva para a promoção de saúde em aposentados. Os resultados obtidos foram satisfatórios quanto aos diferentes critérios de viabilidade avaliados. Com relação à alta demanda observada já nas primeiras divulgações do programa, a ponto de gerar lista de espera para novos grupos, pôde-se constatar interesse do público-alvo em questões relativas ao melhor estado de saúde (aspectos de promoção de saúde e não somente reduzir doenças). Quanto à aceitabilidade, a taxa de retenção observada (permanência, não-desistência) foi de 90,9%. Isto é algo a ser enfatizado, uma vez que dados na literatura sobre adesão ao tratamento e retenção de participantes, em modelos de programas de saúde conduzidos em contexto internacional, variam entre 20-30% podendo chegar a 50% de perda de participantes ao longo do tratamento (Riekert, Ockene & Pbert, 2014). Cabe lembrar que programas implementados internacionalmente, relatam taxa de retenção considerada alta, sendo em torno de 80% (Moskowitz *et al.*, 2011). Um dos possíveis fatores favorecedores de maior adesão e retenção dos participantes neste estudo, diz respeito ao processo de seleção da amostra *per se*. Estudos indicam que há maior probabilidade de procura e retenção, quando a intervenção em saúde é divulgada via membro familiar ao público-alvo (alguém de referência), ou seja, através de líderes comunitários/de grupos, ou meios de comunicação e profissionais de referência



para os receptores dos serviços (Glanz, Rimer & Viswanath, 2015). Uma vez que o processo de seleção neste estudo se deu a partir de contatos feitos com coordenadores de grupos/associações de idosos e aposentados, além de gestores de parques comunitários, os quais repassaram o convite aos participantes, ou ainda através de jornal/rádio e meios de acesso confiáveis, este processo pode ter contribuído para maior aceitação por parte do público-alvo. Ademais, observou-se que a procura dos participantes foi ativa, ou seja, eles mesmos entraram em contato via telefone e agendaram a entrevista inicial, garantindo dessa forma um interesse genuíno. Este aspecto é observado como ponto forte no delineamento deste programa, e está em consonância com perspectivas teóricas para o desenvolvimento mais assertivo de propostas de intervenções em saúde (Glanz *et al.*, 2015).

Outro fator associado à alta retenção observada, pode estar relacionado à adequação do processo de implementação das sessões do programa ao público-alvo. Pesquisas em psicoterapia e programas de mudança de comportamento sugerem que, entre os fatores que afetam a adesão aos programas de saúde, estão aspectos cognitivos dos participantes, como capacidade de compreensão dos conteúdos (literácia), barreiras linguísticas/de comunicação (adaptação de termos/jargões técnicos por parte dos profissionais de saúde), além de capacidade de lembrar tarefas e recomendações feitas ao longo da intervenção (dose adequada de informações disponíveis, sem excesso [sobrecarga] ou carência [ineficiência] para atingir objetivos). Além disso, habilidades sociais do moderador e demais membros da equipe técnica, nível de confiança estabelecida entre partes ao longo do tratamento, e possibilidade de escolhas/decisões dos participantes na execução de tarefas delimitadas (coparticipação e responsabilização pessoal), implicam diretamente, tanto na adesão, quanto na retenção de participantes (Martin, Williams, Haskard & DiMatteo, 2005). Tendo em vista que todos estes aspectos foram cuidadosamente avaliados neste

estudo, com devida capacitação prévia de equipe, conforme sugerido para boas práticas em saúde (McCann, Ridgers, Carver, Thornton & Teychenne, 2013; Windosor, 2015), com altos índices de confiabilidade obtidos entre observadores para adesão dos participantes, e habilidades sociais e integridade/fidelidade do moderador, e também a partir de relatos dos próprios participantes (compreensão e generalização dos conteúdos), estes cuidados podem ter influenciado no alto índice de retenção do programa.

Contudo, o mesmo não pode ser aferido com relação à variável ‘Dose’, uma vez que os índices de confiabilidade entre juízes para esta variável foi muito aquém do desejado. Uma das possíveis causas de desacordo entre juízes para este critério de viabilidade, pode estar relacionado à adequação dos itens escolhidos para caracterizar Dose. Dose diz respeito à quantidade de tratamento oferecido (número/frequência/duração de sessões) para surtir efeito de melhora na sintomatologia observada (Erekson, Lambert & Eggett, 2015). Dados de pesquisas internacionais sobre modelos de dose/efeito de psicoterapias indicam que o padrão de mudança (cl clinicamente avaliado quantitativa e qualitativamente) está diretamente relacionado à dose de tratamento oferecido, com maiores ganhos observados nas 10 primeiras sessões para modelos Cognitivo-Comportamental (Erekson *et al.*, 2015). Já em contexto nacional, Dose tem sido considerada como a quantidade de conteúdo assimilado e colocado em prática pelos participantes, conforme disponibilizado na intervenção (dose fornecida), avaliada qualitativamente a partir de verbalizações de práticas, ou sobre o uso dos conteúdos fornecidos no programa, registrados ao início de cada sessão (Murta *et al.*, 2014). No presente estudo, Dose foi avaliada através de escala *Likert* (percepção de dois observadores) e relatos dos próprios participantes, com relação ao quanto eles compreendiam, lembravam e aplicavam em suas vidas os conteúdos trabalhados nas sessões. Assim, neste estudo foram, presumidamente, incluídos

itens que dizem respeito a diferentes critérios, para além de Dose especificamente. Tendo em vista estas diferenças conceituais e os resultados encontrados, que mostram uma fragilidade na avaliação deste critério de viabilidade (Dose), optou-se por retirá-lo do delineamento de estudo futuro de eficácia do programa.

Ademais, o uso de formato multicomponentes (trabalhar diferentes forças) e recursos didáticos multimétodos, isto é, com aplicação de diferentes abordagens didáticas durante as sessões (por ex., práticas de psicoeducação, atividades individuais, dinâmicas grupais, vídeo-debates, tarefas de casa e técnicas de relaxamento com música, através da respiração e imagística), parecem ter contribuído para que o programa pudesse atingir de modo eficaz os objetivos propostos para cada sessão. Vale lembrar que a introdução de diferentes métodos para aprendizagem que possam beneficiar equivalentemente indivíduos, tendo em vista diferenças individuais e culturais na aquisição de novos conhecimentos, é sugerida como prática preferível para melhores resultados nas intervenções (Czerka & Mechlińska-Pauli, 2009; Gottfredson *et al.*, 2015).

Além disso, no que diz respeito à tentativa de adequação de rigor metodológico de implementação deste estudo, foi introduzida dupla triangulação no delineamento da pesquisa. De acordo com Miles & Huberman (1994) validade interna em pesquisa qualitativa diz respeito aos dados transparecerem aquilo que de fato está sendo avaliado e, para tanto, o método de triangulação na coleta-análise de dados faz-se fundamental. No caso do presente estudo, foi utilizada triangulação por ‘método de coleta de dados’, ou seja, diferentes meios de coleta (entrevista semiestruturada, observações, diário de campo, questionários e auto-relatos dos participantes); e triangulação por fonte de coleta dos dados’, ou seja, dados coletados por diferentes pessoas (percepções dos participantes, observadores e do moderador), e em diferentes momentos – antes, durante e após o programa, para reduzir viés no processo de coleta dos dados (Tobin & Begley,

2004). Já para análise, incluiu-se fidedignidade entre observadores – *memberchecking* – conduzida por pesquisadores independentes, e posterior avaliação por um terceiro pesquisador – *expert checking* – sendo todos estes aspectos destacados como pontos fortes deste estudo.

Quanto à satisfação dos participantes com o programa e com o moderador, Clareza/Compreensão, e Generalização dos conteúdos do programa, os dados obtidos em escala *Likert* de auto-relato dos participantes, dão subsídios para a continuidade do programa nesses moldes, em futuro estudo de eficácia. Cabe lembrar que o item de menor resultado foi com relação à satisfação dos participantes com o tempo de duração das sessões e do programa. Estes dados convergiram com relatos descritivos dos participantes (dados obtidos pelos observadores e diário de campo do moderador) obtidas durante as sessões, e após o término do programa (questionário de auto-relato dos participantes), resultando na ampliação do tempo das sessões para estudos futuros do programa. Quanto à duração do programa em si, pesquisas internacionais sobre modelos de intervenções grupais indicam que doses pequenas de tratamento (em torno de seis sessões) estão relacionadas a mudanças rápidas, enquanto que altas doses (tratamentos a longo prazo), estão relacionadas a padrões de mudanças lentas/graduais, no bem-estar e sintomatologia negativa/depressiva (Baldwin, Berkeljon, Atkins, Olsen & Nielsen, 2009). Assim, mesmo tendo sido sugerido pelos participantes maior tempo de duração do programa (mais sessões), dados empíricos sugerem que a dose de tratamento oferecida está de acordo com aquelas disponibilizadas em intervenções semelhantes para a promoção de saúde e redução de doenças (Baldwin *et al.*, 2009), o que levou à manutenção do formato de seis sessões semanais do programa.

Quanto ao processo de implementação, foi acrescentado tempo de duração das sessões e também para a entrevista inicial, para atender às demandas dos participantes. Ademais, houve remoção

do critério de inclusão de “não estar participando de outras intervenções psicológicas”, para assegurar maiores ganhos (não-maleficência), quando comparado aos riscos gerados aos participantes (neste caso, riscos indiretos pela não possibilidade de participação do programa, devido ao critério de inclusão-exclusão previamente citado). Uma vez que quase 30% da amostra recebeu atendimento psicológico, ou participava de grupos de idosos e/ou atendimento psicológico, devido a problemas de saúde, perdas familiares, questões de renda e uso do tempo (solidão), a manutenção do critério de inclusão mencionado representaria um fator impeditivo de participação para esta parcela da amostra. Portanto, optou-se pela retirada deste critério de inclusão, em consonância com eticidade em pesquisas (MS, 2012). Além disso, pequenos ajustes foram feitos para favorecer maior bem-estar aos participantes, buscando reduzir a probabilidade de desgaste/cansaço, favorecer um ambiente mais acolhedor e otimizar maior participação, e subsequentes ganhos em saúde advindos do programa. Finalmente, quanto aos ajustes técnicos, houve adaptação e remoção de itens da ficha de avaliação das sessões, utilizada pelos observadores, de modo a reduzir julgamentos ambíguos quanto aos critérios avaliados.

Como limitação deste estudo, pode-se citar o local de aplicação do programa (sala de aula de instituição de ensino superior), que não é representativo de um serviço de atendimento para o público-alvo. Estudos futuros com a intervenção poderiam incluir a divulgação do programa em centros comunitários e de saúde com maior circulação de pessoas da faixa etária alvo, assim como utilizar métodos de divulgação atrativos à população masculina. A adesão do público masculino ao programa, aparece como desafio para ensaios futuros, tendo em vista a baixa procura desse estrato populacional nas primeiras divulgações do programa. Além disso, sugere-se a inclusão de avaliação de estudo de seguimento e grupo controle (método experimental ou quase-experimental),

para análise de variáveis de resultado e respectivo tamanho de efeito. Essa estratégia dará maior precisão e robustez na aferição dos efeitos em diferentes indicadores de saúde, a curto, médio e longo prazo (Shaughnessy *et al.*, 2012). Há necessidade, também, de capacitação de novos membros de equipe, para a oferta do programa para outros grupos, em turnos intercalados e diferentes dias da semana, para garantir maior acesso, tendo em vista preferências individuais e disponibilidade dos participantes. Assim, compreende-se que os resultados obtidos dão suporte ao cumprimento satisfatório de diferentes critérios de viabilidade e indicam a necessidade de conduzir novos estudos de implementação e avaliação de resultados do programa. Sugere-se, portanto, a partir deste estudo de viabilidade, prosseguir com estudo de eficácia da intervenção, incluindo as adaptações sugeridas, bem como maior tamanho amostral para a constatação de efeitos da intervenção em variáveis de interesse, como indicadores de saúde do público-alvo.

## Referências

- American Psychological Association, APA (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57, 1052-1059.
- Baldwin, S. A., Berkeljon, A., Atkins, D. C., Olsen, J. A., & Nielsen, S. L. (2009). Rates of change in naturalistic psychotherapy: Contrasting dose-effect and good-enough level models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 203-211. Doi: 10.1037/a0015235
- Barbosa, L. M., Monteiro, B., & Murta, S. G. (2016). Retirement adjustment predictors: A systematic review. *Work, Aging and Retirement*, 2(2), 262-280. Doi: 10.1093/workar/waw008
- Borges, L. M., & Seidl, F.E. M. (2014). Hábitos saudáveis na velhice: efeitos de uma intervenção psicoeducativa com homens idosos. *Psicologia, Saúde&Doenças*, 15(2), 468-481. Doi: 10.15309/14psd150211

- Creswell, J. W. (2003). *Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Puddu-Gallardo, G., Salgado-García, P., & Peralta-Montecinos, J. (2012). Impacto de un programa de psicología positiva en sintomatología depresiva y satisfacción vital en adultos mayores. *Psicología: Reflexão e Crítica*, 25(4), 644-652. Doi:10.1590/s0102-79722012000400003
- Czerka, E. & Mechlińska-Pauli, M. (2009). *Teaching and learning in different cultures. An adult education perspective*. Gdańsk: Gdańsk Higher School of Humanities Press.
- Erekson, D. M., Lambert, M. J., & Eggett, D. L. (2015). The relationship between session frequency and psychotherapy outcome in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1097-1107. Doi: 10.1037/a0039774
- Glanz, K., Rimer, B.K., & Viswanath, K. (2015). *Health behavior: theory, research, and practice*. USA: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- Gottfredson, D. C., Cook, T. D., Gardner, F. E. M., Gorman-Smith, D., Howe, G. W., Sandler, I. N., & Zafft, K. M. (2015). Standards of evidence for efficacy, effectiveness, and scale-up research in prevention science: next generation. *Prevention Science*, 16(7), 893-926. Doi:10.1007/s11121-015-0555-x
- Hallgren, K.A. (2012). Computing inter-rater reliability for observational data: An overview and tutorial. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 8(1), 23-34.
- Knapp, P. (2004). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. São Paulo: Artmed Editora.
- Martin, L. R., Williams, S. L., Haskard, K. B., & DiMatteo, M. R. (2005). The challenge of patient adherence. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 1(3), 189-199.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19(03), 921-930. Doi: 10.1017/s0954579407000442
- McCann, J., Ridgers, N. D., Carver, A., Thornton, L. E., & Teychenne, M. (2013). Effective recruitment and retention strategies in community health programs. *Health Promotion Journal of Australia*, 24(2), 104-110. Doi: 10.1071/he13042
- Mendes Lopes, A. L., da Silva, S. A., Freitas Alvim de Castro, D., Bógus, C. M., & Fracolli, L. A. (2013). Avaliação de programas, serviços e tecnologias na perspectiva da promoção da saúde: uma reflexão teórica. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 26(4), 590-594. Doi: 10.5020/18061230.2013
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Saúde (2012). *Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília, DF.
- Moskowitz, J. T., Hult, J. R., Duncan, L. G., Cohn, M. A., Maurer, S., Bussolari, C., & Acree, M. (2011). A positive affect intervention for people experiencing health-related stress: Development and non-randomized pilot test. *Journal of Health Psychology*, 17(5), 676-692. Doi:10.1177/1359105311425275
- Murta, S. G., Abreu, S., França, C. L., Pedralho, M., Seidl, J., Lira, N. de P. M., ... Gunther, I. de A. (2014). Preparação para a aposentadoria: implantação e avaliação do programa Viva Mais! *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 01-09. Doi: 10.1590/s0102-79722014000100001
- Reppold, C. T., Gurgel, L. G., & Schiavon, C. C. (2015). Research in positive psychology: A systematic literature review. *Psico-USF*, 20(2), 275-285. Doi: 10.1590/1413-82712015200208

- Riekert, K.A., Ockene, J.K., & Pbert, L. (2014). *The handbook of health behavior change*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Riskind, J. H., Sarampote, C. S., & Mercier, M. A. (1996). For every malady a sovereign cure: optimism training. *Journal of Cognitive Psychotherapy. An International Quarterly*, 10, 105-117.
- Segovia, F., Moore, J. L., Linnville, S. E., Hoyt, R. E., & Hain, R. E. (2012). Optimism predicts resilience in repatriated prisoners of war: A 37-year longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 330-336. Doi: 10.1002/jts.21691
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. Em C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 3-9). New York: Oxford University Press.
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2012). *Research methods in psychology*. New York: McGraw Hill.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467-487. Doi: 10.1002/jclp.20593
- Snyder, C. R., & Lopes, S. J. (2009). *Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- van Solinge, H., & Henkens, K. (2005). Couples' adjustment to retirement: A multi-actor panel study. *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60B(1), S11-S20. Doi: <http://doi.org/10.1093/geronb/60.1.S11>
- Starr, S. R., Kautz, J. M., Sorita, A., Thompson, K. M., Reed, D. A., Porter, B. L., ... Ting, H. H. (2015). Quality improvement education for health professionals: a systematic review. *American Journal of Medical Quality*, 31(3), 209-216. Doi:10.1177/1062860614566445
- Tobin, G. A., & Begley, C. M. (2004). Methodological rigour within a qualitative framework. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 388-396. Doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03207.x
- Wagner, A., Neumann, A.P., Mosmann, C., Levandowski, D.C., Falcke, D., Arpini, D.M., ...Scheeren, P. (2016). *Viver a dois: compartilhando este desafio – programa psicoeducativo para casais*. São Leopoldo: Editora Sinodal.
- Windsor, R. A. (2015). *Evaluation of health promotion and disease prevention programs: improving population health through evidence-based practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Whittemore, R., Chase, S. K., & Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 11, 522-537.
- World Health Organization (WHO, 2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* / World Health Organization. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

**Fecha de recibido: janeiro 05, 2018**  
**Fecha de aprobado: outubro 15, 2018**

