

## Intervenções psicológicas positivas para idosos no Brasil Positive Psychology Interventions for elderly in Brazil Intervenciones psicológicas positivas para adultos mayores en Brasil

*Helen Durgante<sup>1</sup>, ORCID 0000-0002-2044-6865*  
*Liriel Weinert Mezejewski<sup>2</sup>, ORCID 0000-0001-8797-5051*  
*Caroline Navarine e Sá<sup>3</sup>, ORCID 0000-0001-7766-8883*  
*Débora Dalbosco Dell'Aglio<sup>4</sup>, ORCID 0000-0003-0149-6450*

<sup>1 2 3 4</sup>Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *Brasil*

**Resumo:** Pesquisas sobre programas de intervenção que trabalham forças/virtudes para a promoção de saúde de idosos/aposentados ainda são escassas no Brasil. Os objetivos dessa revisão sistemática são identificar: forças/virtudes trabalhadas em programas multicomponentes para promoção de saúde de idosos/aposentados no Brasil; critérios de qualidade metodológica empregados nas intervenções; e resultados dessas intervenções. Realizou-se a busca de artigos empíricos (2000-2017) nas bases de dados SCIELO, BIREME, Pepsic, PsycInfo e Medline. De 445 estudos encontrados, nove foram incluídos na revisão. As principais forças trabalhadas nas intervenções foram: Inteligência social/emocional, Auto-regulação/auto-controle, Prudência/auto-cuidado, Criatividade e Entusiasmo/vitalidade. Todos os estudos apresentaram resultados favoráveis para variáveis de efeito primário, e dois estudos apresentaram resultados para variáveis de efeito secundário. Constatou-se carência de critérios sistemáticos para avaliar a evolução dos programas. Os resultados encontrados contribuem para modelos de intervenção futuros, de políticas e de serviços para promoção de saúde.

**Palavras-chave:** intervenções psicológicas positivas, forças/virtudes, promoção de saúde, idosos, aposentados

**Abstract:** Research on intervention programmes aiming to work strengths/virtues for health promotion of the elderly/retirees is still scarce in Brazil. The objectives of this systematic review are to identify: strengths/virtues worked in multicomponent programmes for health promotion of the elderly/retirees in Brazil; methodological quality criteria; and results of these interventions. SCIELO, BIREME, Pepsic, PsychInfo and Medline databases were searched for empirical articles (2000-2017). Out of 445 studies, nine were included in the review. The main strengths worked on in the interventions were Social/Emotional Intelligence, Self-regulation/ self-control, Prudence/self-care, Creativity, and Enthusiasm/Vitality. All studies presented favourable effects for primary outcome measures, and two for secondary outcome measures. Lack of systematic criteria for programme evaluation was detected. Findings are discussed as to their relevance for future intervention designs, policies and services for health promotion.

**Key words:** psychology interventions, strengths/virtues, health promotion, elderly, retirees

**Resumen:** La investigación sobre programas de intervención para trabajar fortalezas/virtudes en la promoción de la salud de los adultos mayores/jubilados, todavía es escasa en Brasil. Los objetivos de esta revisión sistemática son identificar: fortalezas/virtudes trabajadas en programas multicomponentes para la promoción de salud de adultos mayores/jubilados en Brasil; criterios de calidad metodológica; y los resultados de estas intervenciones. Se realizó una búsqueda de artículos empíricos (2000-2017) en las bases de datos: SCIELO, BIREME, Pepsic, PsychInfo y Medline. De los 445 artículos, nueve se incluyeron en la revisión. Las principales fortalezas trabajadas fueron: Inteligencia Social/Emocional; Autorregulación/autocontrol; Prudencia/autocuidado; Creatividad y Entusiasmo/Vitalidad. Todos los estudios presentaron efectos favorables para las medidas de resultado primario y dos de ellos para las medidas de resultado secundario. Se constató falta de criterios sistemáticos para la evaluación de los programas. Se discuten los hallazgos en cuanto a la relevancia para futuros diseños de intervención, políticas y servicios para la promoción de la salud.

**Palabras clave:** intervenciones psicológicas positivas, fortalezas/virtudes, promoción de la salud, adultos mayores, jubilados

Recebido: 01/02/2018 Revisado: 15/11/2018 Aceito: 03/03/2019

Como citar este artigo:

Durgante, H., Mezejewski, L. W., Sá, C. N., & Dell’Aglío, D. D. (2019). Intervenções psicológicas positivas para idosos no Brasil. *Ciencias Psicológicas*, 13(1), 106-118. doi: 10.22235/cp.v13i1.1813

*Correspondência: Helen Durgante, Rua Ramiro Barcelos 2600, sala 115, Santa Cecília, CEP: 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. Email: helen.durga@gmail.com. Liriel Weinert Mezejewski, Email: lirielweinert@gmail.com. Caroline Navarine e Sá, Email: navarinicaroline@gmail.com. Débora Dalbosco Dell’Aglío, Email: debora.dellaglio@ufrgs.br.*

## Introdução

O processo de envelhecimento tem sido mundialmente tema de atenção na área da saúde, pois o índice de pessoas com 60 anos ou mais cresce mais rapidamente do que qualquer outra faixa etária, principalmente nos países em desenvolvimento, onde habitam cerca de 70% das pessoas de terceira idade (United Nations, 2013). No Brasil, particularidades e desafios advindos do processo de envelhecimento, tanto em contexto social, como de saúde pública, ainda são pouco explorados, quanto à promoção de saúde do idoso e/ou pessoas aposentadas. Dessa forma, observa-se a necessidade de políticas e programas que promovam o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso de vida, e que contribuam para que o envelhecimento seja percebido como experiência positiva (Ministério da Saúde, 2010; Organização Pan-Americana da Saúde, 2005).

Promoção de Saúde pode ser definido como um processo de capacitação de indivíduos, comunidades, instituições e demais agentes em saúde, para controlarem fatores determinantes de saúde, de modo a atingir maior e melhor potencial de saúde e melhorar a qualidade de vida (MS, 2010). No que tange à saúde do idoso, a promoção de saúde emocional-mental e de relações sociais é tão importante quanto a promoção de saúde física, pois ajuda a prolongar sua independência e autonomia, retardando incapacidades, doenças crônicas e melhorando a qualidade de vida. Através de práticas de promoção de saúde, é possível reduzir custos com cuidado de

doenças, pois dispense-se menos ao prevenir doenças, ao invés de tratá-las (OPAS, 2005).

Envelhecer como uma experiência positiva passa, assim, a ser uma finalidade de programas e políticas direcionadas a grupos e indivíduos em idades mais avançadas. Nesse sentido, recentemente, programas de intervenção, com objetivo de promover forças (constituintes de virtudes de caráter), têm demonstrado impacto positivo, tanto na saúde física, quanto na saúde mental (Seligman, 2005). Conceitualmente, forças são características pessoais positivas, em termos de pensamentos, sentimentos e comportamentos, as quais possibilitam o desenvolvimento de virtudes de caráter (24 forças subdivididas em seis virtudes). Estas, por sua vez, favorecem maior percepção de qualidade de vida, bem-estar e melhores indicadores de saúde (Oliveira, Nunes, Legal, & Noronha, 2016; Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005). Neste sentido, Intervenções Psicológicas Positivas (IPPs) incluem intervenções ou atividades voltadas a fim de desenvolver processos cognitivos, emocionais e comportamentais positivos do indivíduo (Sin & Lyubomirsky, 2009).

Este movimento – Psicologia Positiva – tem contribuído para estudos em saúde por investigar práticas empíricas que vão além daquelas centradas em problemas, déficits, ou patologias, para considerar também variáveis associadas à experiência subjetiva positiva (emoções positivas, valores, otimismo, etc.); traços ou características individuais positivas (empatia, gratidão, perdão, etc.); e instituições positivas (que visam promover o potencial humano, a exemplo da família nuclear, escolas, centros comunitários, etc.), como

fatores protetivos para um estado ótimo de funcionamento psicológico (Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005). Estudo prévio sobre o impacto de uma intervenção em 82 pacientes terminais em um hospital psiquiátrico na Carolina do Norte (EUA), exemplifica programas realizados com base na Psicologia Positiva (Steinhauser, Byock, Olsen, & Tulsy, 2008). Inicialmente, o estudo teve como objetivo a preparação para o fim da vida, com enfoque principal no perdão. Os resultados indicaram melhora em indicadores de depressão e ansiedade após a intervenção. Resultados semelhantes foram identificados em um programa que trabalhou a gratidão e o perdão com idosos na Espanha (Ramírez, Ortega, Chamorro, & Colmenero, 2013), que constatou melhora em indicadores de qualidade de vida, memória episódica, satisfação/bem-estar subjetivo, e redução de ansiedade e depressão.

No entanto, conforme apontado por revisão recente da literatura sobre IPPs para a reabilitação de adultos e idosos (Machado, Gurgel, & Reppold, 2017), ainda são pouco frequentes pesquisas no Brasil sobre programas de Psicologia Positiva (que se proponham ao desenvolvimento de forças/virtudes), assim como ensaios controlados de modo a avaliar seus resultados (Durgante, 2017). Somado a isso, muitos artigos não apresentam descrição detalhada do programa, o que dificulta a compreensão sobre a qualidade metodológica dos estudos, e como o delineamento foi traçado e o programa implementado (Machado et al., 2017).

Ademais, devido à multiplicidade de fatores envolvidos no bem-estar e promoção/manutenção de saúde, tem sido proposta, cada vez mais, a utilização de programas multicomponentes, que incluam diferentes práticas (psicoeducação, dinâmicas, tarefas, etc.) e trabalhem diferentes variáveis de resultado, para maximizar ganhos em saúde (Shults, Elder, Nichols, Sleet, Compton, & Chattopadhyay, 2009). Assim, é necessário que se conheça os programas de intervenção, desenvolvidos e implementados em contexto brasileiro, que abordem a temática de promoção de forças/virtudes para a promoção

de saúde de idosos/aposentados. Desse modo, os objetivos desta revisão sistemática são: a) identificar quais forças/virtudes têm sido trabalhadas em programas de intervenção multicomponentes (que trabalhem diferentes variáveis de resultado incluindo o desenvolvimento de pelo menos uma força/virtude e/ou bem-estar), para a promoção de saúde de idosos/aposentados no Brasil; b) verificar quais critérios de qualidade metodológica foram empregados nas intervenções; c) verificar os resultados de variáveis de efeito primário e secundário produzidos por estas intervenções.

## Método

### *Critérios de elegibilidade dos estudos*

Foram conduzidas buscas de artigos entre os anos de 2000-2017 nos bancos: Scientific Electronic Library Online - SCIELO (método Integrado/Google Scholar; Social Sciences; todos os índices; tipo: artigo); Biblioteca Virtual de Saúde-BIREME (título, resumo e assunto; limites: adultos e idosos; tipo: artigo; Base de dados: LILACS); Pepsic, (todos os índices); PsychInfo (em qualquer campo) e Medline (busca no título/resumo), para se obter maior amplitude nas buscas, conforme sugestões de Cochrane Collaboration (Guyatt et al., 2008). Os termos utilizados nas buscas (português, inglês e espanhol) foram: “programa ou intervenção”; “idosos ou aposentados ou terceira idade”; “Psicologia Positiva ou forças ou virtudes”; “promoção de saúde ou envelhecimento ativo”, e entretermos relacionados, para buscas de artigos, de acordo com termos DECS/MeSH da Biblioteca Virtual de Saúde (BIREME). Não foram incluídos termos relativos a cada variável de resultado (forças/virtudes específicas da Psicologia Positiva), para aumentar o poder de detecção de artigos, e evitar restrição nas buscas. Para cada termo relacionado à Psicologia Positiva (Psicologia Positiva, forças, virtudes), foram conduzidas buscas combinando-os com os demais descritores (programa ou intervenção, idosos, aposentados, terceira idade, promoção de

saúde, envelhecimento ativo). Os critérios de inclusão de artigos na revisão foram: 1. Ser programa de intervenção; 2. Conduzido no Brasil; 3. Público alvo: aposentados ou idosos; 4. Idiomas de publicação: português, inglês ou espanhol; 5. Foco na promoção de saúde, para além de prevenção de doenças; 6. Programa multicomponente; 7. Inclui avaliação de resultados (quanti ou qualitativa). Foram analisadas as listas de referências dos estudos avaliados para elegibilidade, para identificar estudos relevantes para esta revisão. A Figura 1 apresenta o fluxograma com as diferentes

etapas de seleção de estudos. Foram analisados títulos e resumos dos artigos identificados nas buscas ( $N=445$ ). Ao todo, 75 artigos foram selecionados e analisados detalhadamente, de acordo com cada critério de inclusão. Destes, 66 foram excluídos, e nove incluídos na revisão sistemática. O processo de obtenção, seleção e análise de dados foi conduzido paralelamente pelos autores, e reavaliado pela autora principal, a fim de reduzir vies metodológico no processo de revisão dos estudos.

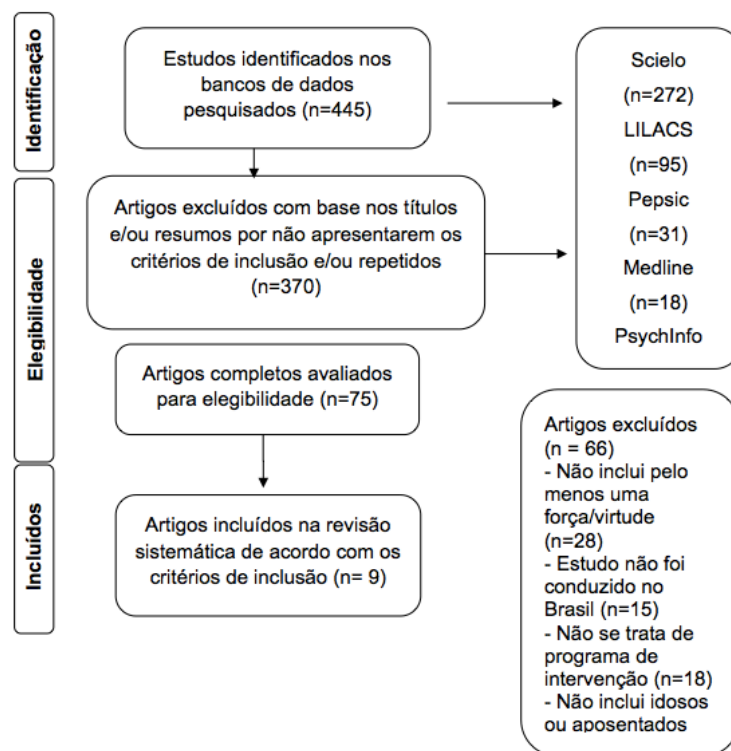


Figura 1  
Diagrama de fluxo PRISMA de processo da revisão sistemática

#### *Critérios metodológicos avaliados nos estudos incluídos na revisão*

Cada estudo incluído na revisão foi avaliado observando-se os critérios de qualidade metodológica empregados. Os critérios utilizados para análise foram compilados/adaptados do guia de Downs e Black (1998), para análise de qualidade metodológica de intervenções randomizadas e não-randomizadas em saúde, também de

acordo com o modelo PRISMA e recomendações da grade da Colaboração Cochrane (Guyatt et al., 2008). Os critérios utilizados estão descritos a seguir: 1. O objetivo/hipótese da pesquisa está claramente definido?; 2. As principais variáveis de resultado a serem avaliadas estão descritas na introdução ou método?; 3. As características da amostra foram descritas?; 4. Houve randomização da amostra?; 5. Os participantes de diferentes grupos foram selecionados ao

mesmo tempo?; 6. O número de participantes em cada grupo foi descrito?; 7. Inclui descrição da intervenção?; 8. Foram utilizados instrumentos validados/adaptados para o Brasil para avaliação dos resultados?; 9. Houve tentativa de cegamento no tratamento dos dados?; 10. Há apresentação de resultados?; 11. Descreve o valor de probabilidade associada para os resultados esperados?; 12. Inclui descrição sobre perdas de participantes?; 13. Inclui discussão dos resultados sobre implicações práticas/benefícios para pesquisas futuras?.

### Resultados

A amostra dos programas variou entre nove e 76 participantes com idades entre 60 e 91 anos, com predominância do sexo feminino. Um dos estudos não forneceu dados sobre tamanho da amostra (Lemos & Cavalcante Júnior, 2009) e apenas quatro informaram a idade dos participantes. Dos nove estudos incluídos na revisão, quatro aplicaram avaliação pré-teste (Borges & Seidl, 2014; Carneiro & Falcone, 2013; Irigaray et al., 2011; Lopes & Cachioni, 2013); todos os estudos utilizaram algum método de avaliação pós-teste; e apenas dois realizaram avaliação de seguimento, um mês (Carneiro & Falcone, 2013) e quatro meses após a intervenção (Borges & Seidl, 2014).

#### *Forças trabalhadas nas intervenções*

A partir dos dados obtidos, observou-se que as principais forças trabalhadas nos estudos revisados incluem Inteligência Social/Emocional (78%), Autorregulação/autocontrole emocional (33%), Prudência/autocuidado (33%), Criatividade (11%) e Entusiasmo/Vitalidade (11%). A Inteligência Social/Emocional foi a força mais prevalente, enquanto variável de resultado com efeito primário constatado nos

estudos avaliados (Borges & Seidl, 2014; Carneiro & Falcone, 2013; Irigaray et al., 2011; Lemos & Cavalcante Júnior, 2009; Machado, Campos & Rabelo, 2013; Moraes, 2009; Resende et al., 2010). Percebe-se também que essa força tem sido trabalhada, fundamentalmente, a partir de treino de Habilidades Sociais, ou grupos que fomentam redes/suporte social. Com relação às forças Autorregulação/autocontrole emocional (Borges & Seidl, 2014; Lemos & Cavalcante Júnior, 2009; Lopes & Cachioni, 2013) e Prudência/autocuidado (Borges & Seidl, 2014; Moraes, 2009; Santos et al., 2011), houve predomínio de práticas psicoeducativas, particularmente direcionadas à regulação das emoções através de dinâmicas para promover a desinibição, tanto para idosos, quanto para cuidadores e/ou familiares. Já quanto à Criatividade (Santos et al., 2011) e Entusiasmo/Vitalidade (Resende et al., 2010), ambas as intervenções que se propuseram a trabalhar essas forças utilizaram recursos artísticos, incluindo dinâmicas grupais, trabalhos coletivos e grupo de teatro. Ademais, mesmo não sendo caracterizado como uma força especificamente (Oliveira et al., 2016), o bem-estar foi citado por mais de 60% dos artigos como um possível objetivo a ser atingido pelas intervenções propostas (Carneiro & Falcone, 2013; Irigaray et al., 2011; Lemos & Cavalcante Júnior, 2009; Lopes & Cachioni, 2013; Moraes, 2009; Resende et al., 2010). Este construto foi incluído como variável de resultado por se tratar de tema abordado na Psicologia Positiva, e correlacionado com diferentes forças/virtudes e promoção de saúde da faixa-etária de interesse para esta revisão. A síntese dos estudos incluídos nesta revisão, bem como das forças trabalhadas nas intervenções estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1

*Principais características e resultados dos estudos incluídos na revisão sistemática*

| Autor / Delineamento  | Amostra  | Variáveis trabalhadas   | Instrumentos   | Resultados   |
|---|--|---|--|--|
| Borges & Seidl (2014) Pré-experimental; 9 sessões semanais (90min)  | 13 homens (62-78 anos)                                   | Assertividade<br>empatia<br>autocuidado (prudência)   | Questionário qualitativo de autorelato da saúde do homem idoso (QUASHI)  | Melhorou autocuidado (prudência), exercícios físicos, assertividade, alimentação saudável; empatia; redução de timidez e ansiedade social  |
| Carneiro & Falcone (2013) Quase-experimental; 12 sessões, duas por semana (90min)                               | N=20 (62-83 anos)<br>Controle=20 (60-74 anos)            | Habilidades sociais;<br>satisfação com a vida   | Escala de depressão em geriatria-15; Mini-exame do estado mental; Situações de jogos; Escala de satisfação com a vida; Questões descritivas sobre efeitos do programa                    | Aumentou o repertório de habilidades sociais: assertividade; empatia; satisfação com a vida  |
| Irigaray et al. (2011) Quase-experimental; quatro grupos (experimental e controle); 12 sessões semanais (90min) | N=38 (60-88 anos)<br>Controle=38 (60-89). 90,8% feminino | Atenção; memória;<br>funções executivas; bem-estar  | Dados sociodemográficos; Minixame do Estado Mental; Escala de depressão geriátrica; Inventário de Ansiedade de Beck; NEUPSILIN; WHOQOL – <i>bref</i> ; Escala de desenvolvimento pessoal | Melhorou a atenção; memória; linguagem; praxias; funções executivas; resolução de problemas; domínios de qualidade de vida físico e psicológico  |
| Lemos & Cavalcante Júnior (2009) Pré-experimental; 12 sessões semanais  | Tamanho amostral/idade não fornecidos                    | Apoio psicológico;<br>livre expressão emocional   | Metodologia fenomenológica; percentual de evolução; autorelato de melhora; avaliação psiquiátrica; observações em psicoterapia individual; percepção da equipe                           | Maior desenvolvimento pessoal; solidariedade; comemoração; aceitação do negativo; serenidade; felicidade   |
| Lopes & Cachioni (2013) Pré-experimental; 15 sessões semanais (90min)   | N=21   | Bem-estar subjetivo;<br>regulação das emoções;<br>enfrentamento do estresse                   | Dados sociodemográficos; Escala de satisfação geral com a vida, e com referência a domínios; Escala de afetos positivos e negativos; Escala de depressão geriátrica (GDS-15)             | Melhora na capacidade mental; satisfação com a vida; envolvimento social; afeto positivo   |
| Machado, Campos & Rabelo (2013) Pré-experimental; 9 sessões semanais (1h30)                                     | 14 homens (65-91anos)                                    | Autoconfiança;<br>habilidades sociais;<br>aquisição de conhecimento                           | Autorelato dos participantes; relatos dos funcionários; observação, ficha e diário de campo dos facilitadores  | Melhora no ânimo; sociabilidade; quantidade e qualidade de interações  |
| Morais (2009) Pré-experimental; 1 sessão semanal(2h), por quatro meses  | N=20<br>Controle=10.8<br>5% feminino                     | Atividades prazerosas;<br>autocuidado (prudência);<br>satisfação com a vida; autoconhecimento | Autorelato dos participantes após as sessões   | Melhora na vitalidade e otimismo; redes de relações/suporte social; cooperação; satisfação com a vida; responsabilização pela própria saúde (autocuidado)  |
| Resende et al. (2010) Pré-experimental  | N= 12 (60-80 anos). 91,6% feminino                       | Bem-estar subjetivo;<br>significado de vida;<br>suporte sociais                               | Dados sócio demográficos;<br>Escala de Vitalidade; Escala de Afetos Positivos e Negativos; Escala de Satisfação com a Vida; Escala de Resiliência; Escala de Percepção de Suporte Social | Maior bem-estar subjetivo; resiliência; suporte social; Correlações +: idade e resiliência; tempo no grupo e vitalidade; suporte social e afetos positivos; sentimentos positivos e satisfação com a vida; Correlação negativa: afeto negativo e resiliência |
| Santos et al. (2011) Pré-experimental; 9 sessões semanais (1h30)  | N= 9   | Valores; criatividade;<br>concentração; autocuidado   | Leitura intuitiva, complementada pelo sentido/significado dos temas grupais  | Envelhecimento saudável; autocuidado (prudência)   |

*Critérios de qualidade metodológica empregados nas intervenções*

Em termos de qualidade metodológica dos artigos selecionados, dois estudos cumpriram 11 dos critérios avaliados (Carneiro & Falcone, 2012; Irigaray et al., 2011), três estudos satisfizeram 10 critérios (Lopes & Cachioni, 2013), nove critérios (Resende et al., 2010), e oito critérios de qualidade, respectivamente (Machado et al., 2013), dois estudos incluíram sete critérios (Borges et al., 2014; Santos et al., 2011), um estudo atingiu quatro critérios (Lemos et al., 2009), e, por fim, um estudo incluiu apenas dois (Morais, 2009). Pelo menos dois dos critérios avaliados, sobretudo acerca da tentativa de cegamento no tratamento dos dados e relato sobre perdas de participantes, foram pontuados por apenas um estudo em cada critério, respectivamente (Irigaray et al., 2011; Carneiro et al., 2012).

Quanto às características das amostras, foi observada ausência de randomização, incluindo intervenções que não descrevem claramente dados específicos dos participantes (Lemos et al., 2009; Morais, 2009), ou número total da amostra (Lemos, 2009; Morais, 2009). Além disso, quatro dos nove artigos revisados não descreveram detalhadamente a forma como ocorreu a intervenção proposta – descrição da intervenção (Borges et al., 2014; Lemos et al., 2009; Morais, 2009; Resende et al., 2010). Estes resultados apontam a carência de critérios sistemáticos de avaliação dos programas, conforme sugerido por agências de referência na área (American Psychological Association, 2002; Gottfredson et al., 2015). A descrição dos critérios de qualidade metodológica empregados nos estudos é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2  
*Qualidade metodológica dos estudos incluídos na revisão sistemática*

| Estudos                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | Total |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|-------|
| Borges & Seidl (2014)            | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1  | 0  | 0  | 1  | 7     |
| Carneiro & Falcone (2012)        | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1  | 1  | 1  | 1  | 11    |
| Irigaray et al. (2011)           | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1  | 1  | 0  | 1  | 11    |
| Lemos & Cavalcante Júnior (2009) | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1  | 0  | 0  | 1  | 4     |
| Lopes & Cachioni (2013)          | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1  | 1  | 0  | 1  | 10    |
| Morais (2009)                    | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1  | 0  | 0  | 0  | 2     |
| Resende et al. (2010)            | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1  | 1  | 0  | 1  | 9     |
| Santos et al. (2011)             | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1  | 0  | 0  | 1  | 7     |
| Machado et al. (2013)            | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1  | 0  | 0  | 1  | 8     |

Nota: 1. O objetivo/hipótese da pesquisa está claramente definido?; 2. As principais variáveis de resultado a serem avaliadas estão descritas na introdução ou método?; 3. As características da amostra foram descritas?; 4. Houve randomização da amostra?; 5. Os participantes de diferentes grupos foram selecionados ao mesmo tempo?; 6. O N de participantes em cada grupo foi descrito?; 7. Inclui descrição da intervenção?; 8. Foram utilizados instrumentos validados/adaptados para o Brasil para avaliação dos resultados?; 9. Houve tentativa de cegamento no tratamento dos dados?; 10. Há apresentação de resultados?; 11. Descreve o valor de probabilidade associada para os resultados esperados?; 12. Inclui descrição sobre perdas de participantes?; 13. Inclui discussão dos resultados sobre implicações práticas/benefícios para pesquisas futuras?

### *Resultados em variáveis de efeito primário e secundário*

Todos os estudos obtiveram resultados favoráveis para variáveis de efeito primário. Ou seja, os resultados obtidos após participação no programa de intervenção estavam de acordo com objetivo definido *a priori*. Dentre esses estudos, em relação à autoregulação de emoções, Borges e Seidl (2014) afirmaram ter alcançado resultados significativos para redução dos níveis de timidez e ansiedade social. Já Lemos e Cavalcante Júnior (2009) relataram maior serenidade dos participantes após intervenção. No que diz respeito ao bem-estar subjetivo, cinco dos artigos revisados relataram melhora nesta variável, tendo sido observado incremento na satisfação com a vida (Carneiro & Falcone, 2013; Lopes & Cachioni, 2013), bem-estar subjetivo/psicológico (Irigaray et

al., 2011; Resende et al., 2010) e felicidade (Lemos & Cavalcante Júnior, 2009). Resende et al. (2010) constataram correlações positivas entre tempo de participação no grupo e vitalidade. No que se refere à inteligência social/emocional, trabalhada primordialmente através de treino de Habilidades Sociais, Borges e Seidl (2014) e Carneiro e Falcone (2013) relataram ter alcançado resultados significativos para incremento de empatia. Lemos e Cavalcante Júnior (2009) e Machado et al. (2013) obtiveram incremento na solidariedade e socialização, respectivamente. Resende et al. (2010) e Moraes (2009) evidenciaram melhores resultados em relação às relações sociais/suporte social. Os demais estudos não relataram efeitos para esta variável. Já com relação à prudência/autocuidado, as três intervenções que se propuseram a intervir sobre esta força, relataram ganhos após participação na

intervenção (Borges & Seidl, 2014; Morais, 2009; Santos et al., 2011).

Dois estudos relataram resultados significativos para variáveis de efeito secundário, ou seja, resultados significativos obtidos para variáveis de interesse (forças), que não estavam previstos nos objetivos iniciais do programa. Um estudo relatou que os participantes obtiveram melhora no envolvimento social como efeito secundário/inesperado do programa (Lopes & Cachioni, 2013), enquanto outro identificou maior vitalidade e otimismo com relação aos processos de envelhecimento após a intervenção (Morais, 2009).

### Discussão

O objetivo deste trabalho foi revisar sistematicamente quais forças/virtudes (incluindo a variável bem-estar subjetivo) têm sido trabalhadas em programas de intervenção multicomponentes para a promoção de saúde de idosos/aposentados no Brasil, além de verificar quais critérios de qualidade metodológica foram empregados nos estudos, e resultados produzidos por estas intervenções. A partir dos dados pode-se perceber que há uma tendência de utilização de treinos e práticas psicoeducativas para o desenvolvimento de bem-estar e saúde, a qual é também observada nas intervenções implementadas no exterior (Bolier, Haverman, Westerhof, Riper, Smit, & Bohlmeijer, 2013). Contudo, quando as intervenções brasileiras são comparadas a programas multicomponentes realizadas em outros países, observa-se ausência de outras forças como a gratidão, perdão e otimismo, por exemplo, conforme programas propostos por Proyer, Gander, Wellenzohn e Ruch (2014), na Suíça, e Chiang, Lu, Chu, Chang e Chou, (2008), em Taiwan.

Além disso, embora outras forças acompanham os estudos avaliados, como Criatividade, Entusiasmo/Vitalidade, Prudência/Autocuidado, Autoregulação/Autocontrole emocional, observa-se a prevalência de intervenções com foco no incremento do bem-estar. Ou seja, a

maioria dos estudos que se propuseram a trabalhar alguma força, no entanto, têm como resultado final a avaliação do Bem-Estar Subjetivo (Carneiro & Falcone, 2013; Irrigaray et al., 2011; Lemos & Cavalcante Júnior, 2009; Lopes & Cachioni, 2013; Morais, 2009; Resende et al., 2010), avaliado principalmente a partir da satisfação com a vida, além de afetos positivos e negativos. Desse modo, os estudos aqui mencionados consideram o aprimoramento dos recursos pessoais (forças/virtudes) como forma de contribuir para o aumento do bem-estar e vice-versa. Contudo, considerado conceito amplo, a definição consensual do bem-estar ainda representa um desafio na literatura sobre o tema (Roscoe, 2009).

Roscoe (2009) analisou nove estudos que abordaram o bem-estar e propôs uma integração dos modelos a partir dos componentes encontrados: bem-estar emocional, intelectual, físico, social, espiritual, ambiental e ocupacional. Assim, tanto a definição operacional quanto a forma de avaliação do bem-estar impõem desafios extras para avaliação dos efeitos das intervenções, uma vez que há ressalvas se esse construto é melhor elucidado a partir de dimensões individuais, separadamente, ou de forma unificada multidimensional (Roscoe, 2009). Em Irrigaray et al. (2011), por exemplo, a avaliação de bem-estar psicológico foi composta pelas dimensões auto-aceitação, interrelações positivas, domínio do ambiente, autonomia, propósito de vida e crescimento pessoal. Dessa forma, pode-se observar dificuldades nos estudos brasileiros para encontrar um consenso quanto à definição e avaliação dos efeitos significativos para um conceito tão amplo como o bem-estar. Assim, o posicionamento teórico dos autores, quanto à definição operacional de bem-estar, e o rigor metodológico tornam-se fundamentais para avaliar como a intervenção pretende causar efeitos nessa variável de resultado.

Outro aspecto importante quanto às intervenções investigadas diz respeito ao público-alvo predominante nos programas de intervenção. As intervenções incluídas nesta revisão seguem a tendência encontrada em



estudos internacionais, sobretudo com relação à predominância do público feminino (Cattan, White, Bond, & Learmouth, 2005). Desse modo, é possível questionar possíveis barreiras encontradas pela população masculina para acessar serviços de saúde. Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, (Ministério da Saúde, 2009), os agravantes da não adesão de homens aos programas de saúde derivam, em princípio, de uma não recorrência às medidas de prevenção primária. Isto é justificado não somente por barreiras socioculturais, mas também devido às estratégias de comunicação e ações de saúde que ainda dão maior enfoque na saúde da criança, do adolescente e da mulher. Além disso, dados de pesquisa no Brasil revelam que a população feminina tende a reportar com maior frequência questões de morbidade, relacionadas à saúde física e psicológica, em comparação aos homens (Costa-Júnior & Maia, 2009), enquanto a população masculina é voltada principalmente a serviços especializados, em detrimento da procura pela atenção básica (Souza, Meireles, Tavares, & Menandro, 2015). Semelhantemente, no público masculino, questões de vulnerabilidade a enfermidades graves e crônicas, quando comparadas a índices do público feminino, apresentam um maior número de mortes precoces (Courtenay, 2000). Assim, a dificuldade mais evidente para o amparo à saúde do homem é tornar possível que estes recorram a programas e serviços antes de estarem doentes ou apresentarem queixas de saúde.

Quanto à qualidade metodológica dos artigos selecionados, constatou-se insuficiência no uso de instrumentos/métodos padronizados de coleta e análise de dados, para avaliação dos resultados das intervenções. Em relação a estudos internacionais, há predomínio do uso de medidas quantitativas (analisadas a partir de escalas), tanto na avaliação pré, quanto pós-intervenção (Bolier et al., 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009). Entretanto, no Brasil esse padrão não se configura como regra geral nos estudos avaliados, sendo que apenas três intervenções utilizaram escalas validadas para a população

brasileira (Carneiro & Falcone, 2013; Irigaray et al., 2000; Lopes & Cachioni, 2013). Resende et al. (2010) também utilizaram medidas quantitativas, porém aplicadas apenas no pós-intervenção, o que fragiliza a constatação de efeitos. Em outro estudo, foi formulado um questionário aplicado no pré-teste, porém aplicado em versão simplificada/reduzida no pós-teste, com respostas gravadas em áudio (Borges & Seidl, 2014). Um estudo se baseou nos depoimentos dos participantes para avaliar resultados das intervenções (Morais, 2009), enquanto que outros dois se basearam nas observações da equipe, sem qualquer avaliação pré-teste dos participantes (Lemos & Júnior, 2009; Machado et al., 2013).

Há um consenso internacional na área de avaliação de programas de que, para se conduzir avaliação apurada dos resultados obtidos em intervenções é preferível utilizar diferentes medidas e/ou fontes (i.e., auto relatos dos participantes, escalas válidas/fidedignas, relatos de pais, professores, etc., classificações de observadores, profissionais da equipe, outros métodos qualitativos, etc.), para coleta e posterior análise dos resultados (Gottfredson et al., 2015). Ou seja, para assegurar maior segurança nos resultados obtidos, é fundamental que diferentes indicadores de resultados sejam utilizados como fontes convergentes de produção/coleta e subsequente avaliação dos dados da intervenção. Da mesma forma, os dados devem, idealmente, ser coletados por pessoa(s) diferente(s) de quem aplica a intervenção (moderador). A baixa consistência no delineamento e método de aplicação dos instrumentos representa impedimento para apuração adequada dos principais resultados obtidos nas intervenções (Gottfredson et al., 2015). Desse modo, pode-se evidenciar insuficiência de rigor metodológico quanto a esses aspectos nos estudos avaliados.

Também no que diz respeito à qualidade metodológica, das nove intervenções selecionadas para a revisão, sete são estudos pré-experimentais, e apenas dois são estudos quase-experimentais (Carneiro & Falcone, 2013; Irigaray et al., 2011). Assim, vê-se que

ainda é pouco comum intervenções usarem grupos comparativos (controle, placebo, ou outra intervenção), conforme sugerido para cumprir critérios empíricos para avaliação de resultados (Gottfredson et al., 2015). Na maioria dos estudos nacionais, as intervenções são feitas e avaliadas a partir de um único grupo – caracterizando-se como estudo de viabilidade propriamente dito. Já em contexto internacional, é destacada a importância de introduzir grupos de comparação no delineamento dos programas, para reduzir ameaças à validade interna dos resultados (APA, 2002). É o caso da intervenção desenvolvida no Chile por Cuadra-Peralta, Veloso-Besio, Puddu-Gallardo, Salgado-García e Peralta-Montecinos (2012), a partir de perspectivas da Psicologia Positiva, que analisou os níveis de satisfação de vida e sintomas depressivos na terceira idade, a partir de três grupos: experimental (Intervenção Psicológica Positiva - IPP) e dois controles (atividades recreativas e outro sem intervenção).

Quanto à duração das intervenções incluídas nesta revisão, pode-se observar que o tempo variou com quatro intervenções com duração maior ou igual a 12 semanas (Irigaray et al., 2011; Lemos & Júnior, 2009; Lopes & Cachioni, 2013; Morais, 2009), três com nove semanas (Borges & Seidl, 2014; Machado et al., 2013; Santos et al., 2011), uma intervenção com seis semanas (Carneiro & Falcone, 2013), e uma com duração indeterminada (Resende et al., 2010). No entanto, não foram descritas análises que levassem em conta o tempo das intervenções nos resultados.

Outro critério fundamental para assegurar confiabilidade nos resultados obtidos é incluir pelo menos um estudo de seguimento no delineamento da intervenção (Gottfredson et al., 2015). Bolier et al. (2013) avaliaram 39 estudos de intervenções positivas, dos quais apenas 10 incluíram seguimento, sendo, em sua maioria, de três a seis meses após a intervenção. Embora pequenos, os efeitos mantidos em *follow-up* foram significativos em comparação aos grupos controle (Bolier et al., 2013). Assim, pode-se constatar que,

embora sugerido como método para assegurar maior rigor empírico na avaliação das intervenções, ainda não é padronizada a condução de estudos sistemáticos de seguimento, mesmo em contexto internacional. No caso dos estudos avaliados, a falta de estudos de seguimento, para constatar efeitos a longo prazo, representa um fator impeditivo para sugerir que os resultados de ganhos em saúde apresentados pelos autores após intervenção se sustentam, a ponto de aferir seguramente eficácia das intervenções (APA, 2002). Tendo em vista as limitações mencionadas, é possível constatar porque apenas três estudos cumpriram com dez ou mais critérios de qualidade metodológica nesta revisão (Carneiro & Falcone, 2012; Irigaray et al., 2011; Lopes & Cachioni, 2013), segundo os critérios estabelecidos.

### Considerações finais

Esta revisão contribui com conhecimentos sobre propostas de IPPs multicomponentes conduzidas no Brasil para o público-alvo de interesse, mesmo que as intervenções não tenham sido delineadas prioritariamente com caráter, ou fundamentação teórica, advindos da Psicologia Positiva. Isso quer dizer que pode-se, a partir dos dados desta revisão, ter uma visão panorâmica com relação às práticas psicológicas implementadas que contribuem para a promoção de forças (Inteligência Social/Emocional, Autorregulação/autocontrole emocional, Prudência/autocuidado, Criatividade e Entusiasmo/Vitalidade); quais critérios de qualidade metodológica têm sido utilizados e/ou fragilidades observadas (carência de tentativa de cegamento, relato sobre perdas, ausência de randomização, pouca clareza na descrição da amostra e da intervenção); e quais os efeitos produzidos pelas intervenções em contexto nacional (todos os estudos relataram resultados favoráveis para variáveis de efeito primário e dois para efeitos secundários). Como pontos fortes deste trabalho estão o embasamento no protocolo de Cochrane, reconhecido e sugerido para estudos na área de revisões, e a inclusão de estudos com métodos

qualitativos e quantitativos, para reduzir vies de seleção.

Como limitação do presente estudo está a insuficiência de dados fornecidos pelos estudos incluídos, no que diz respeito à descrição das intervenções e a aspectos metodológicos (detalhamento do perfil das amostras, falta de uso de instrumentos validados, falta de grupo controle e estudo de seguimento, entre outros), o que inibe a realização de inferências sobre quais propostas poderiam beneficiar mais o público-alvo, em termos de promoção de forças e saúde. Além disso, também há uma limitação para avaliar o tempo de intervenção (breve, médio, longo-prazo) que poderia resultar em maior impacto para promoção de saúde, devido à falta de critérios metodológicos que considerassem esse aspecto. Outra limitação deste estudo se refere à opção de incluir apenas estudos revisados por pares, como medida de controle sobre aspectos mínimos de rigor e qualidade metodológica, o que pode ter acarretado vies no processo de seleção.

Os resultados encontrados, contudo, servem como base para profissionais e gestores em saúde, no sentido de contribuir para a identificação de falhas no processo de desenvolvimento e avaliação de futuras intervenções, assim como na identificação de critérios metodológicos que devem ser considerados. No entanto, mesmo tendo sido identificados aspectos falhos na qualidade metodológica dos estudos revisados, os resultados revelam que todas as intervenções apresentaram algum tipo de ganho para a saúde dos participantes. Este dado reforça a necessidade do investimento em políticas e serviços de intervenção na área de promoção de saúde, a partir do fortalecimento de forças, ao invés do foco tão somente na redução ou tratamento de doenças, e, quando muito, na prevenção de patologias específicas, padrão observado ainda comum em contexto nacional.

#### Participação dos autores:

a) Planejamento e concepção do trabalho; b) Coleta de dados; c) Análise e interpretação de dados; d) Redação do manuscrito; e) Revisão crítica do manuscrito.  
L.H.B.D. contribuiu em a,b,c,d, e; L.W.M. em b,c,d,e;  
C.N.S. em b,c,d, e; D.D.D em a,b,c,d, e.

### Referências

- American Psychological Association, APA (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57(1), 1052–1059.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119. doi:10.1186/1471-2458-13-119
- Borges, L. M., & Fleury Seidl, E. M. (2014). Healthy lifestyles in old age: effects of psycho educational intervention with older men. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 468-481. doi:10.15309/14psd150211
- Carneiro, R. S., & Falcone, E. M. de O. (2013). O desenvolvimento das habilidades sociais em idosos e sua relação na satisfação com a vida. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 18(3), 518–526. doi:10.1590/s1413-294x2013000300012
- Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*, 25(1), 41-67. doi:10.1017/S0144686X04002594
- Chiang, K.J., Lu, R.B., Chu, H., Chang, L.H., & Chou, K.R. (2008). Evaluation of the effect of a life review group program on self-esteem and life satisfaction in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 7-10. doi:10.1002/gps.1824.
- Courtenay, W.H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385-

1401. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Puddu-Gallardo, G., Salgado-García, P., & Peralta-Montecinos, J. (2012). Effects of a positive psychology program in depressive symptoms and life satisfaction in the elderly. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(4), 644-652. doi:10.1590/S0102-79722012000400003
- Downs, S. H., & Black, N. (1998). The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 52(6), 377-384. doi:10.1136/jech.52.6.377
- Durgante, H.B. (2017). Methodological quality of strength-based intervention programmes in Latin America: a systematic review of the literature. *Contextos Clínicos*, 10(1), 1-22. doi:10.4013/ctc.2017.101.01
- 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
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., & Schünemann, H. J. (2008). GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 336(7650), 924-926. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39489.470347>
- Irigaray, T. Q., Schneider, R. H., & Gomes, I. (2011). Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(4), 810-818. doi:10.1590/s0102-79722011000400022
- Lemos, P. M., & Cavalcante Júnior, F. S. (2009). Psicologia de orientação positiva: uma proposta de intervenção no trabalho com grupos em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 233-242. doi:10.1590/s1413-81232009000100029
- Lopes, L. de O., & Cachioni, M. (2013). Impacto de uma intervenção psicoeducacional sobre o bem-estar subjetivo de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Temas em Psicologia*, 21(1), 165-181. doi:10.9788/tp2013.1-12
- Machado, J., Campos, C., & Rabelo, D. F. (2013). Treino de habilidades sociais em idosos institucionalizados. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 4(2), 258-265. doi:10.5433/2236-6407.2013v4n2p258
- Machado, F. A., Gurgel, L. G., & Reppold, C. T. (2017). Intervenções em Psicologia Positiva na reabilitação de adultos e idosos: revisão da literatura. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(1), 119-130. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-02752017000100012> doi:10.1590/1982-02752017000100012
- Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2010). *Política Nacional de Promoção da Saúde. Série pactos pela saúde 2006*. Brasília, DF.
- Ministério da Saúde (MS) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2009). *Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Morais, O. N. P. de. (2009). Grupos de idosos: atuação da psicogerontologia no enfoque preventivo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(4), 846-855. doi:10.1590/s1414-98932009000400014
- Oliveira, C., Nunes, M. F. O., Legal, E. J., & Noronha, A. P. P. (2016). Bem-Estar Subjetivo: estudo de correlação com as Forças de Caráter. *Avaliação Psicológica*, 15(2), 177-185. doi:10.15689/ap.2016.1502.06
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial de

- Saúde (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília, DF
- Proyer, R.T., Gander, F., Wellenzohn, S. & Ruch, W. (2014) Positive Psychology interventions in people aged 50-79 years: Long-term effects of placebo-controlled online interventions on well-being and depression. *Aging & Mental Health*, 18(8), 997-1005, doi:10.1080/13607863.2014.899978
- Ramírez, E., Ortega, A. R., Chamorro, A., & Colmenero, J. M. (2013). A program of positive intervention in the elderly: memories, gratitude and forgiveness. *Aging & Mental Health*, 18(4), 463-470. doi:10.1080/13607863.2013.856858
- Resende, M. C. de, Ferreira, A. A., Naves, G. G., Arantes, F. M. S., Roldão, D. F. M., Sousa, K. G., & Abreu, S. A. M. (2010). Envelhecer atuando: bem-estar subjetivo, apoio social e resiliência em participantes de grupo de teatro. *Fractal: Revista de Psicologia*, 22(3), 591-608. doi:10.1590/s1984-02922010000900010
- Roscoe, L. J. (2009). Wellness: a review of theory and measurement for counselors. *Journal of Counseling & Development*, 87(2), 216-226. doi:10.1002/j.1556-6678.2009.tb00570.x
- Santos, I. dos, Alves, A. C. dos S., Silva, A. F. L. da, Caldas, C. P., Berardinelli, L. M. M., & Santana, R. F. (2011). O grupo pesquisador construindo ações de autocuidado para o envelhecimento saudável: pesquisa sociopoética. *Escola Anna Nery*, 15(4), 746-754. doi:10.1590/s1414-81452011000400013
- Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 3-9). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421. doi:10.1037/0003-066x.60.5.410
- Shults, R. A., Elder, R. W., Nichols, J. L., Sleet, D. A., Compton, R., & Chattopadhyay, S. K. (2009). Effectiveness of multicomponent programs with community mobilization for reducing alcohol-impaired driving. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(4), 360-371. doi:10.1016/j.amepre.2009.07.005
- 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
- Souza, L. G. S., Meireles, A. A., Tavares, K. M. C., & Menandro, M. C. S. (2015). Intervenções psicossociais para promoção da saúde do homem em unidade de saúde da família. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 932-945. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001562013doi.org/10.1590/1982-3703001562013>
- Steinhauser, K. E., Alexander, S. C., Byock, I. R., George, L. K., Olsen, M. K., & Tulsky, J. A. (2008). Do preparation and life completion discussions improve functioning and quality of life in seriously ill patients? Pilot randomized control trial. *Journal of Palliative Medicine*, 11(9), 1234-1240. doi:10.1089/jpm.2008.0078
- United Nations, UN (2013). *World Population Ageing 2013*. New York, NY. disponível em <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>