



Programa aprovado pelo Conselho Superior de Ensino e Pesquisa da UFPA – Resolução 2545/98. Reconhecido nos termos das Portarias N°. 84 de 22.12.94 da Presidente da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES e No. 694 de 13.06.95 do Ministério da Educação e do Desporto. Doutorado autorizado em 1999.

Terapia de Aceitação e Compromisso com Pessoas Idosas: um modelo de intervenção breve

Lidiane Colares de Faro

Belém - PA

2026



Terapia de Aceitação e Compromisso com Pessoas Idosas: um modelo de intervenção breve

Lidiane Colares de Faro

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutora.

Área de concentração: Ecoetologia

Orientador(a): Profº Dr. Janari da Silva
Pedroso.

Belém – Pará
2026



Ficha Catalográfica (obrigatório)
(verso da 1ª folha)



DEFESA DE DOUTORADO

“Terapia de Aceitação e Compromisso com Pessoas Idosas: um modelo de intervenção breve”

Aluna: Lidiane Colares de Faro.

Data da Defesa: 16 de março de 2026.

Resultado: Aprovado com correções.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Janari da Silva Pedroso (Orientador - PPGTPC/UFPA)

Profª. Dra. Celina Maria Colino Magalhães (Membro Interno - PPGTPC/UFPA)

Profª. Dra. Jeisiane dos Santos Lima (Membro Interno - PPGTPC/UFPA)

Profª. Dra. Isabelle Patrícia Freitas Soares Chariglione (Membro Externo – UNB)

Profª. Dra. Sandra Elisa de Assis Freire (Membro Externo – UFDPA)

**Termo de Autorização e Declaração de Distribuição não exclusiva para Publicação
Digital no Repositório Institucional da UFPA**

IDENTIFICAÇÃO DO AUTOR E DA OBRA

Autor*: Lidiane Colares de Faro

Vínculo com a UFPA: () Servidor; (X) Discente

Unidade: Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Sub Unidade: Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Tipo do documento: (X) Tese; () Dissertação; () Livro; () Capítulo de Livro; () Artigo de Periódico; () Trabalho de Evento; () Outro. Especifique:

Título do Trabalho: Terapia de Aceitação e Compromisso com Pessoas Idosas: um modelo de intervenção breve

Data da Defesa: 16/03/2026. Área do Conhecimento: Ecoetologia

Agência

de Fomento:

*Para cada autor, uma autorização preenchida e assinada.

DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO NÃO EXCLUSIVA

O referido autor:

- a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.
- b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à Universidade Federal do Pará os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros, está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal do Pará, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, autorizo a UFPA a disponibilizar de acordo com a licença pública *Creative Commons* Licença 3.0 *Unported*, e de acordo com a Lei nº 9610/98, o texto integral da obra citada, conforme permissões abaixo por mim assinaladas, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a partir desta data.

Permitir o uso comercial da obra?

() Sim

(x) Não

Permitir modificações em sua obra?

() Sim, contanto que compartilhem pela mesma licença

(x) Não

O documento está sujeito ao registro de patente?

() Sim

(x) Não

A obra continua protegida conforme a Lei Direito Autoral.

Belém(PA) 26/05/2026

Assinatura do Autor e/ou Detentor dos Direitos do Autor

Às pessoas idosas, que me ensinam sobre permanência e transformação.

À minha mãe, que partiu antes de viver a velhice que merecia. Sinto a falta de acompanhar seus cabelos embranquecendo. Esta tese carrega o amor e a ausência que ela deixou em mim. Como escreveu Irvin Yalom em Mamãe e o Sentido da Vida:

“— Sim, é claro que me lembro do meu sonho, mamãe. Foi onde isso tudo começou.

— Seu sonho? É isso que eu quero lhe dizer. O erro é esse, Oyvin, é você pensar que eu estava no seu sonho. Aquele sonho não era seu, filhote. Era o meu sonho.” (Yalom, 2008, p. 22).

Que este trabalho transmita, de algum modo, os sonhos que foram dela e que seguem vivos em mim.

Agradecimentos

Agradeço, primeiramente, às pessoas idosas que participaram desta pesquisa. Cada relato, cada disponibilidade para responder às entrevistas e participar dos encontros grupais deram sentido concreto a este trabalho. Vocês não foram apenas participantes, mas protagonistas na construção deste conhecimento.

Ao meu orientador, por ter sido presença constante ao longo da minha trajetória na pós-graduação, no mestrado e no doutorado. Em muitos momentos duvidei da minha capacidade de concluir este trabalho, mas sua postura sempre foi de confiança, disponibilidade e incentivo. Sua maneira de orientar, questionar e acreditar que eu poderia concluir essa jornada, fez diferença real na construção desta tese e na profissional que me tornei. Espero, um dia, ser para meus alunos e orientandos a educadora que o senhor foi para mim. Sua contribuição na minha vida acadêmica e profissional será sempre inestimável.

À banca examinadora, pela disponibilidade em avaliar este trabalho e pelas contribuições que certamente enriquecerão esta trajetória.

Às instituições parceiras, aos acadêmicos voluntários do curso de psicologia do IMMES e aos profissionais de serviços de saúde mental que viabilizaram a realização da pesquisa, acolhendo a proposta e permitindo que ela se concretizasse.

A algumas pessoas que caminharam ao meu lado ao longo desses anos. Em especial ao Andeson, que embarca nos meus “papos cabeçudos”, que escuta minhas ideias, inclusive as mais ousadas, e que sempre acredita que eu sou capaz de concretizá-las, mesmo quando eu mesma tenho dúvidas. Sua leveza e seu apoio tornaram esse percurso mais possível.

Ao meu pai, que desde sempre me ensinou a enfrentar obstáculos e a superar limites. Sua exigência foi, e continua sendo, uma forma de amor que me impulsiona.

Ao meu filho, com apenas 12 anos, que, nos dias em que me viu preocupada ou produzindo em horários inusitados, me encorajou, me tranquilizou e ainda reforçou que sabia por que eu estava ocupada e que acreditava que eu era capaz de concluir fosse o que fosse que eu estivesse fazendo. A confiança que você tem em mim me inspira de uma maneira que nenhuma teoria consegue explicar. Afinal, como aprendemos em *Kimetsu no Yaiba – Mugen Ressha-hen*, quando assistimos juntos: “quando a luta for difícil demais, incendeie o seu coração”. Essa conquista, filho, também é por você.

E à minha mãe.

Há ausências que se tornam presença permanente.

Faro, LC. (2026). Terapia de Aceitação e Compromisso com Pessoas Idosas: um modelo de intervenção breve. [Tese de Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém-PA, 197p.

Resumo

O envelhecimento populacional brasileiro impõe desafios significativos às políticas públicas voltadas à atenção à pessoa idosa, especialmente quanto à oferta de intervenções psicológicas viáveis e sensíveis às especificidades da velhice. O aumento da expectativa de vida, associado a contextos de vulnerabilidade social, demanda estratégias de cuidado que transcendam modelos exclusivamente biomédicos e considerem recursos subjetivos relacionados à adaptação no desenvolvimento humano. Nesse contexto, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), abordagem contextual-comportamental baseada em processos, apresenta-se como alternativa ao enfatizar flexibilidade psicológica, compreendida como a capacidade de agir de maneira coerente com valores pessoais mesmo diante de experiências internas difíceis. Esta tese teve como objetivo investigar a viabilidade e possíveis efeitos de uma intervenção grupal breve baseada na ACT para pessoas idosas em contexto público de cuidado, articulando referenciais desenvolvimentais do envelhecimento, especialmente o paradigma life-span e o modelo de Seleção, Otimização e Compensação (SOC), à perspectiva da ACT. O trabalho foi estruturado em quatro estudos complementares. O Estudo I consistiu em uma revisão da literatura acerca da aplicação da ACT com pessoas idosas. Os achados indicaram evidências favoráveis à utilização da ACT e de versões breves, como a FACT, especialmente na redução de sofrimento psicológico, sintomas depressivos e dor crônica, além do aumento do engajamento com valores pessoais. Entretanto, observaram-se heterogeneidade metodológica, limitações amostrais e escassez de estudos nacionais. O Estudo II, de natureza qualitativa, analisou os significados atribuídos ao envelhecimento por 116 pessoas idosas usuárias de serviços públicos de cuidado, por meio de análise lexical de questões abertas. Foram identificadas três classes discursivas: retração social, adaptação reflexiva e envelhecimento como maturidade. Os resultados indicaram predominância de significados relacionados à reorganização adaptativa diante das mudanças do envelhecimento. O Estudo III, de delineamento transversal, investigou associações entre flexibilidade psicológica, autoeficácia e resiliência na mesma amostra. Utilizaram-se os instrumentos AAQ-II, GSES e CD-RISC-10, além de dados sociodemográficos e comportamentais. Os resultados evidenciaram correlações entre maior flexibilidade psicológica, maiores níveis de autoeficácia e resiliência. Também foram observadas associações entre esses recursos e fatores contextuais, como participação em atividades físicas, lazer e redes sociais. O Estudo IV consistiu na implementação e avaliação de um protocolo piloto grupal baseado na ACT, composto por seis encontros semanais, realizado com cinco participantes que concluíram todas as etapas. Observou-se tendência de redução dos escores de inflexibilidade psicológica, além de elevada aceitabilidade da intervenção. Relatos qualitativos destacaram a relevância do espaço grupal, da reflexão sobre valores pessoais e da aplicabilidade prática dos exercícios no cotidiano. Barreiras estruturais, como dificuldades de locomoção e disponibilidade de horário, foram identificadas como desafios para futuras implementações. De forma integrada, os resultados sugerem que intervenções breves fundamentadas na ACT são viáveis em contextos públicos de cuidado à pessoa idosa e podem favorecer processos relacionados à adaptação psicológica na velhice. A articulação entre modelos desenvolvimentais e abordagens comportamentais-contextuais constitui uma contribuição teórica ao indicar convergências entre a reorganização adaptativa descrita pelo modelo SOC e a flexibilidade psicológica proposta pela ACT.

Palavras-chave: Terapia de Aceitação e Compromisso, Flexibilidade Psicológica, Pessoas Idosas.

Faro, L. C. (2026). Acceptance and Commitment Therapy with Older Adults: A Brief Intervention Model. [Doctoral Thesis]. Postgraduate Program in Behavioral Theory and Research. Federal University of Pará, Belém - PA. 197 p.

Abstract

Brazilian population aging poses significant challenges to public policies aimed at older adults, particularly regarding the provision of feasible psychological interventions sensitive to the specificities of later life. Increased life expectancy, associated with contexts of social vulnerability, demands care strategies that go beyond exclusively biomedical models and consider subjective resources related to adaptation throughout human development. In this context, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), a process-based contextual behavioral approach, emerges as an alternative by emphasizing psychological flexibility, understood as the ability to act consistently with personal values even in the presence of difficult internal experiences. This dissertation aimed to investigate the feasibility and possible effects of a brief group-based ACT intervention for older adults in a public care context, articulating developmental perspectives on aging, especially the life-span paradigm and the Selection, Optimization, and Compensation (SOC) model, with the ACT framework. The dissertation was organized into four complementary studies. Study I consisted of a literature review on the application of ACT among older adults. Findings indicated favorable evidence for the use of ACT and brief versions such as FACT, particularly in reducing psychological distress, depressive symptoms, and chronic pain, as well as increasing engagement with personal values. However, methodological heterogeneity, sample limitations, and a scarcity of Brazilian studies were identified. Study II, qualitative in nature, analyzed meanings attributed to aging by 116 older adults receiving public care services through lexical analysis of open-ended questions. Three discursive classes were identified: social withdrawal, reflective adaptation, and aging as maturity. Findings indicated a predominance of meanings associated with adaptive reorganization in response to aging-related changes. Study III, with a cross-sectional design, investigated associations between psychological flexibility, self-efficacy, and resilience in the same sample. The AAQ-II, GSES, and CD-RISC-10 instruments were used, in addition to sociodemographic and behavioral data. Results showed correlations between greater psychological flexibility and higher levels of self-efficacy and resilience. Associations were also observed between these resources and contextual factors such as participation in physical activities, leisure, and social networks. Study IV consisted of the implementation and evaluation of a pilot group-based ACT protocol composed of six weekly sessions, conducted with five participants who completed all stages of the intervention. A reduction trend in psychological inflexibility scores and high intervention acceptability were observed. Qualitative reports highlighted the relevance of the group setting, reflection on personal values, and the practical applicability of the exercises in daily life. Structural barriers, such as mobility difficulties and schedule availability, were identified as relevant challenges for future implementations. Overall, findings suggest that brief ACT-based interventions are feasible in public care settings for older adults and may foster processes related to psychological adaptation in later life. The articulation between developmental models and contextual behavioral approaches represents a theoretical contribution by indicating convergences between the adaptive reorganization described in the SOC model and the psychological flexibility proposed by ACT.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy; Psychological Flexibility; Older Adults.

Lista de Figuras

Figura 1 Fluxograma do processo de seleção dos estudos incluídos na revisão, conforme diretrizes PRISMA.....	62
Figura 2 Classes identificadas na análise – CHD.....	78
Figura 3 Análise Fatorial de Correspondência – AFC.....	84

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Análise dos aspectos metodológicos.....	64
Tabela 2 – Avaliação Jadad.....	68
Tabela 3 – Dados sociodemográficos por sexo dos participantes.....	100
Tabela 4 – Correlações entre variáveis psicológicas e sociodemográficas.....	102
Tabela 5 – Correlação de Pearson entre autoeficácia (GSES), resiliência (CD-RISC-10) e flexibilidade psicológica (AAQ-II) – N = 116.....	103
Tabela 6 – Correlação bisserial entre os escores das escalas e presença de problemas de saúde – N = 116.....	105
Tabela 7 – Estatística do teste global (ANOVA) para faixa etária.....	106
Tabela 8 – Estatísticas descritivas por faixa etária.....	106
Tabela 9 – Correlação de Pearson entre idade e escores das escalas GSES, CD-RISC-10 e AAQ-II – N = 116.....	108
Tabela 10 – Estrutura dos encontros e classes de respostas trabalhadas.....	119
Tabela 11 – Escores individuais nas escalas psicométricas antes e depois da intervenção por participante (P).....	121

Lista de Abreviaturas

AAQ-II – *Acceptance and Action Questionnaire – II* (Questionário de Aceitação e Ação – II)

ACT – *Acceptance and Commitment Therapy* (Terapia de Aceitação e Compromisso)

ANOVA – *Analysis of Variance* (Análise de Variância)

APS – Atenção Primária à Saúde

CD-RISC-10 – *Connor-Davidson Resilience Scale – 10 items* (Escala de Resiliência de Connor-Davidson – 10 itens)

FACT – *Focused Acceptance and Commitment Therapy* (Terapia de Aceitação e Compromisso Focada)

GSES – *General Self-Efficacy Scale* (Escala de Autoeficácia Geral Percebida)

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PPGTPC – Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

SOC – *Selection, Optimization and Compensation* (Seleção, Otimização e Compensação)

SST – *Socioemotional Selectivity Theory* (Teoria da Seletividade Socioemocional)

SUS – Sistema Único de Saúde

UFPA – Universidade Federal do Pará

Sumário

Apresentação.....	17
1. Introdução	20
1.1. Envelhecimento Saudável.....	28
1.2. Autoeficácia e envelhecimento	33
1.3 Resiliência e Envelhecimento.....	36
1.4. Flexibilidade Psicológica e Envelhecimento	38
1.5. Envelhecimento como processo de Seleção, Otimização e Compensação.....	41
1.6. Serviços Públicos de Cuidado à Saúde de Pessoas Idosas	43
1.7. Intervenções Psicológicas Breves com ACT para Pessoas Idosas.....	50
2. Objetivos.....	58
2.1. Objetivo geral	58
2.2. Objetivos específicos	58
3. Estudo I: Eficácia da Terapia de Aceitação e Compromisso em grupos para pessoas idosas: revisão de literatura	59
Introdução	60
Referencial Teórico.....	61
Método.....	62
Resultados e discussão.....	42
Conclusão	47
4. Estudo II: Envelhecimento como reorganização adaptativa: uma análise lexical dos significados atribuídos por pessoas idosas	49
Introdução	49
Método.....	51
Resultados.....	52
Conclusão	62
5. Estudo III: Relação entre Autoeficácia, Resiliência e Flexibilidade Psicológica em Pessoas Idosas.....	64
Introdução	65
Método.....	66
Resultados.....	72
Discussão	82
Conclusão	85
6. Estudo IV: Promoção de flexibilidade psicológica em pessoas idosas: uma intervenção piloto, grupal, baseada na ACT	87
Introdução	87

Método.....	89
Resultados e Discussão.....	94
Conclusão	98
7. À Guisa de uma Conclusão Geral.....	101
Referências	105
Apêndice A. TCL.....	134
Apêndice B. Questionário de Caracterização	136
Apêndice C. GSES.....	138
Apêndice D. CD-RISC-10.....	139
Apêndice E. AAQ-II	140
Apêndice F. Entrevista – Perspectiva Envelhecimento	141
Apêndice G. Entrevista de Aceitabilidade	142
Apêndice H. Descrição da Intervenção Grupal Breve Baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT).....	143
Apêndice I. Recursos Visuais Utilizados na Intervenção Grupal Baseada na ACT	154
Apêndice J. Intervenções Breves Baseadas na ACT no SUS: Um Guia Orientador para o Cuidado com Pessoas Idosas.....	158

Apresentação

A presente tese é resultado de um percurso acadêmico e profissional comprometido com a promoção da saúde mental na velhice, e engajado na construção de conhecimento que repercuta no cuidado das pessoas idosas. Desde o mestrado dediquei-me ao estudo do envelhecimento humano com base em uma concepção desenvolvimentista do ciclo vital (life-span), com especial interesse em recursos subjetivos promotores de bem-estar ao longo da vida. Na dissertação de mestrado, investiguei a autoeficácia em pessoas idosas, em busca de compreender como crenças de competência pessoal influenciam vivências subjetivas e seus processos de adaptação às demandas do envelhecer.

No doutorado, busquei aprofundar essa linha temática, alinhando-a à minha prática cotidiana como servidora pública no Sistema Único de Saúde (SUS), onde acompanho demandas psicossociais na velhice, especialmente em contextos de vulnerabilidade, e procuro contribuir no desenvolvimento de práticas eficazes para essa população. Essa vivência profissional consolidou minha convicção de que a saúde, compreendida em sua concepção ampliada, como estado de completo bem-estar físico, mental e social (OMS, 1946/2000) requer intervenções e modelos que considerem dimensões subjetivas do envelhecimento, como valores pessoais, experiências privadas e propósito existencial.

Essa compreensão das especificidades do cuidado no serviço público para pessoas idosas, assim como o entendimento de que é essencial atenção às idiossincrasias das pessoas atendidas, se alinham à Teoria da Seletividade Socioemocional, proposta por Carstensen (1999), segundo a qual, com o avanço da idade, os indivíduos passam a priorizar metas afetivamente significativas e experiências que promovam sentido e bem-estar, que por sua vez são particulares de cada indivíduo. Nesse contexto, compreende-se que práticas clínicas voltadas à população idosa devem incluir estratégias que favoreçam o engajamento com valores pessoais e a construção de uma narrativa de vida significativa.

Esse entrelaçamento entre a experiência prática e o compromisso com uma ciência aplicada voltada à melhora de vida da população idosa, fundamenta o direcionamento desta tese, construída sob o paradigma das terapias baseadas em processos, especificamente da Terapia de Aceitação e Compromisso - ACT (Hayes et al., 2021). Cujos processos (de predisposição, de manutenção e de mudança) centrais desse modelo: aceitação, desfusão cognitiva, presença, self contextual, ação comprometida e compromisso com valores pessoais, se mostram particularmente adequados para fomentar a flexibilidade psicológica, constructo basilar para a qualidade de vida na perspectiva da ACT (Bagheri et al., 2017), e o envelhecimento saudável em contextos de vulnerabilidade (Silva et al., 2021).

Essa abordagem terapêutica, ao enfatizar a flexibilidade psicológica, compreendida como a capacidade de agir de acordo com os valores pessoais mesmo na presença de eventos internos difíceis como medo, ansiedade e outros; alinha-se à teoria da seleção, otimização e compensação (SOC), que descreve o envelhecimento como processo dinâmico no qual pessoas idosas selecionam objetivos emocionalmente relevantes e adotam estratégias internas de regulação para otimizar seu bem-estar (Santos et al., 2023).

Diante disso, a presente tese busca demonstrar que a ACT, mesmo em formatos breves e adaptados ao contexto do cuidado nos serviços públicos de saúde, configura-se como uma estratégia clínica viável e possivelmente benéfica para a promoção da saúde emocional de pessoas idosas. Para sustentar essa proposição, o trabalho foi estruturado em quatro estudos complementares, teórico, qualitativo, quantitativo correlacional e interventivo, que compõem uma abordagem integrada de investigação.

O Estudo I apresenta uma revisão da literatura sobre a aplicação da ACT com pessoas idosas, com ênfase em suas evidências de eficácia, adaptações culturais e lacunas ainda existentes. O Estudo 2, de caráter exploratório e qualitativo, dedica-se à análise das questões abertas coletadas durante entrevistas com pessoas idosas, investigando os significados do

envelhecimento ao longo da vida, considerando dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais, por meio de análise lexical do discurso. O Estudo 3, de natureza transversal, baseia-se na aplicação de instrumentos padronizados aplicados a pessoas idosas usuários de serviços públicos de saúde, visando investigar a presença e correlação entre variáveis como autoeficácia, resiliência e flexibilidade psicológica, reconhecidas como preditoras de bem-estar. Por fim, o Estudo 4 descreve o desenvolvimento, aplicação e avaliação de uma intervenção grupal piloto baseado na ACT, conduzido com pessoas idosas, examinando mudanças nos níveis de flexibilidade psicológica, autoeficácia e resiliência, bem como a aceitabilidade percebida.

A partir dessa trajetória investigativa, esta tese intenciona sustentar que intervenções breves baseadas na ACT, implementadas em contextos públicos de cuidado à pessoa idosa, representam uma estratégia clínica viável para fortalecer a flexibilidade psicológica e o engajamento com valores pessoais na velhice, ampliando possibilidades de adaptação diante das mudanças inerentes ao envelhecimento.

1. Introdução

O envelhecimento populacional configura-se como um fenômeno global, contínuo e irreversível, resultante da combinação entre o declínio das taxas de fecundidade e o aumento da expectativa de vida. Esse cenário tem sido amplamente reconhecido em documentos recentes de referência para a atuação em políticas públicas, que destacam o envelhecimento populacional como um fenômeno complexo, que demanda respostas articuladas e intersetoriais, especialmente no campo da saúde e da assistência social, considerando suas múltiplas determinações biopsicossociais (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2025). Esse processo, que há décadas transforma as estruturas etárias de países desenvolvidos, manifesta-se de forma acelerada em países de renda média, como o Brasil. De acordo com o Censo Demográfico de 2022, a população brasileira com 60 anos ou mais passou de 20,6 milhões em 2010 para 32,1 milhões em 2022, representando um crescimento de 56% em doze anos e correspondendo a 15,9% da população total (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2023). Projeções indicam que, até 2050, mais de 30% da população brasileira será composta por pessoas com 60 anos ou mais (CFP, 2025). Essa transição demográfica impõe desafios significativos às políticas públicas, particularmente no campo da saúde, ao exigir não apenas respostas biomédicas, mas também estratégias que contemplem o cuidado subjetivo e o bem-estar emocional da pessoa idosa (Garcia et al., 2017).

O crescimento da população idosa tem implicado em transformações significativas nas esferas sanitária, social, econômica e cultural, gerando novas demandas para os sistemas de proteção social e atenção à saúde. Esse fenômeno tem sido amplamente investigado por diferentes disciplinas, como gerontologia, saúde coletiva, psicologia e políticas públicas, que discutem desde os impactos do envelhecimento sobre o sistema de saúde e previdência até as formas de cuidado, redes de suporte e qualidade de vida na velhice (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA], 2023; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2021). Não se trata

apenas de uma alteração quantitativa na estrutura populacional, mas de um desafio qualitativo para a construção de respostas sociais e clínicas que considerem a diversidade e a complexidade das experiências de envelhecimento, atravessadas por marcadores sociais como gênero, raça, classe e território, que produzem diferentes modos de envelhecer (CFP, 2025).

No Brasil, o envelhecimento da população impulsionou a criação de marcos legais voltados à proteção e à promoção de direitos da pessoa idosa, entre os quais se destaca o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), que reconhece o envelhecimento como um direito e assegura acesso prioritário a serviços de saúde, assistência social e participação cidadã. Nesse contexto, destaca-se o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) como principal dispositivo de cuidado à saúde da pessoa idosa no Brasil.

Apesar dos avanços normativos e da ampliação do acesso aos cuidados de saúde, ainda são escassas intervenções psicológicas breves, estruturadas e baseadas em evidências, que sejam viáveis no cotidiano dos serviços públicos e sensíveis às especificidades do envelhecimento. Evidências recentes oriundas de avaliações de processos em serviços públicos brasileiros indicam, inclusive, importantes desafios relacionados ao alcance, à adesão e à continuidade do cuidado em intervenções psicoterapêuticas voltadas as pessoas idosas, com baixos índices de conclusão do tratamento, apesar de bom engajamento entre os participantes que permanecem (Salvo & Ferreira, 2025). Além disso, o envelhecimento no Brasil é marcado por profundas desigualdades sociais, econômicas e territoriais, que produzem diferentes condições de acesso ao cuidado e distintas formas de vivenciar a velhice, exigindo abordagens sensíveis aos determinantes sociais e às especificidades dos contextos de vida (CFP, 2025).

Tal cenário evidencia a necessidade de desenvolvimento e avaliação de propostas interventivas que considerem, simultaneamente, os determinantes no envelhecimento e as limitações operacionais do SUS. Embora o Sistema Único de Saúde seja orientado por princípios como a integralidade do cuidado, que pressupõe a consideração das dimensões

biológicas, psicológicas e sociais no processo saúde-doença, observa-se que, na prática, ainda é limitado o reconhecimento das dimensões subjetivas do envelhecer, como sofrimento emocional, perdas simbólicas, reconstrução de sentido e promoção de bem-estar (Camargo & Alencar, 2021; Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2021). Essa lacuna também tem sido apontada em documentos técnicos recentes da Psicologia brasileira, que destacam a necessidade de práticas alinhadas aos princípios dos direitos humanos, da integralidade do cuidado e da consideração das múltiplas dimensões do envelhecimento no contexto das políticas públicas (CFP, 2025).

Logo, evidencia-se a necessidade de estratégias clínicas que incorporem abordagens centradas na pessoa idosa, sensíveis à complexidade das experiências subjetivas e viáveis para aplicação nos contextos do SUS. Neste sentido, compreende-se que a multidimensionalidade do desenvolvimento humano exige abordagens teóricas que ultrapassem perspectivas reducionistas, considerando as mudanças ao longo do tempo como processos contínuos e influenciados por múltiplos fatores. Essa constatação imprime destaque ao paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (life-span), que compreende o envelhecimento como parte de um processo adaptativo em curso, atravessado por influências biológicas, históricas e culturais (Baltes & Baltes, 1990).

Adicionalmente, modelos de regulação emocional contribuem para compreender como, na velhice, as pessoas tendem a priorizar experiências emocionalmente significativas e a otimizar o bem-estar subjetivo, mesmo diante de perdas funcionais ou limitações contextuais (Gross & Carstensen, 2003). A articulação desses referenciais permite compreender as idiossincrasias da velhice sob múltiplas influências como filogenéticas, ontogenéticas e sociais, e sustenta a necessidade de práticas de cuidado que valorizem a experiência subjetiva do envelhecer (Neri, 2016).

Nesse contexto, destaca-se o modelo de Seleção, Otimização e Compensação (SOC), proposto por Baltes e Baltes (1990), como um importante referencial para compreender os processos adaptativos ao longo do envelhecimento. O modelo postula que, diante de mudanças e perdas associadas ao avançar da idade, os indivíduos tendem a selecionar objetivos prioritários, otimizar recursos disponíveis para alcançá-los e compensar limitações por meio de estratégias alternativas. Esses processos permitem compreender o envelhecimento como um movimento ativo de adaptação, no qual a manutenção do funcionamento e do bem-estar não depende da ausência de perdas, mas da flexibilidade na gestão das demandas e dos recursos ao longo da vida.

A partir dessa perspectiva, torna-se pertinente investigar intervenções que favoreçam a ampliação de repertórios adaptativos, incluindo a flexibilidade psicológica, a reorganização de metas e o engajamento com valores pessoais, especialmente em contextos de saúde pública. Especialmente aquelas compatíveis com princípios de cuidado direcionados para a população de forma universal, como no caso do SUS (Fledderus et al., 2010).

A ampliação dos questionamentos sobre fatores que impactam a vivência do envelhecimento tem impulsionado investigações, na busca de compreender os determinantes nas intervenções voltadas a pessoas idosas, bem como seus efeitos sobre a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo. Discussões acerca disso contribuem para fundamentar propostas de cuidado mais efetivas e sensíveis às especificidades dessa etapa do desenvolvimento, além de ampliar a compreensão de múltiplos fatores, como biológicos, psicológicos e sociais (Ramalho et al., 2021; Veloz et al., 2020).

Por outro lado, há evidências de que intervenções mal-conduzidas, especialmente em contextos públicos de saúde, podem reforçar práticas excludentes, medicalizantes ou infantilizantes (Ufma et al., 2013), comprometendo a autonomia ao invés de promoverem a agência e a flexibilidade psicológica essenciais para uma velhice significativa (Chnaider &

Nakano, 2021), além de favorecerem o isolamento social (Godoy et al., 2021; OPAS, 2021). Esse cenário evidencia a necessidade de práticas que considerem os determinantes sociais e as desigualdades estruturais que atravessam o envelhecimento, evitando abordagens generalistas e descontextualizadas, conforme apontado em diretrizes recentes para atuação da Psicologia nas políticas públicas (CFP, 2025).

Acerca da preocupação em relação ao isolamento social na velhice, a qualidade das interações sociais e a inserção em vínculos afetivos significativos têm sido associadas a melhores desfechos na velhice, o que justifica a atenção a estratégias grupais que favoreçam o pertencimento, a escuta e o compartilhamento de experiências entre pessoas idosas (Oliveira & Santo, 2025). Esse entendimento também reforça a relevância de intervenções breves que promovam a integração de perdas e a manutenção de conexões sociais, equilibrando autonomia e estabelecimento de novos vínculos na velhice (Possatto & Rabelo, 2017). Sendo que, aspectos como a regulação emocional, a aprendizagem de repertórios de enfrentamento e a conexão com metas pessoais foram apontados como dimensões centrais para o bem-estar na velhice, especialmente em cenários marcados por perdas funcionais ou redes de apoio fragilizadas (Carstensen, 1999; Ramalho et al., 2021).

Diante desse panorama, intervenções baseadas na potencialização de recursos psicológicos, como autoeficácia, resiliência e adaptação positiva, são alternativas promissoras para fomentar um envelhecimento saudável multidimensional, influenciado por fatores biológicos, sociais e contextuais (Chnaider & Nakano, 2021; Nascimento et al., 2019; Ventura, 2020). Nesse sentido, entre as abordagens terapêuticas contemporâneas com evidências de efetividade para promoção de saúde emocional na velhice, destaca-se neste texto a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT, do inglês *Acceptance and Commitment Therapy*), desenvolvida por Steven Hayes e colaboradores. A ACT integra estratégias de aceitação experiencial, desfusão cognitiva e engajamento com valores pessoais, promovendo maior

flexibilidade psicológica e, conseqüentemente, melhora na qualidade de vida (Hayes et al., 2019; Hayes et al., 2021). Embora amplamente validada em populações adultas, evidências emergentes sugerem efeitos auspiciosos de sua aplicação em pessoas idosas, especialmente em quadros de depressão e dor crônica (Medeiros et al., 2019).

No contexto brasileiro, ainda são escassos os estudos empíricos que investigam intervenções baseadas na ACT com populações idosas. Algumas iniciativas, no entanto, têm apontado contribuições relevantes. Como Lima et al. (2019) relatam, a ACT demonstra favorecer o direcionamento das pessoas idosas para valores e objetivos significativos, contribuindo para o enfrentamento de limitações físicas, dor, solidão e perdas afetivas, além de favorecer o senso de presença e propósito de vida. Aliado a isso, intervenções baseadas na ACT também demonstraram capacidade para mitigar o isolamento social ao reorientar comportamentos para metas alcançáveis alinhadas aos valores pessoais, promovendo engajamento ativo mesmo diante de declínios em saúde e maior exposição à solidão (Lester & Murrell, 2021; Ure et al., 2024). Ademais, a aplicação de formatos grupais na ACT tem se mostrado promissora para pessoas idosas, ao fomentar interações sociais e coaprendizagem que combatem o isolamento e promovem bem-estar por meio de experiências de pertencimento e solidariedade (Correa, 2016; Ure et al., 2024).

Essa configuração grupal, ao ativar processos centrais da ACT como aceitação experiencial e contato com o momento presente, demonstra-se particularmente adequada para pessoas idosas, que exibem maior predisposição natural à aceitação de afeto negativo em comparação a populações mais jovens (Lester & Murrell, 2021). Essa predisposição facilita a adesão a intervenções baseadas na ACT, com meta-análises indicando sua efetividade na promoção de flexibilidade psicológica em contextos de doença física e mental durante o envelhecimento (Jenull et al., 2023).

Nesse contexto, a ACT se posiciona como uma intervenção que pode se apresentar em formato breve e possui preceitos transdiagnósticos, o que facilita seu alinhamento às demandas de sistemas de saúde pública por sua ênfase em processos universais de mudança comportamental contextual (Petkus & Wetherell, 2011; Witlox et al., 2018). Sua estrutura processual, centrada em seis processos interconectados (aceitação experiencial, desfusão cognitiva, contato com o presente, self como contexto, valores e ação comprometida), permite intervenções breves adaptáveis a contextos de saúde pública, com evidências preliminares de eficácia em pessoas idosas para transtorno de ansiedade generalizada (Delhom et al., 2022; Wetherell et al., 2010).

Além disso, adaptações específicas para pessoas idosas, como ênfase na aceitação de emoções frequentes no envelhecimento, como saudade, luto, desamparo e outros, e na ativação de valores temporais limitados, reforçam sua adequação como intervenção breve em serviços públicos, com evidências de reduções em sintomas ansiosos comparáveis a abordagens cognitivo-comportamentais tradicionais (Delhom et al., 2022). A configuração processual da ACT, ao enfatizar estilos de treinamentos baseados na aprendizagem dos processos que compõem a flexibilidade psicológica, revela-se particularmente valiosa para pessoas idosas diante de adversidades etárias como perdas e declínio físico, associando-se a maior bem-estar emocional e qualidade de vida (Witlox et al., 2018).

Estudos recentes corroboram essa adequação, demonstrando reduções significativas em sintomas depressivos, evitação experiencial e aumento na satisfação com a vida por meio de grupos breves de ACT focados em pessoas idosas, em contextos de atenção primária (Goetz & Hirschhorn, 2021). Ademais, protocolos grupais de ACT em pessoas idosas sobreviventes de AVC revelaram potencial para elevar a flexibilidade psicológica e a qualidade de vida, ao facilitar socialização entre pares e redução da angústia emocional por meio de dinâmicas de empatia e altruísmo compartilhados (Chen et al., 2023).

Diante desse panorama, esta tese parte da premissa de que intervenções breves, baseadas na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), podem constituir uma estratégia viável e potencialmente eficaz para promoção de flexibilidade psicológica e engajamento com valores pessoais em pessoas idosas atendidas no contexto do SUS. Ao articular referenciais desenvolvimentais do envelhecimento, como o modelo de Seleção, Otimização e Compensação (SOC), com a perspectiva da ACT, busca-se compreender e intervir nos processos psicológicos que sustentam a adaptação na velhice.

Para responder a essa proposta, a presente tese foi estruturada em quatro estudos complementares, organizados de forma progressiva e integrada. O Estudo I consistiu em uma revisão da literatura, com o objetivo de mapear evidências sobre a aplicação da ACT em pessoas idosas. O Estudo II, de natureza qualitativa, buscou compreender os significados atribuídos ao envelhecimento, explorando dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais da experiência de envelhecer. Na sequência, o Estudo III, de delineamento quantitativo, investigou as correlações entre flexibilidade psicológica, autoeficácia e resiliência em pessoas idosas usuárias de serviços públicos. Por fim, o Estudo IV consistiu na implementação e avaliação de uma intervenção grupal breve baseada na ACT, com foco na análise de sua viabilidade, aceitabilidade e efeitos preliminares.

Para aprofundamento e compreensão dos principais conceitos e processos que sustentam a presente investigação, os tópicos a seguir apresentam os referenciais teóricos centrais que fundamentam esta tese, incluindo discussões sobre envelhecimento saudável, processos adaptativos ao longo do desenvolvimento, flexibilidade psicológica e intervenções baseadas na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Esses elementos serão retomados e articulados ao longo dos estudos que compõem este trabalho, sustentando a análise dos fenômenos investigados e a proposição de estratégias interventivas no contexto do SUS.

1.1. Envelhecimento Saudável

O estudo do envelhecimento, dentro da psicologia do desenvolvimento, consolidou-se mais tardiamente em relação à investigação dos processos típicos da infância e adolescência. Consequentemente, persistem estereótipos que associam a velhice, de modo reducionista, ao déficit e ao declínio funcional (Piletti et al., 2014). No entanto, os avanços da área têm permitido reconhecer a complexidade desse fenômeno e sua multidimensionalidade.

Para essa discussão sobre complexidade do envelhecimento autores como Coll et al. (2004) salientam a importância de distinguir os diferentes significados atribuídos à idade, visto que a velhice não se define apenas pelo tempo cronológico. Os autores propõem cinco parâmetros que devem ser considerados: idade cronológica (anos de vida desde o nascimento), idade biológica (condição em relação ao potencial de vida remanescente), idade psicológica (capacidade de adaptação e recursos psicológicos), idade funcional (grau de autonomia e independência), e idade social (papéis e expectativas estabelecidos socialmente). O envelhecimento, portanto, envolve transformações em todas essas dimensões.

Adicionalmente, Coll et al. (2004) diferenciam três grandes categorias de influências sobre o envelhecimento: (a) influências normativas relacionadas à idade, ligadas ao desenvolvimento psicológico esperado para cada faixa etária; (b) influências históricas, que dependem do contexto sociocultural e temporal vivido por determinada geração; e (c) influências idiossincráticas, resultantes das experiências individuais. Tais distinções permitem compreender que, embora o envelhecimento seja um processo universal, sua manifestação é singular e fortemente dependente das trajetórias de vida de cada pessoa.

As discussões sobre perdas e declínios, frequentemente associadas à velhice, relacionam-se ao chamado envelhecimento primário, caracterizado pela deterioração biológica gradual e inevitável, envolvendo redução de capacidades sensoriais, funcionais e cognitivas (Papalia & Feldman, 2013). Duas teorias clássicas buscam explicar esse fenômeno: a Teoria da

Programação Genética, que defende a existência de um “relógio biológico” inato programando o envelhecimento celular e orgânico, e a Teoria das Taxas Variáveis, que atribui o envelhecimento ao acúmulo de danos ambientais e erros aleatórios nos sistemas biológicos (Papalia & Feldman, 2013). Contudo, é importante ressaltar que muitos dos declínios associados à velhice estão mais fortemente relacionados ao envelhecimento secundário, influenciado por estilos de vida, presença de doenças crônicas e condições socioambientais.

Superando perspectivas reducionistas, modelos contemporâneos abordam o envelhecimento como um processo dinâmico, multifacetado e permeado por potencialidades. O paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (life-span), proposto por Baltes et al. (1980) e aprofundado por Neri (2016), defende que o desenvolvimento humano ocorre continuamente, da infância à velhice, sendo influenciado por múltiplos fatores genéticos, biológicos, psicológicos e socioculturais. Essa abordagem introduz o conceito de plasticidade, enfatizando a capacidade de adaptação, reorganização e crescimento ao longo de todo o ciclo vital.

Nesta concepção, a multidimensionalidade do envelhecimento abrange domínios biológicos, psicológicos e sociais interdependentes, nos quais a pessoa idosa demonstra capacidade para seleção, otimização e compensação de perdas e ganhos concomitantes, apesar do declínio cognitivo e funcional (Medeiros & Hartmann, 2019). Essa perspectiva seletiva otimização compensatória, proposta por Baltes e Baltes, evidencia a resiliência inerente ao envelhecimento, permitindo adaptações proativas que sustentam a funcionalidade e o bem-estar apesar das perdas inevitáveis (Witlox et al., 2021).

Para o modelo SOC – Seleção, Otimização e Compensação (Selection, Optimization, and Compensation), que descreve estratégias adaptativas adotadas pelas pessoas idosas diante das perdas e restrições funcionais, a seleção refere-se ao foco em objetivos prioritários, a otimização envolve o aprimoramento de recursos para alcançar tais objetivos, e a compensação

consiste no uso de estratégias alternativas para manter o funcionamento diante das limitações (Baltes & Baltes, 1990; Neri, 2016).

No campo da psicologia motivacional, a Teoria da Seletividade Socioemocional (Socioemotional Selectivity Theory – SST), proposta por Carstensen (1992, 1997, 1999), oferece importante contribuição a compreensão do funcionamento desses processos compensatórios. Contrapondo a teoria do desengajamento, que postulava um distanciamento social progressivo e inevitável na velhice, a SST sugere que, com o avanço da idade, há uma reorientação motivacional. As pessoas idosas tendem a priorizar relações afetivas e experiências emocionalmente significativas, em detrimento da busca por novas informações ou expansão social.

Estudos longitudinais indicam que pessoas idosas apresentam maior competência em regular emoções negativas, valorizam mais o tempo presente e os vínculos afetivos, e demonstram o chamado “efeito de positividade”, em que as recordações apresentam-se de forma seletiva, voltadas as experiências emocionais positivas (Carstensen et al., 1999; Sims et al., 2015).

Apesar de ganhos emocionais, o envelhecimento também traz riscos associados à exposição a situações incontroláveis, perdas e adversidades, que podem impactar negativamente a saúde mental e a plasticidade comportamental. A Teoria do Desamparo Aprendido, formulada por Seligman (1977), ajuda a explicar quadros de apatia, passividade e depressão na velhice decorrentes da vivência repetida de eventos incontroláveis. Neri (2006) também alerta para o risco de redução da plasticidade comportamental em função de experiências de incontrolabilidade, o que pode comprometer a capacidade de enfrentamento e adaptação em pessoas idosas.

Ademais, a literatura comportamental demonstra que a variabilidade de respostas desempenha papel central na adaptação a mudanças ambientais, funcionando como um recurso

essencial para a resolução de problemas e a sobrevivência em contextos adversos. Skinner (2003) já destacava que a manutenção da vida e do funcionamento adequado depende da emissão de novas respostas quando as contingências se alteram, enquanto Neuringer (2002) mostrou experimentalmente que a variabilidade pode ser modelada e reforçada, ampliando o repertório disponível para lidar com situações inesperadas. No campo clínico, a noção de flexibilidade psicológica, conforme discutida por Hayes et al. (2021), amplia esse entendimento ao enfatizar a capacidade de ajustar ou persistir em comportamentos alinhados a valores pessoais, mesmo diante de eventos aversivos. Tais características como variabilidade e flexibilidade constituem importantes recursos preventivos no envelhecimento, favorecendo a adaptação funcional e a preservação da autonomia.

Acerca da variabilidade e adaptabilidade, estudos contemporâneos têm destacado a inter-relação entre autoeficácia e resiliência, especialmente no contexto do envelhecimento. A resiliência sendo vista como um fator que favorece a adaptação e o bem-estar mesmo diante de perdas funcionais e eventos estressores comuns à terceira idade (Fontes et al., 2015). Enquanto a manutenção de elevados níveis de autoeficácia parece ter relação com a qualidade de vida das pessoas idosas, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social (Fortes et al., 2009; Lopes & Martins, 2011).

No estudo transversal conduzido por Faro Martínez (2019) com pessoas idosas residentes no município de Macapá, observou-se que tanto a autoeficácia quanto a resiliência apresentaram médias elevadas na população idosa, com redução significativa desses índices no grupo com 80 anos ou mais. Esse resultado indica que, embora pessoas idosas mais jovens e de meia-idade mantenham elevados níveis de enfrentamento psicológico, há uma tendência de declínio desses indicadores entre os mais longevos, possivelmente em função do acúmulo de perdas funcionais, sociais e emocionais ao longo do tempo.

Além do fator etário, o estudo identificou que variáveis como escolaridade, renda, prática religiosa, ocupação, envolvimento em atividades físicas, lazer e participação em grupos comunitários estão positivamente associadas à autoeficácia e à resiliência. As pessoas idosas que se envolvem em atividades sociais e físicas, bem como aqueles que mantêm vínculos religiosos e ocupacionais, tendem a apresentar níveis mais altos desses constructos. Por outro lado, sintomas depressivos e a vivência de perdas recentes se correlacionam com menores escores de autoeficácia e resiliência.

No que tange à metodologia, o estudo de Faro Martínez (2019) empregou instrumentos validados nacionalmente para a avaliação de autoeficácia (Escala de Autoeficácia Geral Percebida – GSES; Patrão et al., 2017) e resiliência (Escala de Resiliência de Connor-Davidson – CD-RISC-10; Lopes & Martins, 2011), confirmando a confiabilidade estatística dessas medidas para a população idosa brasileira. Análises fatoriais e discriminantes indicaram que os escores de autoeficácia e resiliência são fortemente correlacionados, reforçando a hipótese de que esses fatores compõem dimensões centrais para o bem-estar psicológico na velhice.

As conclusões do estudo destacam a necessidade de intervenções que promovam experiências de domínio e participação social como estratégias para fortalecimento da autoeficácia e resiliência entre pessoas idosas. Além disso, salientam a importância de se investigar, de maneira qualitativa, os determinantes contextuais e subjetivos que possam impactar negativamente esses índices, sobretudo em pessoas idosas mais longevos.

Finalmente, os resultados reforçam o entendimento de que a autoeficácia e a resiliência não são determinadas exclusivamente por fatores biológicos ou cronológicos, mas resultam de uma complexa interação entre características pessoais, experiências ao longo da vida, contexto social e oportunidades de participação ativa (Bandura, 1994; Carmel et al., 2016; Tovel & Carmel, 2016). O fortalecimento desses recursos internos, portanto, deve ser considerado

central em políticas de cuidado a pessoa idosa e práticas interventivas voltadas ao envelhecimento saudável.

Por fim, indica-se que a compreensão dos fatores que promovem um envelhecimento saudável demanda uma análise que pode ser beneficiada da observação à constructos como resiliência, autoeficácia e flexibilidade psicológica. Tais dimensões vêm sendo destacadas na literatura contemporânea como variáveis de influência para a adaptação frente aos desafios físicos, emocionais e sociais inerentes à terceira idade.

Logo, abordagens contemporâneas sobre o envelhecimento devem tanto se distanciar das visões deficitárias, reconhecendo tanto perdas quanto potenciais ganhos, quanto valorizar a multiplicidade de fatores (biológicos, psicológicos, sociais e culturais) que interagem na determinação das trajetórias de envelhecimento. A compreensão dessas perspectivas e desses conceitos que integram a subjetividade e experiência psicológica no ciclo de vida são fundamentais para o aprimoramento do cuidado à população na terceira idade.

1.2. Autoeficácia e envelhecimento

A autoeficácia, conforme proposta por Bandura (1986), refere-se à crença na própria capacidade de organizar e executar ações necessárias para lidar com situações diversas da vida. A autoeficácia, entendida como a crença na própria capacidade de organizar e executar ações para atingir objetivos específicos, é um dos pilares da resiliência (Bandura, 1994; 2008). Indivíduos com alto senso de autoeficácia tendem a interpretar obstáculos como desafios superáveis, mantendo maior persistência e adaptabilidade diante das adversidades (Bandura, 1994; Carmel et al., 2016).

Para Bandura (1986, 1994, 2008) são possíveis de serem definidas quatro fontes principais para o desenvolvimento da autoeficácia: experiências de domínio (êxitos pessoais), experiências vicárias (observação de modelos), persuasão social e estados emocionais. Em

pessoas idosas, estudos mostram que a participação em atividades de lazer, redes de apoio social, práticas religiosas e engajamento comunitário contribuem para o fortalecimento da autoeficácia, enquanto experiências negativas, perdas funcionais e estereótipos negativos sobre a velhice podem enfraquece-la (Carmel et al., 2016; Bertoldo et al., 2014; Groeppel-Klein et al., 2017).

A literatura evidencia que tanto a autoeficácia geral quanto domínios específicos, como a autoeficácia funcional ou intelectual, são relevantes para o bem-estar de pessoas idosas (Tovel & Carmel, 2016). Por outro lado, a passagem do tempo pode trazer uma redução natural nos índices de autoeficácia, especialmente em contextos de declínio funcional, embora as crenças internas sejam relativamente duradouras e possam ser favorecidas por intervenções adequadas (Parisi et al., 2017; Monfort et al., 2016; Hyung Hur, 2016).

Logo, no contexto do envelhecimento a autoeficácia atua como um autorregulador das habilidades para enfrentar mudanças físicas e eventos de vida, sendo identificada como determinante do envelhecimento bem-sucedido (Nadai et al., 2018). Essa crença na capacidade pessoal para gerenciar competências ao longo da vida, teria um papel de mediar rotinas e concepções que favorecem uma velhice ativa e autônoma (Bandura, 1986). Neste sentido, pesquisas acerca desse constructo psicológico indicam que a autoeficácia pode estar tendo um papel de auxiliar na diminuição do sofrimento decorrente de perdas associadas ao envelhecimento, atuando como fator de proteção e facilitando a adaptação às mudanças inerentes a essa fase da vida (Nadai et al., 2018).

Ademais, estudos demonstram que níveis elevados de autoeficácia estão associados à maior felicidade e bem-estar subjetivo em pessoas idosas, especialmente ao mitigar impactos de condições crônicas de saúde por meio de uma percepção positiva das alterações vitais (Babazadeh et al., 2025; Steward & Hasche, 2020). Essa percepção positiva, por sua vez, contribui para superar estereótipos negativos da velhice, revelando um ajuste emocional estável

e níveis elevados de bem-estar psicológico em populações idosas (Aguilar & García-Domingo, 2020).

Nesse sentido, a autoeficácia operaria como fator protetor na qualidade de vida de pessoas idosas, reduzindo a probabilidade de escores baixos nessa dimensão ao influenciar positivamente a adaptabilidade e correlacionada a menores índices de patologias associadas ao envelhecimento (Cudris-Torres et al., 2023). Essa influência se estende à modulação de comportamentos de saúde e ao enfrentamento de desafios cotidianos, promovendo maior satisfação vital e reduzindo riscos de transtornos emocionais em pessoas idosas (Arjmand-sangani et al., 2024; Cudris-Torres et al., 2023).

Além disso, a autoeficácia fortalece o desempenho cognitivo em pessoas idosas de alto funcionamento, particularmente em domínios como memória e abstração, independentemente de fatores sociodemográficos e de saúde (Seeman et al., 1993). Essa análise cognitiva mediada pela autoeficácia se reflete também na capacidade de pessoas idosas para regular emoções e enfrentar fadiga em contextos de doenças crônicas, fomentando uma qualidade de vida relacionada à saúde mais elevada (Cudris-Torres et al., 2023; Nadai et al., 2018).

Nesse panorama, a autoeficácia demonstra-se como um conceito facilitador para a observação de elementos preditivos de bem-estar, qualidade de vida e saúde mental, atuando como fator protetor ao estimular compromissos com comportamentos saudáveis por meio de emoções positivas e influências interpessoais favoráveis (Cudris-Torres et al., 2023; Silva et al., 2024).

Estudos empíricos corroboram essa perspectiva ao evidenciar que pessoas idosas com crença positiva de autoeficácia percebem um envelhecimento bem-sucedido, caracterizado por resiliência, ausência de limitações autoimpostas e integração social, enquanto pessoas idosas com senso elevado dessa crença preservam comportamentos que promovem a saúde na velhice (Nadai et al., 2018). Essa preservação comportamental, mediada pela autoeficácia, interage

com fatores de resiliência, avaliação positiva e capacidade de autogestão, contribuindo para a manutenção da qualidade de vida em pessoas idosas por meio de redes interdependentes de suporte psicológico (Brinkhof et al., 2021).

Essa interdependência reforça a promoção de atitudes pessoais positivas e expectativas de viver mais e melhor, motivando comportamentos saudáveis que elevam a vivência subjetiva do envelhecimento (Nadai et al., 2018). Essa dinâmica interage com a teoria social cognitiva, na qual as crenças de autoeficácia, localizadas no núcleo dessa estrutura, promovem indivíduos proativos, autorregulados e autorreflexivos, capazes de gerir a autodireção na saúde ao longo do envelhecimento (Bandura, 1986). Essa estrutura teórica sublinha a relevância de intervenções que, por meio de estímulos, verbais e persuasão, reforcem crenças autoeficazes em pessoas idosas, facilitando a preservação da saúde e a adaptação a transições vitais (Morando et al., 2017; Sous, 2013).

1.3 Resiliência e Envelhecimento

A resiliência pode ser compreendida como a habilidade de superar adversidades e adaptar-se positivamente frente às dificuldades, preservando o bem-estar e o funcionamento saudável (Yunes & Szymanski, 2001; Yunes, 2003). O termo origina-se da física e refere-se à capacidade de determinados materiais de absorver energia e retornar ao seu estado original (Yunes, 2003). Sendo que no campo da psicologia, esse conceito foi adaptado para designar a competência de superar adversidades, manter a saúde mental e recuperar-se de traumas, promovendo qualidade de vida e bem-estar mesmo diante de situações desafiadoras (Yunes & Szymanski, 2001; Seligman, 2004). O desenvolvimento da resiliência está relacionado a fatores como experiências positivas, autoeficácia, autonomia e capacidade de adaptação (Lopes & Martins, 2011).

Esses fatores internos interagem com elementos contextuais, como relações sociais e suporte ambiental, configurando padrões adaptativos que diferem entre domínios e contextos ao longo do curso de vida (Fontes & Néri, 2019; Gama et al., 2016). Sendo que, estudos com pessoas idosas, têm apontado que níveis mais elevados de resiliência associam-se à maior adaptabilidade, autoestima e autoeficácia, além de favorecerem o enfrentamento dos declínios funcionais próprios do envelhecimento (Fortes et al., 2009; Fontes et al., 2015).

Essa interação dinâmica entre fatores internos e contextuais evidencia a resiliência como processo adaptativo passível de intervenção, especialmente no envelhecimento, onde estressores episódicos podem conferir benefícios na ausência de sobrecargas crônicas (Andel, 2011). Essa visão processual da resiliência, reconhecida como adaptação bem-sucedida frente a adversidades, traumas ou estresses significativos, tem ganhado destaque recente nos estudos com adultos mais velhos, ampliando sua aplicação além do curso de vida inicial (Noriega et al., 2022).

Essa expansão conceitual enfatiza a resiliência como fenômeno que requer análise de fatores psicológicos determinantes além de atributos positivos isolados, integrando recursos pessoais como autoestima e capacidade resolutive de problemas em contextos adversos da velhice (Araújo & Silva, 2017). No envelhecimento, essa capacidade resiliente manifesta-se como resistência a riscos psicossociais, permitindo a manutenção de funcionamento psicológico saudável mesmo sob exposição prolongada a eventos estressantes como declínios funcionais e perdas normativas (Araújo et al., 2017; Mazurek, 2020). Essa manifestação resiliente no envelhecimento não equivale a mera resistência passiva ou retorno a um estado prévio, mas envolve a construção ativa de recursos psicológicos por meio de estímulos afetivos, vínculos significativos e redefinições cognitivas que atenuam impactos biopsicossociais (Manso et al., 2024).

Essa construção ativa de recursos psicológicos é particularmente relevante na velhice, onde condições de risco e múltiplas perdas demandam maior capacidade de reservas para preservar o funcionamento adaptativo (Pinto, 2018). Essa reserva adaptativa é fortalecida por recursos internos, como autoeficácia e flexibilidade cognitiva, aliados a suportes externos representados por vínculos afetivos e integração social, os quais moderam relações entre adversidades e desfechos negativos no envelhecimento (Araújo et al., 2017; Cosco et al., 2018; Rothmann et al., 2024).

1.4. Flexibilidade Psicológica e Envelhecimento

A flexibilidade psicológica foi um termo cunhado por Steven Hayes e colegas, no contexto inicial do Modelo de Evitação Experiencial, posteriormente evoluindo para o modelo de flexibilidade psicológica que fundamenta a Terapia de Aceitação e Compromisso (Aguirre-Camacho & Jiménez, 1970). Esse modelo é composto por seis processos inter-relacionados: aceitação, defusão cognitiva, presença no momento presente, self como contexto, valores e ação comprometida; que atuam sinergicamente para ampliar a capacidade de viver de forma consciente e alinhada aos valores pessoais (Neto et al., 2024).

Conceito basilar para a proposta interventiva da ACT, a flexibilidade psicológica refere-se à capacidade de manter a consciência plena das experiências internas no momento presente, sejam elas experiências internas (eventos privados) satisfatórias ou aversivas (por exemplo lembranças ou julgamentos difíceis) sem necessidade de alterá-las, aliada ao engajamento comprometido em comportamentos (ações e comportamentos públicos) congruentes com valores pessoais (Plys et al., 2022). Tendo sido demarcada em pesquisas contemporâneas como um importante indicador de funcionamento psicológico saudável, com correlações positivas entre flexibilidade, autoeficácia e resiliência, e negativas com sintomas de depressão e

ansiedade, evidencia um papel protetivo frente às adversidades do envelhecimento (Barbosa & Murta, 2015; Ramalho et al., 2021).

Essa abordagem de concepção da importância da flexibilidade psicológica e com o desenvolvimento dela, como no caso da ACT, contrasta com a inflexibilidade psicológica, caracterizada pela evitação experiencial de estímulos internos negativos e pela tentativa de controle sobre emoções e pensamentos, o que perpetua o sofrimento psicopatológico (Vasconcelos et al., 2017; Zancan et al., 2021). Logo, indivíduos com maior flexibilidade psicológica demonstram maior propensão a aceitar o mal-estar (quando esse é incontrollável e relacionado a objetivos importantes para a vida) e redirecionar esforços para o compromisso com ideais pessoais, reduzindo vulnerabilidades a problemas de saúde mental (Groppa, 2022).

Essa estrutura processual da ACT, ancorada no contextualismo funcional e na Teoria do Quadro Relacional, pode favorecer o enfrentamento das mudanças do envelhecimento, ao facilitar a contextualização de perdas e ganhos inerentes ao avançar da idade por meio da aceitação de eventos encobertos (Medeiros & Hartmann, 2019; Vargas-Madriz et al., 2013). Essa configuração processual permite que as pessoas idosas convivam com ganhos e perdas concomitantes, considerando o declínio cognitivo e funcional, por meio de estratégias de seleção, otimização e compensação (Medeiros & Hartmann, 2019).

Os proponentes da ACT descrevem a flexibilidade psicológica como a capacidade de estar presente e observar experiências internas e externas, atuando de acordo com direções de vida valorizadas, inclusive diante de pensamentos, emoções ou sensações difíceis (Bonsteel, 2012; Soares et al., 2023). Os processos comportamentais que constituem esse arcabouço psicológico, conforme delineados no modelo da ACT, podem persistir na idade avançada. Quando vivenciados na forma de inflexibilidade psicológica, com a evitação experiencial de experiências internas, fusão cognitiva, self conceitual, impulsividade, e etc, associa-se a maior

ansiedade e sofrimento psicopatológico entre pessoas idosas (Delhom et al., 2022; Petkus & Wetherell, 2011).

A complexidade dos processos os quais integram a flexibilidade psicológica e modulam a intervenção da ACT, no envelhecimento, pode auxiliar na elaboração de estratégias clínicas transdiagnósticas. Isto é, que à revelia de diagnósticos e problemas mentais já estabelecidos, profissionais de cuidado em saúde mental podem atentar-se, especialmente, aos fatores protetivos que demonstram potencial para melhor manejo psicológico de perdas inevitáveis e promover resiliência mental em contextos grupais ou individuais (Delhom et al., 2022; Faro & Pedroso, 2024; Lester & Murrell, 2021).

No contexto do envelhecimento humano, a flexibilidade psicológica pode ganhar destaque por tratar-se de um elemento fundamental para a autorregulação comportamental, associando-se a melhores resultados adaptativos diante dos desafios inerentes à velhice, como a ampliação de estratégias de aceitação do desconforto associado à mudança (Petkus & Wetherell, 2011; Smith et al., 2023). Essa flexibilidade facilita a aprendizagem de novas estratégias adaptativas e o enfraquecimento de comportamentos improdutivos, promovendo mudanças comportamentais mais eficazes ao longo do tempo (Smith et al., 2023). Pesquisas recentes corroboram que intervenções validadas, como a Terapia de Aceitação e Compromisso, podem aprimorar essa flexibilidade em pessoas idosas, elevando conseqüentemente o bem-estar psicológico (Petkus & Wetherell, 2011; Steenhaut et al., 2020).

Essa promoção do bem-estar em pessoas idosas sublinha a necessidade de adaptações terapêuticas específicas na ACT, considerando as demandas demográficas de envelhecimento populacional acelerado e a subutilização de serviços de saúde mental nessa faixa etária (Petkus & Wetherell, 2011). Nesse cenário, a ACT revela-se particularmente adequada para pessoas idosas, pois seu enfoque na aceitação e na ação orientada por valores alinha-se às mudanças

etárias na regulação emocional e comportamental, potencializando a flexibilidade psicológica como recurso para o envelhecimento saudável (Witlox et al., 2021).

1.5. Envelhecimento como processo de Seleção, Otimização e Compensação

No âmbito das teorias desenvolvimentistas do curso de vida, o modelo de Seleção, Otimização e Compensação, proposto por Baltes e Baltes, oferece uma estrutura conceitual importante na compreensão do envelhecimento como um processo adaptativo dinâmico, no qual perdas e ganhos coexistem ao longo do desenvolvimento (Santos et al., 2023; Silva et al., 2019). Diferentemente de modelos deficitários, a SOC descreve estratégias pelas quais pessoas idosas regulam sua adaptação diante de restrições biológicas, sociais e contextuais crescentes (Wernher & Lipsky, 2015; Zhao, 2024).

A seleção refere-se à priorização de objetivos e domínios de vida considerados mais relevantes, frequentemente associada à redução do repertório de atividades disponíveis diante da limitação de recursos (Schmitz et al., 2022). A otimização envolve o investimento ativo de recursos comportamentais, emocionais e sociais para maximizar o desempenho nesses domínios selecionados, enquanto a compensação diz respeito à adoção de estratégias alternativas diante de perdas funcionais, permitindo a manutenção do engajamento e do funcionamento adaptativo apesar das limitações impostas pelo envelhecimento (González & García, 2013; Petkus & Wetherell, 2011).

Do ponto de vista comportamental-contextual, esses três processos podem ser compreendidos como expressões de seleção por consequências ao longo do ciclo vital, nas quais mudanças nas contingências ambientais e nas condições orgânicas alteram a probabilidade de emissão e manutenção de classes de resposta (Albert et al., 2021). Nesse sentido, a SOC descreve não apenas o que muda no envelhecimento, mas como o comportamento se reorganiza funcionalmente frente a novas condições de reforçamento,

constituindo-se como uma ferramenta para o alcance de metas pessoais e o envelhecimento bem-sucedido (M. F. de Almeida, 2007; S. T. de Almeida et al., 2016).

Essa articulação teórica ganha relevância ao considerar que o envelhecimento competente depende do interjogo entre essas estratégias de autorregulação, incluindo o esforço de priorização de metas, o reforço de recursos e a regulação de perdas associadas ao avanço da idade (Krzemien et al., 2018). Além disso, essa concepção pode dialogar diretamente com o modelo da flexibilidade psicológica, núcleo da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Já que, a clarificação de valores, processo importante na ACT, pode ser compreendida como um mecanismo de seleção funcional, no qual direções de vida são escolhidas a partir do que permanece significativo e possível no contexto atual da pessoa idosa. Ao direcionar o comportamento para fins consistentes com o que é pessoalmente importante, esse processo de seleção funcional permite que o indivíduo foque seus recursos limitados em domínios de maior significado, mesmo diante da necessidade de reduzir o escopo de atividades (Gould et al., 2021).

A ação comprometida, por sua vez, opera como estratégia de otimização comportamental, ao fortalecer repertórios viáveis e sustentáveis, mesmo na presença de desconforto físico, emocional ou limitações contextuais. Já os processos de aceitação, desfusão cognitiva e self como contexto favorecem a compensação, ao ampliar a variabilidade comportamental e permitir que novas formas de engajamento sejam construídas quando padrões anteriores deixam de ser funcionais. Essa reorganização funcional é fundamental para a manutenção do bem-estar psicológico e da funcionalidade, mesmo diante de riscos e perdas de natureza biológica, cognitiva e social (Tomé & Formiga, 2020).

A literatura empírica corrobora essa integração ao indicar que a aplicação de princípios de seleção, otimização e compensação em intervenções baseadas em ACT facilita o alcance de objetivos valorizados mesmo na presença de desafios significativos associados ao

envelhecimento (Gould et al., 2021; Medeiros & Hartmann, 2019). Estudos sugerem que o uso de procedimentos que promovem a aceitação e o compromisso permite ligar comportamentos a valores pessoais, substituindo o esforço para se livrar de eventos privados avaliados como negativos pelo esforço para alcançar consequências reforçadoras definidas individualmente (Vasconcelos et al., 2017).

Dessa forma, a ACT pode ser compreendida não apenas como uma intervenção clínica compatível com o envelhecimento, mas como uma tecnologia psicológica que operacionaliza, em nível processual, os mecanismos descritos pela SOC. Em contextos de envelhecimento marcados por perdas inevitáveis, a promoção da flexibilidade psicológica favorece a reorganização do comportamento em torno de valores, sustentando estratégias adaptativas de seleção, otimização e compensação. Essa articulação torna-se particularmente relevante em contextos públicos de cuidado, nos quais intervenções breves precisam ser sensíveis às restrições de tempo, recursos e acesso, sem desconsiderar a complexidade das experiências subjetivas da velhice.

Ao favorecer a aceitação de limites, a redefinição de metas significativas e o engajamento em ações possíveis no contexto comunitário, intervenções baseadas na ACT alinham-se aos pressupostos da SOC e às diretrizes de promoção do envelhecimento saudável no Sistema Único de Saúde (Medeiros & Hartmann, 2019; Plys et al., 2022). A promoção da flexibilidade psicológica, definida como a habilidade de experienciar eventos privados e alterar o comportamento em prol de valores escolhidos, pode constituir um mecanismo central para o manejo adaptativo das perdas inerentes ao envelhecimento (Vasconcelos et al., 2017).

1.6. Serviços Públicos de Cuidado à Saúde de Pessoas Idosas

Pesquisas nacionais e internacionais demonstram que fatores internos, como autocrenças e estratégias de regulação emocional, são variáveis viáveis de serem consideradas

no bem-estar subjetivo na velhice (Wozniak & Falcão, 2016; Neri, 2006). Os apontamentos dos tópicos anteriores também ajudam a refletir como no envelhecimento saudável, a autoeficácia, a resiliência e a flexibilidade psicológica podem constituir constructos importantes para a atenção nessa fase da vida, uma vez que atuam como fatores protetivos diante dos desafios inerentes à velhice.

Modelos de compreensão da subjetividade no envelhecimento como o da SOC (Baltes & Baltes, 1990) trazido anteriormente corroboram com esse entendimento, bem como os pressupostos da ACT, e têm demonstrado caminhos possíveis para o estudo de intervenções na velhice, ao enfatizarem o papel da adaptação motivacional, do engajamento com valores e da construção de significado. Contudo, ainda são limitadas as investigações que avaliem a aplicação prática desses modelos em intervenções com pessoas idosas, particularmente em contextos públicos de saúde (Lima et al., 2019; Godoy et al., 2021).

No que diz respeito a saúde mental e aos aspectos psicológicos na integração da saúde, a Psicologia da Saúde, em sua perspectiva contemporânea, enfatiza a compreensão e a intervenção nos determinantes biopsicossociais. E considera o contexto sociocultural dos indivíduos e o fortalecimento de práticas de cuidado integrais e humanizadas como centrais no cuidado da saúde (Silva & Damásio, 2014). Essa perspectiva integra dimensões fisiológicas, psicológicas e sociais que interferem na qualidade de vida das pessoas idosas, demandando intervenções multiprofissionais que potencializem recursos como resiliência e autoeficácia em contextos públicos (Chnaider & Nakano, 2021; Editores, 2022).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) orienta-se por princípios de universalidade, integralidade e equidade, demandando estratégias que promovam não apenas a prevenção de doenças, mas também o bem-estar emocional e a qualidade de vida ao longo do ciclo vital (Ministério da Saúde, 2008). No entanto, observa-se que intervenções em saúde mental destinadas à população idosa nesses serviços que integram o SUS ainda se mostram escassas

e, frequentemente, descoladas das dimensões subjetivas do envelhecer, como a vivência de perdas, o sentido existencial e a reconexão com valores pessoais. Além disso, evidências provenientes de avaliações de processos em serviços públicos indicam desafios significativos relacionados ao alcance, à adesão e à continuidade do cuidado em intervenções psicoterapêuticas com pessoas idosas, com baixos índices de conclusão do tratamento, apesar de bom engajamento entre aqueles que permanecem (Salvo & Ferreira, 2025).

Essa escassez de intervenções adequadas reforça a relevância de pesquisas que identifiquem aspectos positivos em pessoas idosas a partir dos 60 anos para embasar políticas públicas de promoção de saúde, reduzindo gastos elevados com saúde pública (Chnaider & Nakano, 2021). Diante disso, políticas públicas de cuidado as pessoas idosas devem incorporar modalidades de prática psicológica que articulem o indivíduo ao seu contexto social, ampliando o uso de intervenções transdiagnósticas, como no exemplo da ACT, para lidar com fatores de perda inevitáveis e promover adesão ao tratamento por meio de determinantes sociais da saúde (Carvalho & Nascimento, 2016; Delhom et al., 2022; Fragassi et al., 2023).

A promoção da saúde mental na velhice demanda estratégias articuladas às diretrizes das políticas públicas brasileiras, sendo que o SUS representa a principal via de acesso à atenção integral (Ministério da Saúde [MS], 2008). Normas como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528/2006) e o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) reconhecem o envelhecimento como um direito e estabelecem diretrizes para a promoção do envelhecimento ativo e saudável. Contudo, a efetivação dessas diretrizes ainda enfrenta obstáculos relevantes, sobretudo no que diz respeito à atenção psicossocial nos serviços de base comunitária. Dentre esses obstáculos, destaca-se a baixa apropriação dos profissionais de saúde quanto à integralidade biopsicossocial do cuidado, o que compromete a reorientação do modelo assistencial para ações resolutivas em saúde mental coletiva (Garcia et al., 2017).

A Psicologia da Saúde, sob a perspectiva do curso de vida (life-span), reconhece que o desenvolvimento humano é um processo dinâmico e contínuo, influenciado por múltiplos fatores ao longo do tempo. Essa abordagem enfatiza a necessidade de intervenções que considerem trajetórias individuais de envelhecimento, integrando práticas preventivas e promocionais para mitigar agravos como transtornos de humor, comportamentos e demências que afetam autonomia e qualidade de vida (Garcia et al., 2017). Nesse contexto, diretrizes como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Pacto pela Saúde de 2006 reorganizam o cuidado no SUS para uma atenção integral e humanizada, priorizando a Atenção Primária à Saúde como eixo articulador da rede, com ênfase na promoção do envelhecimento ativo e na interação entre saúde física, mental e suporte social (Garcia et al., 2017).

Essa articulação multiprofissional e em rede revela-se essencial para lidar com as demandas psicossociais das pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde, dada sua capilaridade territorial e papel articulador na rede de cuidado (Garcia et al., 2017). Nesse cenário, práticas grupais de psicoeducação e intervenções breves despontam como recursos viáveis na Atenção Primária, ao oportunizarem o rastreio precoce de agravos cognitivos e comportamentais, fomentando o autocuidado e a rede de suporte social (Fragassi et al., 2023; Garcia et al., 2017). Segundo Straub (2014), uma abordagem multiprofissional enfatiza que os comportamentos relacionados à saúde e à doença não podem ser compreendidos de forma isolada em momentos pontuais da vida, mas sim como parte de uma trajetória marcada por transições, experiências acumuladas e adaptações contextuais. Ao considerar o ciclo vital como uma sequência de fases interligadas, a perspectiva da saúde global, permite compreender como fatores biológicos, psicológicos e sociais interagem de modo cumulativo ou compensatório ao longo do tempo, influenciando a vulnerabilidade ou a resiliência frente a adoecimentos.

Essa integração cumulativa de fatores biopsicossociais corrobora a necessidade de práticas de cuidado na Atenção Primária que ampliem a integralidade, incorporando o trabalho

multiprofissional sob a lógica da Clínica Ampliada para mapear determinantes sociais como acesso à alimentação e exercícios, promovendo linhas de cuidado orientadas à transformação social (Fragassi et al., 2023).

No campo da promoção da saúde, essa discussão oferece uma estrutura para o planejamento de intervenções mais eficazes e sensíveis às necessidades específicas de cada faixa etária. Como destaca Straub (2014), a adoção de hábitos saudáveis na infância e adolescência pode ter efeitos duradouros na saúde física e mental na idade adulta e velhice, da mesma forma que traumas ou privações precoces podem aumentar o risco para desfechos negativos. Essa compreensão longitudinal reforça a importância de intervenções precoces na Atenção Primária à Saúde, que considerem o ciclo vital como base para ações preventivas e promocionais adaptadas às transformações biopsicossociais ao longo da existência (Trenche et al., 2023).

No contexto da velhice, compreender o envelhecimento como uma etapa do curso de vida e não apenas como um período de declínio, contribui para práticas clínicas que valorizem a autonomia, o engajamento com valores pessoais e a qualidade de vida. Logo, a Psicologia da Saúde baseada no modelo do curso de vida articula prevenção, cuidado e promoção da saúde de forma longitudinal, incorporando a complexidade das experiências humanas em diferentes fases da existência. Essa perspectiva longitudinal alinha-se à atuação generalista do psicólogo na Atenção Básica, que desenvolve atividades de prevenção e promoção de saúde com foco na família e na comunidade, integrando fatores biológicos, comportamentais e sociais para avaliar, diagnosticar e tratar problemas de saúde mental das pessoas idosas (Almeida et al., 2022).

A inserção de temáticas psicológicas no SUS, especialmente na Atenção Primária à Saúde e estratégias preventivas, marca uma transição paradigmática do modelo hospitalocêntrico para práticas territorializadas e interdisciplinares, centradas na singularidade

dos sujeitos e na articulação com seus contextos de vida (Poubel, 2014; Freire & Pichelli, 2013). A APS, como porta de entrada do SUS, tem papel estratégico na abordagem do sofrimento psíquico de pessoas idosas, ao promover vínculos, acolhimento e cuidado longitudinal, ainda que muitos profissionais relatem dificuldades em lidar com questões subjetivas, por falta de capacitação específica ou medo de agravamento da situação (Brasil, 2013; Chiaverini, 2011).

O viés da prevenção no cuidado surge nesse cenário como um aporte teórico e prático complementar às políticas públicas, ao enfatizar o fortalecimento de recursos pessoais como otimismo, resiliência, sentido de vida e engajamento com metas significativas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Snyder & Lopez, 2002). Tal enfoque amplia o olhar clínico tradicional, orientando práticas que não apenas tratam sintomas, mas promovem bem-estar subjetivo e qualidade de vida. Essa ênfase na prevenção e promoção da saúde alinha-se à concepção holística defendida pela Psicologia da Saúde e ACT, que transcendem o tratamento de doenças para priorizar a melhoria da qualidade de vida por meio de intervenções integradas (Figueiredo et al., 2021).

Com relação as práticas para o fortalecimento de recursos pessoais, Straub (2014) destaca a importância de práticas de saúde sustentadas por evidências empíricas e de políticas públicas efetivas. O autor defende uma abordagem interdisciplinar e integrada para promoção da saúde, coerente com os princípios que regem o SUS no Brasil, como a universalidade, a integralidade e a equidade. Straub (2014) enfatiza que a efetividade das intervenções depende da articulação entre conhecimento científico, estratégias de prevenção e o entendimento dos determinantes sociais e psicológicos da saúde, o que contribui para a construção de políticas públicas mais sensíveis às necessidades populacionais. Nesse sentido, a integralidade do cuidado, pilar do SUS, demanda equipes multiprofissionais integradas que visualizem as

pessoas idosas como sujeitos integrais, construindo linhas de cuidado adaptadas às suas necessidades em saúde por meio da Clínica Ampliada (Fragassi et al., 2023).

Reforça também que práticas de saúde eficazes requerem não apenas tratamentos clínicos baseados em protocolos validados, mas também ações comunitárias que incorporem variáveis psicossociais relevantes, como suporte social, percepção de autoeficácia e estratégias de enfrentamento (Straub, 2014). Tais aspectos dialogam com a concepção ampliada de saúde adotada pelo SUS, ao reconhecer que saúde é mais do que ausência de doença, sendo influenciada por fatores ambientais, comportamentais e psicológicos. Essa perspectiva amplia o foco da intervenção para além do modelo biomédico, promovendo o desenvolvimento de práticas clínicas e preventivas que integrem ciência e realidade social.

Nesse sentido, seria possível afirmar que a consideração dos aspectos subjetivos no cuidado em saúde é fundamental para a efetividade das intervenções clínicas, especialmente em contextos públicos. Para Silva & Damásio (2014) a experiência subjetiva dos pacientes, que inclui valores pessoais, crenças, emoções e percepções sobre adoecimento, impacta diretamente sua adesão ao tratamento e seu processo de recuperação. A escuta qualificada e a valorização da narrativa individual ampliam a compreensão do sofrimento psíquico e permitem intervenções mais sensíveis, personalizadas e comprometidas com a singularidade dos sujeitos. Tal perspectiva contribui para a superação de modelos biomédicos reducionistas, promovendo uma prática clínica ética, centrada na pessoa e alinhada aos princípios da integralidade e humanização do cuidado em saúde.

Além disso, nesses contextos de atendimento, estratégias cognitivas e comportamentais têm se mostrado eficazes na promoção da saúde mental em ambientes de cuidado, por sua capacidade de intervir diretamente nos processos de regulação emocional, manejo do estresse e modificação de padrões disfuncionais de pensamento e comportamento. Por exemplo, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) enfatiza a identificação e reestruturação de crenças

desadaptativas, bem como o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e resolução de problemas, sendo especialmente útil no manejo de quadros de depressão, ansiedade e sofrimento crônico em pacientes de diferentes perfis. Em contextos de saúde pública, a TCC já têm sido adaptada a formatos breves e grupais, mantendo sua eficácia e viabilidade operacional, o que a torna uma importante aliada na ampliação do acesso a cuidados psicológicos de qualidade (Silva & Damásio, 2014). A pesquisa científica, nesse contexto, assume papel fundamental no desenvolvimento de serviços mais eficazes e na formulação de políticas públicas baseadas em resultados concretos (OMS, 2000).

Dessa forma, a articulação entre marcos normativos, abordagens promotoras de saúde e estratégias clínico-assistenciais sustentadas por evidências fornece um referencial importante no cuidado psicológico na velhice. Essa articulação sustenta a proposta deste trabalho de pesquisa, que investiga a aplicação de uma intervenção breve baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso em contexto público de cuidado à pessoa idosa. A intervenção, alinhada à concepção ampliada de saúde e às estratégias de promoção e prevenção, prioriza o desenvolvimento da flexibilidade psicológica por meio da análise funcional de contingências contextuais, favorecendo o engajamento em valores pessoais mesmo diante de experiências internas aversivas, como sofrimento emocional e mudanças inerentes ao curso de vida (Oliveira et al., 2023; Petkus & Wetherell, 2011).

1.7. Intervenções Psicológicas Breves com ACT para Pessoas Idosas

A Terapia de Aceitação e Compromisso figura, para muitos autores, entre as chamadas terapias de terceira geração no desenvolvimento das Terapias Analítico-Comportamentais, originando-se das bases filosóficas do Behaviorismo Radical, Pragmatismo e Contextualismo Funcional (Santos et al., 2015). Essas abordagens frequentemente tem representado uma evolução no campo da psicoterapia, emergindo como alternativas às vertentes tradicionais da

terapia cognitivo-comportamental e distinguindo-se pelo foco ampliado nas funções dos fenômenos psicológicos e na centralidade do contexto em que os comportamentos ocorrem (Boavista, 2015; Lucena-Santos et al., 2015).

A ACT tem como objetivo central promover a flexibilidade psicológica, entendida como a capacidade de estar em contato com a experiência, sejam ela pensamentos, emoções ou sensações e, ao mesmo tempo, manter ações comprometidas com valores pessoais. Nesse sentido, é essencial que o indivíduo desenvolva habilidades para acolher seu sofrimento, em vez de reagir automaticamente a ele por meio de esquivas experiencialmente disfuncionais, podendo assim escolher como agir diante das adversidades (Saban-Bernauer, 2022).

A perspectiva dessa abordagem traz um diferencial em relação a outros modelos clínicos ao se orientar por uma filosofia de vida que reconhece o sofrimento humano como parte da experiência do viver. Neste sentido, procura uma mudança de perspectiva em relação as dificuldades inerentes a vida, e pauta essa posição como possibilidade de lidar melhor com os problemas da história do desenvolvimento humano (Wilson & Luciano Soriano, 2002).

As terapias contextuais de terceira geração adotam uma perspectiva sensível ao contexto e às funções do comportamento, valorizando as vivências internas, os valores pessoais e o contexto situacional, indo além da mera observação da forma externa dos fenômenos (Lucena-Santos et al., 2015; Boavista, 2015). O contextualismo funcional que fundamenta essas abordagens considera que o entendimento de qualquer fenômeno psicológico demanda a análise da situação em que ele ocorre e de sua história de aprendizagem, adotando o pragmatismo como critério de verdade, ou seja, considera-se verdadeiro aquilo que funciona para prever e influenciar eventos (Saban, 2015).

Dentro desse panorama, surgiram abordagens como a ACT, a Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP), a Terapia Comportamental Dialética (DBT), entre outras. Todas compartilham a ênfase no fortalecimento da flexibilidade psicológica, promovendo

adaptabilidade e resiliência frente aos desafios da vida, e ampliando a eficácia clínica por meio de novas técnicas e estratégias sensíveis às vivências internas (Olaz, 2015).

A ACT foi desenvolvida a partir de críticas às concepções tradicionais do behaviorismo radical acerca de regras, comportamento verbal e governança verbal. Steven Hayes, Robert Zettle e colaboradores introduziram inicialmente o modelo Comprehensive Distancing, que buscava reduzir o impacto de regras verbais rígidas no comportamento. Posteriormente, com Aaron Brownstein, Hayes apresentou a Teoria dos Marcos Relacionais (Relational Frame Theory – RFT), destinada a explicar a linguagem e a cognição por meio de princípios fundamentais do comportamento, influenciando de modo decisivo o desenvolvimento da ACT (Boavista, 2015).

A RFT ampliou o entendimento do papel do comportamento verbal e da linguagem na experiência humana, destacando que o sofrimento psicológico é, em grande parte, mantido por processos de fusão cognitiva e evitação experiencial. A ACT propõe que o sofrimento baseado na linguagem é universal, mas que a tentativa rígida de evitar experiências internas indesejadas contribui para a manutenção do sofrimento (Santos et al., 2015).

A evolução da ACT então, pressupõe uma trajetória teórico-histórica que parte do behaviorismo radical até alcançar o contextualismo funcional. De acordo com Hayes & King (2024), a ciência comportamental contextual e a ACT atravessam atualmente três fases bem definidas, com indícios de uma quarta emergente, marcada por uma análise processual e personalizada denominada “idionômica” que aponta para uma ciência comportamental progressivamente mais sensível ao contexto e à pragmática clínica. Essa abordagem, alicerçada no pragmatismo e voltada à predição e ao controle contextual, reflete a proposta dessa tese, que também se baseia no paradigma da flexibilidade psicológica expressa por meio de intervenções breves e adaptadas às demandas contextuais da saúde pública entre pessoas idosas.

Sobre os pilares da ACT, é importante frisar que a promoção da flexibilidade psicológica envolve seis processos subjacentes. Na proposta terapêutica, esses processos são operacionalizados de forma ilustrativa em formato de hexágono e são descritos da seguinte forma: 1) Aceitação: disposição para experienciar, sem evasão, pensamentos e emoções; 2) Desfusão cognitiva: redução da literalidade dos pensamentos, percebendo-os como eventos mentais transitórios; 3) Contato com o momento presente: atenção aberta e não julgadora ao aqui e agora; 4) Eu-como-contexto: desenvolvimento da perspectiva do “eu observador”; 5) Valores: identificação de direções de vida significativas; 6) Ação comprometida: engajamento em ações alinhadas aos valores, mesmo diante de experiências adversas (Hayes et al., 2021).

Esses conceitos se diferenciam das abordagens cognitivo-comportamentais anteriores ao enfatizarem a aceitação e o compromisso com valores, e não a reestruturação direta dos conteúdos cognitivos. Culminando em uma mudança paradigmática (Hayes & King, 2024). Como destaca Saban-Bernauer (2022), a ACT promove flexibilidade psicológica por meio da atuação deliberada sobre processos específicos, os quais são integrados nas intervenções clínicas e protocolares dessa abordagem.

Assim, ao compreender esses processos (aceitação, desfusão cognitiva, contato com o momento presente, self contextual, valores e ação comprometida) é possível desenvolver estratégias terapêuticas que, mesmo em contextos públicos de saúde, favoreçam mudanças comportamentais efetivas e sustentadas. Ao considerar a concepção sobre esses processos, compreende-se que a ACT pode ser aplicada tanto em formato individual quanto grupal, com utilização de diversos recursos que tenham como finalidade a mobilização desses aspectos centrais que afluem na flexibilidade psicológica.

Com relação aos formatos grupais, pode ser considerada uma opção especialmente promissora para o favorecimento do suporte mútuo e do aprendizado colaborativo (Harris, 2013). Estratégias como o “Mapa da Vida” (Life Map) e técnicas de clarificação de valores

podem ser eficazes em intervenções grupais, proporcionando oportunidades para o compartilhamento de experiências e o fortalecimento de comportamentos alinhados aos valores (Gordon & Borushok, 2017).

A evolução da ACT nas últimas décadas, além de refletir o movimento mais amplo da Ciência Comportamental Contextual, ultrapassa a intervenção psicológica voltada exclusivamente a síndromes psiquiátricas tradicionais e passa a enfatizar princípios, processos e componentes aplicáveis a diferentes demandas e contextos clínicos e não clínicos (Hayes & King, 2024). Esse avanço, consolidado em bases empíricas amplas, permitiu a expansão global e temática das pesquisas, com crescente realização de ensaios clínicos randomizados em países de baixa e média renda, em contextos culturais e políticos diversos, o que amplia a relevância de investigar a aplicabilidade da ACT em realidades específicas. No campo do envelhecimento, embora a literatura ainda apresente lacunas significativas quanto à aplicação da ACT com pessoas idosas (Medeiros & Hartmann Junior, 2019), as evidências apontam potencial para promover flexibilidade psicológica e favorecer a adaptação frente às perdas normativas e não normativas.

Nas últimas décadas, também surgiram versões breves da ACT, como a Focused Acceptance and Commitment Therapy (FACT), que ampliou ainda mais sua aplicabilidade, especialmente em contextos com restrições de tempo e recursos, como os serviços públicos de saúde (Ferreira et al., 2021; Strosahl et al., 2012). Na versão breve proposta por Farris e Kibbey (2022), discute-se o favorecimento de fatores psicológicos protetivos, onde podem ser incluídos autoeficácia, resiliência e flexibilidade, de maneira acessível e com baixa complexidade de aplicação. Essas intervenções focalizadas visam a demandas comuns de grupos homogêneos, utilizando os princípios centrais da ACT para promover mudanças significativas em um número reduzido de sessões (Olaz et al., 2015; Cabral et al., 2019).

Estudos apontam que a ACT, incluindo seus formatos breves, tem mostrado eficácia em diversas populações e contextos, inclusive entre pessoas idosas, promovendo reduções em sintomas depressivos e ansiosos, melhorias na aceitação de limitações e aumento do engajamento em atividades significativas (Scott et al., 2016; Souza et al., 2022; Farris & Kibbey, 2022; Stynes & McHugh, 2023). Embora a literatura nacional sobre ACT para pessoas idosas ainda seja incipiente, há crescente reconhecimento de seu potencial para promover saúde mental, resiliência e envelhecimento saudável (Sakai & Cunha, 2022).

As intervenções breves têm se mostrado viáveis em contextos de atenção primária e saúde mental, atendendo às demandas por soluções clínicas de baixo custo e alta efetividade (Strosahl et al., 2012; Cabral et al., 2019). A FACT apresenta especial aplicabilidade em serviços públicos de cuidado como os que integram as ações do SUS, por sua aplicabilidade operacional e por permitir intervenções mesmo em contextos com recursos limitados (Souza et al., 2022; Oliveira et al., 2018).

Estudos indicam que mesmo no formato breve, esse modelo terapêutico é eficaz na redução de sintomas depressivos e ansiosos em pessoas idosas, além de promover maior engajamento com a vida, aceitação de limitações e enfrentamento de perdas (Scott et al., 2016; Olaz et al., 2015; Ferreira et al., 2021; Andrade et al., 2010; Souza et al., 2022). A abordagem é especialmente relevante em contextos de saúde pública, onde recursos são escassos e a necessidade de intervenções breves é crescente (Strosahl et al., 2012; Sakai & Cunha, 2022; Cabral et al., 2019).

A aplicação da ACT em pessoas idosas favoreceria uma abordagem humanizada, incentivando a aceitação das mudanças inerentes à idade, o enfrentamento adaptativo de perdas e o engajamento em atividades que promovam sentido e bem-estar. Pesquisas brasileiras recentes, embora ainda incipientes, sugerem benefícios significativos dessa abordagem na

promoção da qualidade de vida e saúde mental de pessoas idosas (França & Soares, 2009; Góes et al., 2016; Oliveira & Gehlen, 2020; Sakai & Cunha, 2022).

No que diz respeito a resiliência, autoeficácia e flexibilidade psicológica, podem formar um conjunto interligado de fatores protetivos e adaptativos, fundamentais para o envelhecimento saudável. E intervenções baseadas em ACT, especialmente em formato breve, mostram-se promissoras para o fortalecimento dessas dimensões e para o enfrentamento dos desafios próprios do envelhecimento, representando uma importante estratégia para a promoção do bem-estar psicológico em contextos clínicos e de saúde pública.

Ao compreender o sofrimento e as condições físicas de adoecimento como parte da experiência humana, tal qual postulado pelo modelo terapêutico da ACT, propõe-se uma abordagem baseada na função dos comportamentos em contextos específicos. O que favoreceria uma compreensão ampliada do envelhecimento em articulação com especificidades das práticas de saúde. Conforme discutido por Saban-Bernauer (2022) ao aplicar a ACT na área da saúde, torna-se essencial identificar essas múltiplas funções comportamentais da dor e do adoecimento, de modo a construir intervenções que favoreçam a aceitação da experiência e o engajamento em ações guiadas por valores, mesmo diante do sofrimento.

A adaptação de protocolos específicos para a população idosa como o BE-FIT, para pessoas idosas com sensibilidade ao exercício, ou intervenções focalizadas em vergonha e autoestima, evidencia a viabilidade e aceitação da ACT em diferentes grupos de pessoas idosas (Farris & Kibbey, 2022; Styne & McHugh, 2023). Entretanto é importante que as pesquisas e indicativos sejam culturalmente sensíveis e integradas às políticas públicas (Sakai & Cunha, 2022).

Apesar da ACT representar uma abordagem terapêutica contemporânea e promissora para a promoção do envelhecimento saudável, especialmente quando adaptada a contextos

grupais e a versões breves, ainda é insipiente pesquisas nacionais acerca dessa aplicação e possíveis adaptações. Autores como Sakai & Cunha (2022) já destacam a necessidade de ampliar as investigações sobre a eficácia da ACT em formato breve com essa população.

Diante do envelhecimento populacional, da escassez de intervenções psicológicas breves aplicáveis aos serviços públicos de cuidado à pessoa idosa e da relevância dos recursos subjetivos para o bem-estar na velhice, esta tese parte da hipótese de que intervenções fundamentadas na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), mesmo em formato breve e grupal, podem se mostrar viáveis no contexto público e mobilizar processos associados à flexibilidade psicológica, à autoeficácia e à resiliência. Estruturada em quatro estudos: uma revisão sistemática, uma investigação transversal, uma análise exploratória de questões abertas por meio de procedimentos lexicais e um piloto de intervenção, a pesquisa busca integrar evidências teóricas, empíricas e aplicadas, contribuindo para o desenvolvimento de práticas baseadas em processos voltadas à saúde mental de pessoas idosas em contextos públicos de cuidado.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Avaliar a viabilidade, a aceitabilidade e o potencial terapêutico de um modelo de intervenção grupal breve baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso para pessoas idosas em contexto público de saúde, fundamentado na articulação entre processos de flexibilidade psicológica e o modelo de Seleção, Otimização e Compensação.

2.2. Objetivos específicos

a) Realizar uma revisão da literatura sobre a aplicação da ACT com pessoas idosas, com ênfase em evidências empíricas, lacunas e adaptações culturais (Estudo I).

b) Explorar os significados atribuídos ao envelhecimento, identificando convergências entre o relato das pessoas idosas e os processos de adaptação do modelo SOC e ACT (Estudo II).

c) Analisar as correlações estatísticas entre flexibilidade psicológica, autoeficácia e resiliência em uma amostra de pessoas idosas usuárias do SUS (Estudo III).

d) Verificar a viabilidade clínica e a aceitabilidade de um protocolo de ACT breve em grupo, avaliando tendências de mudança nos indicadores de saúde mental (Estudo IV).

3. Estudo I: Eficácia da Terapia de Aceitação e Compromisso em grupos para pessoas idosas: revisão de literatura¹

Resumo

No contexto do envelhecimento da população global é primordial compreender intervenções eficazes para promover o bem-estar mental e a resiliência entre as pessoas idosas. Esta revisão de literatura avalia a eficácia da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) em ambientes grupais para adultos mais velhos. As buscas consideraram os últimos 10 anos em bases de dados como a PubMed, PsycArticles, Web of Science e Scopus, este estudo selecionou sete estudos pertinentes que incluíam diversas populações idosas, sobreviventes de AVC, indivíduos sofrendo de dor crônica e aqueles que experimentam sintomas de ansiedade. Os instrumentos de avaliação incluíram principalmente o “Questionário de Aceitação e Ação-II” (AAQ-II), entre outros, para avaliar os desfechos. As intervenções variaram sessões semanais focadas na aceitação emocional, compromisso com valores pessoais e manejo da dor crônica. A implementação de protocolos estruturados assegurou consistência e replicabilidade nas intervenções. Os achados indicam consistentemente que intervenções baseadas em ACT em grupos significativamente contribuem para o bem-estar emocional e a qualidade de vida para as pessoas idosas. Contudo, pesquisas adicionais são necessárias para compreender integralmente o impacto dessas intervenções e os fatores que contribuem para o seu sucesso. Enfatizar o desenvolvimento e avaliação contínua de tais intervenções pode apoiar um processo de envelhecimento mais saudável e satisfatório, destacando o papel crítico da resiliência psicológica no cuidado as pessoas idosas.

Palavras-chave: intervenções grupais, pessoas idosas, Terapia de Aceitação e Compromisso. Qualidade de vida.

¹ Texto originalmente publicado em: Faro, L. C. de, & Pedroso, J. da S. (2024). Eficácia da Terapia de Aceitação e Compromisso em Grupos para Idosos: Revisão de Literatura. *Revista Políticas Públicas & Cidades*, 13(2), e824 . <https://doi.org/10.23900/2359-1552v13n2-34-2024>

Introdução

O envelhecimento da população é um fenômeno global que tem despertado considerável interesse nas últimas décadas, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil. Com o aumento expressivo da parcela de pessoas idosas na população, surgem desafios significativos relacionados à compreensão das dinâmicas complexas que envolvem o envelhecimento e a qualidade de vida desse grupo etário (Argimon et al., 2023). No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), houve um aumento substancial na proporção de pessoas com 60 anos ou mais, passando de 11,3% para 14,7% da população total (IBGE, 2022).

Esse fenômeno demográfico tem motivado pesquisadores de diversas áreas, como gerontologia, medicina, sociologia e economia, a investigar uma ampla gama de questões relacionadas ao envelhecimento (Argimon et al., 2023). Desde preocupações com a saúde e o bem-estar até questões econômicas e sociais, há um interesse crescente em entender as necessidades e demandas específicas dessa população com estratégias eficazes de políticas públicas (Miranda et al., 2015). Isso é especialmente relevante no contexto brasileiro, onde políticas públicas e intervenções para atender às demandas das pessoas idosas são essenciais em meio ao processo de transição demográfica e epidemiológica em curso (Lei nº10.741/2003).

Embora tenham sido implementadas várias políticas e programas para promover o bem-estar e a proteção das pessoas idosas, enfrentamos desafios significativos na efetividade e implementação dessas iniciativas. É fundamental identificar e superar as dificuldades sociais para garantir um envelhecimento ativo e saudável (Minayo, 2002). Nesse contexto, surgem abordagens terapêuticas promissoras, como a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), que têm o potencial de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar emocional das pessoas idosas (Medeiros & Hartmann Junior, 2019).

Neste estudo, propomos conduzir uma revisão sistemática para investigar os efeitos das intervenções baseadas na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) em grupos de pessoas idosas. Nosso objetivo é examinar criticamente a literatura existente, identificar lacunas de conhecimento e fornecer insights sobre os potenciais benefícios dessa abordagem terapêutica para a população idosa.

Referencial Teórico

A ACT, desenvolvida por Steven Hayes, é uma abordagem psicoterapêutica transdiagnóstica que enfatiza a importância da aceitação de pensamentos e emoções indesejadas e o compromisso de agir de acordo com os valores pessoais (Olaz, 2015). Evidências acumuladas ao longo das últimas décadas indicam que a ACT apresenta eficácia consistente em diferentes condições de saúde mental, sendo considerada uma abordagem transdiagnóstica promissora, com efeitos observados em contextos variados e populações distintas (Gloster et al., 2020). Embora inicialmente tenha sido estudada principalmente em adultos, evidências recentes sugerem resultados promissores no tratamento de depressão e dor crônica em pessoas idosas (Medeiros & Hartmann Junior, 2019). No entanto, no contexto brasileiro, a pesquisa sobre intervenções em ACT com pessoas idosas ainda é limitada, e há poucos estudos publicados.

Estudos como o de Medeiros (2022) destacam o potencial da ACT para ajudar as pessoas idosas a focar em seus valores e objetivos pessoais, em vez de se concentrarem em suas limitações físicas ou emocionais. A ACT também pode ajudar pessoas idosas a desenvolver habilidades para lidar com desafios comuns associados ao envelhecimento, como dor, solidão e perda. Além disso, promove a consciência do momento presente e ajuda pessoas idosas a encontrar significado e propósito em suas vidas, melhorando assim sua qualidade de vida e bem-estar emocional.

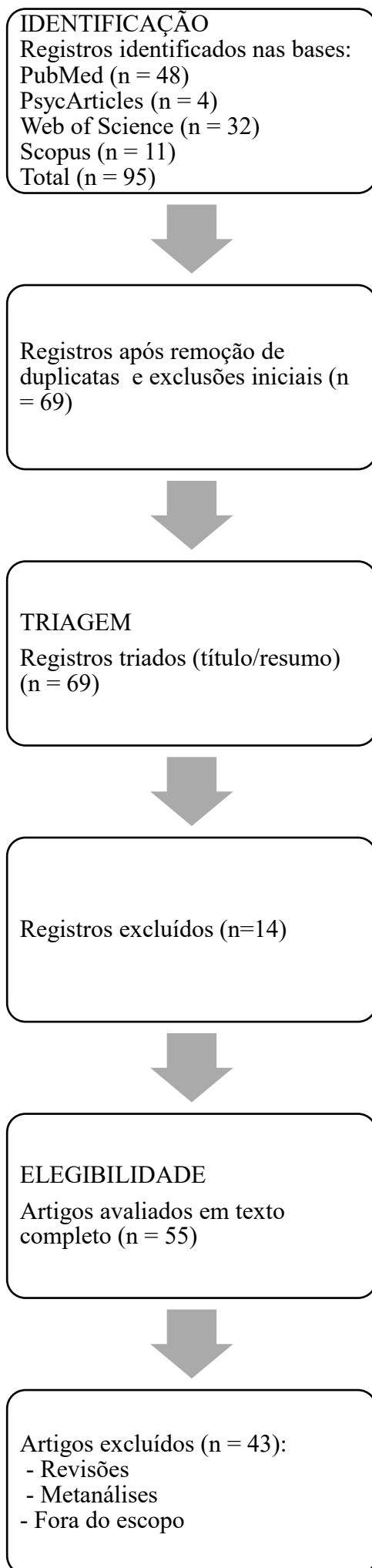
A pesquisa científica sobre os efeitos da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) em grupos tem ganhado destaque nos últimos anos (Ferreira et al., 2021) e seria um recurso adequado às estratégias de políticas públicas. Alguns estudos já têm sido conduzidos com o objetivo de investigar os impactos dessa abordagem terapêutica na qualidade de vida, bem-estar emocional e saúde mental da população idosa (Medeiros & Hartmann Junior, 2019). Neste contexto, as revisões sistemáticas desempenham um papel fundamental, fornecendo uma análise abrangente e crítica das evidências disponíveis.

A revisão sistemática é uma metodologia de pesquisa que visa identificar, avaliar e sintetizar todas as evidências relevantes sobre uma determinada questão de pesquisa. Ela é conduzida de forma sistemática e transparente, seguindo um protocolo predefinido para garantir a objetividade e a validade dos resultados. Ao reunir e analisar dados de múltiplos estudos, a revisão sistemática permite uma avaliação mais robusta do estado atual do conhecimento sobre um determinado tópico (Galvão & Ricarte, 2020).

Método

A revisão foi conduzida de acordo com as diretrizes do PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), conforme demarcado por Galvão e Ricarte (2020). A busca foi realizada no período de dezembro de 2023 a abril de 2024.

Foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados: PubMed, PsycArticles (PsycINFO(APA)), Web of Science e Scopus. Os descritores utilizados foram “group” AND “older people” AND “Acceptance Commitment Therapy”. Foram considerados textos completos dos últimos 10 anos. Na Figura 1 é apresentado o Fluxograma do processo de seleção dos estudos incluídos na revisão, conforme diretrizes PRISMA:



Na base de dados PubMed, a busca inicial resultou em 48 artigos, dos quais 4 não permitiam acesso ao texto completo e 1 não estava disponível gratuitamente, restando 43 artigos com potencial relevância dessa base de dados.

Na base de dados PsycArticles, foram encontrados 4 artigos, porém nenhum deles versava sobre idade, sendo que apenas 1 se referia a intervenções grupais, mas com foco em condições de saúde específicas, como esclerose múltipla, sendo assim, esses artigos foram excluídos por não atenderem aos objetivos do estudo.

Na base de dados Web of Science, foram encontrados 32 resultados, dos quais 6 estavam com acesso restrito, 4 eram artigos de revisão e 10 já haviam sido incluídos por outra das bases de dados utilizada. Dos 12 artigos restantes nenhum atendia os objetivos do estudo.

Na base de dados Scopus, foram encontrados 11 resultados, dos quais 4 eram documentos diferentes de artigos científicos, 2 eram artigos de revisão ou metanálises, e os demais já tinham sido incluídos em outra das bases de dados revisada.

Para seleção dos estudos foram considerados os seguintes critérios: versar sobre Intervenções Grupais baseadas na Terapia de Aceitação e Compromisso e versar sobre intervenções com público de pessoas acima de 60 anos de idade. Após a aplicação desses critérios, restaram 7 artigos para o levantamento.

Para avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos nesta revisão da literatura, foi utilizada a Escala Jadad, segundo Polmann et al. (2021) pode ser considerada uma ferramenta amplamente útil na seleção de literatura científica. Desenvolvida em 1996 por pesquisadores da Universidade de Oxford, a Escala Jadad avalia aspectos como randomização, mascaramento e perdas de pacientes em ensaios clínicos randomizados. Sua aplicação direta e interpretação facilitada a tornaram amplamente utilizada nas revisões sistemáticas da área da saúde (Polmann et al., 2021).

O quadro de análise dos aspectos metodológicos dos estudos revisados é apresentado a

seguir:

Tabela 1

Análise dos aspectos metodológicos

Estudo	Randomização	Duplo-cego	Seguimento
		O estudo é descrito como “single-blind”, o que significa que os participantes não conhecem sua alocação, pontos de tempo: no baseline (T0), pós-conhecem. Os pesquisadores que realizam o tratamento (T1) e em um mês de follow-up (T2) as avaliações de desfechos para ambos os grupos. Não são fornecidos detalhes sobre a taxa de mencionado o uso de um seguimento ou sobre comitê de monitoramento como foram tratados os dados de participantes e monitoramento dos resultados.	
1) Chen et al. (2023)	randomizado. Avaliação: Sim.	Avaliação: Parcialmente	Avaliação: Sim
	Neste estudo os participantes foram designados para receber intervenções combinada com exercícios físicos. Não foi mencionado um processo específico de randomização para a designação dos participantes para os grupos de intervenção. Os participantes foram recrutados para participar do estudo e, em seguida, foram designados para os grupos de intervenção com base em sua		
2) Leung et al. (2023)	intervenção com base em sua	Avaliação: Não	Neste estudo as avaliações foram realizadas durante os momentos das intervenções com registros pelos mediadores, compartilhamento de vivências. Avaliação: Não

Estudo	Randomização	Duplo-cego	Seguimento
	disponibilidade e interesse. Avaliação: não		
3) Farris et al. (2022)	O estudo descreve que os pacientes foram recrutados em duas ondas subsequentes, sendo um grupo submetido à subsequentes, uma para o grupo de intervenção BE- intervenção BE- FIT e o outro sendo FIT e outra para o grupo de grupo de controle. Avaliação: Sim	Não há indicação de duplo-cego no estudo. Os pacientes foram recrutados de retenção de 100%. Todos os pacientes do grupo de intervenção BE- FIT completaram todas as sessões da intervenção. Avaliação: Parcialmente	O estudo relata um seguimento completo dos pacientes, com uma taxa de retenção de 100%. Todos os pacientes do grupo de intervenção BE- FIT completaram todas as sessões da intervenção. Avaliação: Sim
4) Witlox et al. (2022)	O estudo foi descrito como um ensaio clínico cluster-randomizado, em que os conselheiros de saúde mental foram randomizados para fornecer uma das intervenções aos participantes. A randomização foi realizada utilizando uma tabela de randomização em blocos, criada por um pesquisador independente e ocultada dos demais pesquisadores. Avaliação: Sim.	O estudo foi descrito como single-blind, o que significa que os participantes não foram informados sobre qual intervenção estavam recebendo, mas os pesquisadores, os conselheiros de saúde mental e os participantes acompanhados através de uma auto-relatos online e entrevistas telefônicas. Portanto, não houve condução dos assistentes de pesquisa e dos treinados e supervisionados, que estavam cegos para a alocação do tratamento. Avaliação: Parcialmente	O estudo realizou avaliações em múltiplos momentos ao longo de 12 meses após o início do tratamento. Os participantes foram acompanhados através de uma auto-relatos online e entrevistas telefônicas. Portanto, não houve condução dos assistentes de pesquisa e dos treinados e supervisionados, que estavam cegos para a alocação do tratamento. Avaliação: Sim.
5) Haun et al. (2020)	Este estudo não menciona randomização, o que indica que os avaliadores participantes não foram atribuídos aos resultados. Como aleatoriamente a participantes sabiam que no meio do programa e no diferentes grupos estavam participando de intervenção. programa THRIVE e eles foram todos estavam cientes das de um período de incluídos no avaliações realizadas, e os seguimento após a	Não há menção de cegamento dos participantes ou dos dados foram coletados em três momentos ou diferentes: no início do programa (linha de base), no meio do programa e no final do programa. No entanto, não há menção de um período de seguimento após a	O estudo menciona que os dados foram coletados em três momentos ou diferentes: no início do programa (linha de base), no meio do programa e no final do programa. No entanto, não há menção de um período de seguimento após a

Estudo	Randomização	Duplo-cego	Seguimento
	programa THRIVE durante o período de inscrição. Avaliação: Não.	avaliadores sabiam quais dados estavam coletados, não houve cegamento. Avaliação: Não.	conclusão do programa THRIVE. Avaliação: Parcialmente
6) Alonso-Fernández et al. (2016)	Não há detalhes específicos fornecidos sobre o método exato de randomização. Avaliação: Parcialmente	Os entrevistadores foram descritos como psicólogos treinados na avaliação da taxa de desistência em idosos e cegos para a hipótese do estudo. No entanto, não fica claro se os participantes e os abandonando o estudo. Não menciona avaliações para o grupo de tratamento posteriores a conclusão atribuído. Avaliação: Parcialmente	Os participantes foram seguidos por um período de 6 meses após o tratamento para avaliar a resposta ao tratamento. As avaliações foram realizadas por assistentes de pesquisa cegos para a condição de tratamento dos participantes. Avaliação: Parcialmente
7) Wetherell et al. (2015)	Os participantes foram randomicamente designados para receber ACT ou CBT. Avaliação: Sim.	Os pesquisadores conduziram as avaliações pós-tratamento e de acompanhamento para descrever os participantes. Avaliação: Sim.	Os participantes foram seguidos por um período de 6 meses após o tratamento para avaliar a resposta ao tratamento. As avaliações foram realizadas por assistentes de pesquisa cegos para a condição de tratamento dos participantes. Avaliação: Sim.

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 2.

Avaliações Jadadd

	1a-	1b-	1c-	2a-	2b-	2c-	3-	
	Randomize	Concealme	Inappropri	2a-Double	Appropri	Inappropri	3-Follow	
Author	d	nt approp	ate	Blind	te	ate	Up	Total Score
1) Chen et al. (2023)	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim	4/7
2) Leung et al. (2023)	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	0/7
3) Farris et al. (2022)	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	4/7
4) Witlox et al. (2022)	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	2/7
5) Haun et al. (2020)	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	0/7
6) Alonso-Fernández et al. (2016)	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	4/7
7) Wetherell et al. (2015)	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	2/7

Fonte: Adaptada de Polmann et al. (2021).

Resultados e discussão

Os estudos revisados foram pesquisas randomizadas com diferentes desenhos que garantiram a distribuição aleatória dos participantes entre os grupos de tratamento. As medidas para avaliação da efetividade variaram conforme o estudo. Apenas um entre os estudos revisados demarcou dificuldades para adequação da proposta interventiva baseada em ACT com populações idosas (Haun et al., 2020).

No artigo número 1) Chen et al. (2023) descreveram estudo em que utilizaram um protocolo de intervenção grupal baseada em ACT e avaliaram por ensaio clínico randomizado, controlado por grupo de espera, o protocolo apresentado no estudo foi direcionado para sobreviventes mais velhos de AVC. A pesquisa envolveu a participação de 66 pessoas, o grupo de intervenção recebeu a ACT em grupo e o grupo de controle foi encaminhado para lista de espera e recebeu o tratamento usual. O estudo utilizou os seguintes instrumentos de medida: *The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)*, *The hamilton depression scale (HAM-D)*, *Distress thermometer (DT)* e *Stroke-specific quality of Life (SS-QOL)*. As intervenções em grupo consistiram de sessões grupais com duração de 40 a 60 minutos uma vez por semana durante oito semanas. Os temas dos encontros foram: Elaboração da agenda, Aceitação, Observando objetivamente a cognição, Tempo, Sentindo-se, Identificando seu valor, Olhando para frente e Revisão. Os resultados do estudo indicam eficácia da terapia baseada em ACT em grupo na aceitação emocional, nos sintomas depressivos, na angústia psicológica e qualidade de vida entre os sobreviventes mais velhos de AVC.

No estudo número 2) Leung et al. (2023) investigaram a utilização da Tecnologia da Informação na mediação de intervenções de Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), combinada com exercícios físicos e Terapia Cognitivo-Comportamental para Insônia. Os participantes foram pessoas idosas com sintomas depressivos. A idade média dos participantes

foi de 72,6 anos. Os resultados forneceram insights sobre a utilização dessa metodologia com grupos de pessoas idosas, ressaltando medidas que garantam interatividade.

No artigo 3) Farris et al. (2022) descreveram estudo em que foram incluídos 314 participantes com idades entre 55 e 75 anos, com sintomas de ansiedade de leve a moderadamente grave. O estudo foi um ensaio clínico randomizado controlado, com 240 participantes distribuídos em dois grupos de intervenção: um grupo recebeu ACT combinada com módulos online, enquanto o outro grupo recebeu terapia cognitivo-comportamental (TCC) presencial. Envolveram os seguintes instrumentos: *Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)*, *Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF)*, *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*, *Sheehan Disability Scale (SDS)*, *Mini-International Neuropsychiatric Interview Plus (MINI-Plus)*, *Client Satisfaction Questionnaire-8 (CSQ-8)*. Os resultados indicaram que o grupo com intervenções ACT apresentou melhores resultados tanto com relação a índices quanto em relação a duração.

No artigo 4) Witlox et al. (2022) contaram com 314 participantes para comparar a eficácia e o custo-efetividade da intervenções ACT com a TCC. O estudo envolveu participantes de 55 a 75 anos. Os instrumentos utilizados como medidas foram: *GAD-7*, *EQ-5D-5L*, *TiC-P*. As conclusões do estudo não indicaram diferenças na melhora dos sintomas de ansiedade entre o grupo de intervenção de ACT combinado e TCC no pós-tratamento e no acompanhamento de 12 meses. Porém, ambos os grupos mostraram reduções significativas na gravidade dos sintomas de ansiedade ao longo do tempo.

No artigo 5) Haun et al. (2020) descreveram um programa chamado THRIVE, desenvolvido para acompanhamento grupal de mulheres veteranas nos Estados Unidos, com 201 participantes. No estudo foram utilizados: *PHQ-9*, *GAD-7*, *AAQ-II*, *Satisfaction With Life Scale (SWLS)* e *Short Form Survey (SF-12)*. As conclusões do estudo indicaram que o programa THRIVE foi eficaz em melhorar a saúde mental autodeclarada das participantes,

incluindo redução da depressão, ansiedade, inflexibilidade psicológica e evitação experiencial, além de aumento da satisfação com a vida e redução da interferência da dor no trabalho. No entanto, foi observado que a melhora na depressão e na inflexibilidade psicológica foi significativamente maior em participantes mais jovens em comparação com participantes mais velhas, indicando a importância de considerar essas especificidades no desenvolvimento de propostas interventivas.

No artigo número 6) Alonso-Fernández et al. (2016) compuseram amostra com total de 101 participantes, dos quais 30 foram designados para a condição ACT-SOC (intervenções grupais baseadas em estratégias da ACT e da SOC – Seleção, Otimização e Compensação) e 34 para a condição MS (Suporte Mínimo). A pesquisa discutiu a eficácia da ACT combinada com estratégias de treinamento do modelo SOC para pessoas idosas com dor musculoesquelética crônica que viviam em lares de pessoas idosas (instituições de Longa Permanência para pessoas idosas). As medidas utilizadas incluíram *Brief Pain Inventory (BPI)*, *Geriatric Depression Scale (GDS)*, *Pain Anxiety Symptoms Scale-Short Form (PASS-20)*, *Pain Catastrophizing Scale (PCS)*, *Selection, Optimization, and Compensation (SOC) Short Form Questionnaire* e *Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ)*.

Os resultados mostraram que a intervenção ACT-SOC foi associada a melhorias significativas na interferência da dor, níveis de atividade, aceitação da dor e sintomas emocionais, em comparação com o grupo MS. Além disso, os participantes do grupo ACT-SOC demonstraram um aumento no uso de estratégias SOC e uma diminuição nas crenças catastrofiscas em comparação com o grupo MS.

No artigo 7) Wetherell et al. (2015) investigaram 114 adultos (idades entre 18 e 89 anos) com uma variedade de condições de dor crônica não maligna. Os participantes recebiam ACT ou TCC, dependendo do grupo ao qual foram designados aleatoriamente. Os instrumentos utilizados para avaliação foram: *Brief Pain Inventory (BPI)*, *Structured Clinical Interview for*

the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (SCID-IV) e *Questionários de Avaliação de Credibilidade, Expectativa de Melhora, Desistência e Satisfação*. Concluíram que os adultos mais velhos foram mais propensos a responder à ACT, e os adultos mais jovens à TCC.

Os resultados dos estudos revisados demonstraram que as intervenções baseadas em ACT em grupos de pessoas idosas foram associadas a melhorias significativas em diversos desfechos, como aceitação emocional, sintomas depressivos, qualidade de vida, manejo da dor e adaptação às mudanças na vida associadas à idade avançada (Chen et al., 2023; Farris et al., 2022; Alonso-Fernández et al., 2016).

As pesquisas revisadas abordaram uma variedade de contextos e populações de pessoas idosas, incluindo sobreviventes de AVC, pessoas idosas com dor musculoesquelética crônica, e aqueles com sintomas de ansiedade. Apesar da aplicabilidade potencialmente ampla das intervenções baseadas em ACT em diferentes cenários clínicos, é importante destacar que os estudos revisados foram conduzidos em contextos internacionais, especialmente em países de alta renda, com estruturas de saúde e condições socioculturais distintas da realidade brasileira. Nesse sentido, a generalização direta desses achados para o contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser feita com cautela. Evidências nacionais ainda são incipientes e apontam desafios importantes na implementação de intervenções psicoterapêuticas em serviços públicos, como dificuldades de acesso, adesão e continuidade do cuidado, mesmo quando há bom engajamento entre os participantes que permanecem no tratamento (Salvo & Ferreira, 2025). Esses dados sugerem que, para além da eficácia das intervenções, é fundamental considerar sua viabilidade e adaptação às condições reais dos serviços de saúde brasileiros, marcados por limitações estruturais, alta demanda e diversidade sociocultural.

Dessa forma, a lacuna de estudos nacionais não se restringe apenas à ausência de evidências de eficácia, mas também à escassez de investigações que avaliem processos de

implementação e adaptação contextual das intervenções. Tal aspecto é especialmente relevante em uma abordagem como a Terapia de Aceitação e Compromisso, que se fundamenta na análise funcional do comportamento em contexto. A ausência de estudos que considerem a história de vida, os determinantes sociais e as contingências culturais específicas da população idosa brasileira limita a compreensão sobre como esses processos se organizam na prática e como podem ser mobilizados de forma efetiva em contextos públicos de cuidado. Acerca disso, avanços recentes no campo das terapias contextuais têm enfatizado a necessidade de intervenções orientadas por processos, em detrimento de protocolos rígidos, destacando a importância de adaptações sensíveis ao contexto e às características individuais dos participantes (Hayes & Hofmann, 2018).

Com relação a relevância da variável idade na efetividade das intervenções, os estudos revisados demarcaram considerações acerca da importância de se implementar programas que considerem as especificidades das pessoas idosas, sugerindo que uma abordagem personalizada pode ser mais eficaz (Haun et al., 2020; Wetherell et al. (2015).

Além disso, os estudos revisados apresentaram uma variedade de instrumentos utilizados para avaliar os desfechos das intervenções baseadas em Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) em grupos de pessoas idosas. Geralmente avaliaram aspectos relacionados ao bem-estar emocional, qualidade de vida, manejo da dor e adaptação às mudanças na vida associadas à idade avançada.

Acerca dos procedimentos utilizados nos grupos e programas de intervenção pesquisados nos estudos revisados, foram bastante variados. Refletindo a diversidade de abordagens e populações estudadas. No entanto, alguns elementos comuns podem ser identificados, como as sessões geralmente tinham uma duração específica, variando de 40 a 120 minutos, e ocorriam semanalmente ao longo de um período determinado. Cada estudo delineou temas e conteúdos específicos abordados durante as sessões de intervenção. Esses

temas geralmente refletiam os princípios fundamentais da ACT, como aceitação de pensamentos e emoções, compromisso com valores pessoais e ação orientada para metas significativas.

Além disso, outros temas específicos relacionados aos grupos de participantes também foram abordados, como a adaptação à dor crônica (Alonso-Fernández et al., 2016), enfrentamento de sintomas de ansiedade (Farris et al., 2022), entre outros, específicos para os públicos trabalhados nas intervenções.

Frequentemente descreveram protocolos estruturados para a condução das intervenções, delineando sessões específicas com atividades planejadas e técnicas terapêuticas. Esses protocolos foram projetados para fornecer uma estrutura consistente e replicável para as intervenções (Haun et al., 2020; Alonso-Fernández et al., 2016). Entretanto, a literatura também evidencia a flexibilidade da ACT quanto aos formatos de aplicação, incluindo intervenções grupais, breves e mediadas por tecnologia, o que amplia seu potencial de implementação em diferentes contextos de cuidado (Twohig & Levin, 2017).

Conclusão

Após a triagem, apenas sete estudos preencheram os critérios de inclusão e foram selecionados para análise. Esses estudos envolveram intervenções baseadas na ACT em grupos para pessoas idosas, abordando uma variedade de questões de saúde mental e bem-estar. Os resultados indicaram melhorias significativas em indicadores de bem-estar, como qualidade de vida, resiliência e autoeficácia, após a participação nessas intervenções. Embora as sessões de terapia em grupo tenham variado em duração e frequência, todas enfatizaram a importância da aceitação, compromisso com valores pessoais e promoção de mudanças comportamentais positivas.

Esses achados contribuem para o entendimento dos benefícios potenciais das intervenções baseadas em ACT em grupos de pessoas idosas, destacando sua eficácia na promoção do bem-estar emocional, qualidade de vida e manejo de condições de saúde comuns nessa população. No entanto, são necessárias mais pesquisas para compreender completamente o impacto dessas intervenções e identificar os fatores que contribuem para seu sucesso. Esta revisão enfatiza a importância contínua do desenvolvimento e avaliação de intervenções baseadas em ACT em grupos para pessoas idosas, visando melhorar sua qualidade de vida e promover o envelhecimento saudável e satisfatório.

Além disso, destaca-se a necessidade de ampliação de estudos conduzidos no contexto brasileiro, que considerem não apenas a eficácia das intervenções, mas também sua viabilidade, aceitabilidade e adaptação às condições dos serviços públicos de saúde. A incorporação de análises contextuais, sensíveis às especificidades socioculturais e às condições estruturais do SUS, mostra-se fundamental para o desenvolvimento de práticas mais efetivas e sustentáveis. Nesse sentido, futuras pesquisas devem priorizar delineamentos que integrem avaliação de processos e resultados, contribuindo para a consolidação de intervenções baseadas em evidências que sejam, ao mesmo tempo, cientificamente robustas e contextualizadas à realidade brasileira.

4. Estudo II: Envelhecimento como reorganização adaptativa: uma análise lexical dos significados atribuídos por pessoas idosas

Resumo

Este estudo investigou os significados atribuídos ao envelhecimento por pessoas idosas. Participaram 116 idosos residentes em Macapá-AP. A análise lexical identificou três classes discursivas: retração social, adaptação reflexiva e envelhecimento como maturidade. Os resultados indicaram significados predominantemente atribuídos a processo de reorganização adaptativa. Os achados são discutidos com base no modelo desenvolvimentista SOC, e na perspectiva comportamental-contextual ACT, evidenciando diferentes formas de adaptação ao longo do curso de vida.

Palavras-chave: Envelhecimento, Modelo SOC, Terapia de Aceitação e Compromisso.

Introdução

A perspectiva do desenvolvimento ao longo da vida (life-span) enfatiza a complexidade do desenvolvimento humano ao compreender o envelhecimento como um processo heterogêneo, contínuo e multidimensional, inserido em uma trajetória mais ampla de mudanças ao longo da vida (Castro et al., 2020). Nessa perspectiva, envelhecer não se restringe a alterações biológicas, mas envolve transformações psicológicas, sociais e simbólicas que se articulam à história de vida dos indivíduos.

Entre os modelos desenvolvimentais contemporâneos, destaca-se o modelo de Seleção, Otimização e Compensação (SOC), que descreve o envelhecimento bem-sucedido como resultado de processos adaptativos contínuos. Nesse modelo, os indivíduos ajustam seus objetivos, investem em recursos disponíveis e desenvolvem estratégias compensatórias frente a limitações funcionais (Baltes & Baltes, 1990). Tais processos não se expressam apenas no comportamento observável, mas também na forma como as experiências são interpretadas e organizadas ao longo do tempo.

Estudos indicam que o envelhecimento pode ser compreendido como um processo de transformação progressiva, no qual o amadurecimento psicológico, a reorganização da identidade e a redefinição de papéis sociais assumem papel central na experiência subjetiva (Correa, 2009; Teixeira et al., 2024). A coexistência de ganhos e perdas, experiência acumulada e limitações funcionais evidencia que o envelhecer é frequentemente significado como um percurso dinâmico de desenvolvimento pessoal, e não apenas como etapa de declínio (Castro et al., 2020; Silva & Melo-Silva, 2020). Nesse contexto, pensamentos, emoções e

comportamentos tendem a se reorganizar ao longo do curso de vida, integrando vulnerabilidades e recursos em narrativas de continuidade.

Do ponto de vista metodológico, a análise lexical do discurso constitui uma estratégia relevante para investigar como os indivíduos organizam simbolicamente suas vivências, permitindo identificar padrões semânticos que estruturam a compreensão de si e da própria trajetória (Passos & Araújo, 2022; Silva & Cavaco, 2023). Ao examinar o repertório verbal de pessoas idosas, torna-se possível acessar dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais implicadas na experiência do envelhecimento.

Abordagens contextuais-comportamentais, como a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), oferecem um referencial complementar ao enfatizar o papel da linguagem na regulação do comportamento e na organização da experiência. Nesse modelo, a adaptação psicológica envolve a capacidade de contatar eventos privados sem que estes restrinjam rigidamente a ação, favorecendo o engajamento em comportamentos orientados por direções valorosas (Hayes et al., 2012). Embora não constitua o foco central neste estudo, essa perspectiva contribui para a compreensão de processos relacionados à adaptação no envelhecimento.

Apesar da relevância desses modelos para a compreensão do envelhecimento, grande parte das pesquisas com pessoas idosas ainda privilegia medidas quantitativas padronizadas, com menor exploração dos significados subjetivos atribuídos à velhice, especialmente em contextos públicos de cuidado. Investigar como pessoas idosas descrevem pensamentos, sentimentos e mudanças comportamentais ao longo da vida pode ampliar a compreensão dos processos adaptativos envolvidos no envelhecimento e oferecer subsídios para intervenções mais sensíveis ao contexto.

Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo investigar como pessoas idosas significam o envelhecimento, quais afetos associam a esse processo e como percebem transformações em seus comportamentos ao longo do curso de vida. Para tanto, foi conduzida uma investigação qualitativa com base em entrevistas semiestruturadas submetidas à análise lexical, permitindo mapear a organização semântica do discurso e examinar como pensamentos, emoções e mudanças comportamentais são estruturados nas narrativas dos participantes.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório e transversal, com o objetivo de investigar aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais associados à percepção do envelhecimento em pessoas idosas.

Participantes

O recrutamento dos participantes foi realizado por conveniência, por meio de parcerias estabelecidas com instituições que atendem a população idosa no município de Macapá-AP. O contato inicial com possíveis instituições parceiras foi intermediado pelo Conselho Estadual da Pessoa Idosa do Amapá, que indicou possíveis parcerias. A partir da indicação do Conselho, a pesquisadora responsável apresentou o projeto e solicitou autorização para a realização da pesquisa.

As instituições que autorizaram a coleta de dados incluíram serviços de saúde, assistência social e organizações comunitárias voltadas ao atendimento de pessoas idosas: Instituição de Longa Permanência para pessoas idosas (Abrigo São José), Projeto Social Minha Gente (SEAS-AP), Centro de Referência em Doenças Tropicais (CRDT-SESA-AP), a Clínica Escola de Psicologia do IMMES, Clínica de Psicologia Vitallmente e Sindicato dos Servidores Públicos Federais Cíveis no Estado do Amapá. As instituições também disponibilizaram espaços físicos adequados para a realização das entrevistas, garantindo privacidade e conforto aos participantes.

A amostra foi composta por 116 pessoas idosas (idade ≥ 60 anos), residentes no município de Macapá, Amapá, Brasil. Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 60 anos, residir no município de Macapá, apresentar condições cognitivas preservadas para compreensão e resposta aos instrumentos e concordar em participar voluntariamente mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas pessoas com condições, autodeclaradas, médicas graves que impedissem a participação, déficits cognitivos significativos que comprometessem a compreensão dos instrumentos ou limitações de comunicação verbal.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pará (UFPA), e todos os participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa.

Equipe de coleta de dados

As entrevistas foram conduzidas presencialmente pela pesquisadora responsável e por estudantes de graduação em Psicologia, previamente treinados para a aplicação padronizada

dos instrumentos e para a condução ética das entrevistas com pessoas idosas. O treinamento incluiu orientações sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos de coleta, estratégias de comunicação adequadas ao público idoso e manejo de situações durante as entrevistas, visando assegurar a qualidade e a confiabilidade dos dados coletados.

Instrumentos

Foi utilizada a Entrevista – Perspectiva Envelhecimento, elaborada para este estudo, composta por três questões abertas: (1) “A palavra envelhecimento me faz pensar:”, (2) “A palavra envelhecimento me faz sentir:” e (3) “Quando penso nos meus comportamentos ao longo da vida, percebo mudanças? Se sim, quais?”.

Além disso, foram coletados dados referentes a sexo e idade dos participantes.

Procedimentos

As entrevistas foram realizadas individualmente, em formato presencial, em ambientes disponibilizados pelas instituições participantes, garantindo privacidade. As perguntas foram apresentadas oralmente pelos entrevistadores, e as respostas foram registradas de forma literal.

Esse procedimento foi adotado considerando possíveis limitações de leitura ou escolaridade dos participantes. As entrevistas foram posteriormente transcritas para planilha do Excel para análise.

Análise dos dados

Os dados textuais foram organizados em um corpus único e analisados por meio do software IRaMuTeQ. Foram incluídas variáveis suplementares sociodemográficas (sexo e idade), categorizadas em níveis com base nos tercis da distribuição da amostra.

A análise lexical incluiu a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), para identificação de classes discursivas, e a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), para exploração da organização dos campos lexicais. Adicionalmente, as respostas às questões sobre pensamentos e sentimentos foram submetidas à análise categorial temática, envolvendo leitura flutuante, identificação de unidades de sentido e construção de categorias analíticas. A interpretação dos resultados foi orientada pela articulação entre os padrões lexicais, as categorias temáticas e os referenciais teóricos adotados.

Resultados

A análise do corpus textual, composta por 116 entrevistas, apresentou excelente qualidade estatística, com 100% de aproveitamento dos segmentos de texto (116/116), média de 23,5 formas por segmento e um total de 447 formas distintas, das quais 86 apresentaram frequência igual ou superior a três ocorrências.

A CHD resultou na identificação de três classes lexicais, organizadas em uma estrutura hierárquica que evidencia a divisão do corpus em dois subcampos discursivos minoritários e um campo dominante. As classes apresentaram a seguinte distribuição: Classe 1 (6,9%), Classe 2 (12,9%) e Classe 3 (80,1%). A figura 2 apresenta as classes identificadas na análise.

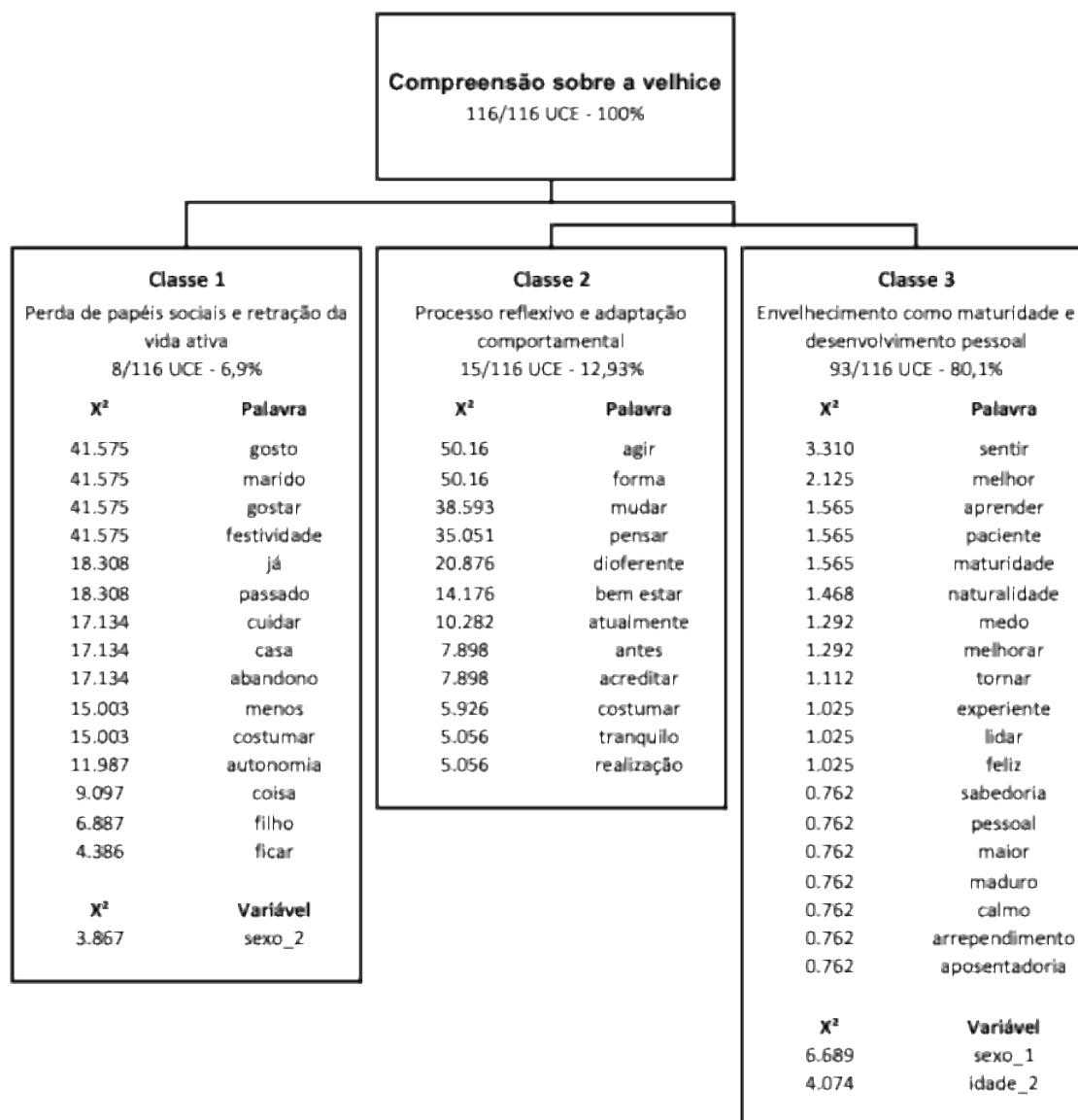


Figura 2

Classe 1 – Perda de papéis sociais e retração da vida ativa (6,9%)

A Classe 1 reuniu segmentos discursivos associados à diminuição da participação social, reconfiguração dos papéis familiares e mudanças nas atividades cotidianas. Os termos com maior associação estatística (χ^2) incluíram gosto, marido, gostar, festividade, passado, abandono e autonomia.

Os conteúdos dessa classe evidenciam narrativas marcadas pela redução de atividades anteriormente valorizadas, especialmente aquelas relacionadas ao lazer e à convivência social, como participação em festividades, encontros e eventos comunitários. Observou-se, ainda, a centralidade da família como eixo organizador da vida cotidiana, frequentemente acompanhada de uma percepção de limitação ou diminuição da autonomia.

Exemplos representativos incluem relatos de abandono de práticas sociais anteriormente apreciadas, substituídas por atividades mais restritas ao ambiente doméstico, bem como mudanças nos papéis familiares e conjugais.

Exemplos:

Part_03: eu saio menos, me divirto menos, costumava gostar de viajar, participava de eventos da igreja e de outras programações, atualmente não participo mais.

Part_21: costumava gostar de festividades e já não gosto tanto. Já não consigo participar de festas. Mudei de gostos, prefiro ficar em casa, cozinhar e ouvir música.

Do ponto de vista interpretativo, essa classe expressa um discurso de retração social e reconfiguração identitária, no qual o envelhecimento é associado à perda progressiva de papéis sociais e à limitação das possibilidades de atuação no espaço público. Trata-se de um padrão discursivo minoritário, porém relevante, que aponta para dimensões de vulnerabilidade psicossocial no processo de envelhecimento.

Classe 2 – Processo reflexivo e adaptação comportamental (12,9%)

A Classe 2 concentrou segmentos relacionados à reflexão sobre mudanças pessoais e à adaptação comportamental ao longo do tempo. Entre os termos com maior associação estatística destacam-se agir, forma, pensar, diferente, atualmente, antes e bem-estar.

Os discursos dessa classe enfatizam transformações cognitivas e comportamentais, caracterizadas por maior ponderação, cautela e capacidade reflexiva. Os participantes relatam mudanças na forma de pensar, avaliar situações e tomar decisões, frequentemente associadas ao acúmulo de experiências ao longo da vida.

Excertos típicos incluem menções à adoção de comportamentos mais equilibrados, maior controle emocional e reavaliação de atitudes passadas, evidenciando um processo ativo de reorganização subjetiva.

Exemplos:

Part_20: tudo está diferente, muitas coisas já mudaram, só penso em sossego e em ficar mais tranquilo. Realização de ter construído minha família, tendo filhos e sou casado.

Part_28: costumava viver em área rural, atualmente vivo em área urbana e acredito que mudei a forma de agir.

Part_52: tenho mais atitude, iniciativa, também mudei a forma de pensar.

Part_96: nas condições físicas, percebo alterações no corpo que me fazem agir diferente.

Essa classe representa um padrão discursivo de adaptação psicológica, no qual o envelhecimento é compreendido como um processo de ajuste contínuo, marcado por aprendizagem, autorregulação e desenvolvimento de estratégias cognitivas mais sofisticadas para lidar com as demandas da vida.

Classe 3 – Envelhecimento como maturidade e desenvolvimento pessoal (80,1%)

A Classe 3 constitui o núcleo central do corpus, reunindo a ampla maioria dos segmentos analisados (80,1%). Diferentemente das demais, essa classe não apresentou termos com associação estatisticamente significativa pelo teste do qui-quadrado.

A ausência de palavras discriminantes indica que essa classe não se caracteriza por um vocabulário específico, mas sim por um campo semântico amplamente compartilhado entre os participantes, configurando o núcleo hegemônico do discurso sobre o envelhecimento.

Ainda assim, a análise do conteúdo revela a presença recorrente de termos associados a crescimento pessoal, maturidade, aprendizagem, paciência, sabedoria e bem-estar, conforme observado na distribuição lexical geral e no dendrograma produzido.

Adicionalmente, verificou-se associação estatisticamente significativa dessa classe com as variáveis sexo_1 (masculino) e idade_2 (70 a 79 anos), sugerindo que determinados grupos sociodemográficos tendem a se alinhar mais fortemente a esse padrão discursivo.

Exemplos:

Part_10: tive crescimento profissional e familiar, minha família se tornou mais extensa e me sinto mais preparado profissionalmente.

Part_17: acredito que melhorei enquanto pessoa. Me tornei uma pessoa melhor.

Part_75: sou mais maduro, sei lidar com a ansiedade, reconheço os erros da juventude, me sinto com mais experiência.

Do ponto de vista interpretativo, essa classe expressa uma compreensão do envelhecimento como um processo positivo, marcado por desenvolvimento psicológico, aquisição de experiência e consolidação de recursos internos. Trata-se, portanto, do discurso

predominante no corpus, que estrutura e organiza o sentido global atribuído ao envelhecimento pelos participantes.

Síntese interpretativa das classes

A análise conjunta das três classes indica que o modo como os participantes compreendem o envelhecimento não é uniforme. Pelo contrário, os discursos se organizam em três eixos principais, que, embora distintos, dialogam entre si e revelam diferentes formas de atribuir sentido a esse processo ao longo da vida.

Em um primeiro plano, a Classe 1 representa um polo discursivo marcado pela retração da vida social e pela reconfiguração dos papéis ocupacionais e familiares. Nesses relatos, o envelhecimento aparece ligado à redução da participação em atividades que antes faziam parte da rotina, especialmente aquelas associadas ao convívio social, ao lazer e à vida comunitária. Em muitos casos, os participantes descrevem um movimento gradual de recolhimento, no qual a vida passa a se organizar mais em torno do espaço doméstico e das relações familiares. Esse processo, por vezes, vem acompanhado da sensação de perda, seja de autonomia, de disposição física ou de inserção social. Trata-se, portanto, de um conjunto de discursos que enfatiza limites e restrições, apontando para uma experiência de envelhecimento mais sensível, ainda que não predominante no conjunto analisado.

A Classe 2, por sua vez, apresenta um tom diferente. Aqui, o envelhecimento não é descrito principalmente como perda, mas como transformação. Os participantes destacam mudanças na forma de pensar, agir e lidar com situações cotidianas, sugerindo um processo de revisão pessoal ao longo do tempo. É comum a referência a uma postura mais cautelosa, reflexiva ou equilibrada, o que indica um esforço de adaptação diante das novas demandas da vida. Nesse sentido, o envelhecimento aparece como um processo ativo, no qual o indivíduo reorganiza sua maneira de interpretar experiências e de se posicionar diante delas. Essa classe ocupa um lugar intermediário, pois não ignora as mudanças, mas também não as reduz a perdas, evidenciando um movimento de ajuste e aprendizagem contínua.

Já a Classe 3 reúne a maior parte dos discursos e aponta para uma compreensão mais compartilhada do envelhecimento. Nesse eixo, prevalecem associações com maturidade, experiência, sabedoria e crescimento pessoal. Diferentemente das demais classes, que trazem conteúdos mais específicos, essa parece funcionar como um pano de fundo comum, no qual o envelhecimento é interpretado de forma mais positiva. Os relatos indicam valorização das aprendizagens acumuladas ao longo da vida, maior equilíbrio emocional e desenvolvimento

de recursos internos que auxiliam no enfrentamento de dificuldades. Assim, o envelhecimento tende a ser visto menos como um processo de declínio e mais como uma continuidade do desenvolvimento, ainda que marcada por mudanças.

Consideradas em conjunto, as três classes permitem compreender o envelhecimento como um fenômeno complexo, atravessado por diferentes experiências. Há, de um lado, narrativas que destacam perdas e limitações; de outro, discursos que enfatizam adaptação; e, de forma mais ampla, uma visão predominante que associa o envelhecimento a crescimento e amadurecimento. A forte presença da Classe 3 sugere que, para a maioria dos participantes, o envelhecimento é interpretado de maneira relativamente positiva, ainda que essa leitura conviva com experiências menos favoráveis expressas nas demais classes.

Dessa forma, o conjunto dos resultados aponta para uma organização discursiva em que um núcleo mais positivo se mantém como referência dominante, ao mesmo tempo em que coexistem perspectivas que refletem dificuldades e processos de ajuste. Isso reforça a ideia de que o envelhecimento não segue uma trajetória única, sendo influenciado por diferentes condições e vivências, mas frequentemente ressignificado ao longo do tempo.

Análise Fatorial de Correspondência (AFC)

A partir da AFC observou-se que os termos vinculados à Classe 1 (vermelho) tendem a ocupar posições mais periféricas no plano fatorial, o que sugere maior especificidade semântica em relação ao conjunto do corpus. Em contraste, os termos da Classe 2 (verde) se organizam de forma mais concentrada em um eixo associado a processos de adaptação e reorganização comportamental, indicando certa coerência temática nesse agrupamento. Já os elementos da Classe 3 (azul) apresentam uma distribuição mais centralizada e aglutinada, o que reforça sua interpretação como um núcleo semântico compartilhado, estruturando o sentido predominante atribuído ao envelhecimento pelos participantes. A figura 3 ilustra essa descrição.

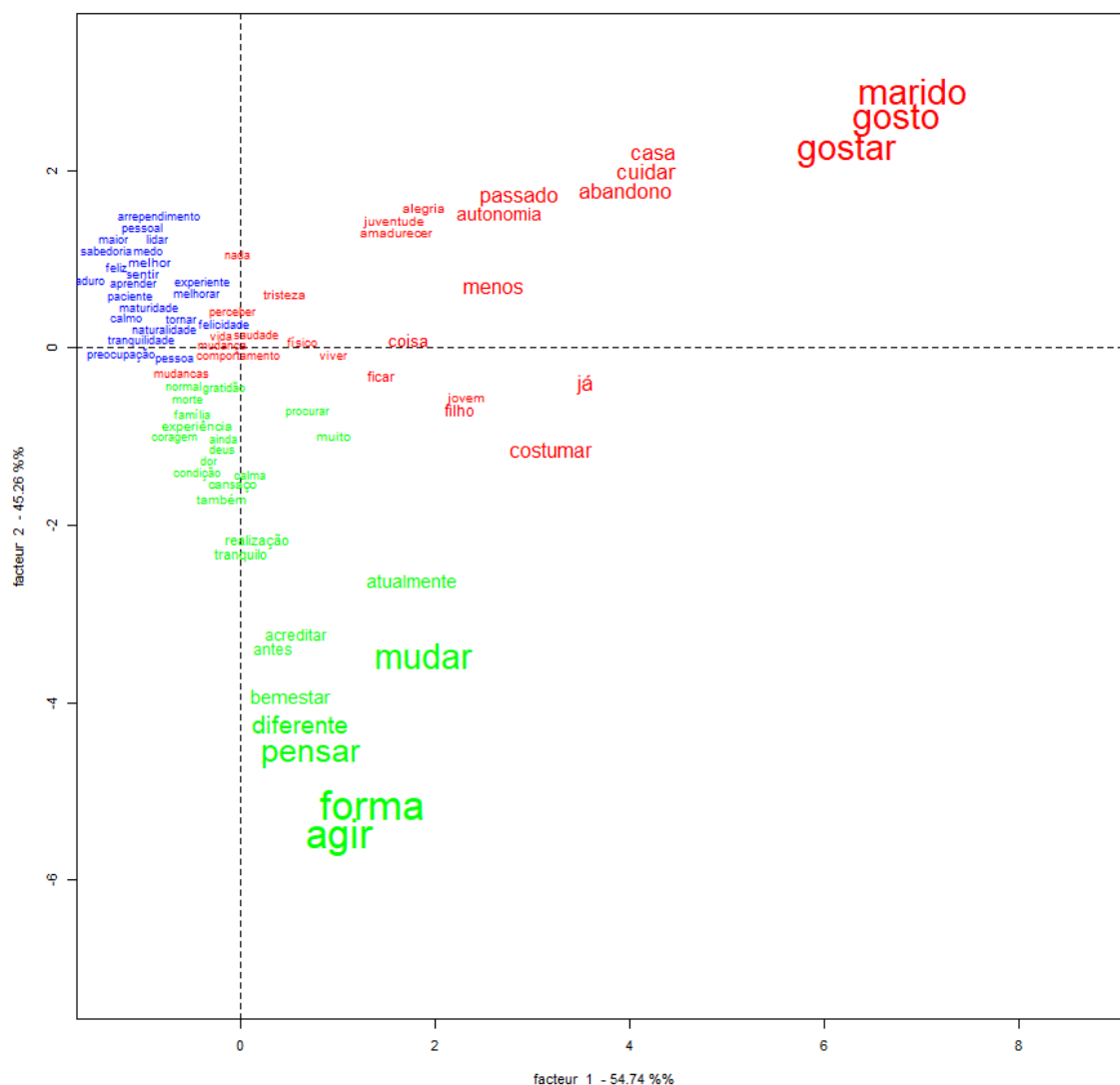


Figura 3

Discussão

Os resultados deste estudo qualitativo evidenciam que os significados atribuídos ao envelhecimento pelas pessoas idosas participantes não se organizam de forma homogênea ou linear, mas refletem um processo dinâmico de reorganização comportamental, emocional e cognitiva ao longo do curso de vida. A identificação de classes lexicais distintas, com predominância de um campo discursivo majoritário e a presença de subcampos minoritários, sugere a coexistência de diferentes padrões de adaptação, os quais podem convergir para compreensões discutidas por modelos desenvolvimentais e comportamentais contemporâneos.

De modo geral, os achados reforçam a compreensão do envelhecimento como um processo multifacetado, no qual perdas e ganhos coexistem, em consonância com o paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (life-span) e com o modelo de Seleção, Otimização e

Compensação (SOC) (Baltes & Baltes, 1990; Neri, 2016). Tal perspectiva permite superar leituras deficitárias da velhice, evidenciando que mudanças nos repertórios comportamentais não representam necessariamente declínio, mas podem constituir formas de adaptação às condições ambientais e às transformações inerentes ao envelhecimento.

No caso da Classe 1, caracterizada por discursos de retração social e reconfiguração de papéis, observa-se um padrão que pode ser compreendido como resultado de alterações nas contingências ambientais, como a redução de oportunidades sociais e o aumento do custo de resposta para determinadas atividades. Nesse contexto, a diminuição do engajamento social pode refletir processos de seleção, nos quais atividades anteriormente frequentes são substituídas por outras mais acessíveis ou compatíveis com as condições atuais do indivíduo, conforme proposto pelo modelo SOC.

A Classe 2, por sua vez, evidencia um padrão de adaptação caracterizado por maior reflexão, reorganização cognitiva e mudanças na forma de agir. Os relatos sugerem o desenvolvimento de estratégias mais elaboradas de enfrentamento, incluindo maior cautela, regulação emocional e reavaliação de experiências. Esses elementos podem ser compreendidos como processos de otimização, nos quais há investimento em recursos que favorecem a manutenção do funcionamento em domínios relevantes.

Já a Classe 3, que constitui o núcleo predominante do corpus, expressa uma compreensão do envelhecimento como processo de maturidade, experiência e desenvolvimento pessoal. Esse padrão sugere que, para a maioria dos participantes, o envelhecimento é significado de forma positiva, associado à aquisição de recursos internos e à consolidação de aprendizagens ao longo da vida.

Essa interpretação é consistente com estudos que apontam que pessoas idosas podem, frequentemente, atribuir significados positivos ao envelhecimento, relacionando-o à acumulação de experiências, sabedoria e redefinição de prioridades ao longo do curso de vida (Castro et al., 2020; Teixeira et al., 2024). Em alguns contextos, tais significados incluem também dimensões simbólicas e espirituais, nas quais o envelhecer é compreendido como parte natural da existência ou mesmo como uma dádiva, contribuindo para a construção de uma percepção mais positiva dessa etapa (Luiz et al., 2018; Passos & Araújo, 2022).

Esse conjunto de significados contrasta com visões socialmente difundidas que associam a velhice predominantemente ao declínio, evidenciando que os próprios indivíduos podem reconstruir essa etapa da vida a partir de narrativas mais positivas e orientadas por desenvolvimento (Jardim et al., 2006; Salgado et al., 2017). Nesse sentido, a valorização da experiência acumulada e a construção de uma autopercepção positiva do envelhecimento têm

sido associadas à manutenção do bem-estar e ao engajamento em atividades significativas (Souza et al., 2023).

Do ponto de vista do modelo SOC, esses achados podem ser compreendidos como expressão de processos adaptativos bem-sucedidos, nos quais os indivíduos reorganizam seus objetivos e investem em recursos internos, favorecendo a manutenção do funcionamento e do sentido de continuidade ao longo da vida (Baltes & Baltes, 1990).

Adicionalmente, essa forma de significar o envelhecimento pode ser articulada a processos descritos na ACT, especialmente no que se refere ao desenvolvimento de uma perspectiva de self como contexto. Nessa dimensão, o indivíduo é capaz de observar sua própria história, pensamentos e emoções sem se confundir rigidamente com eles, o que favorece uma relação mais flexível com as experiências ao longo do tempo (Hayes et al., 2021). Nesse sentido, a valorização da experiência acumulada e a construção de uma narrativa positiva do envelhecimento podem refletir maior flexibilidade psicológica, permitindo integrar ganhos e perdas sem restringir o engajamento em direções significativas.

A análise conjunta das três classes permite identificar a presença integrada dos processos centrais do modelo SOC: seleção, evidenciada na priorização e redução de atividades; otimização, expressa no refinamento de estratégias comportamentais e cognitivas; e compensação, observada na substituição de atividades e na adaptação às limitações (Baltes & Baltes, 1990).

Adicionalmente, o engajamento em atividades domésticas e individuais, frequentemente descrito pelos participantes, pode ser interpretado como estratégia de otimização e compensação, na medida em que mantém o acesso a fontes de reforçamento disponíveis no contexto atual. Assim, o que se apresenta topograficamente como retração pode, funcionalmente, representar uma reorganização adaptativa do comportamento, orientada pelas contingências presentes.

Essa interpretação também encontra respaldo na literatura comportamental, que destaca que o comportamento é continuamente selecionado pelas consequências, sendo modificado à medida que o ambiente se altera (Skinner, 2003). Nesse sentido, o envelhecimento pode ser compreendido como um contexto de mudança nas contingências, no qual novos padrões comportamentais emergem a partir da interação entre história de aprendizagem e condições atuais.

A interpretação desses padrões pode ser aprofundada a partir da perspectiva da ACT, que enfatiza a função do comportamento em relação às experiências internas. Nessa perspectiva, enfatiza-se que comportamentos semelhantes podem exercer funções distintas,

dependendo da relação do indivíduo com seus pensamentos, emoções e memórias, bem como do grau de flexibilidade psicológica (Hayes et al., 2021).

Nesse sentido, a retração social observada pode estar associada tanto a processos adaptativos, quando relacionada à aceitação das condições atuais e à reorganização do comportamento em função de valores, quanto a padrões de inflexibilidade psicológica, caracterizados por esquiva experiencial e restrição do repertório comportamental. Essa distinção permite compreender que a adaptação no envelhecimento não pode ser avaliada apenas pela frequência ou topografia dos comportamentos, mas pela função que exercem e por sua relação com direções valorosas. Assim, indivíduos que reorganizam seus repertórios de forma coerente com suas condições e valores tendem a manter níveis mais elevados de bem-estar, mesmo diante de limitações, enquanto padrões de evitação podem estar associados ao sofrimento psicológico (Petkus & Wetherell, 2013; Delhom et al., 2022).

Nesse sentido, a flexibilidade psicológica, definida como a capacidade de agir em direção a valores mesmo na presença de experiências internas difíceis, pode ser compreendida como um processo relevante para o entendimento da adaptação no envelhecimento (Hayes et al., 2021; Ramalho et al., 2021). Os dados qualitativos deste estudo sugerem que parte das transformações relatadas pelos participantes pode estar associada a esse processo, especialmente quando há substituição de atividades sem perda de engajamento significativo.

Outro aspecto a se destacar refere-se às diferenças sociodemográficas observadas entre as classes. A predominância de mulheres na Classe 1 e de homens na Classe 3, bem como a concentração de participantes entre 70 e 79 anos em determinados padrões discursivos, indicam que o envelhecimento é atravessado por variáveis socioculturais que modulam as contingências ao longo da vida. Tais diferenças foram analisadas por Figueiredo et al. (2007) ao afirmar que homens idosos tendem a resistir à identidade de velho e a significar o envelhecimento de forma mais positiva, enquanto mulheres expressam a velhice de modo mais ambíguo. Ainda, Sousa et al. (2018), em estudo de base populacional, documentaram que homens idosos apresentam maior engajamento em atividades de lazer e trabalho, ao passo que mulheres longevas mostram declínio mais acentuado na participação em múltiplos domínios de atividade. Esses achados sugerem que os padrões discursivos identificados nas classes 1 e 3 não são meramente idiossincráticos, mas refletem trajetórias socializadas de gênero que modulam os modos de significar e viver o envelhecimento (Fernandes, 2009; Zanello & Bukowitz, 2011).

Esses apontamentos contribuem para a compreensão do envelhecimento como um fenômeno contextual e historicamente situado, no qual fatores culturais, sociais e individuais

interagem na determinação dos repertórios comportamentais. Logo, a variabilidade observada entre as classes pode ser interpretada como expressão de diferentes histórias de aprendizagem e de inserção social (Cooper et al., 2017). Nessa perspectiva, a comunidade verbal exerce papel fundamental ao modelar as formas pelas quais os indivíduos descrevem e organizam suas experiências, influenciando a discriminação e o relato de eventos privados (Skinner, 2003; Hayes et al., 2021).

Outro apontamento relevante do estudo, buscando uma integração entre o modelo SOC e a perspectiva da ACT encontra-se convergências interessantes. Enquanto o modelo SOC favorece a perspectiva de análise das classes como descrições de estratégias adaptativas de seleção, otimização e compensação, a ACT oferece um modelo processual que explica como tais estratégias podem ser operacionalizadas em nível comportamental, por meio de processos como aceitação, contato com o presente e ação comprometida com valores (Gould et al., 2021; Medeiros & Hartmann, 2019).

Essa articulação teórica sugere que os discursos analisados nesse estudo fornecem uma demonstração de como a adaptação no envelhecimento não depende da ausência de perdas, mas da capacidade de reorganizar o comportamento de forma flexível e orientada por valores, mesmo em contextos de limitação. Tal compreensão tem implicações diretas para o desenvolvimento de intervenções psicológicas, especialmente em contextos públicos de saúde, nos quais é necessário promover estratégias viáveis e sensíveis às condições de vida das pessoas idosas.

Por fim, destaca-se que os achados deste estudo contribuem para a compreensão do envelhecimento como processo ativo de reorganização comportamental, no qual mudanças nos repertórios refletem tanto restrições quanto possibilidades adaptativas. A análise dos significados atribuídos ao envelhecimento, quando articulada a modelos teóricos, permite avançar na construção de práticas clínicas e políticas públicas que valorizem a autonomia, o engajamento com valores e a promoção do bem-estar na velhice.

Conclusão

Os achados deste estudo indicam que o envelhecimento é predominantemente significado pelas pessoas idosas participantes como um processo de reorganização adaptativa, marcado por experiências de maturidade, aprendizagem e redefinição de prioridades ao longo da vida. Embora tenham sido identificados discursos associados à retração social e às limitações impostas pelo envelhecimento, predominou uma compreensão positiva dessa etapa,

caracterizada pela valorização da experiência acumulada e pelo desenvolvimento de recursos pessoais para lidar com mudanças e perdas.

A organização discursiva observada nas classes lexicais mostrou-se compatível com os processos descritos pelo modelo de Seleção, Otimização e Compensação (SOC), especialmente no que se refere à reorganização de atividades, ao investimento em recursos disponíveis e à adaptação frente às limitações. De forma complementar, a articulação com a ACT permitiu compreender que mudanças comportamentais observadas no envelhecimento podem exercer funções distintas, variando entre padrões de evitação e formas mais flexíveis de adaptação orientadas por valores.

Os resultados também sugerem que os significados atribuídos ao envelhecimento são influenciados por trajetórias de vida, gênero e contextos socioculturais, reforçando a importância de compreender a velhice como fenômeno heterogêneo e contextual. Nesse sentido, intervenções psicológicas e políticas públicas voltadas à população idosa podem se beneficiar de abordagens que valorizem flexibilidade psicológica, engajamento significativo e reorganização funcional do comportamento diante das mudanças inerentes ao envelhecimento.

Como limitações, destacam-se o delineamento transversal, o uso de amostra por conveniência e a realização do estudo em um contexto regional específico, o que restringe a generalização dos achados. Ainda assim, o estudo contribui para ampliar a compreensão dos processos adaptativos envolvidos no envelhecimento e para fortalecer o diálogo entre modelos desenvolvimentais e abordagens contextuais-comportamentais na investigação da velhice.

5. Estudo III: Relação entre Autoeficácia, Resiliência e Flexibilidade Psicológica em Pessoas Idosas

Resumo

O presente estudo investigou a relação entre autoeficácia, resiliência e flexibilidade psicológica em pessoas idosas, considerando a relevância desses recursos psicossociais para a adaptação ao envelhecimento. Partindo de modelos desenvolvimentistas e de evidências empíricas sobre envelhecimento saudável, a pesquisa buscou compreender como tais constructos se articulam e de que forma variáveis sociodemográficas e contextuais influenciam esses processos. Trata-se de um estudo transversal, descritivo-correlacional, com abordagem quantitativa, realizado com 116 pessoas idosas (≥ 60 anos) residentes no município de Macapá-AP. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas estruturadas, utilizando um questionário sociodemográfico e três instrumentos psicométricos validados: a Escala de Autoeficácia Geral Percebida (GSES), a Escala de Resiliência CD-RISC-10 e o Acceptance and Action Questionnaire – II (AAQ-II), que avalia inflexibilidade psicológica. As análises incluíram estatísticas descritivas, correlações de Pearson e bisseriais, testes t, ANOVA e análises de variância. Os resultados indicaram níveis moderados de autoeficácia e resiliência, bem como níveis intermediários de inflexibilidade psicológica. Observou-se uma correlação forte e positiva entre autoeficácia e resiliência, sugerindo que indivíduos com maior percepção de eficácia pessoal tendem a apresentar maior capacidade de enfrentamento diante de adversidades. Além disso, tanto a autoeficácia quanto a resiliência apresentaram correlações negativas moderadas com a inflexibilidade psicológica, indicando que maiores recursos adaptativos estão associados a menores indicativos de inflexibilidade psicológica. Esses achados confirmam a interdependência entre os três constructos. Variáveis sociodemográficas e contextuais também se mostraram relevantes. Mulheres, indivíduos com menor renda, maior idade e presença de problemas de saúde apresentaram escores mais baixos de autoeficácia e resiliência e maior

inflexibilidade psicológica. Em contrapartida, a prática de atividade física, o engajamento em atividades de lazer e a participação em grupos comunitários estiveram associados a melhores indicadores nos três constructos avaliados. Embora a ANOVA não tenha apontado diferenças significativas entre faixas etárias, as correlações indicaram tendência de declínio desses recursos com o avanço da idade. Conclui-se que a autoeficácia, a resiliência e a flexibilidade psicológica constituem um núcleo de recursos interdependentes fundamentais para o enfrentamento das demandas da velhice. Os achados reforçam a importância de intervenções psicossociais e políticas públicas que promovam o fortalecimento desses processos, destacando abordagens baseadas em processos, como a Terapia de Aceitação e Compromisso, como estratégias promissoras para a promoção do envelhecimento saudável.

Palavras-chave: Autoeficácia, resiliência, flexibilidade psicológica, envelhecimento.

Introdução

A compreensão dos fatores psicossociais que contribuem para a adaptação positiva ao envelhecimento torna-se central na contemporaneidade (Minayo, 2002). Estudos têm demonstrado que características como autoeficácia, resiliência e flexibilidade psicológica se destacam como importantes preditores de bem-estar subjetivo, autonomia e saúde mental entre pessoas idosas (Bandura, 1994; Tovel & Carmel, 2016; Wozniak & Falcão, 2016).

A autoeficácia, entendida como a crença na própria capacidade de organizar e executar ações para atingir objetivos específicos, é amplamente reconhecida como um fator protetivo em diferentes fases da vida (Bandura, 1994). No envelhecimento, altos níveis de autoeficácia estão associados à maior autonomia, engajamento social e percepção de controle sobre a própria vida (Carmel et al., 2016; Parisi et al., 2017). De modo interligado, a resiliência representa a capacidade de enfrentar adversidades, reorganizando-se de forma positiva diante

de perdas e desafios, sendo fortemente influenciada por fatores como experiências de domínio, suporte social e estratégias de coping (Fontes et al., 2015; Lopes & Martins, 2011).

A esses dois constructos soma-se a flexibilidade psicológica, conceito central na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), que se refere à habilidade de entrar em contato com o momento presente, aceitando pensamentos e emoções difíceis, e comprometendo-se com ações orientadas por valores pessoais (Hayes et al., 2021). Pesquisas recentes têm demonstrado que a flexibilidade psicológica contribui para maior adaptação diante das perdas e limitações típicas da velhice, promovendo saúde mental, sentido de vida e engajamento (Góes et al., 2016; Olivares, 2023).

Considerando a crescente demanda por estratégias eficazes e de baixo custo no cuidado de pessoas idosas, torna-se fundamental compreender como tais fatores se relacionam no envelhecimento. Estudos prévios sugerem que a interação entre autoeficácia, resiliência e flexibilidade psicológica pode representar um núcleo protetivo diante das múltiplas vulnerabilidades enfrentadas por essa população (Faro Martínez, 2019). No entanto, ainda são escassas as investigações nacionais que analisem conjuntamente esses constructos com base em dados empíricos.

Diante disso, este estudo tem como objetivo investigar a relação entre autoeficácia, resiliência e flexibilidade psicológica em pessoas idosas, com base em um delineamento transversal. A proposta integra a perspectiva desenvolvimentista ao longo da vida, os modelos contemporâneos do envelhecimento e as evidências empíricas sobre os fatores que promovem saúde mental e bem-estar na velhice, especialmente em contextos de vulnerabilidade psicossocial.

Método

Delineamento

Tratou-se de um estudo transversal, descritivo-correlacional, com abordagem quantitativa. O delineamento transversal permitiu a coleta de dados em um único momento temporal, possibilitando a investigação das relações entre as variáveis de interesse (idade, autoeficácia, resiliência e flexibilidade psicológica) em pessoas idosas.

Recrutamento e Parcerias Institucionais

O recrutamento dos participantes foi realizado por conveniência, por meio de parcerias estabelecidas com instituições que atendiam a população idosa no município de Macapá-AP e que autorizaram a realização da pesquisa.

Para isso, foi previamente estabelecido contato com o Conselho Estadual da Pessoa Idosa do Amapá que indicou potenciais parceiros. A pesquisadora responsável realizou contato com as instituições indicadas, apresentando projeto da pesquisa e requisitando autorização para convidar pessoas idosas que frequentavam as instituições à participarem da pesquisa.

As instituições que forneceram autorização e que compuseram os locais para recrutamento dos participantes foram: uma Instituição de Longa Permanência para pessoas idosas (Abrigo São José), o Projeto Social Minha Gente (SEAS-AP), o Centro de Referência em Doenças Tropicais (CRDT-SESA-AP), a Clínica Escola de Psicologia do IMMES, a Clínica de Psicologia Vitallmente e o Sindicato dos Servidores Públicos Federais Cíveis no Estado do Amapá.

As instituições parceiras também disponibilizaram espaços físicos adequados para a realização das entrevistas, garantindo privacidade e conforto aos participantes durante a coleta de dados.

Participantes

A amostra foi composta por 116 pessoas idosas (≥ 60 anos) residentes no município de Macapá, Amapá, Brasil.

Os critérios de inclusão para participação da pesquisa foram: idade igual ou superior a 60 anos, residir no município de Macapá, apresentar condições cognitivas preservadas para compreender e responder aos instrumentos de pesquisa e aceitar participar voluntariamente do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de exclusão para participação na pesquisa foram: condições médicas graves que impedissem o comparecimento para a coleta de dados (ex: hospitalização, acamamento), déficits cognitivos graves que impossibilitem a compreensão e resposta aos instrumentos, recusa em participar da pesquisa, incapacidade de comunicação verbal.

Todos os participantes forneceram consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), conforme os termos aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pará (UFPA), via Plataforma Brasil.

Equipe de Coleta de Dados

As entrevistas foram conduzidas presencialmente pela pesquisadora responsável e por alunos de graduação do curso de Psicologia do Instituto Macapaense de Ensino Superior (IMMES), que atuaram como voluntários colaboradores do estudo.

Os critérios de seleção dos colaboradores para integrar a equipe de coleta de dados foram: indicar interesse em contribuir voluntariamente no estudo, estar matriculado a partir do 5º semestre do curso de Psicologia, possuir matrícula ativa na instituição, ter cursado e sido aprovado na disciplina de Desenvolvimento Humano II, que aborda especificamente o processo de envelhecimento e suas particularidades psicológicas, sociais e biológicas. Esses critérios visaram assegurar que os colaboradores possuísem conhecimento teórico prévio sobre o envelhecimento humano e estivessem em estágio avançado de formação, com maior maturidade acadêmica e experiência em contextos de atendimento.

Além disso, os colaboradores foram previamente treinados. Ao início da coleta de dados, todos os colaboradores selecionados receberam treinamento conduzido pela

pesquisadora responsável, com foco na apresentação detalhada dos objetivos e procedimentos da pesquisa, aplicação padronizada dos instrumentos utilizados (questionário sociodemográfico e escalas psicométricas), aspectos éticos no relacionamento com os participantes pessoas idosas, estratégias de comunicação adequadas ao público de pessoas idosas, considerando possíveis limitações sensoriais, cognitivas e de escolaridade, procedimentos de registro, codificação e organização dos dados coletados, manejo de situações desafiadoras durante as entrevistas (cansaço, dificuldade de compreensão, emoções intensas).

O treinamento incluiu simulações práticas de aplicação dos instrumentos, com feedback e discussão de casos, visando assegurar a uniformidade na condução das entrevistas e a qualidade dos dados coletados. Essa preparação foi fundamental para garantir a confiabilidade e a validade dos procedimentos de coleta de dados.

Instrumentos

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista estruturada, utilizando os seguintes instrumentos:

Questionário sociodemográfico (Apêndice B). Instrumento estruturado, desenvolvido para a presente pesquisa, contendo variáveis como idade, sexo, raça/cor, estado conjugal, escolaridade, condições de moradia, saúde geral, atividades físicas, lazer e rede de apoio, dentre outras.

Escala de Autoeficácia Geral Percebida (GSES). Versão adaptada por Patrão et al. (2017), composta por 10 itens com respostas em escala Likert de 4 pontos. Mede a percepção geral de autoeficácia, apresentando boa confiabilidade ($\alpha = 0,85$) e validade convergente com indicadores de saúde mental (Apêndice C).

Escala de Resiliência CD-RISC-10. Adaptada por Lopes & Martins (2011), composta por 10 itens avaliados de 0 (nunca é verdade) a 4 (sempre é verdade), com pontuação total entre 0 e 40 (Apêndice D). Apresenta estrutura unifatorial e confiabilidade satisfatória ($\alpha = 0,82$).

Acceptance and Action Questionnaire – II (AAQ-II). Instrumento que avalia flexibilidade psicológica com base nos princípios da ACT. Possui estrutura unifatorial e coeficiente alfa de Cronbach de 0,87 (Barbosa & Murta, 2015), com validade confirmada em estudos nacionais (Apêndice E).

Procedimento de Aplicação dos Instrumentos

As entrevistas foram realizadas individualmente, em sessão única, nos espaços cedidos pelas instituições parceiras. Cada participante foi recebido em ambiente privativo, onde o entrevistador apresentou-se e explicou os objetivos da pesquisa, apresentou o TCL e esclareceu dúvidas e obteve a assinatura do participante, aplicou os instrumentos na seguinte ordem: Questionário sociodemográfico, Escala de Autoeficácia, Escala de Resiliência, Escala de Inflexibilidade Psicológica.

Os instrumentos foram aplicados na forma de entrevista estruturada, com o entrevistador lendo as questões em voz alta e registrando as respostas fornecidas pelos participantes. Esse formato foi adotado considerando possíveis dificuldades de leitura, problemas visuais ou baixa escolaridade de parte das pessoas idosas, assegurando que todos pudessem compreender adequadamente os itens e fornecer suas respostas.

A duração média de cada entrevista foi de aproximadamente 60 minutos. Durante todo o processo, foi garantido o anonimato e a confidencialidade das informações coletadas.

Organização e Codificação dos Dados

Após a conclusão de cada entrevista, os instrumentos foram revisados para verificação de completude e consistência das respostas. Posteriormente, todos os protocolos foram codificados seguindo os critérios específicos de pontuação de cada escala utilizada. Os dados foram organizados e digitados em planilha eletrônica pela pesquisadora responsável e posteriormente exportados para software estatístico para análise.

Convite para Participação em Estudo Subsequente

Embora esta seção contemple apenas os dados do delineamento transversal (Estudo II), cabe mencionar que, ao término das entrevistas, os participantes foram convidados a indicar interesse em participar de uma intervenção em grupo, que constituiria uma fase subsequente da pesquisa (Estudo III). Esse convite foi realizado de forma não coercitiva, esclarecendo-se que a recusa não implicaria em qualquer prejuízo ou constrangimento ao participante.

Variáveis do Estudo

As variáveis dependentes do estudo incluíram: Autoeficácia (escores obtidos na GSES), Resiliência (escores obtidos na escala CD-RISC-10), Inflexibilidade Psicológica (escores obtidos na escala AAQ-II)

As variáveis independentes do estudo incluíram dados sociodemográficos como: idade, sexo (masculino/feminino), estado civil (solteiro, casado, viúvo, divorciado), escolaridade, renda mensal, Situação de saúde, participação em atividades comunitárias e outras.

Análise Estatística dos Dados

Os dados foram analisados por meio de estatísticas descritivas e inferenciais, com o objetivo de caracterizar o perfil da amostra e investigar as relações entre os constructos de autoeficácia, resiliência e flexibilidade psicológica. A análise descritiva contemplou o cálculo de medidas de tendência central (média), variabilidade (desvio padrão), bem como frequência e porcentagem para as variáveis sociodemográficas (*Teste de Qui-Quadrado de Independência*, Testes t de Amostras Independentes, ANOVA).

Aspectos Éticos

O projeto foi submetido e aprovado, conforme distribuição da Plataforma Brasil, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob o parecer nº 7.231.154, em conformidade com a Resolução CNS nº 466/2012 e 510/2016, que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa, e manifestaram sua concordância mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando-se o direito de desistência a qualquer momento sem qualquer prejuízo.

Resultados

A amostra foi composta por 116 participantes, com média de idade de 70,46 anos (DP = 8,06), variando entre 60 e 103 anos. Dentre os participantes, 80 eram mulheres e 36 homens. Em relação à cor/raça, observou-se predominância de indivíduos autodeclarados pardos em ambos os sexos. Entre as mulheres, 61,3% (n = 49) se autodeclararam pardas, seguidas por brancas (22,5%; n = 18), pretas (15,0%; n = 12) e indígenas (1,3%; n = 1). Entre os homens, 50,0% (n = 18) se autodeclararam pardos, 33,3% (n = 12) brancos, 11,1% (n = 4) pretos e 5,6% (n = 2) vermelhos.

Quanto ao estado civil, entre as mulheres, 31,3% (n = 25) eram casadas, 23,8% (n = 19) viúvas, 21,3% (n = 17) divorciadas e 21,3% (n = 17) solteiras, enquanto 2,5% (n = 2) estavam em união estável. Entre os homens, predominavam os casados (52,8%; n = 19), seguidos por solteiros (27,8%; n = 10), divorciados (8,3%; n = 3) e viúvos (8,3%; n = 3), sendo 2,8% (n = 1) em união estável.

A maioria dos participantes residia em áreas urbanas, correspondendo a 98,8% (n = 79) das mulheres e 94,4% (n = 34) dos homens, enquanto uma parcela minoritária vivia em áreas rurais (1,3%; n = 1 das mulheres e 5,6%; n = 2 dos homens). No que se refere à composição domiciliar, observou-se que a maioria das mulheres residia com familiares (86,3%; n = 69), enquanto 10,0% (n = 8) viviam sozinhas, 2,5% (n = 2) com parceiro(a) e 1,3% (n = 1) em instituições. Entre os homens, 66,7% (n = 24) residiam com familiares, 8,3% (n = 3) moravam sozinhos e 25,0% (n = 9) viviam em instituições.

Em relação a hábitos de vida, 63,8% (n = 51) das mulheres e 50,0% (n = 18) dos homens relataram prática de atividade física. A participação em atividades de lazer foi referida por 78,8% (n = 63) das mulheres e 77,8% (n = 28) dos homens. A participação em grupos comunitários, como igrejas ou associações, foi reportada por 67,5% (n = 54) das mulheres e 55,6% (n = 20) dos homens. O hábito de visitar amigos foi mencionado por 71,3% (n = 57) das mulheres e 62,9% (n = 22) dos homens, enquanto receber visitas apresentou distribuição semelhante entre os sexos (71,3%; n = 57 das mulheres e 61,1%; n = 22 dos homens).

Quanto às condições de saúde, 82,1% (n = 64) das mulheres e 83,3% (n = 30) dos homens relataram presença ou histórico de problemas de saúde. A maioria dos participantes declarou possuir religião, correspondendo a 96,3% (n = 77) das mulheres e 88,6% (n = 31) dos homens.

No que se refere à ocupação, 43,8% (n = 35) das mulheres e 38,9% (n = 14) dos homens relataram exercer atividade profissional, enquanto 56,3% (n = 45) das mulheres e 61,1% (n = 22) dos homens não trabalhavam. A renda familiar apresentou variação entre os participantes: entre as mulheres, 6,3% (n = 5) relataram renda inferior a um salário mínimo, 25,3% (n = 20) recebiam um salário mínimo, 31,6% (n = 25) entre dois e três salários mínimos e 36,7% (n = 29) quatro ou mais salários mínimos. Entre os homens, a maior proporção relatou renda de um salário mínimo (41,7%; n = 15), seguida por renda igual ou superior a quatro salários mínimos (38,9%; n = 14) e entre dois e três salários mínimos (19,4%; n = 7).

Em relação a eventos de vida, 62,5% (n = 50) das mulheres e 38,9% (n = 14) dos homens relataram ter vivenciado perdas recentes. Por fim, 25,0% (n = 20) das mulheres e 19,4% (n = 7) dos homens indicaram presença de sintomas ou indicativos de depressão. Os dados sociodemográficos detalhados encontram-se apresentados na Tabela 3.

Tabela 3

Dados sociodemográficos por sexo dos participantes

Característica sociodemográfica	Sexo
---------------------------------	------

		Feminino		Masculino	
		Contagem	% de N da coluna	Contagem	% de N da coluna
Cor	Branco	18	22,5	12	33,3
	Indígena	1	1,3	0	0,0
	Pardo	49	61,3	18	50,0
	Preto	12	15,0	4	11,1
	Vermelho	0	0,0	2	5,6
Estado Civil	Casado	25	31,3	19	52,8
	Divorciado	17	21,3	3	8,3
	Solteiro	17	21,3	10	27,8
	União estável	2	2,5	1	2,8
	Viúvo	19	23,8	3	8,3
Mora em que tipo de zona	Rural	1	1,3	2	5,6
	Urbana	79	98,8	34	94,4
Mora com quem	Abrigo	1	1,3	9	25,0
	Com a família	69	86,3	24	66,7
	Sozinho	8	10,0	3	8,3
	Somente com parceiro/a	2	2,5	0	0,0
Pratica alguma atividade física	Não	29	36,3	18	50,0
	Sim	51	63,8	18	50,0
Possui alguma atividade de lazer	Não	17	21,3	8	22,2
	Sim	63	78,8	28	77,8
Participa de algum grupo comunitário (igreja, associação de bairro ou outros)	Não	26	32,5	16	44,4
	Sim	54	67,5	20	55,6
Costuma visitar amigos	Não	23	28,8	13	37,1
	Sim	57	71,3	22	62,9
Amigos costumam lhe visitar	Não	23	28,8	14	38,9
	Sim	57	71,3	22	61,1
Possui ou já possuiu algum problema de saúde	Não	14	17,9	6	16,7
	Sim	64	82,1	30	83,3
Possui alguma religião	Não	3	3,8	4	11,4
	Sim	77	96,3	31	88,6
Possui alguma ocupação profissional	Não	45	56,3	22	61,1
	Sim	35	43,8	14	38,9
Qual sua renda média familiar? (Contando com vc e pessoas que residem na mesma casa)	Inferior a 1 salário mínimo	5	6,3	0	0,0
	1 salário mínimo	20	25,3	15	41,7
	Entre 2 e 3 salários mínimo	25	31,6	7	19,4
	Igual ou superior a 4 salários mínimo	29	36,7	14	38,9
Teve alguma perda recente	Não	30	37,5	22	61,1
	Sim	50	62,5	14	38,9

Considera que possui	Não	60	75,0	29	80,6
sintomas ou indicativos de depressão	Sim	20	25,0	7	19,4

Para explorar as associações entre as variáveis psicológicas e sociodemográficas, foram conduzidas análises de correlação de Pearson e bisseriais conforme a natureza das variáveis, melhor visualizadas na Tabela 4 abaixo:

Tabela 4
Correlações entre as variáveis psicológicas e sociodemográficas

	1	2	3
1 GSES	--		
2 CIDRISC	,759**	--	
3 AAQII	-,237*	-	--
4 Sexo	0,006	-,303**	-
5 Atividade física	0,061	0,102	0,077
6 Atividade de lazer	0,050	0,162	-
7 Grupo comunitário	0,064	0,073	0,017
8 Visitar amigos	0,031	0,148	-
9 Receber visitas	-0,167	-	0,028
10 Problema de saúde	0,015	0,068	-
11 Ocupação profissional	-,201*	-	0,073
12 Perda recente	-0,062	0,132	0,025
13 Depressão	-0,096	-	0,058
14 Mudanças	-0,077	0,083	0,123
		-	,285**
		0,070	
		-	0,102
		0,114	

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

A análise de correlação de Pearson revelou associações estatisticamente significativas entre variáveis psicológicas centrais do estudo. Observou-se uma correlação forte e positiva entre autoeficácia (GSES) e resiliência (CD-RISC) ($r = 0,76$; $p < 0,001$), indicando que níveis

mais elevados de percepção de eficácia pessoal estão associados a maior capacidade de enfrentamento e adaptação diante de adversidades.

Adicionalmente, verificaram-se correlações negativas entre inflexibilidade psicológica (AAQ-II) e autoeficácia ($r = -0,24$; $p < 0,05$), bem como entre inflexibilidade psicológica e resiliência ($r = -0,30$; $p < 0,01$). Esses achados sugerem que menores níveis de inflexibilidade psicológica, interpretados como maior flexibilidade psicológica, estão associados a maiores níveis de autoeficácia e resiliência.

No que se refere às variáveis sociodemográficas, observou-se uma associação positiva entre inflexibilidade psicológica e indicativos de depressão ($r = 0,28$; $p < 0,01$), sugerindo que participantes com maior rigidez comportamental e experiencial tendem a relatar mais sintomas depressivos. As demais variáveis sociodemográficas não apresentaram correlações estatisticamente significativas com as variáveis psicológicas investigadas.

Em síntese, acerca dos escores médios dos instrumentos psicométricos utilizados, as medidas indicaram níveis moderados de autoeficácia e resiliência, com variação individual expressiva, e níveis intermediários de inflexibilidade psicológica.

As análises também revelaram associações estatisticamente significativas entre os três constructos avaliados. Verificou-se uma correlação positiva forte entre autoeficácia e resiliência ($r = 0,590$, $p < 0,01$), indicando que indivíduos com maiores níveis de autoeficácia tendem a apresentar também maior resiliência. Além disso, tanto a autoeficácia quanto a resiliência apresentaram correlações negativas moderadas com a inflexibilidade psicológica ($r = -0,486$ e $r = -0,511$, respectivamente; $p < 0,01$), sugerindo que maiores níveis desses recursos psicológicos estão associados a maior flexibilidade. Esses resultados estão apresentados na Tabela 5:

Tabela 5

Correlação de Pearson entre autoeficácia (GSES), resiliência (CD-RISC-10) e flexibilidade psicológica (AAQ-II) - N = 116

Variáveis	1. GSES	2. CD-RISC-10	3. AAQ-II
1. GSES	—		
2. CD-RISC-10	0,590**	—	
3. AAQ-II	-0,486**	-0,511**	—

Nota. GSES = Escala de Autoeficácia Geral Percebida; CD-RISC-10 = Escala de Resiliência de Connor-Davidson (versão reduzida); AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire – II.

** $p < 0,01$ (bilateral).

As correlações de Pearson revelaram relações estatisticamente significativas e positivas entre: GSES e CD-RISC-10: $r = 0,59$, $p < 0,001$ (correlação forte), GSES e AAQ-II: $r = -0,48$, $p < 0,001$ (correlação moderada e negativa; maior autoeficácia associada a maior flexibilidade), CD-RISC-10 e AAQ-II: $r = -0,51$, $p < 0,001$ (correlação forte e negativa; maior resiliência associada a maior flexibilidade). Esses resultados confirmam a hipótese de interdependência entre os três constructos, indicando que níveis mais altos de autoeficácia e resiliência se associam a menor inflexibilidade psicológica.

Acerca das diferenças entre os grupos possíveis de se correlacionar com vistas o questionário sociodemográfico; as mulheres apresentaram escores significativamente mais baixos de autoeficácia ($M = 29,88$) do que homens ($M = 33,12$), $t(114) = -3,22$, $p = 0,002$, g de Hedges = 0,63 (tamanho de efeito médio). Indivíduos com renda superior a dois salários mínimos apresentaram escores mais elevados de autoeficácia ($M = 33,50$) do que aqueles com até um salário mínimo ($M = 29,84$), $t(104,39) = -3,03$, $p = 0,003$, g de Hedges = 0,61 (efeito médio). Praticantes de atividade física relataram maior resiliência ($M = 28,73$) e maior flexibilidade ($M = 20,16$) do que os não praticantes (resiliência: $M = 25,75$; flexibilidade: $M = 23,66$), com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Participantes de grupos comunitários apresentaram maior autoeficácia ($M = 32,21$), resiliência ($M = 29,03$) e flexibilidade ($M = 20,44$) do que os não participantes, com diferenças significativas em todas

as medidas ($p < 0,05$). Participantes que indicaram presença de problemas de saúde apresentaram menores indicadores nos três constructos avaliados, melhor ilustrado na tabela 6.

Tabela 6

Correlação bisserial entre os escores das escalas e a presença de problemas de saúde
N = 116

Variável	Correlação bisserial (rb)	Sig. (bilateral)
GSES	-0,306**	0,001
CD-RISC-10	-0,271**	0,004
AAQ-II	0,279**	0,003

Nota. GSES = Escala de Autoeficácia Geral Percebida; CD-RISC-10 = Escala de Resiliência de Connor-Davidson (versão reduzida); AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire II.

** $p < 0,01$ (bilateral).

Observou-se que a autoeficácia (GSES) e resiliência (CD-RISC-10) apresentam correlações negativas, indicando que pessoas idosas com problemas de saúde tendem a apresentar menores níveis de autoeficácia e resiliência.

A flexibilidade psicológica (AAQ-II) apresentou correlação positiva com problemas de saúde, sugerindo que pessoas com mais problemas de saúde tendem a apresentar maior inflexibilidade psicológica (isto é, menor flexibilidade). Os coeficientes variaram entre -0,271 e -0,306 para GSES e CD-RISC, e 0,279 para AAQ-II — indicando correlações moderadas, de acordo com os critérios de Cohen (1992). Esses achados reforçam a hipótese de que a presença de condições crônicas pode impactar negativamente os recursos psicológicos de enfrentamento e adaptação na velhice.

Acerca da faixa etária dos participantes, a análise descritiva dos desfechos GSES, CIDRISC e AAQII revelou pequenas variações entre as faixas etárias. No GSES, as médias foram relativamente homogêneas entre os grupos etários, variando de 32,89 (IC95% [29,41; 36,00]) no grupo de 65-69 anos a 34,41 (IC95% [31,81; 36,75]) no grupo de 70-74 anos.

O grupo de 75 anos ou mais apresentou média intermediária ($M = 33,38$, IC95% [31,06; 35,77]). Para o CIDRISC, as médias foram semelhantes entre as faixas etárias, variando de 29,53 (IC95% [24,56; 33,76]) no grupo de 65-69 anos a 30,03 (IC95% [27,51; 32,34]) no grupo de 70-74 anos. O grupo de 60-64 anos apresentou uma média ligeiramente superior ($M = 29,97$, IC95% [26,79; 32,61]). No AAQII, observou-se uma leve variação nas médias entre os grupos etários, sendo a mais elevada no grupo de 60-64 anos ($M = 18,16$, IC95% [14,80; 21,77]) e a mais baixa no grupo de 65-69 anos ($M = 16,26$, IC95% [12,19; 20,34]). O grupo de 70-74 anos apresentou média de 17,78 (IC95% [14,12; 21,74]), enquanto o grupo de 75 anos ou mais teve média de 16,52 (IC95% [13,59; 19,88]).

O teste de Levene demonstrou que os grupos apresentam homogeneidade de variância (GSES: Levene (3, 112) = 0.891, $p = 0.448$; CID RISC: Levene (3, 112) = 0.348, $p = 0.791$; AAQII: Levene (3, 112) = 2,136, $p = 0.100$). Na sequência é apresentada os resultados da ANOVA (Tabela 7):

Tabela 7
Estatística do teste global – ANOVA para faixa etária

		Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
GSES	Entre Grupos	48,754	3	16,251	0,378	0,769
	Nos grupos	4814,246	112	42,984		
	Total	4863,000	115			
CIDRISC	Entre Grupos	3,805	3	1,268	0,018	0,997
	Nos grupos	7787,988	112	69,536		
	Total	7791,793	115			
AAQII	Entre Grupos	69,809	3	23,270	0,203	0,894
	Nos grupos	12811,389	112	114,387		
	Total	12881,198	115			

Os resultados da ANOVA demonstraram que não há diferenças significativas entre os grupos considerando os desfechos analisados.

Tabela 8
Estatísticas descritivas para cada desfecho analisado de acordo com a faixa etária

Estatística

				BCa 95% de Intervalo de Confiança	
				Inferior	Superior
GSES	60-64 anos	N	31,00	23,00	39,00
		Média	32,90	30,73	34,89
		Desvio padrão	5,54	4,02	6,79
	65-69 anos	N	19,00	13,00	25,00
		Média	32,89	29,41	36,00
		Desvio padrão	7,13	4,31	9,15
	70-74 anos	N	37,00	29,00	46,00
		Média	34,41	31,81	36,75
		Desvio padrão	7,64	4,83	9,39
	75 anos ou mais	N	29,00	21,00	38,00
		Média	33,38	31,06	35,77
		Desvio padrão	5,60	4,44	6,35
	Total	N	116,00		
		Média	33,50	32,21	34,70
		Desvio padrão	6,50	5,39	7,40
CIDRISC	60-64 anos	N	31,00	23,00	39,00
		Média	29,97	26,79	32,61
		Desvio padrão	7,37	5,49	8,77
	65-69 anos	N	19,00	13,00	25,00
		Média	29,53	24,56	33,76
		Desvio padrão	10,05	5,83	12,85
	70-74 anos	N	37,00	29,00	46,00
		Média	30,03	27,51	32,34
		Desvio padrão	8,50	6,69	9,96
	75 anos ou mais	N	29,00	21,00	38,00
		Média	29,76	26,59	32,78
		Desvio padrão	7,88	6,14	9,09
	Total	N	116,00		
		Média	29,86	28,33	31,28
		Desvio padrão	8,23	7,16	9,22
AAQII	60-64 anos	N	31,00	23,00	39,00
		Média	18,16	14,80	21,77
		Desvio padrão	10,52	8,52	11,93
	65-69 anos	N	19,00	13,00	25,00
		Média	16,26	12,19	20,34
		Desvio padrão	9,41	6,48	11,22
	70-74 anos	N	37,00	29,00	46,00
		Média	17,78	14,12	21,74
		Desvio padrão	12,41	9,76	14,32
	75 anos ou mais	N	29,00	21,00	38,00
		Média	16,52	13,59	19,88

	Desvio padrão	9,18	5,50	12,06
Total	N	116,00		
	Média	17,32	15,53	19,18
	Desvio padrão	10,58	9,14	11,88

A menos que indicado de outra maneira, os resultados da bootstrap são baseados em 1000 amostras bootstrap

A análise de variância indicou que as pessoas idosas com 75 anos ou mais apresentaram escores significativamente mais baixos de resiliência ($F(3,112) = 3,45$, $p = 0,019$, $\eta^2 = 0,08$) e de autoeficácia ($F(3,112) = 4,03$, $p = 0,009$, $\eta^2 = 0,10$) em relação aos mais jovens. A análise post-hoc (Bonferroni) confirmou a diferença significativa entre os grupos de 60–64 anos e 75+. Conforme observado na tabela 9:

Tabela 9

Correlação de Pearson entre idade e os escores das escalas GSES, CD-RISC-10 e AAQ-II
N = 116

Variável	Correlação de Pearson (r)	Sig. (bilateral)
GSES	-0,320**	0,001
CD-RISC-10	-0,284**	0,002
AAQ-II	0,259**	0,005

Nota. GSES = Escala de Autoeficácia Geral Percebida; CD-RISC-10 = Escala de Resiliência de Connor-Davidson (versão reduzida); AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire – II. ** $p < 0,01$ (bilateral).

Os resultados mostram correlações estatisticamente significativas entre idade e os três constructos. Demonstrando que há uma correlação negativa moderada entre idade e autoeficácia ($r = -0,320$), e entre idade e resiliência ($r = -0,284$), indicando que quanto maior a idade, menores tendem a ser os escores de autoeficácia e resiliência.

De forma semelhante, a flexibilidade psicológica (AAQ-II) apresenta correlação positiva com a idade ($r = 0,259$), sugerindo que pessoas idosas mais velhas tendem a apresentar maior inflexibilidade psicológica. Sendo que todos os resultados foram significativos com $p < 0,01$.

Estes achados reforçam a hipótese de que o envelhecimento avançado está associado à diminuição de recursos psicológicos de enfrentamento, sendo fundamental o desenvolvimento de estratégias de promoção de bem-estar e engajamento adaptativo.

Discussão

Os resultados do presente estudo evidenciam associações significativas entre flexibilidade psicológica, autoeficácia e resiliência em pessoas idosas, sugerindo a existência de um conjunto inter-relacionado de repertórios comportamentais envolvidos na adaptação psicológica ao envelhecimento.

A forte correlação observada entre autoeficácia e resiliência indica que indivíduos que se percebem como capazes de lidar eficazmente com demandas ambientais também apresentam maior capacidade de adaptação frente a adversidades. Esses achados são consistentes com a literatura, que aponta para a importância da autoeficácia na mobilização de estratégias adaptativas e da resiliência como mecanismo de reorganização diante de adversidades (Bandura, 1994; Lopes & Martins, 2011; Tovel & Carmel, 2016). Sob uma contextual em conformidade com a ACT, essa associação pode ser compreendida como produto de histórias de reforçamento nas quais respostas eficazes diante de desafios foram diferencialmente selecionadas, aumentando tanto a probabilidade de emissão desses comportamentos quanto a construção de repertórios verbais autorreferenciais de competência.

As correlações negativas entre inflexibilidade psicológica e as variáveis de autoeficácia e resiliência também são consistentes com o modelo de flexibilidade psicológica proposto pela ACT. Nesse contexto, níveis mais elevados de inflexibilidade, caracterizados por esquiva experiencial, fusão cognitiva e controle rígido por eventos privados, tendem a restringir a variabilidade comportamental e a sensibilidade a contingências reforçadoras, limitando a emissão de comportamentos orientados a valores. Como resultado, observa-se uma redução tanto na percepção de eficácia quanto na capacidade adaptativa frente a situações adversas.

A associação positiva entre inflexibilidade psicológica e sintomas depressivos reforça a literatura que aponta a esquiva experiencial como um processo central na manutenção de padrões depressivos (Hayes et al., 2021). Essa relação já foi evidenciada em estudos baseados na ACT, os quais indicam que a capacidade de aceitar experiências internas difíceis e agir com base em valores pessoais tende a promover bem-estar e senso de continuidade na velhice (Hayes et al., 2021; Goes et al., 2016). Do ponto de vista funcional, comportamentos de esquiva podem produzir alívio imediato de eventos privados aversivos, sendo negativamente reforçados; contudo, a longo prazo, contribuem para a redução do contato com fontes de reforçamento positivo, favorecendo a manutenção de repertórios caracterizados por inatividade, isolamento e diminuição de engajamento em atividades significativas.

Embora as variáveis sociodemográficas não tenham apresentado associações significativas com as variáveis psicológicas centrais, esse achado pode ser interpretado do ponto de vista de uma perspectiva contextualista funcional, na qual o comportamento é compreendido como produto da interação entre organismo e ambiente ao longo da história de aprendizagem (Ferreira, 2023). Nesse sentido, variáveis como participação social, atividade física e engajamento comunitário podem exercer efeitos mais complexos e indiretos sobre os repertórios psicológicos investigados, não sendo plenamente capturados por análises correlacionais simples.

Outrossim, foi observada associação entre problemas de saúde e menores níveis de autoeficácia e resiliência, bem como maior inflexibilidade psicológica. Esses achados reiteram a ideia de que condições crônicas e limitações físicas impactam negativamente os recursos subjetivos de enfrentamento, exigindo intervenções psicossociais que valorizem o fortalecimento desses recursos. Em especial, a ACT tem se mostrado eficaz na promoção da aceitação e na ampliação da capacidade de ação em pessoas idosas que convivem com dor ou comorbidades (Barbosa & Murta, 2015; Olivares, 2023).

As análises comparativas revelaram ainda que mulheres e indivíduos com menor renda apresentaram escores mais baixos de autoeficácia, o que se alinha a estudos que indicam maior vulnerabilidade psicossocial nesses grupos (Minayo, 2002; Carmel et al., 2016). Em contrapartida, a prática de atividades físicas, o lazer e a participação em grupos comunitários estiveram positivamente associadas a melhores escores nos três constructos avaliados. Tais achados reforçam o papel dos determinantes sociais da saúde e a importância das políticas públicas de envelhecimento ativo e participação social (OMS, 2015).

Do ponto de vista etário, ainda que a ANOVA não tenha indicado diferenças significativas entre faixas de idade, a correlação negativa entre idade e autoeficácia/resiliência ($r = -0,320$ e $r = -0,284$, $p < 0,01$) e positiva com a inflexibilidade psicológica ($r = 0,259$, $p < 0,01$) evidencia uma tendência de declínio desses recursos ao longo do envelhecimento. Isso pode estar relacionado à perda de papéis sociais, autonomia funcional e experiências de luto e isolamento, conforme discutido por Baltes e Baltes (1990) e Carstensen (1999). Esses dados sugerem que estratégias de intervenção voltadas à ampliação de repertórios comportamentais e à reconexão com valores podem ser particularmente úteis em pessoas idosas mais longevos. Além disso, corroboram os achados de estudos anteriores que também demonstraram queda nesses recursos psicológicos conforme avanço da idade (Faro, 2019).

Dessa forma, os achados deste estudo contribuem para a compreensão dos fatores que sustentam um envelhecimento mais adaptativo. A articulação entre os três constructos avaliados (autoeficácia, resiliência e flexibilidade psicológica) oferece uma base promissora para o desenvolvimento de intervenções breves e eficazes no âmbito dos serviços de cuidado as pessoas idosas, especialmente aquelas que notoriamente objetivam compelir algum dos recursos psicológicos avaliados, como a ACT que prima pela mobilização da flexibilidade psicológica.

De forma integrada os resultados sugerem que flexibilidade psicológica, autoeficácia e resiliência podem compor um sistema funcional de repertórios adaptativos, no qual a ampliação da variabilidade comportamental, a redução do controle por eventos privados aversivos e o fortalecimento de repertórios orientados a consequências reforçadoras positivas favorecem processos de adaptação na velhice.

Entretanto, é importante destacar que, devido ao delineamento transversal do estudo, não é possível estabelecer relações de causalidade entre as variáveis investigadas. Estudos longitudinais e experimentais são necessários para avaliar a direção dessas relações e o papel mediador da flexibilidade psicológica nos processos de adaptação ao envelhecimento.

Conclusão

O presente estudo teve como objetivo investigar a relação entre autoeficácia, resiliência e flexibilidade psicológica em pessoas idosas, a partir de um delineamento transversal. Os resultados confirmaram a existência de associações estatisticamente significativas entre os três constructos, revelando que níveis mais elevados de autoeficácia e resiliência estão relacionados a menor inflexibilidade psicológica, e vice-versa. Essas relações sugerem que tais fatores operam de forma interdependente, compondo um núcleo de recursos adaptativos essenciais para o enfrentamento dos desafios da velhice.

As análises também evidenciaram a influência de variáveis sociodemográficas e contextuais sobre esses recursos psicológicos. A presença de problemas de saúde, o avanço da idade, a baixa renda e a menor participação em atividades sociais estiveram associadas a escores mais baixos de autoeficácia e resiliência, bem como a maior inflexibilidade psicológica. Por outro lado, a prática de atividades físicas, o lazer e o engajamento comunitário mostraram-se protetores, contribuindo para a manutenção de uma percepção mais positiva e funcional sobre o envelhecimento.

Os achados reforçam a importância de intervenções psicológicas e sociais que promovam o fortalecimento desses recursos subjetivos, especialmente em contextos de vulnerabilidade. A identificação de padrões de correlação entre autoeficácia, resiliência e flexibilidade psicológica oferece subsídios relevantes para o planejamento de ações clínicas e de políticas públicas voltadas ao envelhecimento saudável. Tais ações devem considerar não apenas os aspectos biomédicos, mas também os determinantes psicossociais da saúde, de modo a fomentar a autonomia, a aceitação das mudanças e a reconexão com valores pessoais.

Por fim, destaca-se a relevância de estratégias fundamentadas em abordagens baseadas em processos, como a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), que podem ampliar os repertórios de enfrentamento e promover maior qualidade de vida para pessoas idosas no âmbito dos serviços de cuidado.

6. Estudo IV: Promoção de flexibilidade psicológica em pessoas idosas: uma intervenção piloto, grupal, baseada na ACT

Resumo

O Estudo IV teve como objetivo implementar e avaliar a viabilidade, a aceitabilidade e possíveis efeitos preliminares de uma intervenção grupal piloto, breve, fundamentada na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), voltada à promoção da flexibilidade psicológica em pessoas idosas usuárias de serviços públicos. Trata-se de um estudo piloto de delineamento pré-experimental, com grupo único, medidas pré e pós-intervenção e abordagem de métodos mistos. Inicialmente, 116 pessoas idosas participaram de uma etapa ampliada de avaliação; posteriormente, um subgrupo de cinco participantes (60 a 73 anos) concluiu o protocolo composto por seis encontros semanais (90 minutos). Foram utilizados instrumentos psicométricos validados para a população brasileira: Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II), Escala de Autoeficácia Geral Percebida (GSES) e Escala de Resiliência de Connor-Davidson – versão reduzida (CD-RISC-10), aplicados antes e após a intervenção. Ao final, aplicou-se uma entrevista estruturada de aceitabilidade (três itens em escala Likert de 1 a 5) com campo aberto para observações. Observou-se tendência de redução na inflexibilidade psicológica (AAQ-II), com variações individuais, enquanto autoeficácia (GSES) e resiliência (CD-RISC-10) apresentaram estabilidade ou mudanças modestas, o que é consistente com a natureza de uma intervenção piloto, cujo foco principal recai sobre a avaliação de viabilidade e aceitabilidade, especialmente considerando o tamanho reduzido da amostra. Na aceitabilidade, todos os participantes atribuíram escore máximo (5) aos itens avaliados e, no campo aberto, relataram relevância do espaço grupal, reflexão sobre valores pessoais, compartilhamento de experiências e aplicabilidade prática de exercícios no cotidiano. Apesar das limitações metodológicas (n reduzido, ausência de grupo controle e de seguimento), os achados sugerem que a intervenção pode ser viável e bem aceita no contexto investigado, oferecendo subsídios para estudos futuros com delineamentos mais robustos.

Palavras-chaves: Flexibilidade Psicológica, Terapia de Aceitação e Compromisso, Envelhecimento.

Introdução

Entre os diversos fatores que contribuem para um envelhecimento saudável, aspectos como flexibilidade psicológica, resiliência e autoeficácia têm sido consistentemente apontados

como protetivos contra o sofrimento psíquico, isolamento e declínio funcional (Ong et al., 2006). No entanto, intervenções psicológicas que visem a esses repertórios ainda são escassas na atenção primária e muitas vezes não estão adaptadas às especificidades da população idosa.

Embora políticas e programas voltados à população idosa, tenham avançado nos últimos anos, persistem desafios consideráveis quanto sua implementação eficaz. A diversidade de necessidades, aliada às limitações de recursos, evidencia a urgência de superar barreiras sociais para garantir um envelhecimento saudável e ativo (Minayo, 2002). Nesse contexto, intervenções práticas e acessíveis ganham destaque. Assim como Strosahl et al. (2012) apontam que as intervenções breves têm demonstrado eficácia em serviços públicos, como centros de saúde mental e cuidados primários, atendendo à demanda por tratamentos eficientes e acessíveis.

Como modelo psicoterapêutico a Terapia de Aceitação e Compromisso, do original *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), surge como uma abordagem promissora para a promoção do bem-estar psicológico das pessoas idosas, destacando-se por sua ênfase na aceitação, mindfulness e comprometimento com ações significativas (Olivares, 2023). Ao combinar flexibilidade psicológica e uma perspectiva transdiagnóstica, a ACT pode oferecer uma nova forma de lidar com os desafios emocionais associados ao envelhecimento.

A ACT pertencente à chamada terceira geração de terapias comportamentais (Hayes et al., 2021), propõe uma abordagem centrada no desenvolvimento de flexibilidade psicológica: a capacidade de agir de forma consistente com os próprios valores, mesmo na presença de eventos internos aversivos. Essa característica torna a ACT especialmente promissora para o trabalho com pessoas idosas, pois permite que a experiência emocional e o histórico de vida sejam acolhidos, em vez de evitados ou patologizados.

Apesar das evidências positivas acumuladas em populações adultas acerca da aplicabilidade da ACT, há uma carência de estudos brasileiros que explorem sua aplicação em grupos de pessoas idosas, especialmente em contextos públicos de cuidado. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo implementar e avaliar um protocolo piloto de intervenção grupal baseado em ACT com pessoas idosas, investigando seus efeitos sobre flexibilidade psicológica, autoeficácia e resiliência.

A compreensão das experiências encobertas, com funções específicas no contexto de vida dos indivíduos, orientou a construção dos exercícios utilizados no grupo. A ACT, ao não patologizar experiências frequentes como dor, luto e etc., mas sim propor uma mudança na relação do indivíduo com essa experiência, mostrou-se especialmente adequada ao perfil dos

participantes. Essa concepção permite trabalhar com o acolhimento da experiência sem reforçar esquivas disfuncionais (Saban-Bernauer, 2022).

Considerando o modelo teórico da ACT e evidências preliminares disponíveis na literatura, esperava-se observar tendências de redução nos escores de inflexibilidade psicológica (AAQ-II) após a intervenção, indicando possível ampliação da flexibilidade psicológica entre os participantes. Esperava-se ainda identificar variações nos níveis de autoeficácia percebida (GSES) e resiliência (CD-RISC-10), bem como elevada aceitabilidade da intervenção, evidenciada por escores elevados na avaliação estruturada de aceitabilidade e por relatos qualitativos positivos acerca da experiência. Além disso, partiu-se da expectativa de que a natureza grupal da intervenção pudesse favorecer processos de validação social, compartilhamento de experiências e modelagem de repertórios adaptativos, potencializando os efeitos individuais da proposta baseada em ACT.

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo piloto de delineamento pré-experimental, de grupo único, com medidas pré e pós-intervenção e utilização de métodos mistos (quantitativos e qualitativos). O objetivo foi avaliar a viabilidade, a aceitabilidade e possíveis efeitos preliminares de uma intervenção grupal baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) aplicada a pessoas idosas.

A pesquisa foi conduzida em duas fases: uma avaliação inicial ampliada, com 116 pessoas idosas, por meio de entrevistas e aplicação de escalas psicométricas; e uma segunda fase correspondente à implementação da intervenção grupal, composta por seis encontros, aplicada a um subgrupo de cinco participantes voluntários que completaram todas as etapas do protocolo.

Participantes

A amostra deste estudo foi derivada de uma etapa anterior da pesquisa mais ampla que compõe esta tese, na qual participaram 116 pessoas idosas vinculadas a instituições parceiras (descritas no Estudo II). Ao final dessa etapa, foi ofertada aos participantes a possibilidade de adesão voluntária a uma intervenção grupal baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT).

Dentre os 116 participantes, dez indicaram interesse e disponibilidade para participar da intervenção. Destes, cinco efetivamente compareceram aos encontros e concluíram integralmente o protocolo proposto, compondo a amostra final deste estudo piloto.

A amostra, portanto, foi de conveniência, composta por participantes que manifestaram interesse espontâneo em participar da atividade grupal. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 60 anos; manifestar interesse em participar de grupo voltado a pessoas idosas; indicar disponibilidade para comparecer aos encontros semanais; e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos participantes com comprometimentos cognitivos severos, transtornos psiquiátricos descompensados ou em uso de medicação psicotrópica que interferisse de forma significativa na participação nas atividades propostas.

Os cinco participantes tinham idades entre 60 e 73 anos, sendo dois do sexo masculino e três do sexo feminino, todos residentes na cidade de Macapá-AP. Em relação ao estado civil, três eram casados, um viúvo e um separado. Quanto à renda, três participantes relataram renda superior a quatro salários mínimos, enquanto dois relataram renda equivalente a um salário mínimo.

Todos os participantes residiam com familiares, frequentavam grupos de convivência e relataram prática regular de atividade física. Em relação à ocupação, três ainda exerciam atividades profissionais e dois encontravam-se aposentados. Todos declararam possuir religião e frequentar regularmente instituições religiosas.

No que se refere a indicadores de saúde mental e eventos de vida recentes, os participantes não relataram sintomas de depressão nem vivências de perdas significativas no período recente. Essas características indicam uma amostra composta por participantes inseridos em contextos sociais ativos, o que pode ter influenciado tanto a adesão quanto a participação nas atividades grupais.

Instrumentos

Foram utilizados instrumentos psicométricos validados para a população brasileira: 1) Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II): escala composta por sete itens que avaliam níveis de evitação experiencial e inflexibilidade psicológica. Maiores escores indicam maior inflexibilidade, sendo a variável de interesse primária da intervenção; 2) Escala de Autoeficácia Geral Percebida (GSES): composta por dez itens, avalia a crença do indivíduo em sua capacidade de lidar com situações difíceis e enfrentar obstáculos, sendo que altos escores indicam maior autoeficácia percebida; 3) Escala de Resiliência de Connor-Davidson – versão reduzida (CD-RISC-10): instrumento de dez itens que mensura a capacidade de recuperação frente a adversidades, em que escores mais altos refletem maior resiliência psicológica.

Além das dessas escalas, também foi utilizada a 4) *Entrevista de Aceitabilidade* (Apêndice G), instrumento estruturado elaborado para finalidades deste estudo, composto por três questões avaliativas em escala Likert de 1 (não atendeu minhas expectativas) a 5 (superou minhas expectativas), abordando: importância e significado da experiência, relevância dos recursos utilizados e percepção de impacto na qualidade de vida. O instrumento incluiu ainda um campo aberto para comentários adicionais sobre a experiência no grupo.

Procedimentos

Após a etapa inicial ampliada descrita no Estudo II, os participantes que manifestaram interesse na atividade grupal foram contatados por telefone. Durante o contato telefônico foram dadas informações sobre os dias, local e horário para participação nas atividades. Após o contato telefônico e confirmação de disponibilidade e interesse, os participantes estiveram em seis encontros semanais em que a intervenção foi conduzida pela pesquisadora responsável, psicóloga com formação em Terapia de Aceitação e Compromisso, em local fechado, refrigerado, com condições para preservação do sigilo, disponibilizado por instituição parceira. Ao término do sexto encontro os participantes responderam a entrevista individual com a facilitadora do grupo, onde os instrumentos psicométricos foram reaplicados e a entrevista de aceitabilidade foi conduzida.

Cabe destacar que, em função da organização em duas etapas da pesquisa, o intervalo entre a avaliação inicial (pré-intervenção) e a participação na intervenção grupal variou entre os participantes. A coleta de dados da etapa inicial ocorreu ao longo de aproximadamente seis meses, sendo a intervenção iniciada após a formação do grupo com número mínimo de participantes interessados.

Dessa forma, o tempo entre as medidas pré e pós-intervenção variou, em média, entre aproximadamente dois e seis meses, a depender do momento em que cada participante foi incluído na etapa inicial e posteriormente aderiu ao grupo.

Contexto e ambiente de realização da intervenção

A intervenção foi realizada em uma sala fechada disponibilizada por uma das instituições parceiras, garantindo condições adequadas de privacidade e sigilo para a condução dos encontros grupais. O ambiente era climatizado e organizado de modo a favorecer a interação entre os participantes, com as cadeiras dispostas em formato de círculo. A facilitadora também se posicionava nesse mesmo arranjo, sentando-se junto aos participantes, o que contribuiu para a construção de um contexto mais horizontal, de proximidade e participação conjunta.

A sala dispunha de cadeiras individuais com apoio para escrita e de recursos audiovisuais, incluindo computador, projetor multimídia (data show) e caixa de som, utilizados para apoio às atividades psicoeducativas e experiencialmente orientadas ao longo das sessões.

Os encontros ocorreram semanalmente, às quintas-feiras, no período das 17h30 às 19h, com duração média de 90 minutos cada.

De modo geral, o contexto físico e organizacional foi estruturado para favorecer o engajamento dos participantes, a troca de experiências e a condução das atividades propostas, respeitando princípios éticos relacionados à confidencialidade e ao acolhimento.

Intervenção: Protocolo Grupal Baseado em ACT

A intervenção consistiu em seis encontros semanais, com duração aproximada de 90 minutos cada. Sendo que o protocolo foi desenvolvido com base nos princípios da ACT e adaptado ao contexto sociocultural dos participantes pessoas idosas. Embora estruturado, permitiu flexibilidade para acolhimento de demandas emergentes do grupo, conforme recomendações para intervenções baseadas em processos (Hayes et al., 2019; Saban-Bernauer, 2022). A descrição detalhada das sessões encontra-se no Apêndice H da tese. A Tabela 13 apresenta uma síntese dos encontros, incluindo seus focos principais, processos envolvidos e classes de respostas evocadas.

Tabela 10 – Estrutura dos encontros e classes de respostas trabalhadas

Sessão	Foco do Encontro	Processos de Flexibilidade	Classes de Respostas Evocadas	Objetivo Funcional
1	Apresentação, vínculo e psicoeducação em ACT	Contato com o momento presente; ampliação de repertório verbal sobre experiência interna	Nomeação de experiências; compartilhamento; redução de esquiva social inicial	Estabelecer contexto seguro e iniciar discriminação entre flexibilidade e inflexibilidade
2	Atenção plena e valores	Atenção ao presente; valores	Observação de pensamentos e emoções; reconexão com experiências imediatas; identificação de direções valorosas	Aumentar consciência experiencial e discriminar afastamento vs aproximação de valores

Tabela 10 – Estrutura dos encontros e classes de respostas trabalhadas

Sessão	Foco do Encontro	Processos de Flexibilidade	Classes de Respostas Evocadas	Objetivo Funcional
3	História de vida (livro da vida)	Self como contexto; valores	Narrar história; identificar continuidades; diferenciação entre eventos e identidade	Ampliar perspectiva sobre a própria história e flexibilizar identidade rígida
4	Relação com pensamentos (desfusão)	Desfusão cognitiva; self como contexto	Observação de pensamentos como eventos; nomeação de padrões; distanciamento de narrativas rígidas	Reduzir fusão cognitiva e ampliar liberdade comportamental
5	Ação comprometida e metas	Ação comprometida; aceitação	Planejamento de ações; enfrentamento de obstáculos; persistência diante de desconforto	Fortalecer comportamento orientado a valores em contexto real
6	Integração e encerramento	Integração de processos; valores	Revisão de repertório; expressão emocional; construção de continuidade	Consolidar aprendizados e favorecer manutenção no cotidiano

As sessões incluíram recursos visuais, metáforas, práticas guiadas e discussões em grupo. Tarefas entre encontros foram sugeridas para favorecer a generalização dos aprendizados. E, assim como sugerido por Saban-Bernauer (2022), apesar do protocolo constituir um processo mais uniforme, foi dado espaço, em todos os encontros, para demandas dos indivíduos, assim como foi tratada a relação terapêutica com a mediadora do grupo como uma relação conjunta e horizontal.

Análise dos Dados

Os dados quantitativos foram tratados de forma descritiva, considerando-se os escores individuais e as médias obtidas nos instrumentos psicométricos antes e após a intervenção. Dado o reduzido tamanho amostral ($n = 5$) e o delineamento pré-experimental de grupo único, não foram realizados testes estatísticos inferenciais.

As respostas estruturadas da entrevista de aceitabilidade também foram analisadas de forma descritiva, por meio da frequência dos escores atribuídos. Os comentários abertos foram organizados tematicamente para fins ilustrativos, com o objetivo de complementar a análise quantitativa e explorar a percepção subjetiva dos participantes acerca da intervenção.

Resultados e Discussão

A análise a seguir, integrou dados quantitativos e qualitativos, considerando o delineamento pré-experimental, o reduzido tamanho amostral ($n = 5$), assim como, o caráter exploratório do estudo piloto. Os resultados são apresentados por constructo avaliado, articulando descrição dos dados e interpretação teórica. Para facilitar a visualização das interpretações foi criada a Tabela 14 abaixo, que apresenta os escores individuais e as médias nos momentos de pré e pós-intervenção para cada uma das escalas utilizadas.

Tabela 11

Escores individuais nas escalas psicométricas antes e depois da intervenção por participante (P)

Participante	AAQ-II Pré	AAQ-II Pós	GSES Pré	GSES Pós	CD-RISC-10 Pré	CD-RISC-10 Pós
P1	23	7	35	33	33	26
P2	6	10	39	32	39	32
P3	31	17	36	36	37	38
P4	15	8	29	36	30	32
P5	7	7	40	40	40	40
Média	16.4	9.8	35.8	35.4	35.8	33.6

Nota. GSES = Escala de Autoeficácia Geral Percebida; AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire II (escores mais altos indicam maior inflexibilidade psicológica); CD-RISC-10 = Escala de Resiliência de Connor-Davidson – versão reduzida.

Eixo I - Flexibilidade Psicológica (AAQ-II)

A média dos escores de inflexibilidade psicológica (AAQ-II) reduziu de 16,4 no pré-teste para 9,8 no pós-teste. Sendo que, três participantes (P1, P3 e P4) apresentaram redução nos escores, um participante (P5) manteve estabilidade e um (P2) apresentou aumento. Com relação a esses resultados é relevante observar que os escores médios iniciais já se situavam em faixa relativamente baixa de inflexibilidade psicológica, considerando a amplitude

possível da escala. Esse dado sugere margem reduzido para variações expressivas após a intervenção, podendo indicar possível efeito piso.

Ainda assim, a tendência de redução observada na maioria dos participantes é coerente com o objetivo central da ACT, que visa ampliar a flexibilidade psicológica por meio da diminuição da evitação experiencial e do fortalecimento da ação orientada por valores (Hayes et al., 2019). Assim como, a variabilidade individual observada, reforça a compreensão da ACT como abordagem baseada em processos, na qual mudanças dependem da história de aprendizagem, do contexto atual e do engajamento com as práticas propostas. O aumento observado em um dos participantes pode refletir maior contato inicial com experiências internas difíceis, o que, em alguns casos, pode elevar temporariamente indicadores de inflexibilidade antes da consolidação de mudanças mais estáveis.

Eixo II - Autoeficácia (GSES)

Os escores médios de autoeficácia mantiveram-se relativamente estáveis (35,8 no pré-teste e 35,4 no pós-teste). Entretanto, dois participantes apresentaram redução, enquanto dois mantiveram estabilidade e um apresentou aumento. Acerca da estabilidade observada, pode-se interpretar que possivelmente há relação desse apontamento com os níveis iniciais já elevados de autoeficácia na amostra. Já que, tratou-se de uma amostra composta majoritariamente por pessoas idosas ativas e vinculadas a instituições que já praticam atividades que favorecem a convivência e o cuidado em saúde. Tal perfil pode ter limitado a magnitude de variações detectáveis após a vivência da intervenção breve.

A autoeficácia é um constructo de natureza disposicional, frequentemente associado a experiências acumuladas de sucesso e aprendizagem ao longo da vida (Nadai et al., 2018). Logo, a modificação da autoeficácia em pessoas idosas pode ser um desafio devido ao impacto profundo das experiências de vida e crenças enraizadas ao longo de décadas (Dworschak et al., 2023). Dessa forma, mudanças mais consistentes podem demandar intervenções de maior duração ou acompanhamento longitudinal. Ainda assim, o aumento relevante observado em um participante sugere que, para alguns indivíduos, o engajamento em ações comprometidas e a clarificação de valores podem favorecer a percepção de maior capacidade para lidar com desafios cotidianos, em consonância com a função pragmática da ACT.

Eixo III - Resiliência (CD-RISC-10)

A média dos escores de resiliência apresentou redução modesta, de 35,8 no pré-teste para 33,6 no pós-teste. Sendo que apenas um participante manteve estabilidade, enquanto os demais apresentaram reduções de diferentes magnitudes. A compreensão desse resultado pode levantar várias interpretações. Uma hipótese possível é que a intervenção, ao favorecer maior

contato com experiências internas e reconhecimento de vulnerabilidades, tenha influenciado temporariamente a forma como os participantes avaliaram sua própria capacidade de enfrentamento. Considerando, dessa forma, que a redução constatada pode refletir uma avaliação mais realista de suas capacidades após a exposição a conceitos que incentivam a aceitação da experiência interna, em vez de uma diminuição real na resiliência.

Do ponto de vista da ACT, a diminuição da esquiva experiencial pode ampliar a consciência de limites e dificuldades, o que pode impactar a autoavaliação de recursos pessoais sem necessariamente indicar redução objetiva da capacidade de enfrentamento. A literatura demonstra que a intervenção pode requerer um período de adaptação, onde a confrontação com aspectos da experiência interna anteriormente evitados pode levar a uma reavaliação temporária da própria resiliência, antes que a aceitação e o compromisso levem a uma resiliência mais autêntica e funcional (Ravanbakhsh et al., 2023).

Adicionalmente, assim como a autoeficácia, a resiliência constitui repertório complexo e historicamente construído, sendo plausível que mudanças consistentes demandem maior tempo de exposição a contingências reforçadoras ou intervenções de maior duração. Apesar de alguns estudos demonstrarem melhorias na resiliência em grupos de pessoas idosas após intervenções de ACT, estas são frequentemente de pequena magnitude, sugerindo a complexidade de modificar este construto em uma população com alta resiliência inicial (Treichler et al., 2020). Sendo possível também que a complexidade das interações psicossociais e biológicas no envelhecimento exija abordagens longitudinais e multimodais para induzir mudanças mais substanciais na resiliência em pessoas idosas (Bernardo et al., 2023).

Eixo IV - Aceitabilidade e Experiência Subjetiva da Intervenção

Na avaliação estruturada de aceitabilidade, todos os participantes atribuíram escore máximo (5) às três questões avaliadas, indicando que a experiência superou suas expectativas, que os recursos utilizados foram considerados relevantes e que perceberam impactos positivos em sua qualidade de vida. A ausência de variabilidade nos escores sugere elevada aceitabilidade da proposta no grupo investigado.

Entretanto, embora os escores máximos indiquem elevada satisfação, a ausência de variabilidade pode também estar associada a fatores contextuais, como vínculo estabelecido com a facilitadora ou tendência a respostas socialmente desejáveis, especialmente em intervenções grupais conduzidas em contexto institucional. Assim, esses dados podem ser interpretados como indicativos de alta aceitabilidade *percebida*, sem que se possa excluir possíveis influências contextuais (Silva & Damásio, 2014).

No campo aberto para observações, os participantes relataram percepções compatíveis com os objetivos da intervenção, destacando a importância do espaço grupal, o compartilhamento de experiências e a possibilidade de refletir sobre valores pessoais. Relatos como: “me senti mais confiante em falar de mim”, “não sabia que outras pessoas também pensavam como eu” e “agora quero fazer coisas que fazem sentido para mim”, ilustram tais percepções. Além disso, durante os encontros, as práticas de atenção plena e o uso da metáfora “livro da vida”, foram descritos como “importante”, “agradável”, “útil” e “aplicáveis ao cotidiano”, favorecendo falas espontâneas durante a intervenção acerca dessas atividades as quais participaram.

Com relação a outras informações observadas relativas a participação, vale citar que inicialmente esperava-se a participação de dez pessoas idosas, sendo que apenas cinco compuseram verdadeiramente o estudo devido terem comparecido e participado da intervenção. Isto é, das dez pessoas idosas que inicialmente indicaram interesse e confirmaram via contato telefônico a participação na intervenção, apenas cinco efetivamente compareceram ao local marcado e concluíram todas as sessões. As principais dificuldades relatadas pelos ausentes, após novo contato telefônico na tentativa de convidar para outro grupo, estiveram relacionadas à necessidade de suporte para locomoção (ausência de rede de apoio que pudesse levar a pessoa idosa até o encontro), comparecimento em horário previamente definido (outros compromissos que tornaram o horário incompatível) e insegurança com relação a capacidade de compreensão de tarefas escritas (mesmo quando informados de que qualquer atividade proposta seria adaptada).

Esses aspectos acerca da adesão também apontam para dados relevantes no contexto de intervenções psicológicas. Embora a amostra inicial fosse composta por indivíduos já vinculados a serviços e atividades de cuidado em saúde, observou-se baixa adesão à proposta grupal, com apenas parte dos interessados efetivamente participando da intervenção. Isso sugere que a inserção prévia em contextos de cuidado não garante, por si só, engajamento em intervenções psicológicas estruturadas, especialmente em formato grupal. Fatores como preferência por atendimento individual, dificuldades de organização de rotina e barreiras logísticas parecem exercer influência significativa nesse processo. Do ponto de vista funcional, esses elementos podem ser compreendidos como variáveis contextuais que modulam o comportamento de adesão, indicando que o interesse declarado não necessariamente se traduz em participação efetiva quando há custos práticos ou demandas concorrentes envolvidas. Com relação a esses apontamentos, interpreta-se que são desafios característicos de intervenções com pessoas idosas em contexto público de cuidado, que

frequentemente também podem vivenciar vulnerabilidade socioeconômica (Carvalho & Nascimento, 2016; Delhom et al., 2022; Fragassi et al., 2023). Ainda assim, todos os encontros ocorreram conforme planejado, e a participação daqueles que puderam comparecer foi ativa e colaborativa.

Outro aspecto relevante para a interpretação tanto da participação quanto dos resultados refere-se às características da amostra investigada. Os participantes apresentavam, de modo geral, inserção em contextos sociais ativos, com presença de rede de apoio familiar, participação em grupos de convivência, prática regular de atividade física e envolvimento em atividades religiosas. Além disso, parte significativa dessa amostra relatou condições socioeconômicas estáveis e manutenção de atividades profissionais.

Esse conjunto de características pode ter influenciado os achados do estudo, especialmente no que se refere aos níveis iniciais relativamente elevados de autoeficácia e resiliência, bem como aos baixos níveis de inflexibilidade psicológica observados em parte dos participantes. Tais condições podem ter limitado a magnitude de mudanças detectáveis após uma intervenção breve, configurando possível efeito de teto ou piso em algumas das variáveis avaliadas. Do ponto de vista da ACT, esses dados sugerem que os participantes já estavam inseridos em contextos que favorecem repertórios de engajamento social, ação orientada a valores e contato com fontes de reforçamento positivo, o que pode ter contribuído para um funcionamento psicológico mais flexível previamente à intervenção.

Nesse sentido, os resultados devem ser interpretados considerando que a intervenção foi aplicada em um grupo com características de maior engajamento e suporte social, o que pode diferir de populações idosas em contextos de maior vulnerabilidade, nas quais os efeitos de intervenções baseadas em ACT podem apresentar magnitude distinta. Esses elementos sugerem viabilidade logística e aceitabilidade clínica da proposta no contexto investigado.

Conclusão

O presente estudo piloto teve como objetivo investigar a viabilidade e os efeitos preliminares de uma intervenção grupal breve fundamentada na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) em pessoas idosas vinculadas a contexto público de cuidado. Considerando o delineamento pré-experimental, o reduzido tamanho amostral e a ausência de grupo controle, os resultados devem ser interpretados como indicativos de variáveis relevantes, porém, com cautela, sem possibilidade de inferência causal. As características da amostra, composta por participantes inseridos em contextos sociais ativos e com presença de rede de apoio, também devem ser consideradas na interpretação dos achados, uma vez que

podem ter influenciado tanto os níveis iniciais das variáveis investigadas quanto a magnitude das mudanças observadas.

Ainda assim, observou-se tendência de redução nos escores médios de inflexibilidade psicológica, variável central no modelo da ACT, mesmo que os níveis iniciais já se situassem em faixa relativamente baixa para parte dos participantes. As medidas de autoeficácia mantiveram-se predominantemente estáveis, possivelmente em função de níveis basais elevados e do caráter disposicional do constructo. A resiliência apresentou redução modesta nos escores médios, o que pode refletir reavaliações momentâneas da própria capacidade de enfrentamento, especialmente diante do maior contato com experiências internas promovido pela intervenção.

No que se refere à aceitabilidade, todos os participantes atribuíram escore máximo à experiência grupal, indicando percepção de relevância e impacto positivo. Os relatos qualitativos reforçaram a importância do espaço de compartilhamento, da reflexão sobre valores pessoais e da ampliação da consciência emocional. Embora a ausência de variabilidade nas avaliações sugira elevada satisfação, não se pode descartar possíveis influências contextuais, como vínculo estabelecido com a facilitadora ou tendência a respostas socialmente desejáveis.

Apesar da evasão inicial de metade dos inscritos, os dados indicam que, para os participantes que puderam comparecer, a intervenção mostrou-se logisticamente viável e clinicamente aceitável no contexto investigado. Os desafios relacionados à locomoção e à disponibilidade de horário evidenciam barreiras estruturais que devem ser consideradas em futuras implementações. Esses fatores podem ser compreendidos como variáveis contextuais que influenciam o engajamento em intervenções grupais, evidenciando que a participação não depende apenas de interesse individual, mas de condições ambientais e sociais que favoreçam ou dificultem a adesão.

De modo geral, os achados oferecem indícios preliminares de que intervenções grupais breves baseadas na ACT podem ser implementadas em contextos públicos de cuidado à pessoa idosa, com boa aceitabilidade e potencial para mobilizar processos associados à flexibilidade psicológica. Estudos futuros, com delineamentos controlados, amostras ampliadas e acompanhamento longitudinal, seriam necessários para examinar com maior profundidade os efeitos de intervenções desse tipo sobre indicadores de saúde emocional na velhice. Os achados também reforçam a importância de intervenções sensíveis ao contexto de vida da pessoa idosa, nas quais a promoção de flexibilidade psicológica se dá não apenas por

procedimentos técnicos, mas pela construção de contextos que favoreçam novas formas de se relacionar com a própria experiência.

7. À Guisa de uma Conclusão Geral

A presente tese foi construída a partir da articulação entre referenciais desenvolvimentais do envelhecimento e a perspectiva contextual-comportamental da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), com o objetivo de investigar a viabilidade e os efeitos preliminares de intervenções breves baseadas em processos, tal qual preconizado pela ACT, no contexto público de cuidado à pessoa idosa. Mais do que testar um protocolo isolado, buscou-se compreender como recursos psicológicos, especialmente a flexibilidade psicológica, a autoeficácia e a resiliência, se organizam na experiência do envelhecimento e de que modo podem ser mobilizados em propostas interventivas breves, isto é, sensíveis à realidade do Sistema Único de Saúde, dos ambientes públicos de cuidado, que frequentemente envolvem alta demanda e baixa disponibilidade de ambientes físicos, recursos profissionais etc.

Os resultados, considerados de forma integrada, indicam que a flexibilidade psicológica se apresenta como um eixo articulador relevante na compreensão da adaptação à velhice. No estudo transversal, observou-se associação significativa entre flexibilidade psicológica, autoeficácia e resiliência, sugerindo que tais repertórios não operam de maneira isolada, mas compõem um campo interdependente de recursos adaptativos. No estudo qualitativo, a análise lexical evidenciou que as pessoas idosas significam o envelhecimento de maneira ambivalente, integrando perdas e ganhos, limitações e amadurecimento, tristeza e gratidão. Essa organização discursiva revelou não apenas vulnerabilidades, mas também movimentos de reorganização subjetiva compatíveis com modelos desenvolvimentais, como a teoria da Seleção, Otimização e Compensação (SOC).

Nesse ponto, a aproximação entre SOC e ACT constitui uma das possíveis contribuições conceituais desta tese. Enquanto o modelo SOC descreve o envelhecimento como processo de ajustes contínuos, nos quais metas são selecionadas, recursos são otimizados e perdas são compensadas, a ACT, complementarmente, oferece uma formulação funcional dos

processos psicológicos que podem sustentar tais ajustes, especialmente por meio da aceitação de eventos internos inevitáveis e do engajamento em ações orientadas por valores. A flexibilidade psicológica, nesse sentido, pode ser compreendida como um repertório que favorece a operacionalização desses movimentos adaptativos ao longo do ciclo vital.

O estudo piloto de intervenção, embora limitado pelo tamanho amostral e pelo delineamento pré-experimental, indicou viabilidade logística e elevada aceitabilidade da proposta grupal em contexto público. Observou-se tendência de redução nos escores de inflexibilidade psicológica, ainda que os níveis iniciais já fossem relativamente baixos em parte da amostra. As medidas de autoeficácia e resiliência apresentaram estabilidade ou variações modestas, sugerindo que tais constructos, por sua natureza mais disposicional, podem demandar intervenções mais prolongadas para mudanças consistentes. Em contraste, a flexibilidade psicológica, foco central da ACT, configura-se como um processo mais dinâmico e sensível ao contexto, o que contribui para sua maior responsividade mesmo em intervenções breves. Os relatos qualitativos reforçaram a relevância do espaço grupal como contexto de validação, compartilhamento e reflexão sobre valores pessoais.

Tomados em conjunto, os achados desta tese indicam que intervenções breves baseadas na ACT podem ser implementadas em contextos públicos de cuidado à pessoa idosa, mostrando-se viáveis e potencialmente úteis para mobilizar processos associados à flexibilidade psicológica. No contexto brasileiro, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado por alta demanda, recursos limitados e diversidade sociocultural, a adoção de intervenções breves, grupais e baseadas em processos apresenta-se como uma estratégia promissora para ampliação do acesso ao cuidado em saúde mental. Não se trata de afirmar eficácia conclusiva, mas de reconhecer indícios preliminares que sustentam a pertinência de ampliar investigações com delineamentos controlados, amostras maiores e

acompanhamento longitudinal, considerando as especificidades contextuais dos serviços públicos brasileiros.

Além disso, os achados relacionados à adesão à intervenção indicam que o engajamento em propostas grupais não depende exclusivamente do interesse inicial dos participantes, mesmo quando estes já se encontram inseridos em contextos de cuidado à saúde. Fatores como condições de acesso, organização da rotina, preferências quanto ao formato de atendimento e presença de suporte social mostraram-se relevantes para a participação efetiva. Esses elementos evidenciam que a implementação de intervenções psicológicas no contexto público requer não apenas a definição de protocolos tecnicamente consistentes, mas também a consideração de variáveis contextuais que influenciam diretamente o comportamento de adesão.

Ao deslocar o foco de uma compreensão estritamente biomédica do envelhecimento para uma perspectiva baseada em processos e recursos psicológicos, esta tese buscou contribuir para o avanço de modelos de cuidado que valorizem a experiência subjetiva, a história de vida e o engajamento com valores pessoais. Em contextos marcados por vulnerabilidades sociais e restrições estruturais, como os serviços públicos de saúde brasileiros, promover flexibilidade psicológica pode representar não apenas uma estratégia clínica, mas uma forma de ampliar possibilidades de participação, autonomia e construção de sentido na velhice.

Como desdobramento dos achados desta tese, foi elaborada uma cartilha orientadora intitulada *Intervenções Breves Baseadas na ACT no SUS: Um Guia Orientador para o Cuidado com Pessoas Idosas*, com o objetivo de sistematizar diretrizes para intervenções breves baseadas na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase no cuidado à população idosa. A construção desse material fundamenta-se nos resultados apresentados ao longo dos estudos, especialmente no que se refere à viabilidade e à relevância de intervenções breves orientadas por processos psicológicos. Ao propor a organização desses princípios em um formato acessível e aplicável,

busca-se contribuir para a aproximação entre produção científica e prática em saúde, ampliando as possibilidades de cuidado no contexto público. A cartilha encontra-se apresentada no Apêndice J.

Assim, à guisa de uma conclusão geral, reflete-se que a articulação entre modelos desenvolvimentais do envelhecimento e abordagens contextuais-comportamentais, como a ACT, oferece um possível caminho para compreensão e intervenção psicológica na experiência da velhice, favorecendo reorganizações subjetivas compatíveis com autonomia, adaptação e continuidade de engajamento ao longo da vida.

Referências

- Aguilar, T. A., & García-Domingo, M. (2020). Principales problemáticas e inquietudes de las personas mayores en las sociedades posindustriales. Análisis cualitativo en los contextos español y alemán. *Metadatos Revista de Ciencias Sociales*, 8(2), 271. <https://doi.org/10.17502/mrcs.v8i2.418>
- Albert, J., Pearson, C., & Daly, S.-R. (2021). Influential Article Review - Formulating a Healthy Ageing at Workplace Scale: A Unique Approach to Evaluating Professional Growth. *Journal of Organizational Psychology*, 21(6). <https://doi.org/10.33423/jop.v21i6.4836>
- Almeida, M. F. de. (2007). Envelhecimento : activo ? bem sucedido ? saudável ? possíveis coordenadas de análise.... *Forum Sociológico*, 17, 17. <https://doi.org/10.4000/sociologico.1599>
- Almeida, S. T. de, Resende, T. de L., & Stobäus, C. D. (2016). Validity, Reliability and Convergent Analysis of Brazilian Version of Selection, Optimization and Compensation Questionnaire (QSOC). *Creative Education*, 7(15), 2074. <https://doi.org/10.4236/ce.2016.715207>
- Aguirre-Camacho, A., & Jiménez, B. M. (1970). La relevancia de la flexibilidad psicológica en el contexto del cáncer: una revisión de la literatura. *Psicooncología*, 14(1), 11. <https://doi.org/10.5209/psic.55808>
- Almeida, W. R. S., Medeiros, S. C., Souza, F. M. de, Dourado, J. L. G., & Rocha, A. (2022). Sintomas de ansiedade em adultos jovens: a atuação do profissional de psicologia na atenção básica. *Debates Em Psiquiatria*, 12, 1. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2022.v12.314>
- Alonso-Fernández, M., López-López, A., Losada, A., González, J. L., & Wetherell, J. L. (2016). Acceptance and commitment therapy and selective optimization with

- compensation for institutionalized older people with chronic pain. *Pain Medicine*, 17(2), 264–277. <https://doi.org/10.1111/pme.12889>
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence-based practice. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Andel, R. (2011). Resilience in Aging: Concepts, Research, and Outcomes. *JAMA*, 305(17), 1810. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.569>
- Andrade, F. B. D., Filha, M. D. O. F., Dias, M., Silva, A. O., Costa, Í. D. C. C., Lima, É. A. R. D., & Mendes, C. K. T. T. (2010). Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: As contribuições da terapia comunitária. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 19(1), 129–136. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072010000100015>
- Andrade-Bocato, T. do N., & Franco, A. de F. (2019). O processo de envelhecimento e a atribuição de sentido à vida. *Interação Em Psicologia*, 23(1). <https://doi.org/10.5380/psi.v23i1.54427>
- Araújo, L. F. de, Silva, R. J. S., & Santos, J. V. D. O. (2017). Resiliência e Velhice: um estudo comparativo entre idosos de diferentes níveis socioeconômicos. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(1), 389. <https://doi.org/10.23925/2176-901x.2017v20i1p389-407>
- Argimon, I. I. L., Moraes, A. A., & Gonçalves, F. V. (2023). Ciclo vital e o desenvolvimento na velhice. In I. I. L. Argimon, S. M. Barbosa, M. N. Baptista, & H. F. Cardoso (Orgs.), *Avaliação psicológica de idosos* (pp. 11–26). Vozes.
- Arjmand-sangani, M., Sharifzadeh, G., Soltani, N., & Torshizi, M. (2024). Investigating the relationship between aging perception and self-efficacy in the older adults: a cross-sectional study in Eastern Iran. *BMC Geriatrics*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05231-7>

- Babazadeh, T., Ranjbaran, S., Pourrazavi, S., Chollou, K. M., Nadi, A., & Tazekand, E. S. (2025). Self-efficacy, self-esteem, and happiness in older adults: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 20(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319269>
- Bagheri, P., Saadati, N., Fatollahzadeh, N., & Darbani, S. (2017). The Effectiveness of Group Acceptance and Commitment Therapy on Self-Efficacy and Social Adjustment of Elderly Retired. *Journal of Geriatric Nursing*, 3(2), 103. <https://doi.org/10.21859/jgn.3.2.103>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1–34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Lipsitt, L. P. (1980). *Life-span developmental psychology*. *Annual Review of Psychology*, 31, 65–110. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.31.020180.000433>
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. Bandura, A. (1994). Self-efficacy. V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*. 4, 71-81. New York: Academic <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanEncy.html>.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71–81). Academic Press.
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2015). Flexibilidade psicológica como preditor de bem-estar: Evidências a partir da Terapia de Aceitação e Compromisso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(1), 15–23. <https://doi.org/10.1590/0102-377220150131013>

- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2015). Adaptação brasileira e evidências de validade da Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(2), 187–197. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.2015282003>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Bertoldo, L., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P.H.F., & Okamoto, I.H. (2014). Collective efficacy and depressive symptoms in Brazilian elderly. *Gerontology and geriatrics*, 59(3):624-9. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.08.001>
- Boavista, L. C. (2015). *Terapias comportamentais de terceira geração: Fundamentos filosóficos e implicações clínicas*. Editora CRV.
- Bohlmeijer, E. T., Bolier, L., Lamers, S. M. A., & Westerhof, G. J. (2017). Intervenciones clínicas positivas: ¿Por qué son importantes y cómo funcionan? *Papeles Del Psicólogo - Psychologist Papers*, 37(1), 34. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2819>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Bonsteel, S. (2012). APA PsycNET. *The Charleston Advisor*, 14(1), 16. <https://doi.org/10.5260/chara.14.1.16>
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 214–227. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>

Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*.

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nasf.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Cadernos de Atenção Básica nº 27: Saúde mental*.

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_27_saude_mental.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2006, outubro 19). *Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006*:

Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

Brasil. (2003, outubro 1). *Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003: Dispõe sobre o Estatuto do*

Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm

Brinkhof, L. P., Huth, K., Murre, J. M. J., Wit, S. de, Krugers, H. J., & Ridderinkhof, K. R.

(2021). The Interplay Between Quality of Life and Resilience Factors in Later Life: A

Network Analysis. *Frontiers in Psychology*, 12.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.752564>

Cabral, R. M., Dellaroza, M. S. G., Carvalho, B. G., & Zani, A. V. (2019). O cuidado da pessoa

idosa na atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais de saúde. *Ciência,*

Cuidado e Saúde, 18(2). <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v18i2.45026>

Camargo, B. V., & Alencar, T. V. (2021). A saúde mental de idosos no contexto da atenção

básica: Tensões entre demanda e cuidado. *Revista Brasileira de Geriatria e*

Gerontologia, 24(3), e210016. <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210016>

Campos, A. C. V. (2018). *Envelhecimento ativo e saudável: concepções e práticas*. Editora

Fiocruz.

- Carmel, S., Tovel, H., Raveis, V. H., & O'Rourke, N. (2016). Cross-lagged relationship between self-rated health and depressive symptoms among older adults: A study across three waves. *Aging & Mental Health*, 20(2), 186–194.
- Carstensen, L. L. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165–181. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.3.165>
- Carvalho, E. C. F. de, & Nascimento, M. de M. (2016). Repercussões de um programa de atenção psicológica sobre a qualidade de vida de idosas praticantes do método Pilates. *Estudos e Pesquisas Em Psicologia*, 16(2), 488. <https://doi.org/10.12957/epp.2016.29225>
- Castro, J. L. de C., Araújo, L. F. de, Medeiros, É. D. de, & Pedroso, J. da S. (2020). Social Representations of Aging and Quality of Life in Riverine Old Age. *Revista de Psicologia*, 39(1), 85. <https://doi.org/10.18800/psico.202101.004>
- Chen, F., Zhou, Q., Wu, J., & Xu, X. (2023). Effect of group-based acceptance and commitment therapy on older stroke survivors: Study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 23, 353. <https://doi.org/10.1186/s12906-023-04160-z>
- Chiaverini, D. H. (Org.). (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf
- Chnaider, J., & Nakano, T. de C. (2021). Avaliação psicológica e envelhecimento humano: revisão de pesquisas. *Interação Em Psicologia*, 25(3). <https://doi.org/10.5380/riep.v25i3.72089>
- Conselho Federal de Psicologia. (2025). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) junto às pessoas idosas nas políticas públicas* (1ª ed.). CFP.

- Correa, M. R. (2009). *Cartografias do envelhecimento na contemporaneidade: velhice e terceira idade*. <https://doi.org/10.7476/9788579830037>
- Correa, M. R. (2016). A Psicologia na Universidade Aberta à Terceira Idade: experiências de atuação com idosos na UnATI/UNESP, Campus de Assis. *Olhar de Professor*, 19(2), 219. <https://doi.org/10.5212/olharprofr.v.19i2.0008>
- Cosco, T. D., Wister, A., Brayne, C., & Howse, K. (2018). Psychosocial aspects of successful ageing and resilience: critique, integration and implications / Aspectos psicológicos del envejecimiento exitoso y la resiliencia: crítica, integración e implicaciones. *Studies in Psychology Estudios de Psicología*, 39, 248. <https://doi.org/10.1080/02109395.2018.1493843>
- Cudris-Torres, L., Vinaccia, S., Barrios-Núñez, Á., Arrieta, N. G., Gutiérrez, J. M., Barranco, L. A., Rios-Carlys, G., Cuenca-Calderón, S. E., Bermúdez, V., Hernández-Lalinde, J., Zuleta, C. A. R., Bahamón, M. J., & Herrera, J. S. Á. (2023). Quality of life in the older adults: The protective role of self-efficacy in adequate coping in patients with chronic diseases. *Frontiers in Psychology*, 14, 1106563. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1106563>
- Delhom, I., Mateu-Mollá, J., & Lacomba-Trejo, L. (2022). Is acceptance and commitment therapy helpful in reducing anxiety symptomatology in people aged 65 or over? A systematic review [Review of *Is acceptance and commitment therapy helpful in reducing anxiety symptomatology in people aged 65 or over? A systematic review*]. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 976363. Frontiers Media. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.976363>
- Editores S. em R. (2022). Eixo Educação: Resumo Simples, parte 06. *Saúde em Redes*, 4, 33. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4nsuplem2p33>

- Faro Martínez, L. C. de. (2019). Autoeficácia e resiliência de idosos: Estudo transversal no envelhecimento [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Pará]. Repositório Institucional da UFPA.
https://drive.google.com/file/d/1cF7g2XkKFpZWwLjamSH6_U2cgr3wSpyF/view
- Faro, L. C. de, & Pedroso, J. da S. (2024). Eficácia da terapia de aceitação e compromisso em grupos para idosos: revisão de literatura. *Revista Políticas Públicas & Cidades*, 13(2).
<https://doi.org/10.23900/2359-1552v13n2-34-2024>
- Farris, S. G., & Kibbey, M. M. (2022). Focused Acceptance and Commitment Therapy: A brief intervention model for behavioral health settings. In S. C. Hayes & S. G. Farris (Eds.), *Acceptance and Commitment Therapy and the therapeutic relationship* (pp. 123–140). New Harbinger.
- Farris, S. G., & Kibbey, M. M. (2022). Be brave BE-FIT: A pilot investigation of an ACT-informed exposure intervention to reduce exercise fear-avoidance in older adults. *Cognitive Behaviour Therapy*, 51(4), 273–294.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2022.2037017>
- Ferreira, T. (2023). *Construindo flexibilidade psicológica: O método das narrativas funcionais*. NDD Media.
- Ferreira, G., Ferreira, T., Paixão, C., & de Souza, F. (2021). Intervenções focadas em grupo: ACT com profissionais de saúde em contextos ansiogênicos. In T. A. Ferreira & C. Oshiro (Orgs.), *Terapias contextuais comportamentais: Análise funcional e prática clínica* (pp. 148–163). Manole.
- Ferreira, V. R. T., Vivan, A., Borges, L., Gherardi-Donato, E. C. S., & Silva, A. N. (2021). *Aplicações da Terapia de Aceitação e Compromisso Focada (FACT) em contextos de saúde*. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 17(1), 59–66.
<https://doi.org/10.5935/1808-5687.20210009>

- Fernandes-Eloi, J., Dias, M. D. F., Nunes, T. R. T., & Silva, A. M. de S. (2019). Afetos e percepções de idosos universitários acerca do mercado de trabalho na velhice. *Revista Kairós Gerontologia*, 22(1), 249. <https://doi.org/10.23925/2176-901x.2019v22i1p249-271>
- Field, A. (2015). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4th ed.). Sage.
- Figueiredo, C. V. de, Moura, H. M. de, Rezende, A. T., Moizéis, H. B. C., Guedes, I. de O., & Curvello, R. P. (2021). Como se articulam a Psicologia Positiva e a Psicologia da Saúde? *Research Society and Development*, 10(2). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12288>
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Smit, F., & Westerhof, G. J. (2010). Mental Health Promotion as a New Goal in Public Mental Health Care: A Randomized Controlled Trial of an Intervention Enhancing Psychological Flexibility. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2372. <https://doi.org/10.2105/ajph.2010.196196>
- Fontes, A. P., Fattori, A., D'Elboux, M. J., & Guariento, M. E. (2015). Resiliência psicológica: fator de proteção para idosos no contexto ambulatorial. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(1), 7-17. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.13201>
- Fontes, A. P., & Néri, A. L. (2019). Estratégias de enfrentamento como indicadores de resiliência em idosos: um estudo metodológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4), 1265. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.05502017>
- Fortes, T. F. R., Portuguese, M. W., & Argimon, I. I. de L. (2009). A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(4), 455-463. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000400006>
- Fragassi, A. C. da P., Bonfim, C. B., Martins, D. M. B., & Bernardo, K. J. C. (2023). Psicologia na atenção básica: cuidado aos idosos com doenças crônicas não transmissíveis.

Revista Psicologia Diversidade e Saúde, 12. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2023.e5244>

França, L. H. D. F. P., & Soares, D. H. P. (2009). Preparação para a aposentadoria como parte da educação ao longo da vida. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(4), 738–751. <https://doi.org/10.1590/s1414-98932009000400007>

Freire, F. M. F., & Pichelli, A. A. W. (2013). O psicólogo na atenção primária à saúde: Desafios para a formação e atuação profissionais. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(1), 12–21. <https://doi.org/10.20435/pssa.v5i1.238>

Gama, G. C. N. da, Mattos, M. M. de, & Nunes, M. L. (2016). Velhice digna: escolha do tratamento médico. *RFD- Revista Da Faculdade de Direito Da UERJ*, 30, 173. <https://doi.org/10.12957/rfd.2016.26903>

Gameleira, G. de S. A., Marques, L., Silva, D. D. da, & Carvalho, C. M. R. G. de. (2020). A bela velhice. *Revista de Educação Popular*, 19(3), 228. <https://doi.org/10.14393/rep-2020-52704>

Garcia, B. N., Moreira, D. de J., & Oliveira, P. R. S. de. (2017). Saúde Mental do Idoso na Atenção Primária: Uma Análise das Percepções de Profissionais de Saúde. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(4), 153. <https://doi.org/10.23925/2176-901x.2017v20i4p153-174>

Garcia, D. C. D., Piveli, M. L. S. B., Corrente, J. E., & Jacinto, A. F. (2022). Idosos que cuidam de seus idosos na família. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(11). <https://doi.org/10.25248/reas.e11466.2022>

Gato, Jussara Marília, Zenevich, Leoni Terezinha, Faganello Madureira, Valéria Silvana, Gaffuri da Silva, Tatiana, Sedrez Celich, Kátia Lilian, Silva de Souza, Sílvia, & Furlan de Léo, Marcela Martins. (2018). Saúde mental e qualidade de vida de pessoas idosas.

Avances en Enfermería, 36(3), 302-310.

<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.68498>

Galvão, M. C. B., & Ricarte, I. L. M. (2020). Revisão sistemática da literatura: Conceituação, produção e publicação. *Logeion: Filosofia da Informação*, 6(1), 57–73.

<https://doi.org/10.21728/logeion.2019v6n1.p57-73>

Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83–101.

<https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>

Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192.

<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>

Góes, T. M., Polaro, S. H. I., & Gonçalves, L. H. T. (2016). Cultivo do bem viver das pessoas idosas e tecnologia cuidativo-educacional de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem Gerontológica*, 7(2), 47–47.

<https://doi.org/10.21675/2357-707x.2016.v7.n2.794>

Goetz, D. B., & Hirschhorn, E. W. (2021). An Evaluation of an ACT-Based “Aging Resiliently” Group. *Clinical Gerontologist*, 45(2), 430.

<https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1932001>

Godoy, M. M., Souza, R. R., & Pavarini, S. C. I. (2021). Intervenções grupais e saúde mental de idosos na atenção primária: Contribuições para o envelhecimento ativo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 24(1), e210005.

<https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210005>

- Groeppel-Klein, A., Helfgen, J., Spilski, A., & Schreiber, L. (2017). The impact of age stereotypes on elderly consumers' self-efficacy and cognitive performance. *Journal of Strategic Marketing*, 25, 211-225. <https://doi.org/10.1080/0965254X.2017.1299787>
- Goes, T. C., Souza, L. C., & Alves, M. F. M. (2016). Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) em idosos: Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 12(1), 38-47.
- Gordon, W. V., & Borushok, J. A. (2017). *The ACT approach: A comprehensive guide for acceptance and commitment therapy*. PESI Publishing & Media.
- González, A. J. G., & García, M. Á. (2013). Nuevas formas de envejecer activamente: Calidad de Vida y Actividad Física desde una perspectiva Psicosocial. *Escritos de Psicología / Psychological Writings*, 6(2), 1. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v6i2.13274>
- Goulart, P. M., Pezzato, L. M., & Junqueira, V. (2018). Experiências narrativas. *Linhas Críticas*, 24. <https://doi.org/10.26512/lc.v24i0.18978>
- Gould, R. L., Wetherell, J. L., Serfaty, M., Kimona, K., Lawrence, V., Jones, R., Livingston, G., Wilkinson, P., Walters, K., Novere, M. L., & Howard, R. (2021). Acceptance and commitment therapy for older people with treatment-resistant generalised anxiety disorder: the FACTOID feasibility study. *Health Technology Assessment*, 25(54), 1. <https://doi.org/10.3310/hta25540>
- Groppa, J. (2022). Flexibilidad Psicológica, Ansiedad y COVID-19. Una revisión bibliográfica. *Revista Científica Arbitrada de La Fundación MenteClara*, 7. <https://doi.org/10.32351/rca.v7.305>
- Gross, J. J., & Carstensen, L. L. (2003). Aging and emotional memory: The forgettable nature of negative images for older adults. *Journal of Experimental Psychology: General*, 132(2), 310-324. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.132.2.310>

- Guerson, E. H., & Ibarra, S. A. S. (2019). Bienestar subjetivo y sus representaciones sociales en la vejez. *Revista Pensamiento y Acción Interdisciplinaria*, 5(2), 102. <https://doi.org/10.29035/pai.5.2.102>
- Harris, R. (2013). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy* (2ª ed.). New Harbinger.
- Haun, J. N., Paykel, J., Alman, A. C., Patel, N., & Melillo, C. (2020). A complementary and integrative health group-based program pilot demonstrates positive health outcomes with female veterans. *Journal of Integrative Medicine*, 12(4), 123–135. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2019.08.001>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2018). Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42(3), 245–261. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9918-0>
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2019). The evolution of process-based therapy: Psychological flexibility as a model of human behavior change. *Current Opinion in Psychology*, 30, 40–45. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.01.004>
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). Para além do DSM-5: Psicopatologia baseada em processos (A. Barros, Trad.). Artmed. (Trabalho original publicado em 2018)
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2023). *Aprendendo a terapia baseada em processos: Treinamento de habilidades para a mudança psicológica na prática clínica* (S. M. M. da Rosa, Trad.). Artmed.
- Hayes, S. C., & King, A. (2024). *Acceptance and commitment therapy: Research and practice* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de aceitação e compromisso: o processo e a prática da mudança consciente* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Hyung Hur, M. (2016). Empowering the elderly population through ICT-based activities: An empirical study of older adults in Korea. *Information Technology & People*, 29, 318-333. <https://doi.org/10.1108/ITP-03-2015-0052>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Censo demográfico: Características gerais da população, região e grupo de idade*. IBGE. <http://ibge.gov.br/Censos>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022, 24 de junho). População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021. *Agência de Notícias do IBGE*. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2023). Censo demográfico 2022: População por idade e sexo – Resultados do universo. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2022.html>
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2023). Desafios do envelhecimento populacional no Brasil: Políticas públicas e evidências. <https://www.ipea.gov.br>
- Jenull, B., Mayer, C., Awenius, L., Bostjancic, G., Kollitsch, K., & Knobel, P. (2023). Accepting the Aging Body: Protective Factors of Body Acceptance in Persons of Advanced Age. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 9. <https://doi.org/10.1177/23337214221150067>
- Justo, A. M., Silva, C. D. da, Amaral, M., & Giralaldi, B. M. (2022). Contribuições da Psicologia à experiência de envelhecer: relatos de um programa de extensão. *Extensio Revista Eletrônica de Extensão*, 19(42), 26. <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2022.e85595>
- Krzemien, D., Richard's, M. M., & Biscarra, M. A. (2018). Conocimiento experto y autorregulación en adultos mayores jubilados profesionales y no profesionales.

<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4793>

- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: A practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 4, 863.
- Lester, E. G., & Murrell, A. R. (2021). An experimental study of mindfulness and acceptance-based skills for internalized ageism in older adults and college students. *Aging & Mental Health*, 26(7), 1487. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1950613>
- Leung, D. K. Y., Wong, F. H. C., Wong, E. L. Y., Sze, L., Chan, M., Liu, T., Fong, A. P. C., Kwok, W. W., Shum, A. K. Y., Wong, G. H. Y., & Lum, T. Y. S. (2023). Technology affordance in an information and communication technology delivered group psychotherapy and exercise program for older people with depressive symptoms: A multiple triangulation qualitative study. *Innovation in Aging*, 7(6), 1–10. <https://doi.org/10.1093/geroni/igad063>
- Lima, A. M. S., Feitosa, C. A., & Costa, E. M. (2019). O protocolo Kairós: Um grupo terapêutico com base na ACT para mulheres idosas. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(1), 23–32. <https://doi.org/10.5935/1678-5568.20190005>
- Lopes, C. S., & Martins, L. B. (2011). Resiliência e apoio social em idosos: Estudo comparativo entre praticantes e não praticantes de atividade física. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(4), 673–684.
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M. S. (2015). Terapia de aceitação e compromisso e terapia focada na compaixão: Abordagens contemporâneas da terapia cognitivo-comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(1), 2–10. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20150002>

- Manso, M. E. G., Mello, I. G. R. de, & Lopes, R. G. da C. (2024). Ageísmo: inter-relação com resiliência e variáveis relacionadas à capacidade funcional em um grupo de idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 27(1). <https://doi.org/10.61583/kairs.v27i1.63>
- Mazurek, H. (2020). Resilience based practices. *HAL (Le Centre Pour La Communication Scientifique Directe)*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02465380v3/file/Pratiques%C3%A9s%20sur%20la%20R%C3%A9silience.pdf>
- McCracken, L. M. (2013). Committed Action Questionnaire–18 (CAQ-18). *Unpublished manuscript*, King's College London.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107(1-2), 159–166. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.10.012>
- Medeiros, L. M. A., Pimentel, C. E., & Hartmann Júnior, L. A. (2019). Terapia de aceitação e compromisso (ACT) no manejo da dor crônica em idosos: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(3), e190028. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190028>
- Medeiros, A. G. A. P., & Hartmann Junior, J. A. S. (2019). Terapia de aceitação e compromisso em idosos: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(2), 112–119. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20190016>
- Medeiros, A. G. A. P., Hartmann Junior, J. A. S., & de Souza, C. S. (2022). A experiência da psicoterapia na terceira idade: Uma análise a partir da terapia de aceitação e compromisso. In A. S. Oliveira & F. A. S. Silva (Orgs.), *Novas diretrizes frente ao envelhecimento: Diversidades, cuidados, inclusão e visibilidade*. Realize Editora. <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/81912>

- Mendes, C. K. T. T., Alves, M. do S. C. F., Silva, A. O., Paredes, M. A. S., & Rodrigues, T. P. (2012). *Social representations on aging by primary care health workers*. 33(3), 148. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472012000300020>
- Minayo, M. C. S. (2002). Envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 5(1), 9–16.
- Ministério da Saúde (Brasil). (2008). Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. <http://bvsmms.saude.gov.br>
- Miranda, G. M. D., Mendes, A. D. C. G., & Silva, A. L. A. D. (2015). O envelhecimento populacional brasileiro: Desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(3), 507–519. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>
- Morando, E. M. G., Schmitt, J. C., & Ferreira, M. E. C. (2017). Envelhecimento, autocuidado e memória: intervenção como estratégia de prevenção. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(2), 353. <https://doi.org/10.23925/2176-901x.2017v20i2p353-374>
- Moreira, L. V. de C., Collares-da-Rocha, J. C. C., & Fornasier, R. C. (2021). Representações sociais sobre a velhice, o envelhecer e o ser velho segundo homens e mulheres idosos. *Research Society and Development*, 10(16). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23709>
- Nadai, M. B. A. D., Pinheiro, L. D. S., & Melo, D. M. de. (2018). Envelhecimento bem-sucedido e autoeficácia: Uma revisão da literatura. *Revista Kairós Gerontologia*, 21(3), 403. <https://doi.org/10.23925/2176-901x.2018v21i3p403-422>
- Nascimento, R. G. do, Cardoso, R. O., Pinto, D. da S., & Magalhães, C. M. C. (2019). Fragilidade de idosos ribeirinhos amazônicos: das trajetórias metodológicas aos

- desafios em saúde pública. *Saúde e Pesquisa*, 12(2), 367.
<https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n2p367-375>
- Neri, A. L. (2016). Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In A. L. Neri (Org.), *Velhice e sociedade* (5ª ed., pp. 97–112). Editora Atheneu.
- Neri, A. L. (2006). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas, SP: Alínea.
- Neuringer, A. (2002). Operant variability: Evidence, functions, and theory. *Psychonomic Bulletin & Review*, 9(4), 672–705.
- Neto, D. D., Mouadeb, D., Lemos, N., Silva, A. N. da, Gloster, A. T., & Pérez, W. F. (2024). Contextual similarities in psychological flexibility: the Brazil-Portugal transcultural adaptation of Psy-Flex. *Current Psychology*, 43(31), 25595.
<https://doi.org/10.1007/s12144-024-06241-9>
- Noriega, C., Velasco, C., Carretero, I. M., López-Frutos, P., Galarraga, L., Pérez-Rojo, G., & López, J. B. (2022). Resilience in older adults despite COVID-19. A multidimensional approach. *Research Square (Research Square)*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1600712/v1>
- Olaz, F. O. (2015). Promoção da saúde mental através do treinamento em flexibilidade psicológica utilizando a ACT-Matriz. In S. G. Murta et al. (Orgs.), *Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 778–803). Sinopsys.
- Olivares, V. F. P. (2023). Entendiendo la terapia de aceptación y compromiso: Estado actual y bases teóricas. *Anales de Psicología*, 49(180), 83–99.
<https://doi.org/10.33776/amc.v49i180.7614>
- Oliveira, C. P. de C., Silva, A. A. da, Filho, P. S. da P. S., & Mota, L. P. (2023). *SAÚDE PÚBLICA: EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA E ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO*.
<https://doi.org/10.56161/sci.ed.20230128>

- Oliveira, M. D. F. D., & Gehlen, M. H. (2020). Gerontotecnologia na promoção do cuidado paliativo: Uma revisão integrativa. *Diálogos em Saúde*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.37777/dscs.v21n1-001>
- Oliveira, C. C. de, & Santo, F. H. do E. (2025). Práticas grupais para a saúde mental de idosos no contexto da Atenção Primária de Saúde no Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 25. <https://doi.org/10.25248/reas.e17947.2025>
- Oliveira, M. R. D., Veras, R. P., & Cordeiro, H. (2018). A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de cuidado para o idoso. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 28(4). <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280411>
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., Bisconti, T. L., & Wallace, K. A. (2006). *Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. Journal of Personality and Social Psychology*, 91(4), 730–749. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.4.730>
- Orlandi, R., Souza, E. S. de, Santos, V. H. S., Voltolini, C. H., Honorato, A. da S., & Quadros, C. de. (2022). Trocas dialógicas de saberes nas artes e ciências com pessoas da meia-idade e idosas em tempos de pandemia da Covid-19. *Extensio Revista Eletrônica de Extensão*, 19(42), 42. <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2022.e85669>
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186468>
- Organização Mundial da Saúde. (2000). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66561>
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Decade of healthy ageing: Baseline report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240023306>

- Organização Pan-Americana da Saúde. (2021). A saúde mental dos idosos nas Américas: Panorama e recomendações. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55654>
- Otero, P. (2016). *Acceptance and Action Questionnaire–II: Versión española y propiedades psicométricas*. Universidade de Santiago de Compostela.
- Overup, C. S., Lehane, C. M., & Hald, G. M. (2022). The “In It Together” digital intervention to treat distress among older adults with sensory loss and their spouses: Study protocol for a randomized controlled trial study. *Internet Interventions*, 28, 100557. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100557>
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano* (12^a ed.). Porto Alegre, RS: AMGH. ISBN 978-85-8055-223-9.
- Parisi, J. M., Gross, A. L., Marsiske, M., Willis, S. L., & Rebok, G. W. (2017). Control, Beliefs and Cognition Over a 10-Year Period: Findings From the ACTIVE Trial. *Psychology and Aging*, 32, 1, 69-75. <https://doi.org/10.1037/pag0000147>
- Passos, Á. L. V., & Araújo, L. F. de. (2022). Representações sociais do envelhecimento entre os moradores de um antigo hospital-colônia. *Revista Kairós Gerontologia*, 24(4), 31. <https://doi.org/10.23925/2176-901x2021v24i4p31-49>
- Peixoto, E. M., Bartholomeu, D., Montiel, J. M., & Machado, W. L. (2019). Validação da versão brasileira do Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ-BR). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, e35426. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35426>
- Petkus, A. J., & Wetherell, J. L. (2011). Acceptance and Commitment Therapy With Older Adults: Rationale and Considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(1), 47. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.07.004>
- Pinto, M. C. M. (2018). *Resiliência, depressão, qualidade de vida, capacidade funcional e religiosidade em idosos com dor crônica*. <https://doi.org/10.11606/t.5.2018.tde-12062018-134048>

- Plys, E., Jacobs, M. L., Allen, R. S., & Arch, J. J. (2022). Psychological flexibility in older adulthood: a scoping review [Review of *Psychological flexibility in older adulthood: a scoping review*]. *Aging & Mental Health*, 27(3), 453. Routledge. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2036948>
- Polmann, H., Massignan, C., Stefani, C. M., & Canto, G. de L. (2021). Análise da qualidade metodológica de ensaios clínicos randomizados (ECR) com as ferramentas Escala Jadad e Escala PEDro. In G. de L. Canto, C. M. Stefani, & C. Massignan (Orgs.), *Risco de viés em revisões sistemáticas: Guia prático* (Cap. 6). Centro Brasileiro de Pesquisas Baseadas em Evidências – COBE UFSC. <https://guiariscodeviescobe.paginas.ufsc.br/capitulo-6-analise-da-qualidade-metodologica-de-ensaios-clinicos-randomizados-ecr-com-as-ferramentas-jadad-scale-e-pedro-scale/>
- Possatto, J. de M., & Rabelo, D. F. (2017). Condições de saúde psicológica, capacidade funcional e suporte social de idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(2), 45. <https://doi.org/10.23925/2176-901x.2017v20i2p45-58>
- Poubel, L. N. (2014). *Atuação do psicólogo na atenção básica: Um estudo sobre o NASF em Campos dos Goytacazes/RJ* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal Fluminense]. Repositório Institucional UFF. <https://app.uff.br/riuff/handle/1/2142>
- Ramalho, W. M., Tavares, D. M. S., & Santos, S. M. (2021). Envelhecimento e intervenções psicossociais: Revisão integrativa. *Revista Kairós Gerontologia*, 24(3), 111–130. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2021v24i3p111-130>
- Ribeiro, A. P., & Schütz, G. E. (2007). Reflexões sobre o envelhecimento e bem-estar de idosas institucionalizadas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 10(2), 191. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10025>

- Roberts, S., & Sedley, B. (2015). Acceptance and Commitment Therapy With Older Adults. *Clinical Case Studies*, 15(1), 53. <https://doi.org/10.1177/1534650115589754>
- Rothmann, M. J., Christiansen, P. K., Clemensen, J., Silva, A. P. D. e, OLIVIERA, M. D. L., & Way, P. O. (2024). Ecology of care : participatory design and the importance of user involvement. When new technologies are designed and developed. *Research Portal Denmark*, 279. <https://local.forskningsportal.dk/local/dki-cgi/ws/cris-link?src=sdu&id=sdu-f9f4355a-284e-4122-9662-eb87e2dbec5c&ti=Ecology%20of%20care%20%3A%20participatory%20design%20and%20the%20importance%20of%20user%20involvement.%20When%20new%20technologies%20are%20designed%20and%20developed>
- Saban-Bernauer, M. T. (2022). Um protocolo de Terapia de Aceitação e Compromisso para a área da saúde. In A. K. C. R. de-Farias & L. F. Kirchner (Orgs.), *Análise do comportamento aplicada na atenção primária, secundária e terciária à saúde* (pp. 19–39). Artmed.
- Sakai, J. D. S., & Cunha, O. R. (2022). Terapia Focal de Aceitação e Compromisso (FACT): Revisão de literatura. *Revista da SBPH*, 25(1). <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.v25.033>
- Salvo, J. V. N., & Ferreira, H. G. (2025). Avaliação de processo de um programa psicoterapêutico para pessoas idosas com depressão. *Psicologia USP*, 36, e240144. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e240144>
- Santos, A., Silva, M. P., & Moura, L. (2015). Terapia de aceitação e compromisso: Fundamentos, evidências e aplicações. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(2), 45–53. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20150008>

- Santos, K. de L., Júnior, E. G. da S., & Eulálio, M. do C. (2023). Concepções de idosos com hipertensão e/ou diabetes sobre qualidade de vida. *Psicologia Em Estudo*, 28. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v28i0.53301>
- Silva, M. das N., & Cavaco, C. (2023). Percepções da velhice e transição para a aposentadoria de pessoas adultas mais velhas. *Praxis Educativa*, 18, 1. <https://doi.org/10.5212/praxeduc.v.18.21348.051>
- Schmitz, E. D., Schmitz, N. V. de S., & Doll, J. (2022). The aging experience in the contemporary work environment: the workers' voice. *REVISTA QUAESTIO IURIS*, 15(3), 1661. <https://doi.org/10.12957/rqi.2022.67341>
- Scott, W., Daly, A., Yu, L., & McCracken, L. M. (2016). Treatment of chronic pain for adults 65 and over: Analyses of outcomes and changes in psychological flexibility following interdisciplinary Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Pain Medicine*, 17(2), 264–277. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw073>
- Seeman, T. E., Rodin, J., & Albert, M. (1993). Self-Efficacy and Cognitive Performance in High-Functioning Older Individuals. *Journal of Aging and Health*, 5(4), 455. <https://doi.org/10.1177/089826439300500403>
- Seligman, M. E. P. (1977). *Desamparo: sobre depressão, desenvolvimento e morte* (T. M. D. Trad.). São Paulo, SP: Hucitec. (*Obra original publicada em 1975*)
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Silva, J. P., & Damásio, B. F. (2014). Experiência subjetiva e saúde: Contribuições para a prática clínica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(1), 40–53. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100004>

- Silva, L. C., & Damásio, B. F. (2014). Psicologia da saúde: História, contribuições e perspectivas. *Psicologia & Sociedade*, 26(1), 25–35. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000100004>
- Silva, J. A., & Galdino, G. (2017). Neuromodulação no tratamento da dor crônica: Revisão integrativa. *Revista Dor*, 18(2), 161–165. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170032>
- Silva, S., Marques, F., Lavado, N., Parente, L. F. D., Rafael, A. C. M., Gonçalves, D. P., & Bastos, A. (2019). Qualidade de Vida e Participação em Iniciativas de Base Comunitária: Um estudo num município da zona centro de Portugal. *Revista Kairós Gerontologia*, 22(3), 43. <https://doi.org/10.23925/2176-901x.2019v22i3p43-66>
- Silva, M. P. da, & Melo-Silva, L. L. (2020). Preparação para a aposentadoria: intervenção em um serviço público municipal. *Estudos Interdisciplinares Em Psicologia*, 11(2), 214. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2020v11n2p214>
- Silva, D. C. de A., Araújo, B. C. M. de M., Mélo, H. F. P. de, Medeiros, I. L. G., Toscano, J. de S. S., Bezerra, M. F. S., Xavier, V. M. da N., Martins, A. C. S., & Montenegro, C. P. D. (2021). Envelhecimento: Vivência dos idosos no ambiente familiar. *Research Society and Development*, 10(9). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18425>
- Silva, T. de C. R. da, Fernandes, A. G. O., Freitas, K. D. de, Santos, L. R. S. dos, Costa, V. B. da, & Matumoto, S. (2024). Comportamento de idosos para a promoção da saúde: análise segundo a teoria de Nola Pender. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 25, 74998. <https://doi.org/10.5216/ree.v25.74998>
- Sims, T., Hogan, C. L., & Carstensen, L. L. (2015). Selectivity as an emotion regulation strategy: Lessons from older adults. *Current Opinion in Psychology*, 3, 80–84. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.02.012>
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes.

- Smith, P. J., Whitson, H. E., Merwin, R. M., O'Hayer, C. V., & Strauman, T. J. (2023a). Engineering Virtuous health habits using Emotion and Neurocognition: Flexibility for Lifestyle Optimization and Weight management (EVEN FLOW). *Carolina Digital Repository (University of North Carolina at Chapel Hill)*. <https://doi.org/10.17615/9xhn-r856>
- Soares, R., Cunha, M., Massano-Cardoso, I., & Galhardo, A. (2023). Assessing psychological flexibility in adolescents: Validation of PsyFlex-A. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 9(1). <https://doi.org/10.31211/rpics.2023.9.1.284>
- Sous, M. J. S. R. de. (2013). Successful aging - the nurse - aged person interaction process in primary health care. *Biomedical and Biopharmaceutical Research*, 10(2), 151. <https://doi.org/10.19277/bbr.10.2.60>
- Souza, A. P. D., Rezende, K. T. A., Marín, M. J. S., Tonhom, S. F. D. R., & Damaceno, D. G. (2022). Mental health promotion and protection actions aimed at the elderly in the context of primary health care: An integrative review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(5), 1741–1752. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23112021en>
- Steenhaut, P., Rossi, G., Demeyer, I., & Raedt, R. D. (2020). Flexibility as a Mediator between Personality and Well-Being in Older and Younger Adults: Findings from Questionnaire Data and a Behavioral Task. *Experimental Aging Research*, 46(5), 446. <https://doi.org/10.1080/0361073x.2020.1805935>
- Steward, A., & Hasche, L. (2020). Self-Efficacy as a Mediator Between Lifestyle and Self-Perceptions of Aging. *Innovation in Aging*, 4, 423. <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa057.1367>
- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da saúde: Uma abordagem biopsicossocial* (3ª ed.; R. C. Costa, Trad.). Artmed.

- Strosahl, K., Robinson, P., & Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change: Principles and practice of focused acceptance and commitment therapy*. New Harbinger.
- Stynes, G., & McHugh, L. (2023). Brief acceptance and commitment therapy for shame among adults with experience of mental health difficulties using a randomized multiple baseline, single case experimental design (SCED). *Stigma and Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/sah0000450>
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2002). *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press.
- Teixeira, S. M. de O., Souza, L. E. C. de, Maia, L. M., & Silva, A. M. de S. (2024). Percepções e experiências de idosos sobre a discriminação na velhice. *Estudos e Pesquisas Em Psicologia*, 24. <https://doi.org/10.12957/epp.2024.66572>
- Tomé, A. M., & Formiga, N. S. (2020). Teorias e perspectivas sobre o envelhecimento: conceitos e reflexões. *Research Society and Development*, 9(7). <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4589>
- Tovel, H., & Carmel, S. (2016). Maintaining successful aging: The role of coping patterns and resources. *Journal of Happiness Studies*, 17(6), 2473–2490.
- Trenche, M. C. B., Pupo, A. C., Bittencourt, M. F. de Q. P., Ragusa-Mouradian, C. A., Tozzo, A. P. da S., Raignieri, J., & Ferreira, L. P. (2023). Ciclos de vida: *Distúrbios Da Comunicação*, 35(2). <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2023v35i2e58461>
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 751–770. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009>
- Ufma, Amorim, C. C., Pessôa, F. S., Santos, H. F. de A. C., Vital, V. A., França, D. B., Lima, C. S. de C. e, Costa, M. H. S. N., Milhomem, M., Campos, C., Campos, C. S. de S.,

- Silva, H., Garcia, P. T., Lucena, M., & Passos, L. (2013). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/526>
- Ure, S., Gill, C., Evans, T., Windsor, T. D., Scott, J., Walker, R., Luszcz, M. A., & Mazzucchelli, T. G. (2024). Engage! a pilot study of a brief behavioural activation program to promote engagement and well-being in older adults. *PLoS ONE*, 19(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305908>
- Vargas-Madriz, L. F., Henderson, R. R., Vargas-Madriz, L. F., & Henderson, R. R. (2013). terapia de aceptación y compromiso; descripción general de una aproximación con énfasis en los valores personales. *Revista de Ciencias Sociales*, 138. <https://doi.org/10.15517/rcs.v0i138.12089>
- Vasconcelos, É. F., Bauermeister, G. A. F., Freire, H. B. G., & Reis, T. de S. (2017). Saúde e Humanização do Contexto Organizacional sob a Perspectiva da Análise do Comportamento. *Revista Psicologia e Saúde*, 95. <https://doi.org/10.20435/pssa.v9i3.626>
- Veloz, A. R., Campos, A. C. V., & Rodrigues, L. R. (2020). Estratégias de intervenção para a promoção da saúde de idosos: Revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(12), 4711–4720. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.33312018>
- Ventura, C. (2020). Envelhecimento, qualidade de vida e bem-estar subjetivo: percepções de idosos participantes de um grupo social. *New Trends in Qualitative Research* (p. 927). <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.927-935>
- Wesz, D. V., Bonamigo, L., & Lima, M. R. (2005). Promoção da saúde: Conceitos, reflexões e tendências. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, 37(1), 5–10.
- Wernher, I., & Lipsky, M. S. (2015). Psychological theories of aging. *Disease-a-Month*, 61(11), 480. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2015.09.004>

- Wetherell, J. L., Liu, L., Patterson, T. L., Afari, N., Ayers, C. R., Thorp, S. R., Stoddard, J. A., Ruberg, J. L., Kraft, A., Sorrell, J. T., & Petkus, A. J. (2010). Acceptance and Commitment Therapy for Generalized Anxiety Disorder in Older Adults: A Preliminary Report. *Behavior Therapy*, 42(1), 127. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.07.002>
- Wilson, K. G., & Luciano Soriano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Ediciones Pirámide.
- Witlox, M., Garnefski, N., Kraaij, V., Waal, M. W. M. de, Smit, F., Bohlmeijer, E. T., & Spinhoven, P. (2021). Blended Acceptance and Commitment Therapy Versus Face-to-face Cognitive Behavioral Therapy for Older Adults With Anxiety Symptoms in Primary Care: Pragmatic Single-blind Cluster Randomized Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 23(3). <https://doi.org/10.2196/24366>
- Witlox, M., Kraaij, V., Garnefski, N., Waal, M. W. M. de, Smit, F., Hoencamp, E., Gussekloo, J., Bohlmeijer, E. T., & Spinhoven, P. (2018). An Internet-based Acceptance and Commitment Therapy intervention for older adults with anxiety complaints: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2731-3>
- Wozniak, D., & Falcão, D. V. S. (2016). Idosos centenários: A importância de recursos individuais psicológicos e familiares para o bem-estar. In D. V. S. Falcão, L. F. Araújo, & J. da S. Pedroso (Eds.), *Velhices: Temas emergentes nos contextos psicossocial e familiar*. Editora Alínea.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8(spe), 75–84. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722003000300010>

- Yunes, M. A. M., & Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 75–85. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722001000100009>
- Zancan, R. K., Machado, A. B. C., Boff, N., & Oliveira, M. da S. (2021). Estresse, Ansiedade, Depressão e Inflexibilidade Psicológica em Estudantes Universitários de Graduação e Pós-Graduação. *Estudos e Pesquisas Em Psicologia*, 21(2), 749. <https://doi.org/10.12957/epp.2021.61067>
- Zhao, J. (2024). *Selective Optimization with Compensation Model* (p. 1). https://doi.org/10.1007/978-981-99-6000-2_516-1

Apêndice A. TCL



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO
COMPORTAMENTO**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Baseado na resolução Nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Projeto: **Avaliação da efetividade e aceitabilidade de *Focused Acceptance Commitment Therapy* para idosos: Estudo de um Protocolo Piloto.**

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), na pesquisa: Efetividade e aceitabilidade de Intervenções em Grupo baseadas na Terapia de Aceitação e Compromisso para pessoas idosas em contextos diversos: Protocolo Piloto. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua, e a outra pertence ao pesquisador responsável. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA: Esta pesquisa está sendo realizada com a orientação do Professor Dr. Janari da Silva Pedroso, da Universidade Federal do Pará/Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, e tem como objetivo avaliar os efeitos e aceitabilidade de intervenções grupais baseadas na ACT com pessoas idosas de contextos diversos. **Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo o Sr/a Sra. permitirá que o pesquisador lhe entreviste em diferentes momentos da pesquisa e que lhe inclua para participação de intervenção em grupo. Os grupos de intervenção consistirão de 8 encontros de aproximadamente 90 minutos de duração. O Sr/a Sra. tem a liberdade de recusar e/ou interromper a participação na pesquisa a qualquer momento e nestes casos não será penalizado(a).

Coleta de dados: envolve a realização dos seguintes instrumentos: Questionário de caracterização, Escala de Autoeficácia Geral Percebida *GSES*, Escala de Resiliência de Connor-Davidson *CD-RISC-10*, Acceptance and Action QuestionnaireII *AAQ-II*, e Entrevista Perspectivas do envelhecimento e Entrevista de aceitabilidade. A leitura e preenchimento destes instrumentos pode levar aproximadamente 60 minutos.

Riscos e desconforto: a participação nesta pesquisa não traz complicações legais, não tem potencial gerador de riscos físicos. Os riscos psicológicos consistem em cansaço ou identificação de sentimentos negativos ou percepção de insatisfações. Caso haja algum desconforto nos participantes será amenizado via estabelecimento de um clima acolhedor no momento da coleta de dados com os esclarecimentos. Caso indicado como necessário pelo participante, poderá ser encaminhado para serviço de atendimento público de saúde/SUS.

Benefícios: sua participação contribuirá para a construção de um arcabouço de dados sobre a temática do envelhecimento. Caso seja identificado algum risco ou vulnerabilidade física ou psicológica você será encaminhado para um serviço de atendimento público de saúde/SUS.

Confidencialidade: todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os dados coletados serão utilizados para a elaboração de um relatório de pesquisa e artigos científicos. A identidade dos participantes será preservada e em nenhuma hipótese serão divulgados dados que permitam a sua identificação. Todo o material desta pesquisa ficará sob a guarda do pesquisador responsável durante o período de análise e depois será destruído. Dados individuais sobre os participantes da pesquisa não serão informados à instituição.

Pesquisador responsável:

Data: ____/____/____

Assinatura do Pesquisador Responsável

Nome: Lidiane Colares de Faro

Endereço: Avenida José Tupinambá, 1316, Jesus de Nazaré, Macapá-Amapá.

Celular (96) 999642318. E-mail: lidfaro@gmail.com

CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecido (a) sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com as informações necessárias.

NOME:

Macapá, ____/____/____ RG: _____

Assinatura do (a) participante.

Apêndice B. Questionário de Caracterização

Nome (Siglas).....

Idade:

Data de nascimento:

Endereço:.....

○ Cor ou raça

() Preto () Pardo () Branco () Indígena ()

Outros:.....

○ Sexo

() Masculino () Feminino () Outros:.....

○ Identidade de Gênero

() Cisgênero () Transexual/Transgênero () Não binário () Outros:.....

○ Orientação Sexual

() Heterossexual () Homossexual () Bissexual ()

Outros:..... **○ Estado Civil**

() Solteiro () Casado () Viúvo () Outros:.....

○ Moradia

Mora na zona rural ou urbana? () rural () urbana

Mora com quem? () sozinho () com a família

○ Escolaridade

Estudou até que série?

○ Atividades físicas

Pratica alguma atividade física?

() não () sim. qual?

Quantas vezes na semana?

○ Lazer

Possui alguma atividade de lazer?

() não () sim. qual?

Participa de algum grupo da comunidade?

() não () sim . qual?

Costuma visitar os amigos?

() não () sim

Amigos costumam lhe visitar?

() não () sim.

○ Saúde

Possui ou já possuiu algum problema de saúde?

() não () sim. qual?

Faz uso de medicação?

() não () sim. qual (is)?

● Religiosidade

Possui alguma religião?

() não () sim. qual?

É praticante?

() não () sim

● Ocupação profissional

Possui alguma ocupação profissional?

() não () sim. qual?

Em que tipo de regime?.....

● Renda

Qual a renda familiar?

() inferior a um salário mínimo () um salário mínimo () de 2 a 3 salários mínimos

() quatro ou mais salários mínimos.

● Estressores

Teve alguma perda recente?

() não () sim. qual?

Considera que possui sintomas ou indicativos de depressão?

() não () sim. qual?

Apêndice C. GSES

ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA GSES

Versão adaptada por Patrão et al. (2017)

NOME: _____ _____ Idade: _____ Data: ____ / ____ / ____
--

Abaixo são apresentadas algumas frases. Marque X no número que corresponde à sua opinião sobre as seguintes afirmações:

1- não é verdade a meu respeito	2- é dificilmente verdade a meu respeito	3- é moderadamente verdade a meu respeito	4- é totalmente verdade a meu respeito
---------------------------------	--	---	--

1. Se estou com problemas, geralmente encontro uma saída.	1	2	3	4
2. Mesmo que alguém se oponha, eu encontro maneiras e formas de alcançar o que quero.	1	2	3	4
3. Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas.	1	2	3	4
4. Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário.	1	2	3	4
5. Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções.	1	2	3	4
6. Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante.	1	2	3	4
7. Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar meus objetivos.	1	2	3	4
8. Devido as minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas.	1	2	3	4
9. Eu me mantenho calmo mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas.	1	2	3	4
10. Eu geralmente consigo enfrentar qualquer adversidade.	1	2	3	4

Apêndice D. CD-RISC-10

ESCALA DE RESILIÊNCIA DE CONNOR-DAVIDSON

Versão adaptada por Lopes & Martins (2011)

NOME:
Idade:
Data: ____ / ____ / ____

Abaixo são apresentadas algumas frases. Marque X no número que corresponde à sua opinião sobre sua capacidade pessoal com relação as seguintes afirmações:

0 – Nunca é verdade	1- é dificilmente verdade	2- é moderadamente verdade	3- é frequentemente verdade	4- Sempre é verdade
---------------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------	---------------------

1. Adaptar a mudanças.	0	1	2	3	4
2. Lidar com qualquer situação.	0	1	2	3	4
3. Ver o lado engraçado dos problemas.	0	1	2	3	4
4. Lidar com estresse.	0	1	2	3	4
5. Dar a volta por cima.	0	1	2	3	4
6. Atingir objetivos.	0	1	2	3	4
7. Concentração e pensamento claro.	0	1	2	3	4
8. Não ser desencorajado pelo fracasso.	0	1	2	3	4
9. Ser pessoa forte.	0	1	2	3	4
10. Lidar com sentimentos desagradáveis.	0	1	2	3	4

Apêndice E. AAQ-II

Versão adaptada por Barbosa e Murta (2015)

NOME:
Idade:
Data: ____ / ____ / ____

A seguir, você encontrará uma lista de afirmações. Por favor, avalie quanto cada afirmação é verdadeira para você e circule o número correspondente. Use a escala abaixo para fazer sua escolha:

1 Nunca verdade	é	2 Muito raramente	3 Raramente	4 Algumas vezes	5 Frequentemente	6 Quase Sempre	7 Sempre
-----------------------	---	-------------------------	----------------	-----------------------	---------------------	----------------------	-------------

1. Minhas experiências e lembranças dolorosas dificultam que eu viva a vida que eu gostaria.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tenho medo dos meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu me preocupo em não conseguir controlar minhas preocupações e sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Minhas lembranças dolorosas me impedem de ter uma vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
5. Emoções causam problemas na minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Parece que a maioria das pessoas lida com suas vidas melhor do que eu.	1	2	3	4	5	6	7
7. Preocupações atrapalham o meu sucesso.	1	2	3	4	5	6	7

Apêndice F. Entrevista – Perspectiva Envelhecimento

Considerando suas vivências, complete as frases:

1) A palavra ENVELHECIMENTO me faz pensar:

2) A palavra ENVELHECIMENTO me faz sentir:

3) Quando penso nos meus comportamentos ao longo do percurso da vida e no passar dos anos, percebo mudanças? Se sim, quais:

Apêndice G. Entrevista de Aceitabilidade

Considerando sua experiência pessoal de participação no Grupo Terapêutico para idosos, considerando que 1 significará “não atendeu minhas expectativas” e 5 “superou minhas expectativas”. Atribua um valor de 1 a 5 para as questões a seguir:

1. Considerei a experiência total de participação no grupo importante e significativa para mim? _____
2. Considerei os recursos utilizados (conduções e atividades propostas, relevantes para minha experiência pessoal? _____
3. Acredito que minha participação no grupo teve impactos positivos na minha qualidade de vida? _____

Outras considerações sobre a experiência no grupo:

Apêndice H. Descrição da Intervenção Grupal Breve Baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)

1. Primeira Sessão: Apresentação, vínculo e psicoeducação sobre ACT:

Objetivo: Apresentar os processos centrais da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), especialmente os conceitos de flexibilidade psicológica e inflexibilidade psicológica como processos relacionados ao sofrimento, favorecendo a identificação desses fenômenos nos contextos de vida dos participantes. Além disso, mediar expectativas quanto à participação no grupo, promover a apresentação do histórico breve dos participantes e estabelecer vínculos entre os membros.

Descrição:

O primeiro dia da intervenção foi dedicado à apresentação, ao estabelecimento de vínculos entre os participantes e à psicoeducação sobre a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). O objetivo principal foi introduzir os conceitos centrais da ACT, como a flexibilidade psicológica e a inflexibilidade como fatores relacionados ao sofrimento psicológico, além de promover a identificação desses fatores nos contextos de vida dos participantes. A sessão também buscou subsidiar a mediação das expectativas em relação à participação no grupo e estabelecer um ambiente acolhedor e de confiança entre os membros.

Foi iniciado com momento de acolhimento, onde os participantes foram recebidos de forma calorosa e convidados a se sentar em círculo, promovendo um ambiente de proximidade e interação. A mediadora do grupo fez uma breve apresentação sobre o propósito da intervenção, explicando que o objetivo era trabalhar juntos para promover maior bem-estar emocional e qualidade de vida por meio de técnicas e reflexões baseadas na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT).

Em seguida, foi solicitado que cada participante se apresentasse brevemente, compartilhando seu nome, um pouco sobre sua história de vida e suas expectativas em relação

ao grupo. Esse momento foi fundamental para que todos se conhecessem melhor e começassem a estabelecer vínculos. Alguns participantes compartilharam suas motivações para participar do grupo, como o desejo de lidar melhor com emoções difíceis pessoais ou de familiares ou de encontrar novas formas de encarar os desafios do envelhecimento.

Após as apresentações, foi realizada uma explicação sobre os conceitos centrais da ACT. O facilitador explicou que a ACT é uma abordagem psicológica que busca ajudar as pessoas a lidar com pensamentos e emoções difíceis de forma mais flexível, promovendo a aceitação dessas experiências internas enquanto se comprometem com ações alinhadas aos seus valores pessoais.

O facilitador explicou como o grupo funcionaria ao longo das sessões, destacando que cada encontro teria um tema específico e que seriam realizadas atividades práticas e reflexões para ajudar os participantes a aplicar os conceitos da ACT em suas vidas diárias. Foi enfatizado que a participação ativa e o compartilhamento de experiências seriam importantes para o sucesso do grupo, mas que cada um poderia participar no seu próprio ritmo.

Neste momento, foi aberto um espaço para dúvidas e questionamentos. Alguns participantes expressaram preocupações sobre como lidar familiares, principalmente filhos e sobre dificuldades práticas do dia a dia como locomoção.

A mediadora do grupo respondeu às dúvidas, reforçando que possivelmente seriam abordadas possibilidades de estratégias e adaptação para essas questões ao longo das sessões e que o grupo seria um espaço seguro para explorar essas dificuldades.

Para finalizar a sessão, foi realizada uma breve dinâmica de grupo com o objetivo de fortalecer os vínculos entre os participantes. Cada pessoa foi convidada a compartilhar uma palavra ou frase que representasse algo que gostaria de levar para o grupo ou algo que esperava aprender com a experiência. Esse momento foi marcado por trocas significativas, com muitos participantes expressando esperança e curiosidade em relação ao processo.

2. Segunda Sessão: Atenção flexível:

Objetivo: Introduzir práticas de atenção plena (mindfulness) como estratégia para ampliar o contato com o momento presente e favorecer maior consciência de experiências internas. Iniciar o processo de identificação de valores pessoais como direções de vida significativas.

Descrição: No segundo dia da intervenção em grupo com os idosos, o foco foi trabalhar a reconexão com os valores pessoais e a prática da atenção plena no momento presente, utilizando como base o conteúdo do material "O Que São Valores?" – power point de orientação da intervenção (Apêndice I). A sessão foi dividida em momentos específicos, com atividades que visavam promover a reflexão, a conscientização e a prática de habilidades para lidar com pensamentos e emoções que podem distrair ou afastar os participantes de seus valores.

A sessão começou com um momento de acolhimento, onde os participantes foram convidados a compartilhar brevemente como se sentiam após o primeiro dia de intervenção. Em seguida, foi feita uma revisão dos principais conceitos discutidos no momento anterior, como a definição de valores e a importância de identificar comportamentos que nos afastam ou nos aproximam deles.

Seguindo a proposta, foi introduzido o conceito de como pensamentos e emoções difíceis podem nos distrair de nossos valores. Utilizando o material em power point projetado para exposição e visualização de todos, foi destacado que, em situações estressantes, é comum que nos afastemos de quem realmente queremos ser. Para ilustrar isso, foi proposta uma dinâmica em que os participantes refletiram sobre situações recentes em que se sentiram distraídos ou afastados de seus valores. Eles foram incentivados a compartilhar essas experiências, se sentissem confortáveis, e a discutir como poderiam agir de forma mais alinhada com seus valores no futuro.

Buscando introduzir a temática de ações diferentes das que nos distraem de nossos valores, foi falado sobre a prática de atenção plena. Com o objetivo de ajudar os participantes a se reconectar com o momento presente. Utilizando o conceito de "Presença Consciente" do material, foi solicitado a observarem a respiração em um prática guiada.

Foi introduzido o conceito de observar e acalmar-se, conforme descrito no material. Os participantes foram orientados a notar como se sentiam e quais pensamentos estavam presentes em suas mentes. Em uma breve prática de respiração consciente, onde todos foram convidados a respirar lentamente, prestando atenção ao movimento do corpo e ao ritmo da respiração. Essa prática teve como objetivo ajudá-los a reconhecer as sensações corporais e a se reconectar com o momento presente.

A última parte da sessão foi dedicada à identificação de padrões de pensamentos e sentimentos que frequentemente distraem os participantes de seus valores. Utilizando o conceito de "Autoconhecimento" do material, foi proposta uma reflexão individual, onde cada participante pôde anotar ou pensar sobre quais pensamentos e emoções mais os afastam de seus valores. Em seguida, houve um momento de compartilhamento em grupo, onde os participantes puderam discutir como poderiam reconhecer esses padrões no dia a dia e se reconectar com seus valores.

Para finalizar a sessão, foi reforçada a importância de praticar a atenção plena e a reconexão com os valores no dia a dia. Os participantes foram incentivados a continuar observando seus pensamentos e sentimentos ao longo da semana, praticando a atenção plena em atividades simples, como comer, ouvir música ou caminhar. Foi sugerido que anotassem suas experiências para trazer na próxima sessão.

O segundo dia de intervenção foi marcado por uma maior conexão entre os participantes, que demonstraram interesse em compartilhar suas experiências e em praticar as técnicas de atenção plena. A prática de observar e acalmar-se foi particularmente bem recebida,

com muitos relatando que se sentiram mais tranquilos e presentes após a atividade de respiração consciente. A identificação de padrões de pensamentos e sentimentos também gerou insights importantes, ajudando os participantes a refletir sobre como podem viver de forma mais alinhada com seus valores.

No geral, o segundo dia foi um passo importante no processo de autoconhecimento e reconexão com os valores, preparando o grupo para as próximas etapas da intervenção.

3. Terceira Sessão: História de vida:

Objetivo: Favorecer processos de autoconhecimento e perspectiva histórica por meio da metáfora do “livro da vida”, promovendo contato com a própria trajetória e identificação de continuidades valorativas ao longo do ciclo vital. Estimular a diferenciação entre eventos vividos e identidade pessoal, ampliando a flexibilidade na relação com a própria história.

Descrição:

O terceiro encontro teve como eixo central a exploração da história de vida dos participantes, utilizando a metáfora do “livro da vida” como recurso experiencial. A sessão iniciou-se com breve retomada dos encontros anteriores e compartilhamento das experiências relacionadas à tarefa proposta sobre valores. Em seguida, foi apresentada a metáfora do livro, convidando os participantes a imaginarem suas vidas como um livro composto por diferentes capítulos, cada qual representando fases, eventos marcantes, perdas, conquistas e transições.

Os participantes foram estimulados a refletir sobre capítulos significativos de suas trajetórias, identificando momentos de mudança, superação, aprendizado e também períodos de sofrimento. A proposta não teve caráter de exposição obrigatória, sendo respeitado o limite individual quanto ao compartilhamento de experiências pessoais.

Durante a atividade, buscou-se enfatizar que, embora os capítulos da vida incluam eventos difíceis, eles não definem integralmente quem a pessoa é. Essa diferenciação favoreceu

a introdução implícita do processo de self como contexto, ainda que em linguagem acessível, reforçando a ideia de que a pessoa é maior do que suas experiências específicas.

A discussão grupal permitiu que os participantes reconhecessem continuidades em seus valores ao longo da vida, mesmo diante de mudanças circunstanciais. Observou-se que muitos relataram ter mantido, ao longo do tempo, compromissos com família, trabalho, espiritualidade ou contribuição social, ainda que sob formas distintas.

Utilizando o material em power point exposto em tela para o grupo, foi proposta a atividade: escolher um título para o "livro da vida" de cada participante. A mediadora explicou que o título deveria capturar a essência da história de vida de cada um, refletindo momentos marcantes, valores ou temas recorrentes. Os participantes foram incentivados a explorar diferentes opções e a pensar em palavras-chave que ressoassem com suas trajetórias.

Cada participante foi convidado a compartilhar com o grupo os possíveis títulos para o seu livro e explicaram o significado por trás deles. Esse momento foi marcado por emoções e reflexões profundas, com muitos compartilhando histórias pessoais que inspiraram a escolha dos títulos.

Para finalizar a sessão, o facilitador reforçou a importância de continuar refletindo sobre a própria história e como ela se conecta com os valores e objetivos atuais. Os participantes foram incentivados a continuar pensando em seus "livros da vida" ao longo da semana, anotando novas ideias ou reflexões que surgissem. Foi sugerido que trouxessem essas anotações para a próxima sessão, onde seriam trabalhados novos aspectos da metáfora do livro.

4. Sessão: História de vida

Objetivo: Promover maior consciência da relação estabelecida com pensamentos e narrativas pessoais, introduzindo práticas de desfusão cognitiva. Favorecer a diferenciação entre pensamentos e fatos, ampliando a possibilidade de ação alinhada a valores, mesmo na presença de conteúdos mentais difíceis.

Descrição:

O quarto encontro teve como foco a exploração da relação dos participantes com seus próprios pensamentos, especialmente aqueles associados a autocrítica, limitação, medo ou crenças relacionadas ao envelhecimento.

A sessão iniciou-se com breve retomada das reflexões produzidas a partir da metáfora do “livro da vida”, destacando como determinados capítulos podem dar origem a narrativas repetidas sobre si mesmo. A partir disso, introduziu-se a ideia de que pensamentos são eventos mentais e não necessariamente descrições literais da realidade.

Retomando brevemente as reflexões da semana anterior sobre os "capítulos" e "personagens" da vida dos participantes. A mediadora convidou o grupo a compartilhar como se sentiam após a atividade do "livro da vida" e se alguma lembrança ou insight havia surgido durante a semana. Alguns participantes mencionaram ter revivido memórias afetivas, enquanto outros relataram dificuldades do cotidiano com conjugues e filhos.

Os participantes foram incentivados a identificar os "personagens" que povoam suas histórias de vida. A mediadora explicou que esses personagens poderiam ser pensamentos, sentimentos ou comportamentos que se repetiram ao longo da vida e que tiveram um impacto significativo na trajetória de cada um.

Foram utilizadas perguntas para auxiliar na reflexão, como:

- Quais pensamentos ou sentimentos mais se repetiram ao longo da sua vida?
- Quais comportamentos te impulsionaram ou te desafiaram?
- Como esses "personagens" moldaram a sua história?

Após um tempo para reflexão individual, houve a solicitação do compartilhamento em grupo, onde os participantes puderam discutir como esses "personagens" influenciaram suas vidas e como eles se relacionam com eles hoje.

Os participantes tiveram dificuldade em nomear os personagens mas compartilharam momentos significativos de suas vidas, como infância, vida adulta, aposentadoria ou outros marcos pessoais e emoções vivenciadas. Normalmente indicaram características pessoais e padrões de relacionamentos.

A mediadora destacou que a atividade não buscava julgamentos ("erros" ou "acertos"), mas sim observar padrões e convidar à autocompaixão. Durante a discussão em grupo, os participantes compartilharam trechos de suas histórias pessoais, destacando como certos valores se mantiveram ou se transformaram.

A mediadora aproveitou o relato para introduzir a concepção acerca de self contextual, buscando normalizar a percepção de mudanças pessoais, dado contextos e momentos históricos.

Para encerrar, a mediadora propôs uma prática de gratidão narrativa. Cada participante foi convidado a refletir ou compartilhar uma frase de agradecimento a um "personagem difícil" de sua história — como uma emoção, um período de crise ou até mesmo uma autocrítica. A sessão terminou com um reforço da ideia de que a história de vida é um processo contínuo e que o grupo oferecia um espaço seguro para ressignificar essas narrativas.

5. Sessão: Ação Comprometida, Obstáculos e Planejamento de Metas

Objetivo: Promover o engajamento em ações comprometidas com valores pessoais previamente identificados, favorecendo a construção de metas concretas e contextualmente viáveis. Identificar possíveis obstáculos internos e externos, desenvolvendo estratégias para lidar com eles de forma flexível.

Descrição:

O quinto encontro teve como foco a transição da reflexão para a ação, enfatizando que valores tornam-se significativos quando orientam comportamentos concretos no cotidiano. A sessão iniciou-se com breve retomada dos valores identificados nas sessões anteriores e das

discussões sobre a relação com pensamentos difíceis. Em seguida, introduziu-se o conceito de ação comprometida, apresentado como a disposição de agir em direção ao que é importante, mesmo na presença de desconforto emocional, limitações físicas ou inseguranças.

Os participantes foram convidados a escolher uma área de vida considerada significativa e a formular pequenas metas realistas e específicas, compatíveis com suas condições atuais. Buscou-se reforçar a importância de metas graduais, alcançáveis e alinhadas às possibilidades concretas do contexto de vida de cada um.

Durante a atividade, discutiram-se possíveis obstáculos para a execução dessas ações, incluindo pensamentos autocríticos, receios, limitações de mobilidade, ausência de apoio social ou dificuldades práticas. Esses obstáculos foram abordados considerando os processos já trabalhados no grupo, especialmente aceitação e desfusão, destacando-se que o surgimento de dificuldades não invalida o compromisso com valores.

A dinâmica grupal favoreceu a troca de sugestões e o encorajamento mútuo, funcionando como contexto de reforçamento social para o planejamento das ações. Observou-se que o compartilhamento de metas fortaleceu o senso de pertencimento e responsabilidade coletiva.

A sessão foi encerrada com o convite para que cada participante colocasse em prática, ao longo da semana, ao menos uma ação comprometida previamente planejada, registrando suas experiências para posterior reflexão.

6. Sessão: Encerramento e Celebração de Trajetórias

Objetivo: Revisar os principais processos trabalhados ao longo da intervenção, integrar os aprendizados e favorecer a construção de estratégias para manutenção das práticas no cotidiano. Promover encerramento do grupo de forma estruturada e significativa.

Descrição:

A sexta e última sessão do grupo foi dedicada à síntese dos temas trabalhados ao longo dos encontros e à celebração das trajetórias individuais e coletivas, com o objetivo de reforçar os aprendizados da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e promover um envelhecimento ativo, reflexivo e alinhado aos valores pessoais.

A sessão iniciou com uma breve retomada psicoeducativa, na qual a mediadora revisitou os conceitos centrais abordados nas semanas anteriores: flexibilidade psicológica, atenção plena, desfusão cognitiva, reconexão com valores e ressignificação de histórias de vida. Utilizando linguagem acessível, destacou como essas ferramentas poderiam ser aplicadas no cotidiano para enfrentar desafios comuns ao envelhecimento, como solidão, autocrítica ou mudanças de papel social.

Em seguida, foi proposta uma dinâmica musical afetiva, pensada para integrar emoção, memória e valores. Cada participante recebeu um papel no qual escreveu o nome de uma música que marcou um momento significativo de sua vida. Os papéis foram depositados em uma caixa e, um a um, sorteados aleatoriamente pela mediadora. Com apoio do YouTube, a música escolhida era tocada para o grupo, criando um ambiente de escuta atenta e compartilhamento.

Após cada música ser tocada, os participantes tentavam adivinhar quem a havia selecionado, baseando-se no que já conheciam da história uns dos outros. O dono da música então compartilhava o que aquela melodia representava em sua trajetória e o que gostaria de levar dali para a vida.

O encontro foi encerrado com um momento de avaliação verbal da experiência grupal e expressão de percepções finais. Buscou-se valorizar o percurso realizado, reconhecer o engajamento dos participantes e reforçar a autonomia na condução dos próximos “capítulos” de suas trajetórias.

Ao término da sessão, foram reaplicados os instrumentos psicométricos e realizada a Entrevista de Aceitabilidade individualmente.

Apêndice I. Recursos Visuais Utilizados na Intervenção Grupal Baseada na ACT

Terapia de Aceitação e Compromisso para Idosos

Bem-vindos à jornada de autoconhecimento e bem-estar. A Terapia de Aceitação e Compromisso oferece ferramentas valiosas para enfrentar os desafios do envelhecimento com serenidade e propósito.

por Lidiane Faro

Esteja Presente, Permita-se, Faça o Importante

Presença
Viva o momento atual com atenção plena e abertura.

Permissão
Aceite seus pensamentos e emoções sem julgamento.

Importância
Concentre-se nas ações que agregam valor à sua vida.

Promovendo Bem-estar e Saúde Mental

1 **Lidando com a Dor**
Aprenda a aceitar e conviver com desconfortos físicos e emocionais.

2 **Enfrentando Desafios**
Desenvolva resiliência para lidar com as mudanças do envelhecimento.

3 **Soltando o Controle**
Encontre paz ao aceitar o que está além do seu controle.

Atenção Plena: Estar no Presente

1 **Observe**
Perceba seus pensamentos e sensações sem tentar mudá-los.

2 **Respire**
Concentre-se na sua respiração, ancorando-se no momento presente.

3 **Aceite**
Acolha suas experiências com gentileza e sem julgamentos.

Exercício de Atenção Plena: Soltar a Âncora

Posicione-se
Sente-se confortavelmente e feche os olhos.

Respire
Observe sua respiração, sentindo o ar entrar e sair.

Ancore-se
Concentre-se na respiração como uma âncora no momento presente.

Retorne
Gentilmente volte a atenção à respiração quando a mente divagar.

Viver Alinhado com os Valores

Identificar
Reconheça o que é verdadeiramente importante para você.

Alinhar
Tome decisões e aja de acordo com seus valores essenciais.

Cultivar
Nute relacionamentos e atividades que reflitam seus valores.

Atividade: Revisitando Momentos Importantes

1 **Relembre**
Pense em momentos significativos da sua vida.

2 **Refleta**
Identifique os valores que emergem dessas memórias.

3 **Reconecte**
Considere como incorporar esses valores no seu presente.

Conectando-se com o Importante

Relacionamentos
Fortaleça laços com familiares e amigos queridos.

Paixões
Dedique-se a atividades que trazem alegria e realização.

Propósito
Contribua para sua comunidade, encontrando significado no serviço aos outros.



O Que São Valores?

Valores são as crenças mais profundas sobre o tipo de pessoa que você quer ser.

Definição

Descrevem o tipo de pessoa que se deseja ser.

Comportamento

Como você quer tratar a si mesmo e aos outros.



Emoções e Pensamentos Distraem

Às vezes, pensamentos e sentimentos difíceis nos desviam de nossos valores.

Desvio

Nos afastam de quem queremos ser.

Movimento de Afastamento

Comportamentos que nos distanciam de nossos valores.



Reconectando com Seus Valores

Vamos observar quando isso acontece!

Reconectando com o Presente

Evitar que emoções e sentimentos nos afastem do que é importante.

Presença Consciente

Melhorar o foco, atenção e compromisso com o presente.

Desfrutar do Momento

Quando você bebe algo, dá toda a atenção? Saboreia o cheiro e o sabor?

Reconectando com o Presente

Quando você ouve música, dá toda a sua atenção? Você ouve e gosta?

Conectado

Quando você dá toda a atenção a qualquer atividade, dizemos que você está "conectado" com ela.

Desconectado

Quando somos pegos por pensamentos ou sentimentos, ficamos "desconectados" ou "desalinhados".



Observando e Acalmando-se

O primeiro passo é notar como se sente e quais pensamentos lhe vêm.

1 Observar

Note como se sente e quais pensamentos surgem.

2 Acalmar

Conecte-se ao seu corpo. Expire lentamente. Entique-se lentamente.



Identificação de Padrões

Vamos observar durante a semana quando esses pontos de escolha surgem.

Autoconhecimento

Identifique quais pensamentos e sentimentos são mais frequentes.

Reconexão

Com essa consciência, você poderá se reconectar com seus valores.

Comece Hoje

Comece hoje a prestar atenção a seus pensamentos e sentimentos.

Presença

Pratique a presença e a conexão com o momento presente.

Reconexão

Reconecte-se com seus valores e viva uma vida mais autêntica.



Sua História em Um Livro

E se sua vida fosse um livro? Que história seria contada nas suas páginas? Nesta apresentação, vamos explorar a jornada da escrita da sua própria história, de forma criativa e reflexiva.

por Lidiane Faro



O Título: Um Reflexo da Essência

Se demos um nome para o livro da sua vida...

O título é a primeira impressão, a porta de entrada para a sua história. Ele precisa capturar a essência do seu percurso, do que você quer comunicar ao mundo. Explore diferentes opções, palavras-chave que ressoem com sua trajetória.

Se demos um nome para o livro da sua vida...

Pense em como ele te faz sentir e como poderia despertar a curiosidade do leitor. Uma frase inspiradora, um momento marcante ou um tema recorrente? Deixe a criatividade fluir e descubra a melhor forma de nomear a sua obra.

Os Personagens: A Teia de Emoções e Ações

Se identificamos os personagens mais presentes (seus pensamentos, sentimentos e comportamentos que mais se repetiram na sua história)

Cada um de nós é protagonista de uma história rica em nuances. Explore os seus pensamentos, sentimentos e comportamentos mais recorrentes. Eles são os personagens que povoam a sua narrativa, moldando a trama e revelando a sua essência.

Se identificamos os personagens mais presentes (seus pensamentos, sentimentos e comportamentos que mais se repetiram na sua história)

Quais deles você mais se conecta? Quais te impulsionam? Quais te desafiam? A jornada da autodescoberta se revela através da análise desses personagens, conduzindo você a uma compreensão mais profunda de si mesmo.



Nossa Narrativa Pessoal

Iniciamos propondo um livro sobre nossas vidas...

 por Lidiane Faro

Observando

O Nome do Livro

Demos um nome para o livro da sua trajetória...

Personagens Principais

Identificamos os personagens mais presentes (seus pensamentos, sentimentos e comportamentos que mais se repetiram na sua história)



Deixando Sua Marca no Mundo

Agora:

Qual a mensagem vc gostaria que sua obra deixasse?

Apêndice J. Intervenções Breves Baseadas na ACT no SUS: Um Guia Orientador para o Cuidado com Pessoas Idosas

Apresentação

Esta cartilha foi elaborada com base na tese *Terapia de Aceitação e Compromisso com Pessoas Idosas: um modelo de intervenção breve*, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará. Seu propósito é sistematizar, em linguagem objetiva e acessível, princípios orientadores para a construção de intervenções breves baseadas na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase no cuidado às pessoas idosas.

A proposta parte do reconhecimento de que o envelhecimento envolve mudanças, perdas, reorganizações e desafios adaptativos que atravessam dimensões biológicas, psicológicas e sociais (Baltes & Baltes, 1990; Carstensen, 1999). Nesse cenário, intervenções psicológicas breves e sensíveis ao contexto podem contribuir para a promoção de flexibilidade psicológica, favorecendo o engajamento com valores pessoais mesmo na presença de experiências internas difíceis (Hayes et al., 2021).

Esta cartilha não se propõe a oferecer um protocolo rígido ou um manual prescritivo de condução clínica. Seu objetivo é apresentar diretrizes gerais, fundamentos conceituais e eixos de organização de uma proposta interventiva breve, coerente com os princípios da ACT e com as demandas dos serviços públicos de saúde.

Objetivo da cartilha

Esta cartilha tem como objetivo apresentar diretrizes orientadoras para a elaboração e condução de intervenções psicológicas breves baseadas na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase no cuidado à população idosa.

Busca-se sistematizar, de forma clara e acessível, os princípios teóricos e os processos psicológicos centrais que fundamentam essa abordagem, destacando sua aplicabilidade em contextos públicos de saúde, em contextos públicos de saúde, frequentemente marcados por limitações de tempo, recursos e acesso (Brasil, 2008; Cabral et al., 2019).

Além disso, a cartilha pretende oferecer uma organização geral de eixos interventivos que favoreçam a promoção da flexibilidade psicológica, compreendida como a capacidade de agir de maneira coerente com valores pessoais, mesmo diante de experiências internas difíceis, como perdas, dores e mudanças associadas ao envelhecimento (Hayes et al., 2021; Bond et al., 2011).

Por fim, este material visa contribuir para a qualificação das práticas em saúde mental no SUS, sem a pretensão de estabelecer protocolos rígidos, mas sim de apoiar profissionais na construção de intervenções sensíveis ao contexto, à história de vida e às necessidades das pessoas idosas atendidas.

Para quem esta cartilha foi elaborada

Esta cartilha foi elaborada para profissionais que atuam no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente aqueles envolvidos no cuidado à saúde mental de pessoas idosas, como psicólogos, residentes, profissionais da atenção básica e integrantes de equipes multiprofissionais.

Considera-se que, no cotidiano dos serviços públicos, as demandas são complexas, o tempo é limitado e os recursos nem sempre são suficientes para intervenções prolongadas. Nesse cenário, torna-se relevante a utilização de abordagens que possam ser adaptadas a formatos breves, sem perder consistência teórica e sensibilidade clínica (Brasil, 2013; Godoy et al., 2021).

Embora fundamentada na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), esta cartilha não se restringe a especialistas na abordagem. Ao contrário, busca dialogar com profissionais em

diferentes níveis de familiaridade com o modelo, oferecendo uma compreensão acessível de seus princípios e possibilidades de aplicação no cuidado com pessoas idosas.

Este material também pode ser útil para estudantes de psicologia e áreas afins, desde que utilizado como recurso complementar de aprendizagem, sempre articulado à formação teórica e à supervisão adequada.

Por que intervenções breves baseadas na ACT no SUS?

O contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) impõe desafios importantes para a oferta de cuidados em saúde mental, especialmente no que se refere à disponibilidade de tempo, à alta demanda por atendimento e à necessidade de estratégias que sejam viáveis e acessíveis à população. No caso das pessoas idosas, essas demandas tornam-se ainda mais complexas, considerando as especificidades do envelhecimento, como perdas funcionais, mudanças nos papéis sociais, vivências de luto e maior exposição a condições de vulnerabilidade (Baltes & Baltes, 1990; Carstensen, 1999)..

Apesar dos avanços nas políticas públicas voltadas à população idosa, ainda são limitadas as intervenções psicológicas estruturadas, breves e baseadas em evidências que possam ser implementadas de forma consistente no cotidiano dos serviços públicos de saúde (Cabral et al., 2019; Godoy et al., 2021). Esse cenário evidencia a necessidade de propostas que conciliem rigor teórico com aplicabilidade prática.

Nesse contexto, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) apresenta-se como uma abordagem promissora, por se tratar de um modelo baseado em processos, com foco na promoção da flexibilidade psicológica, entendida como a capacidade de agir em direção a valores pessoais, mesmo na presença de experiências internas difíceis (Hayes et al., 2021; Hayes et al., 2023). Essa característica torna a ACT particularmente adequada para o trabalho com pessoas idosas, uma vez que o envelhecimento envolve, frequentemente, a convivência

com condições que não podem ser eliminadas, mas podem ser vividas de maneira mais flexível e significativa (Petkus & Wetherell, 2011).

Além disso, a estrutura da ACT permite sua adaptação a formatos breves e contextuais, favorecendo intervenções focadas em processos centrais de mudança, sem a necessidade de protocolos extensos (Strosahl et al., 2012; Farris & Kibbey, 2022). Quando articulada a modelos desenvolvimentais do envelhecimento, como o modelo de Seleção, Otimização e Compensação (SOC), amplia-se a compreensão do envelhecimento como um processo ativo de adaptação, no qual a reorganização de metas, a aceitação de limites e o engajamento com valores assumem papel central (Baltes & Baltes, 1990).

Dessa forma, intervenções breves baseadas na ACT configuram-se como uma alternativa coerente com as demandas do SUS, ao possibilitar a construção de práticas clínicas que sejam, ao mesmo tempo, teoricamente fundamentadas, sensíveis ao contexto e viáveis na rotina dos serviços.

Princípios que orientam a proposta

As intervenções breves baseadas na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), devem ser compreendidas a partir de princípios que orientam a prática, mais do que a partir de protocolos rígidos. Esses princípios oferecem uma direção para a atuação profissional, permitindo adaptações sensíveis às demandas, aos contextos e às histórias de vida das pessoas idosas atendidas (Hayes et al., 2021; Hayes et al., 2023).

Foco em processos, e não em diagnósticos

A ACT propõe uma compreensão da saúde mental baseada em processos psicológicos, e não em categorias diagnósticas. Nesse sentido, a intervenção busca identificar e mobilizar processos relacionados à flexibilidade psicológica, como a forma como a pessoa se relaciona

com seus pensamentos, emoções e experiências, e não apenas classificar ou tratar sintomas específicos (Hayes et al., 2023).

Promoção da flexibilidade psicológica como objetivo central

O objetivo das intervenções não é a eliminação de sintomas ou experiências internas difíceis, mas a ampliação da capacidade de agir de forma coerente com valores pessoais, mesmo na presença de dor, medo, perdas ou limitações. No contexto do envelhecimento, isso implica favorecer formas mais flexíveis de lidar com mudanças inevitáveis, mantendo o engajamento com a vida (Hayes et al., 2021; Bond et al., 2011).

Sensibilidade ao contexto e à realidade do SUS

As intervenções devem considerar as condições concretas dos serviços públicos de saúde, como tempo reduzido de atendimento, alta demanda e limitações estruturais. Isso implica priorizar estratégias que sejam viáveis, acessíveis e adaptáveis, sem comprometer a coerência teórica da proposta (Brasil, 2008; Cabral et al., 2019).

Centralidade da história de vida e da função dos comportamentos

A compreensão do comportamento deve ser orientada por sua função e pelo contexto em que foi construído ao longo da história de vida da pessoa. No envelhecimento, muitas formas de agir, sentir e pensar estão relacionadas a estratégias que foram, em algum momento, necessárias para lidar com experiências anteriores. A intervenção busca favorecer uma nova relação com esses repertórios, ampliando possibilidades de ação no presente (Ferreira, 2023).

Valorização dos valores pessoais como direção de vida

Os valores pessoais são compreendidos como direções que conferem sentido à vida. Em intervenções breves, a identificação e o fortalecimento desses valores auxiliam na organização do comportamento, especialmente em contextos marcados por perdas ou mudanças, como no envelhecimento. O foco não está em “resolver problemas”, mas em construir caminhos que sejam significativos (Hayes et al., 2021).

Aceitação como abertura para a experiência, e não resignação

A aceitação, na perspectiva da ACT, refere-se à disposição para entrar em contato com experiências internas difíceis, sem a tentativa constante de evitá-las ou controlá-las. No contexto da velhice, isso pode envolver a convivência com perdas, limitações físicas ou mudanças de papel, sem que isso impeça o engajamento em ações significativas (Hayes et al., 2021; Petkus & Wetherell, 2011).

Intervenções como construção de contexto, e não aplicação de técnicas

As intervenções são compreendidas como a criação de condições que favoreçam a emergência de comportamentos mais flexíveis, e não como a aplicação de técnicas específicas de forma padronizada. O profissional atua como facilitador de processos, organizando o contexto para que novas formas de relação com a experiência possam surgir (Hayes et al., 2023; Strosahl et al., 2012).

Esses princípios orientam a construção de intervenções breves que respeitam a complexidade do envelhecimento, a singularidade das histórias de vida e as condições reais de cuidado no SUS. A partir deles, torna-se possível estruturar propostas interventivas que, mesmo em tempo reduzido, favoreçam mudanças significativas na forma como as pessoas idosas se relacionam com suas experiências e conduzem suas vidas.

Organização da intervenção breve

A proposta de intervenção breve baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), apresentada nesta cartilha, organiza-se a partir de encontros estruturados em torno de processos centrais de mudança, e não de conteúdos fixos ou técnicas específicas (Hayes et al., 2023). Essa organização busca oferecer um direcionamento geral para a prática, mantendo a flexibilidade necessária para adaptações conforme o contexto, o serviço e as características do grupo atendido.

Com base no modelo desenvolvido nesta tese, a intervenção foi estruturada em seis encontros grupais, realizados semanalmente, com duração aproximada de 60 a 90 minutos. Essa configuração considera a viabilidade no contexto do SUS, bem como a necessidade de continuidade mínima para mobilização de processos psicológicos relevantes (Strosahl et al., 2012; Farris & Kibbey, 2022).

Lógica geral dos encontros

Os encontros são organizados de forma progressiva, partindo da construção de vínculo e compreensão da experiência das pessoas idosas, avançando para a ampliação da relação com eventos internos e, por fim, favorecendo o engajamento com valores pessoais e ações significativas. Essa progressão está alinhada à organização de intervenções baseadas em processos, nas quais diferentes dimensões da flexibilidade psicológica são mobilizadas ao longo do percurso (Hayes et al., 2021). Essa progressão não deve ser compreendida como uma sequência rígida, mas como um eixo orientador que pode ser ajustado conforme as demandas emergentes do grupo.

Eixos orientadores dos encontros

Encontro 1 – Acolhimento e construção de contexto grupal

O primeiro encontro tem como foco a construção de um ambiente seguro e acolhedor, favorecendo a participação e o vínculo entre os integrantes do grupo. Nesse momento, busca-se abrir espaço para que as pessoas idosas possam compartilhar aspectos de suas experiências, iniciando um processo de reconhecimento de suas histórias de vida e dos desafios associados ao envelhecimento.

Encontro 2 – Relação com experiências internas

Neste encontro, o foco está na forma como as pessoas se relacionam com pensamentos, emoções e sensações difíceis. Busca-se favorecer a observação dessas experiências,

ampliando a consciência sobre padrões de evitação, controle ou fusão com conteúdos internos, comuns em situações de sofrimento psicológico.

Encontro 3 – Contato com o momento presente e ampliação de consciência

O terceiro encontro enfatiza a importância do contato com o momento presente, favorecendo a atenção ao aqui e agora como recurso para lidar com experiências internas e externas. Esse processo contribui para reduzir a dominância de padrões automáticos e ampliar a possibilidade de escolha comportamental.

Encontro 4 – Valores pessoais e direções de vida

Neste momento, o foco desloca-se para a identificação de valores pessoais, compreendidos como direções que conferem sentido à vida. No contexto do envelhecimento, esse processo pode envolver a reorganização de metas e prioridades, considerando as mudanças e limitações presentes, sem perder de vista aquilo que permanece significativo.

Encontro 5 – Barreiras internas e ação comprometida

O quinto encontro busca integrar os processos anteriores, explorando as dificuldades internas que podem interferir no engajamento com valores, como medo, insegurança ou pensamentos limitantes. A partir disso, favorece-se a construção de ações possíveis e coerentes com as direções de vida identificadas.

Encontro 6 – Integração e fechamento

O encontro final é dedicado à integração dos conteúdos trabalhados ao longo do processo, favorecendo a retomada dos principais aprendizados e a reflexão sobre possíveis continuidades fora do contexto grupal. Também se configura como um espaço para avaliação da experiência e fortalecimento do senso de percurso realizado.

Considerações sobre a condução dos encontros

Embora organizados em eixos temáticos, os encontros devem manter abertura para as demandas emergentes do grupo, respeitando o ritmo, as necessidades e as particularidades das

peessoas idosas participantes. A condução da intervenção pressupõe uma postura flexível por parte do profissional, orientada pelos princípios da ACT e pela compreensão funcional do comportamento (Hayes et al., 2021).

A utilização de recursos como metáforas, exercícios experienciais, compartilhamento de narrativas e práticas de atenção ao presente pode favorecer a mobilização dos processos psicológicos propostos, desde que utilizados de forma contextualizada e sensível à realidade dos participantes.

Cuidados e especificidades no contexto do SUS e no trabalho com pessoas idosas

A implementação de intervenções breves baseadas na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) requer atenção a aspectos específicos relacionados tanto às condições estruturais dos serviços quanto às características da população idosa. Esses elementos influenciam diretamente a adesão, a participação e os efeitos das intervenções, devendo ser considerados desde o planejamento até a condução dos encontros (Brasil, 2008; Cabral et al., 2019).

1. Consideração das condições estruturais do SUS

O contexto dos serviços públicos de saúde é marcado por limitações de tempo, alta demanda, rotatividade de usuários e restrições logísticas. Nesse cenário, intervenções breves devem ser planejadas de forma realista, considerando a disponibilidade dos participantes e a viabilidade de continuidade ao longo dos encontros (Brasil, 2013).

Barreiras como dificuldades de locomoção, incompatibilidade de horários e condições socioeconômicas podem impactar a adesão das pessoas idosas, sendo importante que a proposta interventiva esteja sensível a essas condições desde sua organização.

2. Atenção às barreiras de acesso e permanência

A participação em intervenções grupais pode ser atravessada por obstáculos práticos, como limitações físicas, problemas de saúde, dependência de terceiros para deslocamento e

insegurança em relação a novos contextos. Tais fatores não devem ser compreendidos como resistência, mas como elementos contextuais que influenciam o comportamento (Godoy et al., 2021).

Considerar essas variáveis de forma funcional permite ajustar a proposta e compreender oscilações na participação como parte do processo, e não como falha da intervenção.

3. Ritmo e processamento das informações

No trabalho com pessoas idosas, é importante respeitar o ritmo de processamento das informações, favorecendo explicações claras, pausas adequadas e retomadas frequentes de conteúdos. A condução dos encontros deve priorizar a compreensão e a participação, evitando sobrecarga de informações ou complexidade excessiva na linguagem.

A utilização de exemplos concretos e a conexão com experiências cotidianas podem facilitar a assimilação dos conteúdos trabalhados (Carstensen, 1999).

4. Valorização da história de vida e das experiências acumuladas

As pessoas idosas trazem consigo repertórios construídos ao longo de toda a vida, que influenciam a forma como percebem e respondem às intervenções. Nesse sentido, a escuta atenta e a valorização das narrativas pessoais são fundamentais para a construção de intervenções significativas (Ferreira, 2023).

Ao reconhecer que muitos comportamentos foram, em algum momento, funcionais e necessários, amplia-se a possibilidade de uma relação mais flexível com essas experiências no presente.

5. Sensibilidade a perdas, luto e mudanças de papel

O envelhecimento envolve, frequentemente, experiências de perda — de pessoas significativas, de capacidades físicas, de autonomia ou de papéis sociais. Essas vivências podem estar presentes de forma explícita ou implícita durante os encontros (Baltes & Baltes, 1990).

Intervenções baseadas na ACT favorecem a abertura para essas experiências, sem a necessidade de evitá-las ou eliminá-las, criando espaço para que possam ser integradas à vida de forma mais flexível e significativa (Hayes et al., 2021).

6. Importância do contexto grupal

O formato grupal pode oferecer benefícios adicionais, como o compartilhamento de experiências, a construção de vínculos e a percepção de pertencimento. Para pessoas idosas, especialmente aquelas em situação de isolamento social, esse espaço pode constituir-se como um recurso importante de apoio emocional (Godoy et al., 2021).

A condução do grupo deve favorecer a participação de todos os integrantes, respeitando diferenças individuais e promovendo um ambiente de escuta e respeito mútuo.

7. Flexibilidade na condução da intervenção

Embora organizada em encontros estruturados, a intervenção deve manter abertura para as demandas emergentes do grupo. A condução requer sensibilidade para ajustar o ritmo, retomar conteúdos ou aprofundar temas conforme a necessidade dos participantes.

Essa flexibilidade está alinhada à proposta de intervenções baseadas em processos, nas quais o foco se mantém na função dos comportamentos e na adaptação ao contexto (Hayes et al., 2023).

8. Postura do profissional

Embora organizada em encontros estruturados, a intervenção deve manter abertura para as demandas emergentes do grupo. A condução requer sensibilidade para ajustar o ritmo, retomar conteúdos ou aprofundar temas conforme a necessidade dos participantes.

Essa flexibilidade está alinhada à proposta de intervenções baseadas em processos, nas quais o foco se mantém na função dos comportamentos e na adaptação ao contexto (Hayes et al., 2023).

Fechamento da seção

Considerar essas especificidades amplia a possibilidade de que intervenções breves baseadas na ACT sejam não apenas teoricamente consistentes, mas também efetivamente viáveis e sensíveis à realidade das pessoas idosas atendidas no SUS. A atenção a esses aspectos permite que a proposta interventiva se mantenha alinhada ao contexto em que está inserida, favorecendo a participação, o engajamento e a construção de experiências significativas.

Considerações finais

A presente cartilha buscou apresentar diretrizes orientadoras para a construção de intervenções breves baseadas na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase no cuidado à população idosa. Ao longo do material, foram sistematizados princípios, eixos de organização e cuidados específicos que visam contribuir para práticas mais sensíveis, viáveis e fundamentadas teoricamente.

Intervenções breves não devem ser compreendidas como intervenções simplificadas, mas como propostas que exigem clareza de direção, foco em processos centrais e sensibilidade ao contexto. No caso da ACT, essa direção está relacionada à promoção da flexibilidade psicológica, favorecendo que pessoas idosas possam se engajar em ações coerentes com seus valores, mesmo diante das dificuldades inerentes ao envelhecimento.

Ao considerar a realidade dos serviços públicos de saúde, torna-se fundamental o desenvolvimento de estratégias que dialoguem com as condições concretas de atendimento, sem perder de vista a complexidade das experiências humanas. Nesse sentido, a articulação entre a ACT e modelos desenvolvimentais do envelhecimento, como o modelo de Seleção, Otimização e Compensação (SOC), amplia a compreensão do envelhecer como um processo ativo de adaptação, no qual perdas e possibilidades coexistem.

Por fim, destaca-se que a efetividade de qualquer proposta interventiva está diretamente relacionada à forma como ela é contextualizada. Mais do que a aplicação de procedimentos

específicos, o que se propõe é a construção de espaços que favoreçam novas formas de relação com a experiência, ampliando possibilidades de ação e de sentido na vida das pessoas idosas. Espera-se que este material possa contribuir para o fortalecimento de práticas em saúde mental no SUS, incentivando intervenções que respeitem a singularidade das histórias de vida, promovam engajamento com valores pessoais e ampliem a flexibilidade psicológica como recurso para lidar com os desafios do envelhecimento.

Referências

- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1–34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2015). Flexibilidade psicológica como preditor de bem-estar: Evidências a partir da Terapia de Aceitação e Compromisso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(1), 15–23. <https://doi.org/10.1590/0102-377220150131013>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nasf.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Cadernos de Atenção Básica nº 27: Saúde mental*. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_27_saude_mental.pdf

- Cabral, R. M., Dellaroza, M. S. G., Carvalho, B. G., & Zani, A. V. (2019). O cuidado da pessoa idosa na atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais de saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 18(2). <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v18i2.45026>
- Carstensen, L. L. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165–181. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.3.165>
- Farris, S. G., & Kibbey, M. M. (2022). Focused Acceptance and Commitment Therapy: A brief intervention model for behavioral health settings. In S. C. Hayes & S. G. Farris (Eds.), *Acceptance and commitment therapy and the therapeutic relationship* (pp. 123–140). New Harbinger.
- Ferreira, T. (2023). *Construindo flexibilidade psicológica: O método das narrativas funcionais*. NDD Media.
- Ferreira, G., Ferreira, T., Paixão, C., & de Souza, F. (2021). Intervenções focadas em grupo: ACT com profissionais de saúde em contextos ansiogênicos. In T. A. Ferreira & C. Oshiro (Orgs.), *Terapias contextuais comportamentais: Análise funcional e prática clínica* (pp. 148–163). Manole.
- Ferreira, V. R. T., Vivan, A., Borges, L., Gherardi-Donato, E. C. S., & Silva, A. N. (2021). Aplicações da Terapia de Aceitação e Compromisso Focada (FACT) em contextos de saúde. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 17(1), 59–66. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20210009>
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Smit, F., & Westerhof, G. J. (2010). Mental health promotion as a new goal in public mental health care: A randomized controlled trial of an intervention enhancing psychological flexibility. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2372–2372. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.196196>

- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Godoy, M. M., Souza, R. R., & Pavarini, S. C. I. (2021). Intervenções grupais e saúde mental de idosos na atenção primária: Contribuições para o envelhecimento ativo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 24(1), e210005. <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210005>
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2023). *Aprendendo a terapia baseada em processos: Treinamento de habilidades para a mudança psicológica na prática clínica* (S. M. M. da Rosa, Trad.). Artmed.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de aceitação e compromisso: O processo e a prática da mudança consciente* (2ª ed.). Artmed.
- Lima, A. M. S., Feitosa, C. A., & Costa, E. M. (2019). O protocolo Kairós: Um grupo terapêutico com base na ACT para mulheres idosas. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(1), 23–32. <https://doi.org/10.5935/1678-5568.20190005>
- Medeiros, L. M. A., Pimentel, C. E., & Hartmann Júnior, L. A. (2019). Terapia de aceitação e compromisso (ACT) no manejo da dor crônica em idosos: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(3), e190028. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190028>
- Petkus, A. J., & Wetherell, J. L. (2011). Acceptance and commitment therapy with older adults: Rationale and considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(1), 47–56. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.07.004>
- Strosahl, K., Robinson, P., & Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change: Principles and practice of focused acceptance and commitment therapy*. New Harbinger.