



SEÇÃO: ARTIGO

Bem-estar psicológico, sintomas de depressão e forças do caráter em idosos da comunidade

Psychological well-being, depressive symptoms and character strengths among the community elderly

Bienestar psicológico, síntomas depresivos y fortalezas de carácter en ancianos de la comunidad

Eduarda Rezende

Freitas¹

orcid.org/0000-0002-0315-9549
eduardarezendefr@gmail.com

Altemir José Gonçalves

Barbosa²

orcid.org/0000-0003-0106-7592
altgonc@gmail.com

Recebido em: 20 dez. 2019.

Aprovado em: 31 maio 2021.

Publicado em: 2 maio 2022.

Resumo: Em um mundo com um número crescente de idosos, envelhecer bem se torna cada vez mais importante, e as forças do caráter podem contribuir para que isso seja alcançado. A fim de analisar forças na velhice, associando-as com sintomas depressivos e bem-estar psicológico, 188 idosos responderam às versões reduzidas e em português dos instrumentos Values-in-Action Inventory of Strengths, Escala de Depressão Geriátrica e Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. As forças Amor, Esperança, Curiosidade, Perdão e Vitalidade se associaram tanto a níveis mais elevados de bem-estar psicológico quanto a mais baixos de sintomas depressivos. Foram obtidas correlações significativas entre seis forças e sintomas depressivos – negativas fracas – e entre 11 delas e bem-estar psicológico – positivas fracas. Os resultados deste estudo ampliam, ainda que limitadamente, o conhecimento sobre forças de idosos, especialmente como elas se relacionam com dois construtos que influenciam a velhice. Ademais, fornecem uma base para o desenvolvimento de intervenções futuras.

Palavras-chave: envelhecimento positivo, forças do caráter, idosos, bem-estar, depressão

Abstract: In a world with an increasing number of elderly people, aging well is becoming increasingly important, and character strengths can contribute to this. In order to analyze strengths among the elderly, associating them with depressive symptoms and psychological well-being, 188 elderly people answered the reduced and Portuguese versions of Values-in-Action Inventory of Strengths, Geriatric Depression Scale and Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. Love, Hope, Curiosity, Forgiveness, and Vitality strengths were associated with both higher levels of psychological well-being and lower depressive symptoms. Significant correlations were found between six strengths and depressive symptoms – weak negatives – and between 11 of them and psychological well-being – weak positives. The results of this study expand, albeit to a limited extent, knowledge about elderly people's strengths, especially as they relate to two constructs that influence old age. In addition, they provide a basis for the development of future interventions.

Keywords: positive aging, character strengths, aged, well-being, depression

Resumen: En un mundo con un número creciente de ancianos, envejecer bien se está volviendo cada vez más importante, y las fortalezas de carácter pueden contribuir para esto. Para analizar las fortalezas en ancianos, asociándolas con los síntomas depresivos y el bienestar psicológico, 188 ancianos respondieron las versiones cortas, en portugués, de los instrumentos Values-in-Action Inventory of Strengths, Escala de Depresión Geriátrica y Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. Las fortalezas Amor, Esperanza, Curiosidad, Perdón y Vitalidad se



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
[Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

¹ Universidade Católica de Brasília (UCB), Brasília, DF, Brasil.

² Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil.

asociaron con niveles más altos de bienestar psicológico y síntomas depresivos más bajos. Se encontraron correlaciones significativas entre seis fortalezas y síntomas depresivos – negativas bajas – y 11 entre ellos y el bienestar psicológico – positivas bajas. Los resultados de este estudio amplían, aunque de forma limitada, el conocimiento sobre las fortalezas en ancianos, especialmente en como ellas se relacionan con dos constructos que influyen en la vejez. Además, proporcionan una base para el desarrollo de futuras intervenciones.

Palabras-clave: envejecimiento positivo, fortalezas del carácter, adultos mayores, bienestar, depresión

O Brasil possui, atualmente, mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais e a tendência é de que esse número continue aumentando expressivamente nas próximas décadas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2018). Mais do que viver mais anos, essas pessoas têm o direito de desfrutar de um envelhecimento positivo.

A ideia do envelhecimento positivo tem como base os recursos que o idoso utiliza para permanecer seguro, otimista, mesmo na presença de deterioração física e cognitiva, dor e tristeza (Hill & Smith, 2015). Para os autores, esse conceito será cada vez mais importante à medida que aumenta a quantidade de idosos longevos que precisarão lidar com os desafios dessa etapa da velhice. Atualmente, o Brasil conta com mais de quatro milhões de octogenários e estima-se que, em 2060, esse número ultrapasse os 19 milhões (Lisboa, 2016).

São quatro características específicas que configuram um envelhecimento positivo: (a) capacidade de mobilizar potencialidades psicológicas ou sociais latentes ou inativas; (b) flexibilidade nos pensamentos e comportamentos; (c) estilo de tomada de decisão que fomenta o bem-estar psicológico (BEP) mesmo quando há perda; e (d) ponto de vista otimista sobre questões que envolvem o declínio (Hill, 2011), como as normativas (p. ex., queda dos cabelos e diminuição de tônus muscular) e as não normativas (p. ex., comprometimento cognitivo leve). Assim, o envelhecimento positivo tem como ênfase aceitação e ressignificação das perdas relacionadas à idade por meio de estratégias puramente psicológicas, como gratidão, perdão e altruísmo (Hill & Smith, 2015), que, para a Psicologia Positiva, são

denominadas forças do caráter (FC) (Peterson & Seligman, 2004).

As FC são traços positivos centrais do ser/ identidade e fazer/comportamento de cada indivíduo, manifestando-se, conseqüentemente, por meio de sentimentos, pensamentos e comportamentos (Niemić, 2017). Por serem traços, são estáveis, mas também, maleáveis e distintas umas das outras (Peterson & Seligman, 2004). Além de distinguíveis, elas são dimensionais, isto é, uma pessoa pode manifestar de forma elevada determinada força e com baixa intensidade outra (Park & Peterson, 2009).

A classificação proposta por Peterson e Seligman (2004) considera a existência de 24 FC. Elas contribuem para a realização pessoal e dão base para um desenvolvimento ótimo, isto é, aquele que as pessoas colocam em prática sua "natureza" e seus potenciais, são e dão o melhor de si (Seligman et al., 2005). Além disso, as FC desempenham papel importante no bem-estar individual (Buschor et al., 2013) e coletivo (Niemić, 2017). Interligadas às experiências e habilidades pessoais, contribuem para a redução do sofrimento e a resolução de problemas, ajudando as pessoas a lidarem com os estressores da vida (Bannink, 2012), como o diagnóstico de uma doença, a perda de pessoas queridas e/ou a dificuldade para tomar decisões.

Determinadas FC estão mais relacionadas a construtos específicos que outras. De modo geral, Vitalidade e Esperança se associam positiva e mais fortemente à felicidade (Shimai et al., 2006); Gratidão, Esperança, Vitalidade, Curiosidade e Amor se relacionam positiva e diretamente com a satisfação com a vida (Azañedo et al., 2017; Park & Peterson, 2009); Cidadania prediz menos sintomas depressivos em estudantes do ensino médio; e Amor, Autorregulação, Esperança, Gratidão e Perdão se associam a menores níveis de depressão (Niemić, 2017).

No que se refere ao envelhecimento, constatou-se que Bondade, Prudência e Gratidão se associam à longevidade. Observou-se, também, que Gosto pela Aprendizagem se correlaciona com o envelhecimento saudável e produtivo e

que Perspectiva/Sabedoria tem se associado ao envelhecimento bem-sucedido (Niemi, 2017; Peterson & Seligman, 2004).

Ressalta-se que algumas FC podem ser mais importantes que outras em diferentes momentos da vida. Considerando o bem-estar subjetivo, Martínez-Martí e Ruch (2014) propõem que, para adultos entre 20 e 30 anos, destacam-se as FC que promovem afiliação e comprometimento (p. ex., Bondade e Honestidade). Entre 30 e 40 anos, sobressaem-se as FC que favorecem a manutenção da família e do trabalho (p. ex., Amor e Liderança). Já entre 40 e 50 anos, são mais relevantes aquelas que facilitam um envolvimento vital com o ambiente (p. ex., Gratidão e Gosto pela Aprendizagem). Não obstante, Esperança, Vitalidade e Humor se correlacionam mais fortemente com o bem-estar independentemente da coorte etária.

Os resultados de diversas pesquisas, incluindo intervenções, a respeito das FC são bastante promissores, seja por sua relação positiva com outros construtos positivos, como satisfação com a vida (Park & Peterson, 2009), felicidade (Seligman et al., 2005) e bem-estar subjetivo (Littman-Ovadia & Lavy, 2012) e psicológico (Ribeiro, 2011), seja por sua relação negativa com, por exemplo, sintomatologia depressiva (Bolier et al., 2013). Pesquisas sobre FC têm, comumente, analisado suas relações com sintomas depressivos. A depressão e, particularmente, a depressão geriátrica constituem um grave problema de saúde pública. Na velhice, a presença dessa sintomatologia – ainda que não preencha os critérios diagnósticos de depressão maior dos grandes manuais de classificação, como DSM-V e CID-10 – gera uma série de prejuízos, como comprometimentos neuropsicológicos, lentidão psicomotora, perda de peso e de apetite, prejuízos no sono, diminuição na frequência de atividades de vida diária, que acabam por contribuir para a incapacidade funcional e a mortalidade (Ferreira & Batistoni, 2016). Na literatura, a prevalência de sintomatologia depressiva em idosos varia entre cerca de dois e 50%, dependendo da escala utilizada, do contexto da amostra (p. ex.,

idosos da comunidade, institucionalizados ou ambulatoriais) e da faixa etária incluída (Gullich et al., 2016). Perda da funcionalidade, desenvolvimento de doenças crônicas, morte de pessoas queridas, mudanças de papéis e questões relacionadas à própria finitude representam alguns dos eventos estressores vivenciados pelos idosos e que exigem habilidades de enfrentamento e de adaptação (Ferreira & Batistoni, 2016).

O bem-estar, mais especificamente o BEP, é um importante preditor de envelhecimento positivo (Porter et al., 2015), pois possui correlatos biológicos que constituem fatores de proteção para a saúde na velhice (Stephens et al., 2012) e também tem sido associado, embora com menor frequência, às FC. Ele pode ser definido como o senso de satisfação consigo, da existência de um lugar no ambiente para si e de certa aceitação do que não pode ser alterado (Lawton, 1975). Entre idosos, o BEP se associa negativamente com depressão (Loke et al., 2011; Ryff, 2014) e positivamente com qualidade de vida (Pinar & Oz, 2011). Além do BEP, características disposicionais, por exemplo, otimismo, e traços de personalidade, como extroversão e abertura à experiência, podem facilitar o processo de envelhecimento positivo (Paúl et al., 2015).

A despeito dos resultados abonadores de pesquisas sobre FC, é preocupante a carência com amostras idosas. Dentre outros fatores, essa escassez pode ser devido ao ageísmo ou etarismo, que acarretam desinteresse em trabalhar com esse grupo (Bryant & Koder, 2015), à dificuldade de recrutamento de participantes que atendam critérios de inclusão e exclusão (p. ex., escolaridade suficiente para preenchimento de medidas ipsativas), à carência de instrumentos com evidências de validade para idosos e à compreensão de que adultos e idosos podem ser estudados conjuntamente, sem considerar as particularidades da adultez e da velhice.

Na revisão sistemática da literatura de estudos empíricos sobre FC de idosos publicados entre 1998 e 2014, Freitas et al. (2016) verificaram que somente um artigo (3,33%) (Ruch et al., 2010) discutiu o tema na velhice, sendo que apenas o Hu-

mor foi analisado. Estudos que investigaram todo o conjunto de FC em amostras representativas (Linley et al., 2007; Littman-Ovadia & Lavy, 2012; Seibel et al., 2015) contaram com a participação de pessoas de diversas faixas etárias (p. ex., entre 18 e 68 anos), não havendo uma análise específica das FC em idosos. Ademais, a participação de pessoas na velhice é consideravelmente menor que a de outras coortes etárias.

Transcorridos alguns anos, parece que pouco ou nada mudou no estado da arte descrito por Freitas et al. (2016). A pesquisa brasileira de Seibel et al. (2015) constitui outro exemplo da pouca atenção que tem sido dispensada às FC de idosos. A faixa etária da amostra variou entre 18 e 82 anos, porém a média de idade foi de 35,0 anos (DP=10,8).

Uma vez que a sintomatologia depressiva está relacionada a diversos prejuízos para os idosos, que BEP contribui para o envelhecimento positivo, que traços de personalidade podem ajudar as pessoas a lidar com os desafios do envelhecimento (Paúl et al., 2015) e que FC são traços positivos de personalidade (Niemi, 2017), este estudo teve como objetivo geral analisar as relações entre FC, BEP e sintomas depressivos em idosos. Especificamente, almejou-se identificar quais FC se associam tanto ao BEP quanto aos sintomas depressivos.

Método

Participantes

Participou deste estudo uma amostra não probabilística predominantemente feminina (79,26%; n=149) composta por 188 pessoas, com idades entre 60 e 92 anos (M=69,62; DP=7,99). A média de escolaridade dos idosos foi igual a 7,88 anos (DP=5,91). Com relação ao estado civil, a maioria se declarou casada (53,19%; n=100) e, do restante, 28,72% (n=54) relataram ser viúvos, 9,04% divorciados (n=17) ou 9,04% solteiros (n=17). No que se refere ao nível econômico (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP], 2012), 46,81% (n=88) pertenciam à classe econômica C, 40,43% (n=76) à classe B, 6,91% (n=13) à classe D e 5,85%

(n=11) à classe A.

Instrumentos

Para caracterizar a amostra, foi usado um questionário demográfico elaborado pelos próprios pesquisadores. Ele coleta dados sobre variáveis demográficas, como sexo, idade, escolaridade, situação conjugal e nível socioeconômico.

A fim de rastrear o *status* cognitivo dos participantes, utilizou-se o Miniexame do Estado Mental (MEEM) (Brucki et al., 2003). Esse instrumento contém 30 itens que avaliam funções cognitivas como orientação, memória e linguagem. Para cada item, a pontuação é zero ou um, sendo 30 o escore máximo. Utilizaram-se as considerações efetuadas por Brucki et al. (2003) como pontos de corte. Evidências de validade de critério e de fidedignidade podem ser obtidas em Lourenço e Veras (2006) e Lourenço et al. (2008). O alfa de Cronbach é de 0,71 (Lourenço et al., 2008).

Para analisar o conjunto de FC, utilizou-se o Values-in-Action Inventory of Strengths – versão com 120 itens (VIA-IS-120) (VIA Institute on Character, 2013). A pontuação para cada questão varia entre um ("Não tem nada a ver comigo") e cinco ("Tem tudo a ver comigo"). Assim, trata-se de um instrumento ipsativo (Linley et al., 2007) em que, para cada FC, um escore mínimo de cinco e máximo de 25 pontos é obtido. Evidências de validade (concorrente e fatorial) e estimativa de fidedignidade (consistência interna) podem ser verificadas em Littman-Ovadia (2015) e Littman-Ovadia e Lavy (2015). As propriedades psicométricas do VIA-IS-120 foram analisadas com dados coletados com uma amostra de mais de 700 mil pessoas de diferentes nacionalidades (Littman-Ovadia, 2015), incluindo brasileiros, porém são apresentados apenas resultados gerais, ou seja, não há informações psicométricas específicas para a versão do instrumento em português do Brasil. Os alfas variam entre 0,64 (Liderança) e 0,90 (Espiritualidade), sendo a média igual 0,78. Littman-Ovadia e Lavy (2015) também examinaram a consistência dessa medida com uma amostra (n=686) que incluiu sul-americanos (4,3%), obtendo alfas de Cronbach [médio=0,79] similares

aos obtidos para o VIA-IS (médio=0,83), sendo, segundo Littman-Ovadia (2015), 0,93 a correlação média entre as escalas. Não foi possível calcular o alfa para este estudo, pois o Instituto VIA não informa quais itens compõem cada FC. Eles retornam apenas os resultados das 24 FC a partir dos escores brutos tabulados.

Os sintomas depressivos foram avaliados por meio da Escala de Depressão Geriátrica – versão reduzida (GDS-15) (Almeida & Almeida, 1999a). A GDS-15 é uma escala amplamente utilizada com idosos e contém 15 perguntas respondidas com “sim” ou “não”. A pontuação varia entre zero e um e participantes que obtiverem mais de cinco pontos têm indicativo de depressão. As propriedades psicométricas da escala, especificamente validade concorrente, sensibilidade e especificidade foram examinadas (Paradela et al., 2005) e recomenda-se seu uso para rastreamento de sintomas depressivos em idosos. Também há estimativas de confiabilidade teste-reteste ($r_{no} = 0,86$) e consistência interna ($= 0,81$) satisfatórias para a medida (Almeida & Almeida, 1999a, 1999b).

A fim de analisar o BEP recorreu-se à Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS) (Lawton, 1975) – versão brasileira (PGCMS-Br) (Freitas et al., 2016). Essa escala é composta por 17 itens, divididos em três fatores: Apreensão, Atitude frente ao Próprio Envelhecimento e Insatisfação com a Solidão. A partir da soma dos três fatores obtém-se o BEP total, cuja pontuação varia entre zero e 17. Em cada item as respostas se apresentam de maneira dicotômica. Para que escores mais altos reflitam maior BEP, seis itens devem ser espelhados. A PGCMS-Br possui evidências de validade baseadas na estrutura interna e na relação com outras variáveis, bem como boa estimativa de fidedignidade (Freitas et al., 2016). A consistência interna foi avaliada com o Coeficiente de Kuder-Richardson ($kr-21$), sendo encontrados resultados adequados para o total ($kr-21 = 0,991$) e os três fatores ($0,784 \geq 0,821$) da escala.

Procedimento

Após aprovação pelo comitê de ética em pes-

quisa (CAAE 14978913.8.0000.5147), a investigação foi divulgada em diferentes mídias, como *internet* e panfletos, em centros de convivência para idosos e por meio da estratégia de amostragem conhecida como “bola de neve”. Este procedimento parte, inicialmente, da rede social dos pesquisadores, a fim de recrutar os possíveis participantes.

Utilizou-se idade igual ou superior a 60 anos para inclusão na amostra. Foram excluídos idosos que tivessem sido rastreados com comprometimento cognitivo por meio do MEEM. Quatro idosos atenderam a esse critério e foram encaminhados para uma avaliação mais aprofundada em serviços especializados de saúde não participando, portanto, desta investigação.

Após serem contatados por telefone ou pessoalmente (p. ex., em centros de convivência), os idosos receberam uma explicação geral sobre a pesquisa e, concordando em participar, tiveram agendamento de dia, horário e local (residência, centro de convivência etc.) para o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a aplicação dos demais instrumentos. Eles foram preenchidos pelos pesquisadores na forma de entrevista estruturada individual entre 2014 e 2016.

Análise dos dados

Os dados foram tratados com estatística descritiva e inferencial. No último caso, o nível de significância adotado foi de 0,05 e foram utilizadas provas não paramétricas, mais especificamente Correlação de Postos de Spearman (rs) e Teste U de Mann-Whitney, uma vez que não houve distribuição normal dos dados.

Além de estatística descritiva mais convencional (média, desvio padrão etc.), foi realizada uma Análise de Cluster. Optou-se por uma análise não hierárquica do tipo *Two-Step*, sem definição *a priori* da quantidade de conglomerados.

Resultados

A Tabela 1 apresenta os escores das medidas de BEP, sintomas depressivos e FC, bem como medidas de assimetria e achatamento e os resultados do Teste de Kolmogorov-Smirnov (Z).

Ao considerar Z, constata-se que somente BEP e a força Autorregulação apresentaram distribuição normal. Tendo como base os intervalos das escalas utilizadas e os resultados descritos nessa tabela, é possível afirmar, também, que, no caso das FC e do BEP, houve concentração

na extremidade direita da curva, ou seja, tendem a apresentar escores positivos e elevados. Em relação aos sintomas depressivos, o resultado foi inverso, isto é, os escores se concentraram no extremo esquerdo da curva, denotando níveis baixos dessa sintomatologia.

Tabela 1 – Bem-estar psicológico, sintomas depressivos e forças do caráter em uma amostra de idosos da comunidade

Medidas	M	DP	Md	Assimetria	Curtose	Z
Bem-Estar Psicológico	11,53	3,49	12,00	-0,56	-0,06	1,301
Apreensão	4,20	1,52	4,50	-0,60	-0,51	2,750***
Atitude frente ao Próprio Envelhecimento	2,94	1,42	3,00	-0,14	-0,89	2,051***
Insatisfação com a Solidão	4,39	1,47	5,00	-0,72	-0,16	2,406***
Sintomas Depressivos	2,52	2,63	2,00	1,59	2,45	3,182***
Apreço pelo Belo e pela Excelência	4,18	0,63	4,20	-1,14	2,84	1,368*
Bravura	3,97	0,57	4,00	-0,86	3,07	1,411*
Amor	4,24	0,58	4,20	-1,14	3,54	1,776**
Prudência	4,17	0,60	4,20	-0,85	1,18	2,180***
Cidadania	4,09	0,54	4,00	-0,92	4,62	1,664**
Criatividade	3,84	0,70	4,00	-0,51	-0,18	1,716**
Curiosidade	4,07	0,62	4,00	-0,51	0,41	1,877**
Integridade/Justiça	4,35	0,57	4,40	-1,68	7,13	2,311***
Perdão	4,13	0,63	4,20	-1,43	4,32	1,994**
Gratidão	4,47	0,57	4,60	-2,23	9,17	2,420***
Honestidade	4,48	0,55	4,60	-2,48	10,95	2,405***
Esperança	4,24	0,60	4,20	-1,34	4,66	1,769**
Humor	4,04	0,75	4,00	-1,06	1,92	2,077***
Perseverança	4,26	0,60	4,40	-1,44	4,47	1,976**
Abertura a Novas Ideias	4,04	0,61	4,00	-0,95	3,40	1,928**
Bondade	4,44	0,55	4,60	-2,09	9,07	2,111***
Liderança	4,13	0,61	4,00	-1,05	3,19	1,978**
Gosto pela Aprendizagem	3,55	0,72	3,40	0,22	-0,70	1,698**
Humildade	4,06	0,57	4,00	-1,08	4,15	1,507*
Perspectiva	3,89	0,64	4,00	-0,28	-0,05	1,547*
Autorregulação	3,91	0,68	4,00	-0,26	-0,56	1,119
Inteligência Social	4,15	0,59	4,20	-0,95	2,71	1,521*
Espiritualidade	4,48	0,58	4,60	-2,34	10,31	2,533***
Vitalidade	4,28	0,63	4,20	-1,55	4,78	1,845**

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Ao associar as 24 FC com sintomas depressivos (Tabela 2), constatou-se que seis delas (Cidadania, Curiosidade, Perdão, Esperança, Humor

e Vitalidade) se correlacionaram significativa e negativamente com essa variável. Observou-se, também, que 11 FC (Curiosidade, Humor,

Vitalidade, Perdão, Esperança, Humildade, Autorregulação, Inteligência Social, Perspectiva, Liderança e Perseverança) apresentaram correlação significativa e positiva com BEP Total. Das 24 FC, 13 (Humor, Curiosidade, Autorregulação, Esperança, Abertura a Novas Ideias, Perdão, Inteligência Social, Vitalidade, Liderança, Amor, Criatividade, Perspectiva e Perseverança) apre-

sentaram correlação significativa e positiva com o fator Apreensão. No caso do fator Atitude frente ao Próprio Envelhecimento, somente Humor e Vitalidade se correlacionaram significativa e positivamente com ele. E apenas Humildade se correlacionou significativa e positivamente com Insatisfação com a Solidão. Ressalta-se que a magnitude de todas essas correlações foi fraca.

Tabela 2 – Correlações entre forças do caráter, sintomas depressivos e bem-estar psicológico de idosos da comunidade

Medidas	Sintomas Depressivos	Bem-Estar Psicológico – Total	Apreensão	Atitude frente Ao Próprio Envelhecimento	Insatisfação com a Solidão
Abertura a Novas Ideias	-0,076	0,128	0,201 ^{**}	0,050	0,070
Amor	-0,134	0,106	0,172 [*]	0,098	-0,020
Apreço pelo Belo e pela Excelência	0,059	-0,063	0,025	-0,070	-0,106
Autorregulação	-0,093	0,174 [*]	0,209 ^{**}	0,074	0,100
Bondade	-0,067	0,020	0,073	-0,002	-0,015
Cidadania	-0,157 [*]	0,107	0,122	0,071	0,062
Bravura	-0,038	0,090	0,130	0,020	0,057
Criatividade	-0,093	0,099	0,158 [*]	0,073	0,008
Curiosidade	-0,183 [*]	0,213 ^{**}	0,238 ^{**}	0,135	0,120
Esperança	-0,145 [*]	0,177 [*]	0,207 ^{**}	0,103	0,125
Espiritualidade	-0,099	0,077	0,141	0,041	0,005
Gosto pela Aprendizagem	-0,061	0,045	0,139	0,005	-0,036
Gratidão	-0,096	0,044	0,093	0,025	0,005
Honestidade	0,000	0,003	0,069	-0,020	-0,046
Humildade	-0,020	0,175 [*]	0,115	0,133	0,151 [*]
Humor	-0,167 [*]	0,211 ^{**}	0,240 ^{**}	0,162 [*]	0,070
Inteligência Social	-0,138	0,171 [*]	0,193 ^{**}	0,095	0,099
Integridade/Justiça	-0,063	0,010	0,094	-0,014	-0,049
Liderança	-0,121	0,156 [*]	0,175 [*]	0,075	0,093
Perdão	-0,241 ^{**}	0,184 [*]	0,199 ^{**}	0,123	0,085
Perseverança	-0,070	0,148 [*]	0,147 [*]	0,072	0,124
Perspectiva	-0,052	0,163 [*]	0,149 [*]	0,134	0,084
Prudência	-0,055	0,088	0,115	0,069	0,029
Vitalidade	-0,192 ^{**}	0,197 ^{**}	0,192 ^{**}	0,184 [*]	0,094

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Ao analisar BEP e sintomas de depressão, foram observadas correlações significativas, negativas e moderadas entre os totais das duas me-

das desses construtos ($r(188) = -0,605$; $p < 0,01$) e entre os fatores Apreensão ($r(188) = -0,589$; $p < 0,01$) e Atitude frente ao Próprio Envelheci-

mento ($rs(188)=-0,452$; $p<0,01$) da PGCMS-Br e o total da GDS-15. O fator Insatisfação com a Solidão também se correlacionou significativa e negativamente com sintomas de depressão, mas a magnitude foi fraca ($rs(188)=-0,389$; $p<0,01$).

Uma vez observado que BEP, incluindo o total e os fatores da escala utilizada, e sintomas depressivos tendem a ser variáveis associadas e para considerar as duas variáveis em conjunto, procedeu-se a uma Análise de Cluster com base nos escores totais das duas medidas. Formaram-se dois conglomerados, sendo que, comparativamente, o maior deles possui aproximadamente $\frac{3}{4}$ (75,53%; $n=142$) dos participan-

tes e eles apresentam BEP mais alto ($M=12,87$; $DP=2,46$) e sintomas de depressão mais baixos ($M=1,33$; $DP=1,12$). O outro cluster (24,47%; $n=46$) tem, em termos comparativos, BEP mais baixo ($M=7,40$; $DP=2,92$) e sintomas depressivos mais altos ($M=6,17$; $DP=2,58$).

A Tabela 3 compara os escores das 24 FC desses dois conglomerados. Verifica-se que os participantes com BEP mais alto e sintomas de depressão mais baixos endossam mais as forças Esperança, Perdão, Curiosidade, Vitalidade e Amor que aqueles que apresentam BEP mais baixo e sintomas de depressão mais altos.

Tabela 3 – Comparação de forças do caráter entre conglomerados de idosos formados com base em escores de bem-estar psicológico e sintomas de depressão

Forças do Caráter	Conglomerados						Teste <i>U</i> de Mann- Whitney
	Bem-Estar Psicológico Mais Alto e Sintomas de Depressão Mais Baixos			Bem-Estar Psicológico Mais Baixo e Sintomas de Depressão Mais Altos			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Md</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Md</i>	
Apreço pelo Belo e pela Excelência	4,15	0,65	4,20	4,29	0,58	4,20	2847,500
Bravura	3,95	0,58	4,00	4,02	0,55	4,00	3059,500
Amor	4,30	0,53	4,40	4,06	0,69	4,10	2607,000*
Prudência	4,18	0,60	4,20	4,14	0,62	4,20	3104,500
Cidadania	4,11	0,54	4,00	4,00	0,55	4,00	2876,500
Criatividade	3,85	0,68	4,00	3,81	0,76	3,80	3096,500
Curiosidade	4,13	0,57	4,00	3,89	0,73	4,00	2618,500*
Integridade/Justiça	4,36	0,56	4,40	4,31	0,60	4,40	3166,000
Perdão	4,22	0,52	4,20	3,86	0,85	3,90	2414,000**
Gratidão	4,49	0,55	4,60	4,40	0,63	4,40	3074,500
Honestidade	4,48	0,55	4,60	4,48	0,57	4,60	3224,500
Esperança	4,31	0,56	4,20	4,03	0,64	4,10	2387,000**
Humor	4,10	0,68	4,20	3,82	0,91	3,80	2654,000
Perseverança	4,28	0,60	4,40	4,19	0,63	4,20	2970,000
Abertura a Novas Ideias	4,05	0,60	4,00	3,98	0,64	4,00	3052,000
Bondade	4,45	0,54	4,60	4,39	0,60	4,40	3136,500
Liderança	4,15	0,60	4,10	4,08	0,63	4,00	3036,000
Gosto pela Aprendizagem	3,57	0,71	3,40	3,49	0,73	3,50	3066,500
Humildade	4,09	0,54	4,00	3,99	0,66	4,00	2954,500
Perspectiva	3,91	0,62	4,00	3,85	0,73	3,80	3107,500
Autorregulação	3,96	0,64	4,00	3,77	0,77	3,80	2819,000
Inteligência Social	4,18	0,56	4,20	4,06	0,66	4,20	2966,500
Espiritualidade	4,51	0,59	4,60	4,41	0,54	4,40	2916,500
Vitalidade	4,35	0,56	4,40	4,06	0,75	4,00	2480,000*

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

DISCUSSÃO

Ao analisar as relações entre FC, BEP e sintomas depressivos, constatou-se que Esperança, Perdão, Vitalidade, Curiosidade e Amor se associam tanto a níveis mais altos de BEP quanto

a menor sintomatologia depressiva. Produzir conhecimento científico sobre as 24 FC e, no caso de idosos, essas cinco especificamente, é fundamental, uma vez que elas podem funcionar

como fatores de proteção, contribuindo para a realização pessoal, o bem-estar e para a diminuição de sofrimento (Bannink, 2012; Buschor et al., 2013; Seligman et al., 2005).

Dentre essas cinco forças, o Amor é a que menos se associou ao BEP (total e fatores) e, principalmente, aos sintomas de depressão isoladamente. Além de ser típica de indivíduos com BEP mais alto e sintomas depressivos mais baixos, ela apenas se correlacionou significativa, positiva e fracamente com o fator Apreensão da PGCMS-Br, que, de acordo com Lawton (1975), engloba cognições e comportamentos ansiogênicos.

A vivência do Amor, que abrange a capacidade de dar e aceitar amor dos outros, marcada pela partilha de ajuda e aceitação, contribui para relações próximas de alta qualidade e longevas, o que pode favorecer com que idosos não se sintam (tão) sozinhos ao lidarem com os desafios da velhice e a enfrentarem seus medos. No que se refere aos aspectos cognitivos da ansiedade em idosos, as maiores preocupações estão relacionadas à baixa autoeficácia para viver só e aos medos de sair sozinho, ter uma doença grave e morrer (Nardi et al., 2016). Por meio da prática do Amor, os idosos podem contar com o apoio de pessoas próximas e, também, generalizar seus comportamentos de aceitação e de tolerância com os outros, direcionando-os para si e para as próprias emoções, aceitando o que não está sob seu controle e tolerando o desconforto vivido em momentos de ansiedade mais elevada.

Além de Amor, Apreensão parece ter relação importante com as demais FC, pois 13 delas se correlacionaram positiva e significativamente com esse fator. Sugere-se que futuras pesquisas com idosos aprofundem a análise das relações entre ansiedade e FC, notadamente Humor, Curiosidade, Autorregulação, Esperança, Abertura a Novas Ideias, Perdão, Inteligência Social, Vitalidade, Liderança, Criatividade, Perspectiva, Perseverança e Amor.

A Esperança é uma FC que envolve a atitude de se voltar para o futuro, esperar que resultados desejados aconteçam e esforçar-se para alcançá-los (Niemic, 2017). A pessoa esperançosa

tende a agir de forma confiante. Sua associação com escores mais elevados de BEP e mais baixos de sintomas depressivos reforça o fato de que, segundo Rajandram et al. (2011), sua ausência ou nível reduzido é um dos preditores para esse transtorno do humor. A relação entre Esperança e depressão é fortemente influenciada pela agência, dimensão que se refere à energia direcionada aos objetivos. Na depressão, observa-se uma redução significativa da energia direcionada para o objetivo (Rajandram et al., 2011).

Não foram identificados estudos que associaram Esperança e BEP em idosos. Não obstante, trata-se de uma força que foi identificada como a mais importante para a maioria das dimensões do BEP de estudantes universitários (Hausler et al., 2017) e que se relaciona positivamente com satisfação com a vida (Azañedo et al., 2017; Littman-Ovadia & Lavy, 2012; Park & Peterson, 2009), construto correlato de BEP.

O Perdão também se associou ao BEP mais alto e a sintomas de depressão mais baixos, corroborando as proposições de Niemic (2017) e Beltrão (2012). Trata-se da capacidade para absolver aqueles que fizeram algo de errado (Peterson & Seligman, 2004) e sua ausência implica um conjunto de sentimentos negativos que podem levar à depressão (Beltrão, 2012).

A Vitalidade, que também se relacionou ao BEP mais alto e aos sintomas de depressão mais baixos, é uma FC que permite ao indivíduo encarar a vida com entusiasmo e energia, o que já se opõe à descrição da depressão. Segundo Paradela (2011), a síndrome depressiva é caracterizada por, dentre outros aspectos, desinteresse, sensação subjetiva de diminuição de energia (cansaço, fadiga) e anedonia (diminuição da capacidade de sentir prazer ou alegria). Além disso a Vitalidade tem sido positiva e fortemente associada à felicidade (Shimai et al., 2006) e à satisfação com a vida (Park & Peterson, 2009), construtos correlatos do BEP.

Por fim, o resultado sobre a associação da Curiosidade a níveis mais altos de BEP e mais baixos de sintomas depressivos pode ser explicado pelo fato de que pessoas que apresentam níveis

elevados dessa FC manifestam interesse intrínseco por experiência e conhecimento e gostam de explorar e de descobrir (Peterson & Seligman, 2004), aspectos que se encontram reduzidos na presença de sintomas depressivos. Constatou-se, também, que quanto mais Curiosidade maior a satisfação com a vida (Park & Peterson, 2009).

O aumento da população idosa deve servir como um alerta para os pesquisadores produzirem mais conhecimento sobre a velhice, construindo uma base sólida de informações científicas que fundamentarão políticas públicas e intervenções baseadas em evidências (Paúl et al., 2015). O objetivo principal da "ciência do envelhecimento positivo" deve ser, primeiramente, conhecer e, em seguida, promover aspectos que possam garantir qualidade de vida e bem-estar aos idosos durante o processo de envelhecimento (Hill & Smith, 2015).

Neste estudo, foram observadas correlações significativas negativas entre seis FC – Cidadania, Curiosidade, Esperança, Humor, Perdão e Vitalidade – e sintomas depressivos de idosos. Esses resultados convergem parcialmente para os obtidos na literatura internacional com outras faixas etárias. Littman-Ovadia (2015) constatou relação entre sintomas depressivos e Esperança, Curiosidade, Vitalidade, Gratidão e Amor. Neste estudo, as três primeiras FC também se correlacionaram significativamente com sintomas depressivos. Niemiec (2017) relatou a relação entre Amor, Autorregulação, Esperança, Gratidão, Perdão e menores níveis de depressão. Dessas FC, duas (Esperança e Perdão) também apresentaram correlação estatisticamente significativa na investigação com idosos. A Cidadania, que predisse menos sintomas depressivos em jovens do ensino médio (Niemiec, 2017), também se correlacionou significativa e negativamente com sintomas depressivos neste estudo.

A síndrome depressiva é caracterizada por desinteresse, sensação de diminuição de energia, anedonia (Paradela, 2011) e humor irritável e/ou deprimido (APA, 2014). A estruturação das experiências se dá de forma absolutista e inflexível, com visão negativa de si, dos outros e do

futuro (Beck, 1995). A partir disso, é possível tecer mais algumas explicações sobre as associações obtidas entre FC e sintomatologia depressiva.

Na vivência da Cidadania, a pessoa experiencia identificação e senso de obrigação com um bem comum, que inclui a si e se estende para além dos interesses pessoais, abrangendo os dos grupos dos quais é membro (Peterson & Seligman, 2004). Trabalho em equipe, responsabilidade social e generatividade são dimensões dessa força (Niemiec, 2017). Na depressão, uma visão distorcida de si e do mundo (Beck, 1995) dificulta a vivência cidadã.

Já com relação ao Humor, Morreal (1987) afirma que a pessoa que tem bom humor tende a ser mais descontraída frente às situações potencialmente estressantes e a compreendê-las de forma mais flexível, o que não é observado no transtorno depressivo. Nele, como já dito, está presente o humor irritável e/ou deprimido (APA, 2014) e a estruturação das experiências de forma absolutista, inflexível e negativa (Beck, 1995).

As outras FC que se correlacionaram negativamente com sintomas depressivos, isto é, Amor, Esperança, Vitalidade e Curiosidade também se associaram a níveis mais baixos de sintomas depressivos e a níveis mais elevados de BEP. Ainda que a magnitude das correlações entre as seis FC e os sintomas depressivos tenha sido baixa, os resultados sinalizam a possibilidade de utilizar essas FC, por exemplo, em intervenções positivas ou programas psicoterapêuticos que visem à diminuição de sintomas depressivos.

Mais investigações sobre depressão e velhice são necessárias, pois, apesar de a literatura a esse respeito ser bastante desenvolvida e de existirem resultados abonadores para as intervenções positivas na diminuição de sintomas depressivos (p. ex., Proyer et al., 2014), esse transtorno do humor ainda é subdiagnosticado e subtratado na velhice (Ferreira & Batistoni, 2016), havendo, inclusive, número desproporcional de suicídio nessa fase. Os resultados deste estudo contribuem para ampliar o olhar a respeito das FC que, talvez, devam ser mais enfatizadas em intervenções com idosos deprimidos.

Ademais, há que se ressaltar que, assim como a redução de sintomas e sofrimento não promove automaticamente aspectos positivos, como o bem-estar (Bannink, 2012), o aumento de aspectos positivos não gera necessariamente a diminuição ou remissão dos sintomas. Logo é preciso atentar tanto para os aspectos negativos quanto positivos da velhice.

O BEP, como afirmado anteriormente, é um importante preditor de envelhecimento positivo (Porter et al., 2015) e um dos fatores de proteção para a saúde na velhice (Stephoe et al., 2012). Neste estudo, seu Total apresentou correlações positivas com 11 forças do caráter: Humor, Curiosidade, Perdão, Esperança, Perseverança, Liderança, Humildade, Perspectiva, Autorregulação, Inteligência Social e Vitalidade. Salienta-se que não foram identificadas investigações que tenham associado FC e BEP de idosos. Mesmo quando outras faixas etárias são consideradas, os estudos que associam esses dois construtos são raros [a pesquisa de Hausler et al. (2007) com estudantes universitários constitui uma exceção]. Mais comuns são pesquisas que relacionam FC com satisfação com a vida (Littman-Ovadia & Lavy, 2012; Noronha & Martins, 2016), por exemplo.

Apesar de haver forte evidência empírica sobre a relação positiva entre FC e satisfação com a vida, este construto não é o único critério para uma vida boa (Buschor et al., 2013). Dentre as 11 forças que apresentaram correlação positiva com BEP, Curiosidade, Esperança, Vitalidade (Azañedo et al., 2017; Littman-Ovadia & Lavy, 2012), Inteligência Social e Perseverança (Martínez-Martí & Ruch, 2014) também se relacionam positivamente com satisfação com a vida. E o Humor foi uma das FC que obteve correlação mais forte com bem-estar e afeto positivo de adultos (Martínez-Martí & Ruch, 2014).

Quatro dessas 11 forças, isto é, Liderança, Humildade, Perspectiva e Autorregulação, comumente não têm se correlacionado com os construtos positivos analisados. Isso pode ser justificado por, dentre outras razões, algumas FC variarem em importância para o bem-estar nas diferentes fases da vida (Martínez-Martí &

Ruch, 2014). A Autorregulação, inclusive, tem sido correlacionada positivamente com a idade (Littman-Ovadia & Lavy, 2012). No entanto mais estudos com amostras idosas representativas são necessários para maiores afirmações.

Há que se ressaltar, contudo, que as correlações entre as 11 FC e o BEP foram fracas. Resultados análogos foram obtidos por Shimai et al. (2006) e Littman-Ovadia e Lavy (2012) para o bem-estar subjetivo. Além dessas, outras investigações (p. ex., Noronha & Barbosa, 2016) também têm detectado que as FC se correlacionam de modo fraco ou moderado com construtos positivos diversificados, como percepção de suporte social. Isso pode ser parcialmente explicado pelo fato de que muitas variáveis (p. ex., traços de personalidade) predizem – ou são preditas por – construtos positivos, como o BEP, sendo difícil obter correlações fortes (C. S. Hutz, comunicado em palestra, 29 de junho, 2016).

Limitações do estudo

Não obstante as contribuições desta investigação, suas limitações também devem ser mencionadas. Com relação à validade externa, mais especificamente ao processo de amostragem, assinala-se que esta pesquisa utilizou uma amostra obtida por conveniência, com grande parte dos participantes de uma só cidade. Ademais, a maioria é do sexo feminino, o que tem sido comum em diversas pesquisas (p. ex., Proyer et al., 2014; Seibel et al., 2015), sobretudo naquelas realizadas exclusivamente com idosos (p. ex., Ruch et al., 2010). No que se refere à dimensão da amostra, a participação de pessoas acima de 80 anos foi restrita.

Quanto às limitações da validade interna, é mister mencionar que os instrumentos utilizados ainda carecem de mais evidências de validade e de estimativas de fidedignidade. O VIA-IS-120, por exemplo, apesar de ser uma das principais medidas de FC e ter suas propriedades psicométricas examinadas com amostras que incluem brasileiros, não possui, até o momento, informações a esse respeito específicas para o Brasil. Além disso, como mencionado, os estudos sobre FC

geralmente não distinguem idosos de adultos, negligenciando as especificidades da velhice. Faltam, portanto, estudos sobre quão válidas e fidedignas são as medidas tradicionais de FC para essa coorte etária.

Referências

Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999a). Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57(2-B), 421-426. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>

Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999b). Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD10 and DSMIV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10), 858-865. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199910\)14:10<858::AID-GPS35>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199910)14:10<858::AID-GPS35>3.0.CO;2-8)

American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5a ed.). Artmed.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). (2012). *Critério de classificação econômica Brasil*. <http://www.abep.org>

Azañedo, C. M., Fernández-Abascal, E. G., & Barraca, J. (2017). The short form of the VIA Inventory of Strengths. *Psicothema*, 29(2), 254-260. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.225>

Bannink, F. P. (2012). *Practicing Positive CBT: from reducing distress to building success*. Black-Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118328941>

Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. Guilford Press.

Beltrão, A. G. (2012). *Perdonare: Internalização das motivações para o perdão e seus efeitos sobre os significados de vida* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/8183>

Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive Psychology Interventions: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. *BMC Public Health*, 13(1), 119. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>

Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., & Okamoto, I. H. (2003). Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(3B), 777-781. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>

Buschor, C., Proyer, R. T., & Ruch, W. (2013). Self- and peer-rated character strengths: How do they relate to satisfaction with life and orientations to happiness? *The Journal of Positive Psychology*, 8(2), 116-127. <https://doi.org/10.1080/17439760.2012.758305>

Ferreira, H. G., & Batistoni, S. S. T. (2016). Terapia Cognitivo-Comportamental para Idosos com Depressão. In E. R. Freitas, A. J. G. Barbosa & C. B. Neufeld (Orgs.), *Terapias Cognitivo-Comportamentais com Idosos* (pp. 261-285). Sinopsys.

Freitas, E. R., Barbosa, A. J. G., & Neufeld, C. B. (2016). Forças do caráter de idosos: uma revisão sistemática de pesquisas empíricas. *Psicologia em Pesquisa*, 10(2), 3-11. doi 10.24879/201600100020054

Freitas, E. R., Barbosa, A. J. G., Reis, G. A., & Gomes, L. B. (2016). Bem-Estar Psicológico na Clínica com Idosos. In E. R. Freitas, A. J. G. Barbosa & C. B. Neufeld (Orgs.), *Terapias Cognitivo-Comportamentais com Idosos* (pp. 119-135). Sinopsys.

Gullich, I., Duro, S. M. S., & Cesar, J. A. (2016). Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19(4), 691-701. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040001>

Hausler, M., Strecker, C., Huber, A., Brenner, M., Höge, T., & Höfer, S. (2017). Distinguishing relational aspects of character strengths with subjective and psychological well-being. *Frontiers in Psychology*, 8(1159), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01159>

Hill, R. D. (2011). A Positive Aging Framework for Guiding Geropsychology Interventions. *Behavior Therapy*, 42(1), 66-77. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.006>

Hill, R. D., & Smith, D. J. (2015). Positive aging: At the Crossroads of Positive Psychology and Geriatric Medicine. *APA Handbook of Clinical Geropsychology*, 1, 301-329. <https://doi.org/10.1037/144458-013>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2018, 26 de abril). *Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017*. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/>

Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89. <https://doi.org/10.1093/geronj/30.1.85>

Linley, A. P., Maltby, J., Wood, A. M., Joseph, S., Harrington, S., Peterson, C., ... Seligman, M. E. (2007). Character strengths in the United Kingdom: The VIA inventory of strengths. *Personality and Individual Differences*, 43(2), 341-351. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.12.004>

Lisboa, V. (2016, 26 de outubro). *IBGE: Número de idosos com 80 anos ou mais deve crescer 27 vezes de 1980 a 2060*. <http://agenciabrasil.ebc.com.br>

Littman-Ovadia, H. (2015). Brief report: short form of the VIA inventory of strengths-construction and initial tests of reliability and validity. *International Journal of Humanities Social Sciences and Education (IJHSSE)*, 2(4), 229-237. <https://www.arcjournals.org/pdfs/ijhsse/v2-i4/27.pdf>

Littman-Ovadia, H., & Lavy, S. (2012). Character strengths in Israel. *European Journal of Psychological Assessment*, 28(1), 41-50. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000089>

- Littman-Ovadia, H., & Lavy, S. (2015). Going the Extra Mile Perseverance as a Key Character Strength at Work. *Journal of Career Assessment*, 24(2), 240-252. <https://doi.org/10.1177/1069072715580322>
- Loke, S. C., Abdullah, S. S., Chai, S. T., Hamid, T. A., & Yahaya, N. (2011). Assessment of factors influencing morale in the elderly. *PloS One*, 6(1), 1-8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016490>
- Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 712-719. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000500023>
- Lourenço, R. A., Veras, R. P., & Ribeiro, P. C. C. (2008). Confiabilidade teste-reteste do Mini-Exame do Estado Mental em uma população idosa assistida em uma unidade ambulatorial de saúde. *Revista Brasileira de Geriatria & Gerontologia*, 11(1), 7-16. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2008.11012>
- Martínez-Martí, M. L., & Ruch, W. (2014). Character strengths and well-being across the life span: data from a representative sample of German-speaking adults living in Switzerland. *Frontiers in Psychology*, 5(1253), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01253>
- Morreall, J. (1987). *The Philosophy of Laughter and Humor*. SUNY Press.
- Nardi, T. C., Grassi-Oliveira, R., & Pádua, A. C. (2016). Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento dos Sintomas de Ansiedade em Idosos. In E. R. Freitas, A. J. G. Barbosa & C. B. Neufeld (Orgs.), *Terapias Cognitivo-Comportamentais com Idosos* (pp. 207-230). Sinopsys.
- Niemiec, R. M. (2017). *Character Strengths Interventions: A Field Guide for Practitioners*. Hogrefe Publishing. <https://doi.org/10.1027/00492-000>
- Noronha, A. P. P., & Barbosa, A. J. G. (2016). Forças e virtudes: Escala de forças de caráter. In C. S. Hutz (Org.), *Avaliação em Psicologia Positiva - Técnicas e Medidas* (pp. 21-43). Hogrefe. <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210320>
- Noronha, A. P. P., & Martins, D. D. F. (2016). Associações entre forças de caráter e satisfação com a vida. *Acta Colombiana de Psicologia*, 19(2), 83-89. <https://doi.org/10.14718/ACP.2016.19.2.5>
- Paradela, E. M. P. (2011). Depressão em idosos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 10(2), 31-40. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8850>
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 918-923. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008>
- Park, N., & Peterson, C. (2009). Character strengths: research and practice. *Journal of College & Character*, 10(4), 1-11. <https://doi.org/10.2202/1940-1639.1042>
- Paúl, C., Teixeira, L., & Ribeiro, O. (2015). Positive aging beyond "success": Towards a more inclusive perspective of high level functioning in old age. *Educational Gerontology*, 41(12), 930-941. <https://doi.org/10.1080/03601277.2015.1071590>
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character Strengths and Virtues: a Handbook and Classification*. American Psychological Association.
- Pinar, R., & Oz, H. (2011). Validity and reliability of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale among Turkish elderly people. *Quality of Life Research*, 20(1), 9-18. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9723-4>
- Porter, K. E., Brennan-Ing, M., Burr, J. A., Dugan, E., & Karpiak, S. E. (2015). Stigma and psychological well-being among older adults with HIV. *The Gerontologist*, 57(2), 219-228. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv128>
- Proyer, R. T., Gander, F., Wellenzohn, S., & Ruch, W. (2014). Positive psychology interventions in people aged 50-79 years. *Aging & Mental Health*, 18(8), 997-1005. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.899978>
- Rajandram, R. K., Ho, S. M., Samman, N., Chan, N., McGrath, C., & Zwahlen, R. A. (2011). Interaction of hope and optimism with anxiety and depression in a specific group of cancer survivors: a preliminary study. *BMC research notes*, 4(1), 519. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-519>
- Ribeiro, L. I. O. (2011). *Positividade: intervenção em grupo com pessoas idosas* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/17721>
- Ruch, W., Proyer, R. T., & Weber, M. (2010). Humor as a character strength among the elderly: empirical findings on age-related changes and its contribution to satisfaction with life. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(1), 13-18. <https://doi.org/10.1007/s00391-009-0090-0>
- Ryff, C. D. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in Science and Practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10-28. <https://doi.org/10.1159/000353263>
- Seibel, B. L., DeSousa, D., & Koller, S. H. (2015). Adaptação Brasileira e Estrutura Fatorial da Escala 240-item VIA Inventory of Strengths. *Psico-USF*, 20(3), 371-383. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712015200301>
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Shimai, S., Otake, K., Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. (2006). Convergence of character strengths in American and Japanese young adults. *Journal of Happiness Studies*, 7(3), 311-322. <https://doi.org/10.1007/s10902-005-3647-7>
- Steptoe, A., Demakakos, P., Oliveira, C., & Wardle, J. (2012). Distinctive biological correlates of positive psychological well-being in older men and women. *Psychosomatic Medicine*, 74(5), 501-508. <https://dx.doi.org/10.1097/PSY.0b013e31824f82c8>
- VIA Institute on Character (2013). VIA-IS 120. <https://www.viacharacter.org/surveys.aspx>

Eduarda Rezende Freitas

Doutora e mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em Juiz de Fora, MG, Brasil. Professora da Universidade Católica de Brasília (UCB), em Brasília, DF, Brasil.

Altemir José Gonçalves Barbosa

Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC Campinas), em Campinas, SP, Brasil; mestre em Psicologia Escolar pela PUC Campinas. Professor da Universidade Federal de Juiz de Fora, em Juiz de Fora, MG, Brasil.

Endereço para correspondência

Altemir José Gonçalves Barbosa
Universidade Federal de Juiz de Fora
Rua José Lourenço Kelmer, s/n
Campus Universitário, 36036-900
Juiz de Fora, MG, Brasil

Os textos deste artigo foram revisados pela Poá Comunicação e submetidos para validação do(s) autor(es) antes da publicação.