U.PORTO

MESTRADO
PSICOLOGIA

Adaptação psicológica e interpessoal à transição para a reforma: avaliação de uma intervenção grupal baseada na Terapia Interpessoal

Katia Silveira Mendes

M

2026

Universidade do Porto

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA E INTERPESSOAL À TRANSIÇÃO PARA A REFORMA: AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO GRUPAL BASEADA NA TERAPIA INTERPESSOAL

Katia Silveira Mendes

Outubro 2026

Dissertação apresentada no Mestrado em Psicologia, área de especialização de Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Prof.ª Doutora Maria Raquel Barbosa (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto concetuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Sem prejuízo do disposto anteriormente, a autora declara que recorreu a ferramentas de Inteligência Artificial durante o processo de elaboração deste trabalho. Em particular, foram utilizadas as ferramentas ChatGPT e Claude como apoio à tradução, formatação, revisão linguística, melhoria da coesão do texto, bem como à revisão e clarificação da apresentação de alguns procedimentos estatísticos, as análises estatísticas foram realizadas com recurso ao IBM SPSS Statistics, mantendo-se as decisões analíticas, a interpretação dos resultados, a elaboração científica e a redação inicial da dissertação integralmente da sua responsabilidade.

AGRADECIMENTOS

Momento especial de externar meu agradecimento a todos que, de maneiras diferentes, contribuíram para a realização deste projeto.

À Profª Doutora Maria Raquel Barbosa, quero expressar o meu mais profundo agradecimento. Sua mentoria e diretrizes estratégicas assertivas propiciaram um percurso de grande aprendizagem. A sua orientação ultrapassou largamente a transmissão do seu grande conhecimento científico e da exigência do rigor académico. A generosidade, a sensibilidade, o respeito pelo outro e a disponibilidade para a partilha revelam a sua grandeza e a tornam uma referência de elevado valor académico, profissional e humano.

À Psicóloga Gisela Teixeira, deixo a minha sincera gratidão pela partilha fundamental do seu vasto conhecimento, bem como pelas orientações sempre pertinentes ao longo deste percurso. O seu profissionalismo, rigor e envolvimento foram determinantes para o desenvolvimento e concretização deste projeto desafiante.

Aos meus colegas de profissão, o meu agradecimento por partilharmos experiências e inquietudes inerentes à nossa prática.

Aos meus amigos, família escolhida pelo coração, agradeço o carinho e apoio que nos fortalecem mutuamente.

À minha família, gratidão eterna, sempre será a maior referência de amor, dignidade, integridade, respeito pelo próximo e sentido ético.

Menção especial aos nossos clientes e participantes deste projeto, que com suas verdades e generosidade depositam confiança em nosso trabalho e nos ensinam a beleza de que é possível mudar e buscar ´uma vida que vale a pena ser vivida`, com propósitos genuínos.

RESUMO

A transição para a reforma constitui uma mudança relevante no ciclo de vida adulto, podendo envolver alterações nos papéis sociais, na identidade, nas relações interpessoais, nas rotinas e no bem-estar psicológico. Este estudo avaliou a evolução do bem-estar mental e do ajustamento psicossocial de adultos em transição para a reforma que participaram numa intervenção grupal baseada na Terapia Interpessoal (TIP), comparativamente a um grupo de controlo. Foi utilizado um desenho *quasi*-experimental, com avaliação pré-intervenção (M1) e pós-intervenção (M2) e um grupo de comparação não randomizado. A amostra inicial incluiu 60 participantes, distribuídos igualmente pelos grupos; 59 completaram ambas as avaliações (29 TIP; 30 controlo). A intervenção, realizada online, compreendeu 10 sessões semanais de 90 minutos, centradas na transição de papéis, na reorganização de relações e rotinas, na comunicação interpessoal e no suporte social. Avaliaram-se sintomas de depressão, ansiedade e stress, satisfação com a vida, problemas interpessoais, solidão e bem-estar mental. As ANOVAs mistas evidenciaram interações Grupo × Tempo significativas em todas as variáveis, com evolução mais favorável no grupo TIP, incluindo reduções da depressão, ansiedade, stress, problemas interpessoais e solidão, acompanhadas de aumentos da satisfação com a vida e do bem-estar mental. No grupo TIP, a redução dos problemas interpessoais associou-se também à evolução psicológica mais favorável. Os resultados fornecem evidência preliminar favorável à pertinência de uma intervenção grupal baseada na TIP para a adaptação à reforma. Contudo, a reduzida dimensão amostral, a ausência de randomização, a baixa consistência interna de algumas medidas e a ausência de *follow-up* recomendam prudência na interpretação dos resultados e justificam a realização de estudos com desenhos metodológicos mais robustos.

Palavras-chave: reforma; Terapia Interpessoal; transições de papel; ajustamento psicológico; funcionamento interpessoal; bem-estar mental.

ABSTRACT

The transition to retirement represents a significant change in the adult life cycle and may involve changes in social roles, identity, interpersonal relationships, routines, and psychological well-being. This study evaluated changes in mental well-being and psychosocial adjustment among adults transitioning to retirement who participated in a group intervention based on Interpersonal Psychotherapy (IPT), compared with a control group. A quasi-experimental design was used, with pre-intervention (M1) and post-intervention (M2) assessments and a non-randomized comparison group. The initial sample included 60 participants, equally distributed between groups; 59 completed both assessments (29 IPT; 30 control). The online intervention consisted of 10 weekly 90-minute sessions focusing on role transitions, reorganization of relationships and routines, interpersonal communication, and social support. Symptoms of depression, anxiety, and stress, as well as life satisfaction, interpersonal problems, loneliness, and mental well-being, were assessed. Mixed ANOVAs showed significant Group × Time interactions for all variables, with more favorable changes in the IPT group, including reductions in depression, anxiety, stress, interpersonal problems, loneliness, and increases in life satisfaction and mental well-being. In the IPT group, reductions in interpersonal problems were also associated with more favorable psychological changes. The findings provide preliminary support for the relevance of group-based IPT in adjustment to retirement. However, the small sample size, lack of randomization, low internal consistency of some measures, and absence of follow-up warrant cautious interpretation and further studies using more robust methodological designs.

Keywords: retirement; Interpersonal Psychotherapy; role transitions; psychological adjustment; interpersonal functioning; mental well-being.

Introdução

A reforma constitui uma transição marcante no ciclo de vida adulto, com potenciais repercussões na saúde mental, na identidade e no bem-estar. Embora possa ser antecipada como um período de descanso e liberdade, envolve frequentemente sentimentos ambivalentes e desafios psicossociais (Kim & Moen, 2002; Wang & Shultz, 2010). A sua relevância é acrescida pelo envelhecimento demográfico: em 2025, 24,3% da população portuguesa tinha 65 ou mais anos, acima da média da União Europeia (22,0%; Eurostat, 2026). O aumento da longevidade e o prolongamento do período vivido após a saída do mercado de trabalho reforçam, assim, a necessidade de compreender não apenas as consequências da reforma para o bem-estar, mas também os processos psicológicos, identitários e relacionais que podem favorecer uma adaptação mais positiva.

Neste contexto, a transição para a reforma constitui uma mudança desenvolvimental relevante na vida adulta, que vai além da cessação da atividade profissional. A reorganização das rotinas, dos papéis sociais, das relações interpessoais e, em alguns casos, da própria identidade pode representar, simultaneamente, uma oportunidade de crescimento e uma fonte de vulnerabilidade psicológica (Atchley, 1989; Kim & Moen, 2002; Wang & Shi, 2014).

A adaptação à reforma não segue uma trajetória uniforme. Estudos longitudinais mostram que os indivíduos podem apresentar padrões distintos de mudança no bem-estar ao longo deste processo, desde trajetórias relativamente estáveis até percursos de melhoria ou de maior dificuldade de ajustamento (Wang, 2007). Esta heterogeneidade pode ser compreendida à luz do modelo dinâmico baseado em recursos proposto por Wang, Henkens e van Solinge (2011), segundo o qual a qualidade da adaptação à reforma depende da disponibilidade e da evolução de diferentes recursos individuais e contextuais, incluindo recursos físicos, económicos, cognitivos, motivacionais, emocionais e sociais. Assim, mais do que a reforma em si mesma, parecem ser as condições em que a transição ocorre e os recursos de que cada pessoa dispõe para reorganizar os seus papéis, relações e atividades que contribuem para uma adaptação mais ou menos favorável.

Neste enquadramento, características como o tipo e a forma da transição para a reforma, a centralidade do trabalho para a identidade e o envolvimento em atividades escolhidas pelo próprio podem assumir particular relevância, na medida em que refletem diferentes condições e recursos disponíveis durante este processo de adaptação.

A perspetiva do ciclo de vida permite conceptualizar a reforma como um processo de adaptação cuja experiência depende da interação entre características individuais e contextuais.

A Teoria da Continuidade propõe que a manutenção de padrões internos, como valores e identidade, e externos, como atividades, relações e papéis, facilita a adaptação às mudanças ao longo do processo de envelhecimento (Atchley, 1989). Neste enquadramento, uma transição gradual pode permitir maior continuidade entre o papel profissional e a vida pós-reforma, enquanto uma transição abrupta pode exigir uma reorganização mais rápida de rotinas, vínculos e identidade, na medida em que pode ser vivida como mais disruptiva. Do mesmo modo, quando o trabalho ocupa uma posição central na identidade pessoal, a saída do papel profissional pode implicar uma necessidade acrescida de reconstrução identitária e relacional (Reitzes & Mutran, 2004).

A literatura sugere que o ajustamento à reforma pode ser influenciado tanto pelo momento em que esta ocorre como pelo grau de controlo percebido sobre a decisão de sair do trabalho, embora estas dimensões devam ser conceptualmente distinguidas. A reforma antecipada refere-se ao momento da saída relativamente à idade habitual ou legal de reforma e pode ocorrer de forma voluntária ou involuntária. Por sua vez, a voluntariedade diz respeito ao grau em que a decisão é percebida como escolhida e controlada pelo próprio. A evidência tem sido particularmente consistente quanto às consequências menos favoráveis da reforma involuntária, que tende a associar-se a maior vulnerabilidade psicológica e a piores indicadores de ajustamento (Zhai et al., 2022). No presente estudo, foi considerada a distinção entre reforma por idade e reforma antecipada, pelo que esta variável deve ser interpretada como uma característica do momento da reforma, e não como um indicador direto da voluntariedade da decisão. Importa, assim, explorar se o momento em que ocorre a reforma, por idade ou de forma antecipada, está associado à resposta à intervenção, sem assumir que esta distinção reflete necessariamente um controlo maior ou menor sobre a decisão.

Considerando a heterogeneidade das trajetórias de adaptação descritas na literatura, a transição para a reforma não deve ser conceptualizada, de forma generalizada, como um período de deterioração da saúde mental. Para alguns indivíduos, a saída do trabalho pode associar-se a maior liberdade, redução das exigências profissionais e melhoria do bem-estar; para outros, pode constituir um período particularmente exigente, marcado por perdas de papéis, alterações das rotinas, redução de contactos sociais ou dificuldades na reorganização da identidade. De facto, a evidência disponível aponta para efeitos heterogéneos da reforma na saúde mental. Odone et al. (2021), numa revisão sistemática e meta-análise, encontraram, globalmente, uma redução do risco de depressão após a reforma, embora com elevada heterogeneidade entre os estudos. Esta variabilidade sugere que os efeitos da transição dependem das circunstâncias em que ocorre e dos recursos disponíveis para lhe fazer face (Wang & Shultz, 2010). Estudos

longitudinais mostram, por exemplo, que o planeamento prévio e a natureza voluntária da reforma se associam a uma adaptação mais favorável, assim como recursos pessoais e sociais, como a autoestima e a manutenção de vínculos significativos (Reitzes & Mutran, 2004). A centralidade atribuída ao papel profissional e os motivos subjacentes à saída do trabalho parecem igualmente relevantes para a qualidade da experiência de reforma (Quick & Moen, 1998). Por outro lado, nem todos os estudos identificam uma melhoria da saúde mental após esta transição; Olesen et al. (2015), por exemplo, observaram trajetórias distintas nos indicadores de tratamento da depressão antes e após a reforma, reforçando a ideia de que os seus efeitos não são uniformes. Assim, mais do que a reforma em si mesma, parecem ser particularmente relevantes as circunstâncias em que a transição ocorre e os recursos de que o indivíduo dispõe para lhe fazer face. A perda ou transformação de papéis ocupacionais, a quebra de rotinas, as alterações das redes de suporte e uma saída do trabalho vivida como pouco controlada podem, em determinadas circunstâncias, aumentar a vulnerabilidade psicológica (Szinovacz & Davey, 2005; van Solinge & Henkens, 2008; Zhai et al., 2022). É precisamente esta variabilidade que reforça a pertinência de intervenções dirigidas não à reforma enquanto acontecimento em si, mas aos processos de adaptação que a acompanham, nomeadamente à reorganização de papéis, das relações interpessoais e dos recursos de suporte

Evidências empíricas mostram que a adaptação à reforma não segue uma trajetória uniforme. Saúde, recursos económicos, suporte social, planeamento, circunstâncias da saída do trabalho e oportunidades de envolvimento em atividades significativas podem contribuir para diferenças no ajustamento e na satisfação após a reforma (Kim & Moen, 2002; van Solinge & Henkens, 2008; Wang & Shultz, 2010). Esta heterogeneidade é igualmente evidenciada por Pinquart e Schindler (2007), que identificaram diferentes trajetórias de satisfação com a vida durante a transição para a reforma, demonstrando que esta mudança pode ser acompanhada por padrões distintos de evolução do bem-estar. A confirmar a complexidade deste processo, Teques et al. (2025), numa revisão sistemática e meta-análise de estudos europeus, evidenciaram a existência de associações significativas entre a reforma e diferentes indicadores de bem-estar, a salientar a heterogeneidade dos resultados entre estudos. O envolvimento em atividades significativas poderá constituir também um recurso relevante para o ajustamento, e a revisão sistemática de Sharifi et al. (2023) evidenciou uma associação positiva entre a participação em atividades físicas e de lazer e o ajustamento psicológico de pessoas reformadas. Paralelamente, também há evidências de que o período pós-reforma pode constituir uma fase particularmente exigente para alguns indivíduos, na medida em que exigem a reorganização de rotinas, papéis e relações sociais, podendo associar-se a alterações no bem-estar e no

ajustamento psicológico (Reitzes & Mutran, 2004; van Solinge & Henkens, 2008). Neste sentido, intervenções que trabalhem com estas dimensões podem contribuir para uma adaptação mais positiva a esta etapa do ciclo de vida.

Apesar da relevância crescente da adaptação à reforma, muitas intervenções desenvolvidas neste domínio têm incidido predominantemente na preparação para a saída do mercado de trabalho, a privilegiar componentes informativas e psicoeducativas relacionadas com o planeamento financeiro, à saúde, à gestão do tempo e à organização da vida quotidiana. Embora estas intervenções possam contribuir para uma preparação mais estruturada da reforma, ainda há uma disponibilidade limitada de intervenções psicoterapêuticas especificamente dirigidas às necessidades psicológicas dos adultos mais velhos (Rabaioli-Fischer & Söder, 2021).

A Terapia Interpessoal (TIP) é uma intervenção breve e estruturada, originalmente desenvolvida para o tratamento da depressão, cuja eficácia tem sido sustentada por um corpo consistente de investigação, particularmente no domínio da sintomatologia depressiva. Ao longo do tempo, a abordagem foi sendo aplicada a diferentes populações e contextos clínicos, mantendo como eixo central a relação entre sintomas psicológicos, acontecimentos de vida significativos e funcionamento interpessoal (Klerman et al., 1984).

A sua aplicação à transição para a reforma assenta num racional teórico e clínico. A saída do trabalho pode envolver alterações significativas de papéis, rotinas, relações e fontes de suporte, dimensões que se aproximam diretamente das áreas de intervenção da TIP, em particular das transições de papel. Neste sentido, a TIP poderá constituir uma abordagem particularmente pertinente para apoiar a reorganização interpessoal e identitária associada à reforma, embora a evidência empírica sobre a sua utilização específica neste contexto permaneça ainda limitada.

Entre as quatro áreas-problema tradicionalmente consideradas na TIP: luto, disputas de papel, transições de papel e dificuldades/défices interpessoais, as transições de papel constituem o enquadramento mais diretamente aplicável à reforma. Estas ocorrem quando uma mudança significativa nas circunstâncias de vida exige a adaptação a um novo papel social, a implicar frequentemente na necessidade de abandonar expectativas associadas ao papel anterior, lidar com sentimentos de perda e desenvolver novas formas de funcionamento interpessoal (Klerman et al., 1984; Lipsitz & Markowitz, 2013). Neste sentido, a reforma pode ser conceptualizada como uma transição de papéis particularmente relevante, na medida em que pode implicar a passagem de uma identidade mais estruturada em torno da atividade profissional para uma

organização da vida quotidiana em que novos papéis, objetivos, rotinas e fontes de significado necessitam de ser construídos ou reforçados.

Embora as transições de papel constituam o foco central da aplicação da TIP à reforma, as restantes áreas-problema podem igualmente assumir relevância complementar. O trabalho sobre o luto pode facilitar a elaboração das perdas simbólicas associadas ao abandono do papel profissional, do estatuto, das rotinas e das relações construídas no contexto laboral. Os conflitos ou desafios interpessoais podem tornar-se relevantes quando a reforma altera expectativas, responsabilidades ou padrões de convivência nas relações conjugais e familiares. Por sua vez, dificuldades nas relações sociais ou a diminuição dos contactos anteriormente proporcionados pelo trabalho podem tornar particularmente importante a intervenção em dificuldades interpessoais e na construção e manutenção de relações significativas (Lipsitz & Markowitz, 2013; Weissman et al., 2018).

A pertinência desta abordagem encontra ainda suporte na sua utilização com adultos mais velhos. A TIP tem sido aplicada nesta população, sobretudo no tratamento da depressão e na adaptação a perdas e outras transições significativas do ciclo de vida (Hinrichsen, 2008; Miller, 2008). A evidência disponível sustenta a eficácia da TIP na redução da sintomatologia depressiva, incluindo em adultos mais velhos, embora grande parte da investigação tenha sido feito em populações clínicas com quadro de depressão (Cohen et al., 2024; Hinrichsen, 1999; Miller, 2008). A ênfase da TIP na relação entre acontecimentos da vida, mudanças de papel e funcionamento interpessoal faz com que esta abordagem seja pertinente para intervenções dirigidas à reorganização das relações e dos recursos interpessoais perante transições significativas (Lipsitz & Markowitz, 2013; Weissman et al., 2018).

Deste modo, a TIP permite abordar, de forma integrada, várias dimensões potencialmente afetadas pelo período de transição para a reforma, facilitar a adaptação às mudanças de papel e fortalecer os recursos interpessoais disponíveis (Miller, 2008; Weissman et al., 2018).

O formato grupal poderá trazer algumas vantagens particularmente relevantes neste contexto. A partilha de experiências entre pessoas que atravessam uma transição semelhante pode favorecer a normalização das dificuldades, a identificação de recursos comuns e a perceção de apoio social. No contexto da TIP grupal, as interações entre os participantes podem também constituir oportunidades para explorar padrões relacionais, dificuldades interpessoais e estratégias de adaptação no próprio contexto do grupo (Wilfley et al., 2000). Além disso, um contexto grupal pode constituir um espaço privilegiado para explorar mudanças de papéis, relações interpessoais e novas formas de participação social. Estas características tornam o

formato grupal clinicamente plausível para uma intervenção centrada na transição para a reforma, embora a evidência empírica sobre os seus efeitos específicos neste contexto permaneça limitada.

Importa sublinhar que a intervenção considerada no presente estudo corresponde a um protocolo baseado nos princípios e nas áreas focais da TIP, adaptado, em particular, ao domínio das transições de papel e não à aplicação integral do protocolo clínico original desenvolvido para o tratamento da depressão major (Klerman et al., 1984), distinção relevante para a interpretação dos resultados esperados. Apesar das crescentes evidências internacionais sobre a eficácia da TIP em adultos mais velhos e em transições de vida (Hinrichsen, 2008), a investigação especificamente dedicada à aplicação da TIP durante a transição para a reforma permanece ainda limitada, particularmente no contexto português, o que reforça a pertinência do presente estudo.

Neste sentido, este estudo procura contribuir para o conhecimento sobre a adaptação psicológica e interpessoal à transição para a reforma, explorando a pertinência de uma intervenção grupal baseada nos princípios da Terapia Interpessoal neste período do ciclo de vida. Pretende-se, ainda, gerar evidência preliminar que possa informar o desenvolvimento e aperfeiçoamento de futuras intervenções psicológicas dirigidas a adultos em transição para a reforma, bem como estimular investigação posterior com desenhos mais robustos e amostras mais alargadas.

Os resultados poderão igualmente fornecer pistas relevantes para profissionais que trabalham com adultos em transição para a reforma, nomeadamente quanto à importância das dimensões relacionais, identitárias e de apoio social neste processo de adaptação.

Objetivos e Hipótese

O objetivo principal deste estudo foi avaliar a evolução do bem-estar mental e do ajustamento psicossocial de adultos em processo de transição para a reforma que participaram numa intervenção grupal baseada na Terapia Interpessoal (TIP), comparativamente a um grupo de controlo, entre os momentos pré-intervenção (M1) e pós-intervenção (M2). Especificamente, pretendeu-se analisar as diferenças entre os grupos na evolução dos sintomas de depressão, ansiedade e stress, da satisfação com a vida, do bem-estar mental, da solidão e dos problemas interpessoais.

A evidência disponível sustenta a eficácia da Terapia Interpessoal, sobretudo na redução da sintomatologia depressiva, tendo a abordagem também sido utilizada em diferentes populações e contextos clínicos ao longo do ciclo de vida (Cohen et al., 2024; Cuijpers et al., 2016). Para além dos seus efeitos sobre a sintomatologia, a TIP apresenta particular pertinência em situações marcadas por mudanças de papel, perdas e dificuldades relacionais, dimensões especialmente relevantes na idade adulta mais avançada e em períodos de transição significativa (Hinrichsen, 2008; Miller, 2008). Considerando que a reforma pode implicar uma reorganização dos papéis sociais, das relações interpessoais, das rotinas e das fontes de suporte, é teoricamente plausível que uma intervenção grupal baseada nestes princípios favoreça uma adaptação mais positiva a esta transição.

H1. Espera-se uma interação Grupo × Tempo nas variáveis psicológicas avaliadas, traduzida numa evolução mais favorável do grupo TIP, em comparação com o grupo de controlo, entre M1 e M2. Concretamente, espera-se uma diminuição dos sintomas de depressão, ansiedade e stress, da solidão e dos problemas interpessoais, acompanhada de um aumento da satisfação com a vida e do bem-estar mental.

Objetivos secundários

- Explorar se determinadas características da experiência de transição para a reforma estavam associadas à magnitude da resposta à intervenção. Foram considerados: (a) o tipo de reforma, distinguindo entre reforma por idade e reforma antecipada; (b) a forma como ocorreu a transição, gradual ou abrupta; (c) a centralidade atribuída ao papel profissional na identidade; e (d) o envolvimento em atividades escolhidas pelo próprio após a reforma. Atendendo ao carácter exploratório destas análises e à dimensão da amostra, não foram formuladas hipóteses direcionais específicas relativas ao papel moderador destas características.

- Explorar a associação entre a melhoria do funcionamento interpessoal e a evolução dos restantes indicadores psicológicos ao longo da intervenção. Mais especificamente, pretendeu-se analisar se a redução dos problemas interpessoais entre M1 e M2 se associava a diminuições nos sintomas de depressão, ansiedade, stress e solidão, e a aumentos na satisfação com a vida e no bem-estar mental.

Esta análise teve um carácter exploratório e associativo, não permitindo inferir relações causais nem efeitos de mediação.

Método

1. Desenho do estudo

O presente estudo adotou um desenho *quasi*-experimental, com avaliação pré e pós-intervenção e grupo de comparação não randomizado. Foram considerados dois momentos de avaliação: M1, correspondente à avaliação pré-intervenção, e M2, correspondente à avaliação pós-intervenção. Comparou-se um grupo que participou numa intervenção grupal baseada na Terapia Interpessoal (TIP) a um grupo de controlo. A amostra inicial incluiu 60 participantes, 30 em cada grupo. Um participante do grupo TIP não completou a avaliação em M2, pelo que as análises que envolveram os dois momentos de avaliação foram realizadas com 59 participantes (TIP, n = 29; controlo, n = 30), enquanto as análises referentes exclusivamente a M1 incluíram os 60 participantes. Dada a ausência de randomização, os resultados devem ser interpretados como diferenças de mudança associadas à condição de intervenção, o que não permite estabelecer causalidade experimental plena.

2. Participantes

A amostra inicial foi constituída por 60 adultos em transição para a reforma, distribuídos igualmente entre o grupo TIP (n = 30) e o grupo de controlo (n = 30). Os participantes tinham entre 59 e 73 anos (M = 65.45, DP = 4.08); quatro participantes tinham 59 anos e encontravam-se já em processo de transição para a reforma. Da amostra total, 24 participantes (40.0%) eram mulheres e 36 (60.0%) homens. A maioria era casada ou vivia em união de facto (n = 44; 73.3%) e apresentava formação ao nível de mestrado/pós-graduação (n = 39; 65.0%), enquanto 21 participantes (35.0%) tinham licenciatura. No momento da avaliação inicial, 30 participantes (50.0%) estavam reformados, 24 (40.0%) encontravam-se em transição para a reforma e seis (10.0%) permaneciam profissionalmente ativos. Quanto ao processo de reforma, 44 participantes (73.3%) indicaram reforma por idade e 16 (26.7%) reforma antecipada; não se observaram casos de reforma por doença/incapacidade na base analisada. A transição foi descrita como gradual por 41 participantes (68.3%) e abrupta por 19 (31.7%). A importância

atribuída ao trabalho para a identidade foi elevada (M = 4.35, DP = 0.68; amplitude = 3–5). Na avaliação inicial, 48 participantes (80.0%) referiram participar em atividades escolhidas por si e 12 (20.0%) não. A caracterização detalhada da amostra total e por grupo é apresentada na Tabela 1.

O recrutamento foi realizado através da divulgação do estudo junto de associações de reformados, sindicatos, câmaras municipais, organizações comunitárias e redes sociais.

O estado, face ao processo de transição para a reforma, foi operacionalizado em função da posição temporal do participante relativamente à cessação da atividade profissional. Foram considerados em pré-reforma os participantes que permaneciam profissionalmente ativos, mas cuja reforma estava prevista ou planeada para os 12 meses subsequentes à avaliação. Por sua vez, foram classificados como pós-reforma quando a transição já havia ocorrido, entre 0 e 24 meses após o término da atividade profissional, conforme o protocolo. Assim, no questionário de caracterização, para os participantes em pré-reforma foi registada a data prevista ou planeada para a reforma, enquanto, para os participantes já reformados, foi registada a data em que a reforma efetivamente ocorreu.

A inclusão foi determinada pela situação concreta, face ao processo de transição para a reforma, e não exclusivamente pela idade cronológica. Esta opção é consistente com o enquadramento teórico do estudo, segundo o qual a reforma é entendida como um processo de transição de papel que pode iniciar-se antes da cessação formal da atividade profissional e prolongar-se durante o período de adaptação subsequente. Assim, participantes com 59 anos puderam ser incluídos quando cumpriam os restantes critérios de elegibilidade e se encontravam efetivamente em processo de pré-reforma ou de transição para a reforma.

Desta forma, os critérios de inclusão foram: adultos no processo de transição para a reforma, em fase de pré-reforma ou pós-reforma, de acordo com os critérios estabelecidos no protocolo do estudo; capacidade cognitiva preservada, compatível com a compreensão dos procedimentos e a participação na intervenção; disponibilidade para participar nas diferentes etapas do estudo e fornecer o consentimento informado por escrito.

Os critérios de exclusão estabelecidos foram: diagnóstico prévio de demência ou de outra condição neurodegenerativa grave; participação simultânea noutra intervenção psicológica estruturada; situação clínica, psicológica ou funcional que comprometesse a participação regular nas sessões.

Com o objetivo de favorecer a comparabilidade entre o grupo TIP e o grupo de controlo, procurou-se assegurar uma distribuição semelhante dos participantes quanto às principais

características sociodemográficas e às variáveis relacionadas com o processo de transição para a reforma. Esta estratégia não correspondeu a um emparelhamento individual nem a uma randomização dos participantes, devendo ser entendida como uma aproximação à composição dos grupos.

Os dois grupos apresentaram uma composição globalmente comparável quanto à idade, género, estado civil, nível de escolaridade, situação atual face à reforma, tipo e forma de transição para a reforma, importância atribuída ao trabalho para a identidade e participação em atividades escolhidas.

Embora se tenham observado pequenas diferenças na distribuição de algumas características sociodemográficas e relativas ao processo de transição, estas foram consideradas na interpretação dos resultados e serão analisadas como potenciais variáveis de contexto.

Tabela 1

Características sociodemográficas e da transição para a reforma na amostra total e por grupo

Característica	**Total (N = 60)**	**TIP (n = 30)**	**Controlo (n = 30)**
Idade, M (DP)	65.45 (4.08)	65.77 (4.18)	65.13 (4.01)
Amplitude etária	59–73	59–73	59–72
Género, n (%)			
Feminino	24 (40.0)	14 (46.7)	10 (33.3)
Masculino	36 (60.0)	16 (53.3)	20 (66.7)
Estado civil, n (%)			
Solteiro/a	1 (1.7)	1 (3.3)	0 (0.0)
Casado/a ou união de facto	44 (73.3)	23 (76.7)	21 (70.0)
Divorciado/a	7 (11.7)	2 (6.7)	5 (16.7)
Viúvo/a	8 (13.3)	4 (13.3)	4 (13.3)
Escolaridade, n (%)			
Licenciatura	21 (35.0)	11 (36.7)	10 (33.3)
Mestrado/Pós-graduação	39 (65.0)	19 (63.3)	20 (66.7)
Situação atual, n (%)			
Reformado/a	30 (50.0)	16 (53.3)	14 (46.7)
Em transição para a reforma	24 (40.0)	12 (40.0)	12 (40.0)
Profissionalmente ativo/a	6 (10.0)	2 (6.7)	4 (13.3)
Tipo de reforma, n (%)			
Por idade	44 (73.3)	22 (73.3)	22 (73.3)
Antecipada	16 (26.7)	8 (26.7)	8 (26.7)
Forma de transição, n (%)			
Gradual	41 (68.3)	19 (63.3)	22 (73.3)
Abrupta	19 (31.7)	11 (36.7)	8 (26.7)
Importância do trabalho para a identidade, M (DP)	4.35 (0.68)	4.33 (0.71)	4.37 (0.67)
Participação em atividades escolhidas, n (%)			
Sim	48 (80.0)	24 (80.0)	24 (80.0)
Não	12 (20.0)	6 (20.0)	6 (20.0)

Nota. Percentagens calculadas em cada coluna. A importância do trabalho para a identidade foi avaliada de 1 (nada importante) a 5 (extremamente importante). A categoria "reforma por doença/incapacidade" estava prevista no questionário, mas não foi observada na amostra analisada.

3. Instrumentos

3.1. Questionário Sociodemográfico e Caracterização da Reforma

Foram aplicados um questionário sociodemográfico e outro de caracterização da transição para a reforma (Anexo A). O inquérito procurou caracterizar não apenas as variáveis sociodemográficas, mas também dimensões diretamente relacionadas com a experiência da transição para a reforma, permitindo contextualizar os resultados psicológicos e interpessoais obtidos nos instrumentos de avaliação.

Entre as variáveis disponíveis encontram-se a forma de transição para a reforma (1 = gradual; 2 = abrupta), o tipo de reforma (1 = por idade; 2 = antecipada; 3 = por doença/incapacidade), a importância atribuída ao trabalho para a identidade, avaliada numa escala de 1 (nada importante) a 5 (extremamente importante), a participação em atividades escolhidas pelo próprio (1 = sim; 2 = não).

As variáveis acima descritas foram selecionadas por permitirem caracterizar fatores potencialmente relevantes para a adaptação à mudança de papel, nomeadamente a centralidade do papel profissional, a modalidade e o ritmo da transição e a existência de atividades significativas para além do trabalho.

3.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), versão portuguesa da *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995), foi adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004). No presente estudo, a EADS-21 foi utilizada para avaliar indicadores de sintomatologia emocional relevantes para o ajustamento psicológico à transição para a reforma, permitindo analisar especificamente os domínios da depressão, ansiedade e stress.

O instrumento é composto por 21 itens, distribuídos equitativamente em três subescalas: Depressão, Ansiedade e Stress, cada uma com sete itens. Os participantes indicam em que medida cada afirmação se aplicou à sua experiência durante a semana anterior, numa escala de resposta de quatro pontos, de 0 (não se aplicou nada a mim) a 3 (aplicou-se a mim a maior parte

das vezes). As pontuações de cada subescala são obtidas pela soma dos respetivos sete itens, variando entre 0 e 21, sendo que valores mais elevados correspondem a maior sintomatologia. No presente estudo foram utilizadas as pontuações brutas das subescalas, sem conversão para a métrica da versão de 42 itens.

No estudo de adaptação portuguesa, Pais-Ribeiro et al. (2004) encontraram uma estrutura de três dimensões semelhante à versão original e coeficientes de consistência interna de α = .85 para Depressão, α = .74 para Ansiedade e α = .81 para Stress, bem como correlações elevadas entre as dimensões correspondentes das versões de 21 e 42 itens (r = .94 - .98). Na presente amostra, contudo, a consistência interna foi inferior à observada no estudo de validação. Em M1, obtiveram-se α = .55 e ω = .57 para Depressão, α = .55 e ω = .56 para Ansiedade e α = .60 e ω = .62 para Stress. Em M2, os valores foram, respetivamente, α = .46 e ω = .48, α = .65 e ω = .64, e α = .49 e ω = .51. Estes resultados indicam consistência interna baixa a modesta, devendo as pontuações das subescalas ser interpretadas com prudência.

3.3. Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

A Escala de Satisfação com a Vida (*Satisfaction With Life Scale*, SWLS), originalmente desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985), foi utilizada na versão portuguesa validada por Laranjeira (2009). A inclusão desta medida decorre do enquadramento do estudo sobre ajustamento à reforma, uma vez que a avaliação da adaptação a esta transição não deve restringir-se à presença ou ausência de sintomatologia psicológica, devendo igualmente considerar indicadores positivos de funcionamento e de bem-estar.

Trata-se de uma medida unidimensional, constituída por cinco itens, destinada a avaliar a componente cognitiva do bem-estar subjetivo, isto é, a avaliação global que o indivíduo faz da sua satisfação com a vida. Os itens são respondidos numa escala de tipo Likert de sete pontos, de 1 (totalmente em desacordo) a 7 (totalmente de acordo). A pontuação total corresponde à soma dos cinco itens, podendo variar entre 5 e 35, e pontuações mais elevadas indicam maior satisfação com a vida.

No estudo de validação para a população portuguesa, Laranjeira (2009) encontrou boas propriedades psicométricas, nomeadamente elevada consistência interna (α = .89) e boa estabilidade temporal, com uma correlação teste-reteste de r = .86 para a pontuação total. Foram igualmente encontradas evidências de validade discriminante. Na presente amostra, a consistência interna foi α = .78 e ω = .78 em M1 e α = .64 e ω = .65 em M2.

3.4. Inventory of Interpersonal Problems - 32 (IIP-32)

O *Inventory of Interpersonal Problems* – 32 (IIP-32; Barkham et al., 1996) foi utilizado na versão portuguesa estudada por Faustino e Vasco (2020). O instrumento é composto por 32 itens, respondidos numa escala de 0 (de forma alguma) a 4 (extremamente), e avalia dificuldades interpessoais organizadas em oito domínios, conceptualizados numa estrutura circumplexa.

No presente estudo, optou-se por utilizar a pontuação global dos 32 itens, dada a natureza exploratória das análises e por razões de parcimónia, com o objetivo de avaliar a mudança global nas dificuldades interpessoais ao longo da intervenção. Valores mais elevados correspondem a uma maior intensidade de problemas interpessoais. Esta opção não pressupõe que o instrumento seja conceptualmente unidimensional, devendo a pontuação global ser interpretada como um indicador agregado do funcionamento interpessoal.

Na presente amostra, a consistência interna da pontuação global foi de $\alpha = .65$ em M1 e $\alpha = .59$ em M2. Não foi apresentado um coeficiente ω unifatorial para a pontuação total, em conformidade com a estrutura multidimensional e circumplexa do instrumento.

3.5. UCLA Loneliness Scale (UCLA-LS-3)

UCLA *Loneliness Scale – Version* 3 (UCLA-LS-3) originalmente desenvolvida por Russell (1996), foi utilizada na versão portuguesa adaptada e validada por Zeas-Sigüenza et al. (2023). A avaliação da solidão é particularmente pertinente no contexto do presente estudo, uma vez que a saída do mercado de trabalho pode alterar a frequência das interações sociais, a rede de relações quotidianas e as oportunidades de contacto interpessoal. Neste sentido, a solidão constitui um indicador relevante do ajustamento psicossocial à transição para a reforma.

A escala é composta por 20 itens e avalia a perceção subjetiva de solidão e de isolamento social. Os itens são respondidos numa escala de quatro pontos: 1 (Nunca), 2 (Raramente), 3 (Às vezes) e 4 (Sempre). Antes do cálculo da pontuação total, os itens 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19 e 20 são recodificados, porque são itens invertidos (positivos), ou seja, medem o oposto do construto principal da escala, que é a solidão. Após a recodificação dos itens invertidos, a pontuação total resulta da soma dos 20 itens, variando entre 20 e 80; valores mais elevados indicam maior solidão percebida. No estudo de validação portuguesa, Zeas-Sigüenza et al. (2023) observaram elevada consistência interna para a pontuação global, com $\alpha = .91$ e $\omega = .91$. Na presente amostra, a consistência interna foi de $\alpha = .85$ e $\omega = .85$ em M1 e de $\alpha = .69$ e $\omega = .68$ em M2.

A UCLA-LS-3 permite, assim, avaliar uma dimensão interpessoal e psicossocial particularmente relevante para a compreensão das mudanças na rede social e no sentimento de pertença durante a transição para a reforma.

3.6. WHO-5 Well-Being Index

WHO-5 *Well-Being Index* foi utilizado na versão portuguesa do Índice de Bem-Estar OMS (cinco) (WHO-5), versão de 1998, desenvolvida pelo *Psychiatric Research Unit, Mental Health Centre North Zealand* (1998). A inclusão do WHO-5 permite avaliar uma dimensão positiva do funcionamento psicológico, complementando as medidas de sintomatologia negativa e possibilitando uma análise mais equilibrada do ajustamento à reforma.

O instrumento avalia o bem-estar mental através de cinco itens, cotados de 0 a 5. Foi calculada a pontuação bruta, com amplitude de 0 a 25, e a pontuação percentual, obtida multiplicando-se a pontuação bruta por 4 (0–100); valores superiores indicam maior bem-estar. Nas análises principais foi utilizada a pontuação bruta.

Evidência psicométrica recente desta versão em Portugal foi apresentada por Carvalho et al. (2025), numa amostra de 1.916 adolescentes portugueses. Os autores encontraram boa consistência interna ($\alpha = .80$) e evidência favorável à estrutura unidimensional do instrumento.

Esta evidência deve, contudo, ser interpretada considerando a diferença entre a população do estudo de validação e a população adulta mais velha avaliada neste estudo.

Na presente amostra, a consistência interna foi $\alpha = .63$ e $\omega = .64$ em M1 e $\alpha = .42$ e $\omega = .45$ em M2. A reduzida consistência interna observada, sobretudo em M2, constitui uma importante limitação psicométrica e deverá ser explicitamente considerada na interpretação dos resultados.

Intervenção baseada na Terapia Interpessoal

A intervenção foi desenvolvida com base nos princípios e procedimentos da Terapia Interpessoal, em conformidade com *The Guide to Interpersonal Psychotherapy: Updated and Expanded Edition* (Weissman et al., 2018), e operacionalizada por meio de um protocolo específico, desenvolvido para o presente estudo e adaptado ao contexto da transição para a reforma.

A intervenção foi conceptualizada especificamente para a transição para a reforma, mantendo como eixo terapêutico o domínio das "*role transitions"* da Terapia Interpessoal. A reforma foi, assim, trabalhada enquanto mudança de papel social com potenciais repercussões

na identidade, nas relações interpessoais, nas rotinas quotidianas e no sentido de continuidade pessoal.

A intervenção baseada na TIP foi desenvolvida em formato grupal online e compreendeu 10 sessões semanais de 90 minutos, ao longo de aproximadamente 2 meses e meio. A dimensão dos grupos variou de 2 a 4 indivíduos, conforme a disponibilidade dos participantes. Os grupos foram dinamizados por dois profissionais com formação em TIP, capacitados para este projeto específico, incluindo sessões de alinhamento de conteúdo ao longo de todo o processo.

Relativamente à assiduidade da amostra, verificou-se elevada adesão dos participantes ao longo de todo o processo de intervenção. Os participantes estiveram presentes em todas as sessões, o que corresponde a uma taxa de assiduidade de 100%.

Embora não tenha sido realizada uma avaliação formal e independente de aderência ao protocolo, a fidelidade à intervenção foi monitorizada através do protocolo estruturado, da formação prévia dos facilitadores e da supervisão ao longo da implementação.

De acordo com o protocolo do estudo, a intervenção foi organizada segundo a estrutura da TIP, em conformidade com os princípios descritos por Weissman et al. (2018), incluindo uma fase inicial de enquadramento e formulação interpessoal, uma fase intermédia centrada na transição de papéis associada à reforma e às dificuldades relacionais relevantes, e uma fase final de consolidação das mudanças e preparação para a manutenção dos ganhos (Anexo B).

Na fase inicial, o trabalho consistiu em avaliar o funcionamento interpessoal, identificar as mudanças associadas à reforma e definir o foco terapêutico. A formulação interpessoal procurou estabelecer a relação entre as mudanças de papel, as experiências emocionais e as dificuldades relacionais apresentadas por cada participante.

Na fase intermédia, o foco incidiu predominantemente na elaboração e adaptação à mudança de papel profissional, na reorganização de relações e rotinas, na comunicação interpessoal, na mobilização do apoio social e na identificação ou no desenvolvimento de papéis e atividades significativas após a reforma.

Na fase final, foram consolidadas as mudanças alcançadas, revistas as estratégias interpessoais mobilizadas ao longo da intervenção e trabalhada a preparação para a continuidade dessas mudanças após o término do programa.

O trabalho durante as sessões incidiu, entre outros aspetos, na reorganização de papéis e rotinas, na comunicação interpessoal, nas perdas associadas à saída do trabalho, na mobilização do apoio social e na construção de atividades e relações significativas no período pós-reforma.

Estas componentes foram trabalhadas sem alterar o foco nuclear da TIP no funcionamento interpessoal e no aqui-e-agora. As adaptações introduzidas procuraram responder às especificidades desenvolvimentais da transição para a reforma, preservando a lógica da intervenção centrada na relação entre acontecimentos interpessoais, mudança de papéis e sintomatologia/funcionamento psicológico.

Os participantes do grupo de controlo não receberam a intervenção baseada na TIP durante o período do estudo. Após a avaliação inicial M1, foi-lhes disponibilizado, em formato digital e de forma assíncrona, um folheto informativo de natureza psicoeducativa e não terapêutica sobre a transição para a reforma (Anexo C). O material incluía informações gerais sobre possíveis mudanças nas rotinas, organização do tempo, relações interpessoais, bem-estar emocional, interesses e projetos pessoais, bem como sugestões de reflexão e de preparação para esta etapa do ciclo de vida. Aproximadamente dois meses e meio após o M1, correspondendo à duração da intervenção no grupo TIP, os participantes realizaram a segunda avaliação, o M2.

Em conformidade com as considerações éticas, todos os participantes tiveram garantias de confidencialidade e anonimato, bem como o direito à desistência em qualquer fase do processo; apoio psicológico disponível para participantes que manifestassem sofrimento emocional significativo; e os participantes do grupo de controlo poderiam ter acesso à intervenção baseada na TIP, num momento posterior ao estudo, caso desejassem, a fim de assegurar a equidade de cuidados.

4. Procedimentos

4.1. Recrutamento e Recolha de dados

O estudo obteve parecer positivo da Comissão de Ética da FPCEUP (Parecer Ref.ª 2026-02-12b) e integra-se num Projeto de Doutoramento mais amplo.

O processo de divulgação e recrutamento decorreu entre setembro de 2025 e setembro de 2026. Após a manifestação de interesse em participar no estudo, os potenciais participantes foram submetidos a um processo de triagem, que consistiu na verificação dos critérios de elegibilidade previamente definidos no protocolo de investigação. Por sua vez, os participantes do grupo de controlo permaneceram na condição definida no protocolo durante o período correspondente.

A intervenção baseada na TIP foi implementada em formato grupal e realizada integralmente à distância, por meio de videoconferência.

A recolha de dados foi realizada em dois momentos de avaliação. O primeiro momento (M1) ocorreu antes do início da intervenção, enquanto o segundo momento (M2) teve lugar após a sua conclusão. O intervalo entre M1 e M2 foi de aproximadamente dois meses e meio, coincidindo com o período de implementação da intervenção.

A confidencialidade dos participantes foi assegurada através da atribuição de códigos identificativos individuais. Os dados foram analisados de forma pseudonimizada, com a informação identificativa armazenada separadamente da base de dados utilizada na análise estatística. O acesso à informação suscetível de permitir a identificação dos participantes foi restrito à equipa de investigação, de acordo com os princípios de confidencialidade e de proteção dos dados aplicáveis à investigação.

4.2.Análise de dados

As análises estatísticas foram realizadas no IBM SPSS Statistics, versão 31.0. A preparação dos dados incluiu a verificação da integridade da base, dos intervalos de resposta e das regras de cotação dos instrumentos. As pontuações das escalas foram calculadas apenas quando estavam disponíveis todos os itens necessários para o respetivo score, não tendo sido realizada imputação de valores omissos. Em M1, havia dados disponíveis para os 60 participantes; um participante do grupo TIP não respondeu em M2. Assim, as análises longitudinais com medidas repetidas foram realizadas com os 59 participantes que apresentavam dados completos em M1 e M2. Foi adotado um nível de significância de $\alpha = .05$ e foram apresentados intervalos de confiança de 95%.

A consistência interna foi avaliada separadamente em M1 e M2 através do alfa de Cronbach e do ómega de McDonald nas medidas para as quais uma interpretação unidimensional era defensável. Para o IIP-32 global não foi reportado um ómega unifatorial, dada a estrutura multidimensional do instrumento.

Foram calculadas estatísticas descritivas para as variáveis em M1 e M2 e avaliada a comparabilidade dos grupos no *baseline*. Para as variáveis contínuas, foram utilizados testes *t* para amostras independentes ou testes de Welch quando não se verificou homogeneidade das variâncias; para as variáveis categóricas, foram utilizados testes do qui-quadrado. O efeito da intervenção foi avaliado, para cada variável dependente, através de ANOVAs mistas 2 × 2, considerando o Tempo (M1 vs. M2) como fator intrassujeitos e o Grupo (TIP vs. controlo) como fator intersujeitos. A interação Grupo × Tempo constituiu o teste principal de H1, por permitir avaliar se a evolução entre M1 e M2 diferia entre os grupos. Foram avaliados valores

extremos, a distribuição dos resíduos e a homogeneidade das variâncias, com apenas dois níveis do fator Tempo. Quando a interação Grupo × Tempo foi significativa, foram explorados os efeitos simples de Tempo em cada grupo. A magnitude dos efeitos das ANOVAs foi expressa através do eta quadrado parcial (ηp^2).

Adicionalmente, foram realizadas análises exploratórias para avaliar se características da transição para a reforma estavam associadas à magnitude da resposta à intervenção. Foram considerados o tipo de reforma (por idade vs. antecipada), a forma da transição (gradual vs. abrupta), a centralidade do papel profissional na identidade e a participação em atividades escolhidas pelo próprio. Para as variáveis dicotómicas, foram testadas ANOVAs mistas 2 × 2 × 2, examinando a interação entre Grupo × Tempo × característica da reforma. A centralidade do trabalho foi mantida na sua métrica ordinal e analisada como potencial moderadora da mudança, evitando a criação de grupos artificiais. Atendendo à dimensão da amostra e à distribuição desigual de algumas categorias, estas análises foram consideradas exploratórias e interpretadas com particular atenção à magnitude dos efeitos, aos intervalos de confiança e à robustez dos resultados.

Para explorar a associação entre mudanças no funcionamento interpessoal e evolução psicológica, foram calculadas pontuações de mudança entre M1 e M2, orientadas de modo que valores positivos representassem uma evolução favorável em todas as variáveis. Assim, para depressão, ansiedade, stress, problemas interpessoais e solidão, a mudança foi calculada como M1 − M2; para satisfação com a vida e bem-estar mental, foi calculada como M2 − M1. No grupo TIP, a pontuação de mudança nos problemas interpessoais foi correlacionada com as pontuações de mudança dos restantes indicadores através de correlações de Pearson. As mesmas associações foram avaliadas no grupo de controlo e as correlações entre grupos foram comparadas através da transformação *r* em *z* de Fisher.

Resultados

1. Análises Preliminares: comparabilidade dos grupos pré-intervenção

Esta análise assumiu particular relevância atendendo à natureza não aleatória da constituição dos grupos e à estratégia adotada para favorecer a sua comparabilidade inicial.

Relativamente às variáveis consideradas para favorecer a comparabilidade dos grupos, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na idade, $t(58) = 0.60$, $p = .552$, sendo a idade média de 65.77 anos ($DP = 4.18$) no grupo TIP e de 65.13 anos ($DP = 4.01$) no grupo de controlo. Também não se observaram associações estatisticamente significativas entre a pertença ao grupo e o género, $\chi^2(1) = 1.11$, $p = .292$, nem entre a pertença ao grupo e as habilitações académicas, $\chi^2(1) = 0.07$, $p = .787$. Assim, os grupos apresentavam características semelhantes nas principais variáveis consideradas na sua constituição.

Foram também exploradas as diferenças entre os grupos nas variáveis psicológicas em M1. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na depressão, ansiedade, stress, satisfação com a vida, problemas interpessoais, solidão ou bem-estar mental, apresentadas na Tabela A1 (Anexo D).

2. Efeitos da intervenção ao longo do tempo

Para avaliar a evolução dos participantes entre M1 e M2 e determinar se essa evolução diferiu entre os grupos, foram realizadas ANOVAs mistas 2 × 2, considerando o Tempo (M1 vs. M2) como fator intrassujeito e o Grupo (TIP vs. controlo) como fator intersujeito.

O efeito central para responder aos objetivos do estudo foi a interação Grupo × Tempo, uma vez que esta permite determinar se a mudança observada entre os momentos pré e pós-intervenção difere entre os participantes que realizaram a intervenção e os participantes do grupo de controlo.

Atendendo à existência de apenas dois momentos de avaliação, o pressuposto da esfericidade não se aplica. Não foram identificadas observações com valores de mudança estandardizados superiores a |3|. Foram, contudo, observados alguns desvios à normalidade e à homogeneidade das variâncias em determinadas medidas. Dada a dimensão praticamente equivalente dos grupos (n = 29 e n = 30), as ANOVAs mistas foram mantidas como análise principal, devendo estes resultados ser interpretados tendo em conta tais desvios.

Como apresentado na Tabela 2, verificaram-se interações Grupo × Tempo estatisticamente significativas para todas as variáveis analisadas.

Tabela 2

Estatísticas descritivas e efeitos da interação Grupo × Tempo nas ANOVAs mistas

Variável	TIP M1 *M* (*DP*)	TIP M2 *M* (*DP*)	Controlo M1 *M* (*DP*)	Controlo M2 *M* (*DP*)	*F* (1, 57)	*p*	ηp²
Depressão	3.93 (2.49)	2.59 (1.78)	4.13 (2.01)	4.77 (2.03)	41.36	< .001	.421
Ansiedade	1.72 (1.85)	0.97 (1.45)	2.67 (2.11)	4.13 (2.22)	75.98	< .001	.571
Stress	9.28 (3.57)	6.93 (2.69)	10.17 (2.41)	10.17 (2.72)	31.97	< .001	.359
Satisfação com a vida	20.34 (6.29)	24.52 (3.83)	19.43 (3.77)	19.70 (3.92)	44.21	< .001	.437
Problemas interpessoais	1.36 (0.36)	1.09 (0.22)	1.39 (0.21)	1.44 (0.22)	58.20	< .001	.505
Solidão	48.69 (10.94)	42.69 (6.90)	50.37 (4.00)	49.13 (4.68)	21.57	< .001	.275
Bem-estar mental	12.83 (4.90)	16.21 (3.09)	13.10 (2.51)	12.67 (2.75)	47.69	< .001	.456

Nota. As estatísticas descritivas referem-se aos participantes com dados disponíveis em ambos os momentos: TIP (n = 29) e controlo (n = 30). M1 = pré-intervenção; M2 = pós-intervenção; ηp² = eta quadrado parcial. A interação Grupo × Tempo constitui o teste principal do efeito diferencial da intervenção.

Atendendo à significância das interações Grupo × Tempo, procedeu-se à sua decomposição através da análise dos efeitos simples do Tempo em cada grupo, com o objetivo de caracterizar a direção e a significância das mudanças observadas entre M1 e M2. Os resultados destas comparações são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3

Efeitos simples do Tempo nos grupos TIP e controlo

Variável	Grupo	M1 *M* (*DP*)	M2 *M* (*DP*)	Δ M2–M1	IC 95%	*t* (gl)	*p*
Depressão	TIP	3.93 (2.49)	2.59 (1.78)	−1.34	[−1.72, −0.96]	−7.17 (28)	< .001
	Controlo	4.13 (2.01)	4.77 (2.03)	0.64	[0.14, 1.14]	2.62 (29)	.014
Ansiedade	TIP	1.72 (1.85)	0.97 (1.45)	−0.75	[−0.97, −0.53]	−7.08 (28)	< .001
	Controlo	2.67 (2.11)	4.13 (2.22)	1.46	[0.99, 1.93]	6.42 (29)	< .001
Stress	TIP	9.28 (3.57)	6.93 (2.69)	−2.35	[−3.00, −1.70]	−7.44 (28)	< .001
	Controlo	10.17 (2.41)	10.17 (2.72)	0.00	[−0.56, 0.56]	0.00 (29)	1.000
Satisfação com a vida	TIP	20.34 (6.29)	24.52 (3.83)	4.18	[3.02, 5.34]	7.40 (28)	< .001
	Controlo	19.43 (3.77)	19.70 (3.92)	0.27	[−0.13, 0.67]	1.39 (29)	.175
Problemas interpessoais	TIP	1.36 (0.36)	1.09 (0.22)	−0.27	[−0.35, −0.19]	−7.30 (28)	< .001
	Controlo	1.39 (0.21)	1.44 (0.22)	0.05	[0.01, 0.09]	2.41 (29)	.023

Variável	Grupo	M1 *M* (*DP*)	M2 *M* (*DP*)	Δ M2–M1	IC 95%	*t* (gl)	*p*
Solidão	TIP	48.69 (10.94)	42.69 (6.90)	−6.00	[−7.89, −4.11]	−6.49 (28)	< .001
	Controlo	50.37 (4.00)	49.13 (4.68)	−1.24	[−2.20, −0.28]	−2.63 (29)	.014
Bem-estar mental	TIP	12.83 (4.90)	16.21 (3.09)	3.38	[2.38, 4.38]	6.90 (28)	< .001
	Controlo	13.10 (2.51)	12.67 (2.75)	−0.43	[−0.97, 0.11]	−1.63 (29)	.114

Nota. Δ = diferença média entre M2 e M1. Valores negativos de Δ indicam diminuição entre os momentos e valores positivos indicam aumento. Os testes correspondem a comparações intragrupo entre M1 e M2. Os valores de *p* apresentados não são ajustados para comparações múltiplas.

No grupo TIP, observaram-se mudanças estatisticamente significativas e favoráveis em todos os indicadores avaliados, com reduções da depressão, ansiedade, stress, problemas interpessoais e solidão, e aumentos da satisfação com a vida e do bem-estar mental.

No grupo de controlo, o padrão foi distinto. Verificou-se um aumento significativo da ansiedade, bem como alterações de menor magnitude na depressão, nos problemas interpessoais e na solidão. Não se observaram mudanças estatisticamente significativas no stress, na satisfação com a vida ou no bem-estar mental. Atendendo a que os valores de *p* dos efeitos simples não foram ajustados para comparações múltiplas, os resultados de menor magnitude no grupo de controlo devem ser interpretados com prudência.

Globalmente, os resultados evidenciam uma evolução mais favorável no grupo TIP, sendo as interações Grupo × Tempo estatisticamente significativas em todas as variáveis analisadas, com valores de ηp^2 entre .275 e .571.

3. Papel das características da transição para a reforma

Após a análise dos efeitos globais da intervenção, procurou-se explorar se determinadas características da transição para a reforma estavam associadas à magnitude da mudança observada entre M1 e M2. Foram considerados o tipo de reforma, a forma como ocorreu a transição, a centralidade atribuída ao papel profissional na identidade e a participação em atividades escolhidas pelo próprio. Dado o carácter exploratório destas análises, o número de comparações realizadas e a dimensão reduzida de alguns subgrupos, os valores de significância foram utilizados sobretudo para identificar padrões potencialmente relevantes, não devendo ser interpretados como evidência confirmatória de moderação.

3.1. Tipo de reforma

Dos 59 participantes incluídos nas análises, 43 tinham-se reformado por idade e 16 por reforma antecipada. A distribuição destas categorias foi semelhante nos dois grupos: no grupo TIP, 21 participantes tinham-se reformado por idade e oito antecipadamente; no grupo de controlo, os valores correspondentes foram 22 e oito participantes.

Para avaliar se o tipo de reforma estava associado a diferenças na resposta à intervenção, foram avaliadas as interações Grupo × Tempo × Tipo de reforma para os diferentes indicadores psicológicos. De um modo geral, não se observaram interações significativas para a depressão, ansiedade, stress, satisfação com a vida, problemas interpessoais ou solidão (todos $p > .05$).

Para o bem-estar mental, a análise convencional revelou uma interação Grupo × Tempo × Tipo de reforma estatisticamente significativa, F (1, 55) = 4.23, p = .045, ηp^2 = .071. Efetivamente, entre os participantes do grupo TIP, o aumento do bem-estar foi superior nos participantes com reforma antecipada, que passaram de M = 9.75 em M1 para M = 14.38 em M2, comparativamente aos participantes reformados por idade, cujos valores passaram de M = 14.00 para M = 16.90. No grupo de controlo, verificou-se uma ligeira diminuição do bem-estar em ambas as categorias. Atendendo à proximidade do valor de p ao limiar convencional de significância e à reduzida dimensão dos subgrupos, este resultado deve ser considerado apenas indicativo e requer replicação em amostras de maior dimensão.

3.2. Forma da transição para a reforma

Relativamente à forma como ocorreu a transição para a reforma, 40 participantes descreveram-na como gradual e 19 como abrupta. No grupo TIP, 18 participantes reportaram uma transição gradual e 11 uma transição abrupta, enquanto no grupo de controlo estas categorias incluíram 22 e 8 participantes, respetivamente.

Não foram encontradas interações Grupo × Tempo × Forma da transição estatisticamente significativas para qualquer um dos indicadores analisados (todos p > .05). Assim, nesta amostra, não foi encontrada evidência de que a resposta diferencial à intervenção TIP variasse de forma consistente em função da transição para a reforma ter ocorrido de forma gradual ou abrupta.

3.3. Centralidade do papel profissional para a identidade

A centralidade atribuída ao papel profissional apresentou uma distribuição relativamente concentrada nos níveis superiores da escala. Entre os 59 participantes, 7 selecionaram o nível 3, 24 o nível 4 e 28 o nível 5, não se observando respostas nos níveis inferiores. Esta distribuição foi semelhante entre os grupos TIP e de controlo.

Não foram observadas interações significativas entre Grupo x Tempo x Centralidade na mudança entre M1 e M2 para qualquer uma das variáveis dependentes (todos os $p > .05$). Os valores de p para os termos de interação variaram de .359 a .915. Assim, os resultados não forneceram evidência de que a magnitude da resposta à intervenção variasse sistematicamente em função da centralidade atribuída ao papel profissional. Este resultado deve, contudo, ser interpretado tendo em conta a reduzida variabilidade desta característica na amostra, uma vez que a maioria dos participantes atribuiu níveis de importância ao trabalho para a sua identidade entre moderados e muito elevados.

3.4. Participação em atividades escolhidas pelo próprio

Por último, foi explorada a participação em atividades escolhidas pelo próprio durante esta transição. A maioria dos participantes ($n = 47$) referiu participar desse tipo de atividade, enquanto 12 não relataram esse envolvimento. A distribuição foi muito semelhante entre os grupos: 23 participantes do grupo TIP e 24 do grupo de controlo participavam em atividades escolhidas pelos próprios, enquanto seis participantes de cada grupo não o faziam.

As análises revelaram interações Grupo × Tempo × Participação significativas para a satisfação com a vida, $F(1, 55) = 4.55$, $p = .037$, $\eta p^2 = .077$; problemas interpessoais, $F(1, 55) = 7.57$, $p = .008$, $\eta p^2 = .121$; solidão, $F(1, 55) = 7.15$, $p = .010$, $\eta p^2 = .115$; e bem-estar mental, $F(1, 55) = 10.23$, $p = .002$, $\eta p^2 = .157$. Não foram encontradas interações significativas para a depressão ou a ansiedade, enquanto, para o stress, a interação não foi estatisticamente significativa, $F(1, 55) = 3.45$, $p = .069$, $\eta p^2 = .059$.

A análise das médias permitiu clarificar a direção destes efeitos.

Na satisfação com a vida, o aumento observado no grupo TIP foi mais pronunciado entre os participantes que não realizavam atividades escolhidas por si próprios, cujas pontuações médias aumentaram de $M = 15.83$ em M1 para $M = 22.67$ em M2. Entre os participantes TIP que já realizavam essas atividades, a média aumentou de $M = 21.61$ para $M = 25.00$. No grupo de controlo, as alterações foram pequenas em ambos os subgrupos, passando

de *M* = 20.50 para *M* = 21.17 nos participantes sem atividades e de *M* = 19.17 para *M* = 19.33 nos participantes envolvidos em atividades escolhidas pelo próprio.

Nos problemas interpessoais, os participantes do grupo TIP que não realizavam atividades escolhidas pelo próprio apresentaram uma redução média mais acentuada, de *M* = 1.69 em M1 para *M* = 1.23 em M2, enquanto os que participavam nessas atividades passaram de *M* = 1.27 para *M* = 1.06. No grupo de controlo, os valores permaneceram relativamente estáveis em ambas as condições.

Um padrão semelhante foi observado para a solidão. Entre os participantes do grupo TIP sem atividades escolhidas pelos próprios, a média diminuiu de 56.67 para 46.50, enquanto nos participantes que realizavam essas atividades diminuiu de 46.61 para 41.70. No grupo de controlo, as alterações foram consideravelmente menores, passando de 50.33 para 50.00 nos participantes sem atividades e de 50.38 para 48.92 nos participantes envolvidos em atividades escolhidas pelo próprio.

Também no bem-estar mental, a melhoria foi mais acentuada entre os participantes TIP que inicialmente não estavam envolvidos neste tipo de atividades: a média aumentou de 9.83 em M1 para 15.67 em M2. Entre os participantes TIP que realizavam atividades escolhidas pelo próprio, os valores aumentaram de 13.61 para 16.35. No grupo de controlo, verificaram-se pequenas diminuições em ambos os subgrupos.

Globalmente, estes resultados sugerem que a participação em atividades escolhidas pelo próprio poderá estar associada à magnitude da resposta à intervenção em alguns domínios, verificando-se diferenças mais pronunciadas entre TIP e controlo nos participantes que não estavam envolvidos nessas atividades. Este padrão foi particularmente evidente nos problemas interpessoais, na solidão e no bem-estar mental. Contudo, tendo em conta que apenas seis participantes em cada grupo integravam a categoria sem participação em atividades, estes resultados devem ser considerados preliminares e interpretados com prudência, o que não permite estabelecer conclusões firmes acerca de um efeito moderador.

4. Associação entre mudanças no funcionamento interpessoal e evolução psicológica

Por último, procurou-se explorar se a melhoria no funcionamento interpessoal entre M1 e M2 estava associada à evolução dos restantes indicadores de ajustamento psicológico. Atendendo ao enquadramento interpessoal da intervenção, esta análise centrou-se prioritariamente nos participantes do grupo TIP (n = 29).

No grupo TIP, uma maior redução dos problemas interpessoais esteve significativamente associada a uma maior melhoria em todos os restantes indicadores avaliados (ver Tabela 4). Especificamente, observaram-se associações positivas entre a melhoria do funcionamento interpessoal e a redução dos sintomas de depressão, $r = .58$, $p < .001$, ansiedade, $r = .54$, $p = .003$, e stress, $r = .73$, $p < .001$. Uma melhoria interpessoal esteve igualmente associada a uma maior redução da solidão, $r = .71$, $p < .001$, bem como a aumentos mais pronunciados na satisfação com a vida, $r = .83$, $p < .001$, e no bem-estar mental, $r = .89$, $p < .001$. Atendendo ao carácter exploratório destas análises e ao número de correlações exploradas, os resultados devem ser interpretados sobretudo em função da consistência e magnitude do padrão de associações, e não apenas da significância estatística de cada coeficiente isoladamente.

Tabela 4

Associação entre a melhoria dos problemas interpessoais e a evolução dos indicadores psicológicos no grupo TIP

Indicador de mudança	*R*	IC 95%	*p*
Depressão	.58	[.28, .78]	< .001
Ansiedade	.54	[.21, .76]	.003
Stress	.73	[.50, .87]	< .001
Satisfação com a vida	.83	[.66, .92]	< .001
Solidão	.71	[.47, .86]	< .001
Bem-estar mental	.89	[.77, .95]	< .001

Nota. $n = 29$. Os valores correspondem às correlações de Pearson entre a mudança nos problemas interpessoais e a dos restantes indicadores, de M1 para M2. As pontuações de mudança foram definidas de modo que valores positivos representassem uma evolução favorável. Assim, valores positivos de *r* indicam que uma maior melhoria no funcionamento interpessoal está associada a uma maior melhoria no respetivo indicador psicológico. IC = intervalo de confiança.

Para explorar se este padrão se verificava igualmente na ausência da intervenção, foram analisadas as mesmas associações no grupo de controlo. Neste grupo, a mudança nos problemas interpessoais não se associou significativamente à evolução da depressão, $r = -.21$, $p = .266$, ansiedade, $r = .12$, $p = .519$, stress, $r = -.22$, $p = .244$, satisfação com a vida, $r = .00$, $p = .990$, solidão, $r = -.21$, $p = .265$, ou bem-estar mental, $r = -.13$, $p = .498$.

A comparação das correlações entre os dois grupos, através da transformação de *r* em *z* de Fisher, mostrou que a associação entre a melhoria interpessoal e a evolução psicológica foi significativamente mais forte no grupo TIP para a depressão, $z = 3.20$, $p = .001$, stress, $z = 4.20$,

$p < .001$, satisfação com a vida, $z = 4.28$, $p < .001$, solidão, $z = 4.03$, $p < .001$, e bem-estar mental, $z = 5.59$, $p < .001$. Para a ansiedade, embora a associação tenha sido significativa no grupo TIP e não significativa no grupo de controlo, a diferença entre as duas correlações não atingiu significância estatística, $z = 1.74$, $p = .081$.

Em conjunto, os resultados evidenciam que, entre os participantes do grupo TIP, uma melhoria no funcionamento interpessoal ocorreu em simultâneo com uma evolução mais favorável em diferentes dimensões do ajustamento psicológico. Este padrão foi particularmente consistente em relação ao stress, à satisfação com a vida e ao bem-estar mental. Atendendo ao carácter exploratório destas análises e à avaliação das mudanças nos mesmos dois momentos temporais, estes resultados devem ser interpretados como evidência de associação entre processos de mudança, o que não permite estabelecer relações causais entre a melhoria interpessoal e os restantes benefícios observados.

Discussão

O estudo procurou avaliar a evolução de indicadores psicológicos e interpessoais em adultos em processo de transição para a reforma, comparando participantes de uma intervenção grupal baseada na TIP com um grupo de controlo. Os resultados apoiaram a hipótese principal: a evolução do grupo TIP foi mais favorável em todos os indicadores, abrangendo tanto a diminuição do sofrimento e das dificuldades interpessoais como o aumento da satisfação com a vida e do bem-estar mental.

Este padrão pode ser interpretado à luz da heterogeneidade da adaptação à reforma. Estudos longitudinais e modelos teóricos mostram trajetórias distintas de ajustamento à reforma, podendo haver estabilidade, melhoria ou dificuldade, influenciadas por fatores individuais, familiares, sociais e contextuais (Kim & Moen, 2002; van Solinge & Henkens, 2008; Wang, 2007; Wang & Shultz, 2010). O Resource-Based Dynamic Model de Wang, Henkens e van Solinge (2011) propõe que a adaptação à reforma tende a variar em função da preservação, perda ou mobilização de recursos físicos, emocionais, sociais, motivacionais e económicos. A reorganização de rotinas, o trabalho sobre a comunicação e a mobilização do suporte social nas sessões poderão ajudar a compreender a evolução observada no grupo TIP.

Esta interpretação aproxima-se do modelo de recursos, mas o estudo não avaliou diretamente a mudança nesses recursos, pelo que não permite identificar o seu papel nos resultados.

A interpretação dos resultados também é coerente à luz da Teoria da Continuidade (Atchley, 1989), segundo a qual a adaptação às mudanças ao longo do envelhecimento pode ser facilitada pela preservação ou reorganização de elementos significativos da identidade, das relações e das atividades. A reforma pode exigir certa reorganização destas dimensões, sobretudo quando o papel profissional ocupa uma posição central na identidade (Reitzes & Mutran, 2004). No presente estudo, como as respostas se concentraram nos níveis superiores da escala, a reduzida variabilidade pode ter limitado a capacidade de identificar diferenças na resposta à intervenção. A ausência de moderação nesta amostra não permite concluir que a identidade profissional seja irrelevante para a adaptação.

O foco da TIP nas transições de papel oferece outra leitura dos resultados. Ao trabalhar as perdas associadas ao papel profissional e a construção de novos papéis e relações, a intervenção procurou apoiar a reorganização da vida nesta etapa. A evolução observada é coerente com esse objetivo, embora não permita identificar quais os componentes responsáveis pela mudança (Klerman et al., 1984; Lipsitz & Markowitz, 2013).

Entre os resultados, destaca-se a redução dos problemas interpessoais no grupo TIP, em contraste com o pequeno aumento observado no grupo de controlo. Este resultado assume particular relevância por incidir diretamente num dos domínios centrais da TIP, abordagem que procura compreender e intervir sobre as dificuldades interpessoais associadas, entre outros focos, às transições de papel. O trabalho desenvolvido por Miller (2012) apontou resultados relevantes neste enquadramento, na qual desenvolveu uma adaptação da TIP especificamente dirigida às pessoas reformadas com dificuldades de ajustamento e depressão (Interpersonal Psychotherapy for Depressed Retirees IPT-RM). Num estudo piloto constituído por nove reformados, realizado através de uma série de estudos de caso único, a intervenção foi acompanhada por uma redução da sintomatologia depressiva, tendo todos os participantes terminado o tratamento com valores situados no intervalo não depressivo. Este trabalho aproxima-se do presente estudo ao conceptualizar a reforma como uma transição de papel suscetível de ser abordada através dos princípios da TIP. Distingue-se, contudo, por incluir participantes com depressão, por recorrer a um desenho não experimental sem grupo de controlo e por se centrar principalmente na sintomatologia depressiva. Neste sentido, o presente estudo acrescenta evidência preliminar sobre a utilização de uma intervenção baseada na TIP, em formato grupal e online, junto de pessoas em transição para a reforma, avaliando simultaneamente a sintomatologia psicológica, o bem-estar mental, a satisfação com a vida, a

solidão e os problemas interpessoais. Em particular, a redução observada nos problemas interpessoais sugere a pertinência de continuar a investigar este domínio enquanto possível componente do ajustamento psicológico à transição para a reforma.

No grupo TIP, uma maior redução dos problemas interpessoais associou-se a uma evolução mais favorável em todos os restantes indicadores. Estas associações são coerentes com o racional interpessoal da intervenção, mas não esclarecem a direção da relação: a melhoria das relações pode acompanhar a melhoria do estado psicológico e esta pode também favorecer a forma de viver e avaliar as relações. Como as mudanças foram medidas no mesmo intervalo e por autorrelato, não é possível estabelecer precedência temporal ou mediação. Ainda assim, sugerem que o funcionamento interpessoal poderá constituir um processo relevante a testar em estudos futuros com mais momentos de avaliação.

Outro aspeto importante é que os benefícios observados não se limitaram à redução do mal-estar psicológico. O grupo TIP apresentou, simultaneamente, diminuição dos sintomas e aumento da satisfação com a vida e do bem-estar mental. Esta distinção é importante porque adaptar-se à reforma envolve mais do que a ausência de sintomas: inclui também a satisfação com a vida e a experiência de bem-estar. A literatura evidencia esta heterogeneidade e multidimensionalidade, com trajetórias distintas de satisfação e bem-estar e resultados variáveis quanto à sintomatologia depressiva após a reforma (Odone et al., 2021; Pinquart & Schindler, 2007; Teques et al., 2025). Assim, os resultados do presente estudo sugerem uma evolução favorável em domínios complementares do ajustamento.

A redução da solidão, também no grupo de controlo, sugere que parte da mudança pode estar relacionada com processos de adaptação ou com outros fatores não avaliados. A maior redução no grupo TIP é compatível com o foco relacional da intervenção, sem permitir atribuir a mudança a um componente específico. De forma semelhante, os aumentos de depressão, ansiedade e problemas interpessoais observados no grupo de controlo não devem ser entendidos como evidência de uma deterioração natural após a reforma, neste sentido, ainda se observaram indicadores de estabilidade do stress e da satisfação com a vida. A literatura mostra trajetórias diversas, incluindo estabilidade, melhoria e maior dificuldade de adaptação à reforma (Wang, 2007; Wang et al., 2011). Estes aumentos devem ser interpretados como alterações observadas nesta amostra e neste intervalo de tempo, e não como uma trajetória inevitável da reforma.

No que respeita ao tipo de reforma, observou-se uma interação apenas para o bem-estar mental. A participação em atividades apresentou interações em vários indicadores, mas a reduzida dimensão dos subgrupos e a multiplicidade de testes recomendam uma interpretação exploratória.

O resultado exploratório mais sugestivo surgiu relativamente à participação em atividades escolhidas pelo próprio. As mudanças na satisfação com a vida, nos problemas interpessoais, na solidão e no bem-estar mental foram mais destacadas entre participantes TIP que inicialmente não estavam envolvidos neste tipo de atividade. Este padrão pode ser conceptualmente compatível com a possibilidade de as atividades significativas constituírem recursos motivacionais, sociais e identitários relevantes para a adaptação à reforma (Wang et al., 2011), e também pode haver uma associação entre atividades físicas e de lazer e um melhor ajustamento psicológico, identificada por Sharifi et al. (2023). Estes participantes apresentavam também valores iniciais menos favoráveis em vários indicadores (valores mais elevados de dificuldades interpessoais e solidão e menor bem-estar), pelo que a maior mudança pode refletir-se numa margem mais alargada de melhoria. Com apenas seis participantes por condição nesta categoria, não é possível distinguir estas explicações de um eventual papel da participação em atividades. Porém, o número reduzido de participantes nesta categoria não permite estabelecer conclusões firmes sobre um efeito moderador real.

Embora as diferenças na evolução dos grupos tenham apresentado tamanhos de efeito elevados, estes não permitem, por si só, estabelecer a relevância clínica das mudanças. A sua interpretação deve considerar também os níveis iniciais de sintomatologia: as pontuações médias de depressão e ansiedade eram relativamente baixas face à amplitude possível das respetivas subescalas, de acordo com a cotação utilizada. Assim, as reduções observadas traduzem uma evolução favorável dos sintomas, mas não devem ser interpretadas como recuperação de uma condição clínica. Como o estudo não incluiu avaliação diagnóstica nem critérios de mudança clinicamente significativa, os resultados não permitem concluir que a intervenção tenha produzido remissão ou prevenido perturbações psicológicas. Ainda assim, a melhoria simultânea da satisfação com a vida, do bem-estar mental e das dificuldades interpessoais sugere que o interesse da intervenção poderá estender-se ao apoio à adaptação à reforma, para além da redução de sintomas.

Entre as principais limitações encontram-se a dimensão amostral reduzida, a ausência de randomização, o elevado nível de escolaridade dos participantes, o recurso exclusivo a instrumentos de autorrelato, a consistência interna reduzida de algumas escalas, a existência de apenas dois momentos de avaliação e a ausência de follow-up. Acresce que a condição de comparação não proporcionou uma experiência equivalente em termos de duração, contacto com profissionais e participação grupal, pelo que não é possível separar com segurança os efeitos específicos da intervenção baseada na TIP dos efeitos inespecíficos relacionados com a atenção, o apoio entre pares ou a pertença ao grupo.

Outra limitação importante prende-se com a ausência de uma avaliação formal e independente da fidelidade da implementação. Embora a intervenção tenha seguido um protocolo estruturado, não foram recolhidos indicadores sistemáticos que permitissem verificar em que medida os diferentes grupos e sessões foram conduzidos de forma consistente com os princípios, objetivos e técnicas previstas. Esta limitação reduz a possibilidade de atribuir especificamente os efeitos observados à intervenção tal como conceptualizada e dificulta a avaliação da consistência da sua implementação.

Importa ainda considerar a reduzida consistência interna de algumas medidas nesta amostra, o que diminui a precisão com que as pontuações representam os respetivos construtos e recomenda prudência na interpretação das diferenças entre momentos e das associações entre mudanças. Estes aspetos, em conjunto, limitam a generalização dos resultados e a força das inferências causais que podem ser estabelecidas a partir das diferenças observadas entre os grupos.

Apesar destas limitações, o estudo apresenta vários pontos fortes. A inclusão de um grupo de comparação e a semelhança inicial observada entre os grupos nas principais variáveis sociodemográficas e psicológicas reforçam a interpretação dos resultados. Constituem igualmente aspetos relevantes a avaliação conjunta de indicadores de sofrimento psicológico, bem-estar e funcionamento interpessoal, bem como a elevada assiduidade dos participantes ao longo da intervenção.

O formato online representa ainda uma possibilidade de realização da intervenção à distância, potencialmente relevante para aumentar a flexibilidade e o alcance deste tipo de programas. No entanto, a sua acessibilidade e adequação para pessoas com menor familiaridade ou literacia digital não foram avaliadas neste estudo, pelo que esta questão deverá ser considerada em investigações futuras.

Importa ainda salientar que a investigação sobre intervenções psicoterapêuticas especificamente dirigidas à adaptação psicológica e relacional à reforma permanece limitada, particularmente no contexto português. Neste sentido, o presente estudo acrescenta evidência preliminar sobre a aplicabilidade de uma intervenção baseada na TIP neste período de transição.

Em termos de implicações, os resultados sugerem que as intervenções dirigidas à transição para a reforma poderão beneficiar da integração de componentes relacionados com a reorganização de papéis, a comunicação interpessoal, o apoio social, a elaboração de perdas e a construção de atividades significativas. A aplicação futura deste tipo de intervenção em contextos comunitários deverá, contudo, atender à diversidade das populações-alvo e às condições concretas de participação, nomeadamente as de pessoas com menor escolaridade,

menor familiaridade com recursos digitais ou com acesso mais limitado a equipamentos e à internet.

Estudos futuros deverão recorrer a amostras maiores e mais heterogéneas, privilegiar a distribuição aleatória dos participantes, utilizar grupos de controlo ativos com níveis de contacto equivalentes e incluir avaliações de *follow-up*. Será igualmente importante incorporar procedimentos de avaliação da fidelidade da intervenção. Estes desenhos permitirão avaliar a manutenção dos efeitos ao longo do tempo, clarificar os mecanismos de mudança e determinar com maior rigor a eficácia, a aplicabilidade e a generalização de intervenções baseadas na TIP neste período do ciclo de vida.

Conclusão

A transição para a reforma envolve mais do que deixar de trabalhar. Implica encontrar outras formas de organizar os dias, reconhecer-se nos papéis que se assumem e estar com os outros. Foi neste espaço de mudança que o presente estudo procurou compreender o contributo de uma intervenção grupal baseada na Terapia Interpessoal.

Os participantes da intervenção apresentaram uma evolução mais favorável do que os do grupo de controlo, tanto na redução dos sintomas psicológicos, da solidão e dos problemas interpessoais como no aumento da satisfação com a vida e do bem-estar mental. A associação entre a diminuição das dificuldades interpessoais e as restantes melhorias aproxima estes resultados do racional da TIP, embora não permita determinar a direção das mudanças nem identificar os processos que lhes deram origem.

Estes resultados devem ser lidos à luz das limitações do estudo. A dimensão da amostra, a ausência de aleatorização e de *follow-up*, a baixa consistência interna de algumas medidas, a ausência de uma condição de comparação equivalente em duração, contacto com profissionais e participação grupal, bem como a falta de uma avaliação formal da fidelidade da intervenção, limitam a confiança na atribuição das mudanças especificamente à TIP e na generalização dos resultados. Estudos futuros poderão esclarecer se os benefícios se mantêm ao longo do tempo e qual o papel dos processos interpessoais na adaptação à reforma.

Ainda assim, o trabalho oferece um contributo para pensar o apoio psicológico nesta transição: dar atenção às relações, às perdas e aos novos papéis pode ser uma via relevante para

acompanhar quem procura reorganizar a vida após o término do período laboral. A reforma abre um tempo cuja construção é pessoal, mas também relacional. Os resultados preliminares deste estudo convidam a reconhecer essa dimensão no apoio que prestamos.

Referências

Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist, 29*(2), 183–190. https://doi.org/10.1093/geront/29.2.183

Barkham, M., Hardy, G. E., & Startup, M. (1996). The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Clinical Psychology, 35*(1), 21–35. https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01159.x

Carvalho, P. S., Martin, M. V., Azevedo, I., Rodrigues, R., & Ferreira, S. (2025). World Health Organization's Well-Being Index – WHO-5: Psychometric performance of the *Portuguese version for adolescents. Portuguese Journal of Public Health, 43*(1), 38–46. https://doi.org/10.1159/000543728

Cohen, Z. D., Breunese, J., Markowitz, J. C., Weitz, E. S., Hollon, S. D., Browne, D. T., Rucci, P., Corda, C., Menchetti, M., Weissman, M. M., Bagby, R. M., Quilty, L. C., Blom, M. B. J., Altamura, M., Zobel, I., Schramm, E., Gois, C., Twisk, J. W. R., Wienicke, F. J., … Driessen, E. (2024). Comparative efficacy of interpersonal psychotherapy and antidepressant medication for adult depression: A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychological Medicine, 54*(14), 3785–3794. https://doi.org/10.1017/S0033291724001788

Cuijpers, P., Donker, T., Weissman, M. M., Ravitz, P., & Cristea, I. A. (2016). Interpersonal psychotherapy for mental health problems: A comprehensive meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 173*(7), 680–687. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15091141

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

Eurostat. (2026). *Population structure and ageing*. Statistics Explained. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing

Faustino, B., & Vasco, A. B. (2020). Factor structure and convergent validity of the Portuguese version of the Inventory of Interpersonal Problems–32. *Journal of Relationships Research, 11*, e18. https://doi.org/10.1017/jrr.2020.18

Hinrichsen, G. A. (1999). Treating older adults with interpersonal psychotherapy for depression. *Journal of Clinical Psychology, 55*(8), 949–960.

https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199908)55:8%3C949:: AID-JCLP4%3E3.0.CO;2-S

Hinrichsen, G. A. (2008). Interpersonal psychotherapy as a treatment for depression in later life. *Professional Psychology: Research and Practice, 39*(3), 306–312. https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.3.306

Kim, J. E., & Moen, P. (2002). Retirement transitions, gender, and psychological well-being: A life-course, ecological model. *The Journals of Gerontology: Series B, 57*(3), P212–P222. https://doi.org/10.1093/geronb/57.3.P212

Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. Basic Books.

Laranjeira, C. A. (2009). Preliminary validation study of the Portuguese version of the Satisfaction With Life Scale. *Psychology, Health & Medicine, 14*(2), 220–226. https://doi.org/10.1080/13548500802459900

Lipsitz, J. D., & Markowitz, J. C. (2013). Mechanisms of change in interpersonal therapy (IPT). *Clinical Psychology Review, 33*(8), 1134–1147. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.09.002

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd ed.). Sydney: Psychology Foundation.

Miller, M. D. (2008). Using interpersonal therapy (IPT) with older adults today and tomorrow: A review of the literature and new developments. *Current Psychiatry Reports, 10*(1), 16–22. https://doi.org/10.1007/s11920-008-0005-6

Miller, S. G. (2012). *Interpersonal psychotherapy for depressed retirees: Developing and testing a clinical treatment manual* [Tese de doutoramento, Edith Cowan University]. Research Online. https://ro.ecu.edu.au/theses/477/

Odone, A., Gianfredi, V., Vigezzi, G. P., Amerio, A., Ardito, C., d'Errico, A., Stuckler, D., & Costa, G. (2021). Does retirement trigger depressive symptoms? A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 30*, e77. https://doi.org/10.1017/S2045796021000627

Olesen, K., Rod, N. H., Madsen, I. E. H., Bonde, J. P., & Rugulies, R. (2015). Does retirement reduce the risk of mental disorders? A national registry-linkage study of treatment for mental disorders before and after retirement of 245,082 Danish residents. *Occupational and Environmental Medicine, 72*(5), 366–372. https://doi.org/10.1136/oemed-2014-102228

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5*(2), 229–239.

Pinquart, M., & Schindler, I. (2007). Changes of life satisfaction in the transition to retirement: A latent-class approach. *Psychology and Aging, 22*(3), 442–455. https://doi.org/10.1037/0882-7974.22.3.442

Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Centre in Mental Health. (1998). WHO (Five) Well-Being Index (1998 version). Frederiksborg General Hospital.

Quick, H. E., & Moen, P. (1998). Gender, employment, and retirement quality: A life course approach to the differential experiences of men and women. *Journal of Occupational Health Psychology, 3*(1), 44–64. https://doi.org/10.1037/1076-8998.3.1.44

Rabaioli-Fischer, B., & Söder, J. (2021). Outreach psychotherapy for seniors and psychotherapy in retirement homes in German-speaking countries: An overview. *American Journal of Psychiatry and Neuroscience, 9*(3), 130–135. https://doi.org/10.11648/j.ajpn.20210903.20

Reitzes, D. C., & Mutran, E. J. (2004). The transition to retirement: Stages and factors that influence retirement adjustment. *The International Journal of Aging and Human Development, 59*(1), 63–84. https://doi.org/10.2190/NYPP-RFFP-5RFK-8EB8

Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment, 66*(1), 20–40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2

Sharifi, M., Nodehi, D., & Bazgir, B. (2023). Physical activity and psychological adjustment among retirees: A systematic review. *BMC Public Health, 23*, 194. https://doi.org/10.1186/s12889-023-15080-

Szinovacz, M. E., & Davey, A. (2005). Predictors of perceptions of involuntary retirement. *The Gerontologist, 45*(1), 36–47.

Teques, A. P., Carreiro, J., Duarte, D., & Teques, P. (2025). Wellbeing and retirement in Europe: A systematic review with meta-analysis. *Healthcare, 13*(2), 100. https://doi.org/10.3390/healthcare13020100

van Solinge, H., & Henkens, K. (2008). Adjustment to and satisfaction with retirement: Two of a kind? *Psychology and Aging, 23*(2), 422–434. https://doi.org/10.1037/0882-7974.23.2.422

Vrkljan, B., Montpetit, A., Naglie, G., Rapoport, M. J., & Mazer, B. (2019). Interventions that support major life transitions in older adulthood: A systematic review. *International Psychogeriatrics, 31*(3), 393–415. https://doi.org/10.1017/S1041610218000972

Wang, M. (2007). Profiling retirees in the retirement transition and adjustment process: Examining the longitudinal change patterns of retirees' psychological well-being. *Journal of Applied Psychology, 92*(2), 455–474. https://doi.org/10.1037/0021-9010.92.2.455

Wang, M., Henkens, K., & van Solinge, H. (2011). Retirement adjustment: A review of theoretical and empirical advancements. *American Psychologist, 66*(3), 204–213. https://doi.org/10.1037/a0022414

Wang, M., & Shi, J. (2014). Psychological research on retirement. *Annual Review of Psychology, 65*, 209–233. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115131

Wang, M., & Shultz, K. S. (2010). Employee retirement: A review and recommendations for future investigation. *Journal of Management, 36*(1), 172–206. https://doi.org/10.1177/0149206309347957

Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2018). *The guide to interpersonal psychotherapy* (Updated and expanded ed.). Oxford University Press.

Wilfley, D. E., MacKenzie, K. R., Welch, R. R., Ayres, V. E., & Weissman, M. M. (2000). Interpersonal psychotherapy for group. Basic Books.

Wood, R. E., & Pachana, N. A. (2025). The role of meaning in the retirement transition: Scoping review. *The Gerontologist, 65*(6), gnaf076. https://doi.org/10.1093/geront/gnaf076

Zeas-Sigüenza, A., Oliveira, S., Ferreira, C., Ganho-Ávila, A., Vagos, P., & Ruisoto, P. (2023). Psychometric properties of the University of California Los Angeles Loneliness Scale version 3: The European Portuguese version. *Ansiedad y Estrés, 29*(1), 18–26. https://doi.org/10.5093/anyes2023a3

Zhai, L., Wang, J., Liu, Y., & Zhang, H. (2022). Involuntary retirement and depression among adults: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 747334. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.747334

ANEXOS

Anexo A

Questionário Sociodemográfico e Caracterização da Reforma

DADOS PESSOAIS

Idade *Por favor, escreva aqui a sua resposta: ____

Género *Por favor, escolha apenas um dos seguintes:

☐ Feminino
☐ Masculino
☐ Outro
☐ Prefiro não responder

Estado civil *Por favor, escolha apenas um dos seguintes:

☐ Solteiro(a)
☐ Casado(a) / União de facto
☐ Divorciado(a)
☐ Viúvo(a)

Vive atualmente com parceiro(a)? *Por favor, escolha apenas um dos seguintes:

☐ Sim
☐ Não

Nível de escolaridade completa *Por favor, escolha apenas um dos seguintes:

☐ 1.º ciclo do ensino básico
☐ 2.º ciclo do ensino básico
☐ 3.º ciclo do ensino básico
☐ Ensino secundário
☐ Ensino superior (Licenciatura ou superior)

SITUAÇÃO DA REFORMA

Atualmente está: *Por favor, escolha apenas um dos seguintes:

☐ Reformado(a)
☐ Em transição para a reforma
☐ Ainda profissionalmente ativo(a)

Ano em que se reformou (se ainda não se reformou, escreva o ano em que espera que isso aconteça): *Por favor, escreva aqui a sua resposta: _____

Tipo de reforma (se aplicável): *Por favor, escolha apenas um dos seguintes:

☐ Reforma por idade
☐ Reforma antecipada
☐ Reforma por doença/incapacidade
☐ Outro _____

A transição para a reforma ocorreu: *Por favor, escolha apenas um dos seguintes:

☐ De forma gradual (redução progressiva da atividade profissional)
☐ De forma abrupta

Profissão exercida antes da reforma: *Por favor, escreva aqui a sua resposta: _____

O trabalho era uma parte central da sua identidade: *Por favor, escolha apenas um dos seguintes:

☐ Nada
☐ Pouco
☐ Moderadamente
☐ Muito
☐ Extremamente

CONDIÇÕES DE VIDA

Satisfação financeira atual: *Por favor, escolha apenas um dos seguintes:

☐ Muito insuficiente
☐ Insuficiente
☐ Adequada
☐ Boa
☐ Muito boa
☐ Prefiro não responder

Como avalia o seu estado geral de saúde? *Por favor, escolha apenas um dos seguintes:

☐ Muito fraco
☐ Fraco
☐ Razoável
☐ Bom
☐ Muito bom

Possui diagnóstico médico de doença crónica? *Por favor, escolha apenas um dos seguintes:

☐ Sim. Qual/ais? (indique no espaço de comentário) _____
☐ Não
☐ Escreva um comentário à sua escolha aqui: _____

SAÚDE PSICOLÓGICA

Já teve diagnóstico prévio de depressão ou ansiedade? *Por favor, escolha apenas um dos seguintes:

☐ Sim
☐ Não
☐ Prefiro não responder

Está atualmente a tomar medicação para ansiedade, depressão ou sono? *Por favor, escolha apenas um dos seguintes:

☐ Sim
☐ Não

Faz atualmente acompanhamento psicológico ou psiquiátrico? *Por favor, escolha apenas um dos seguintes:

☐ Sim
☐ Não

PARTICIPAÇÃO E ENVOLVIMENTO EM ATIVIDADES

Atualmente, participa regularmente de atividades que escolheu por iniciativa própria (ex.: voluntariado, associações, grupos culturais, atividade física, formação, hobbies)? *Por favor, escolha apenas um dos seguintes:

☐ Sim
☐ Não

Em média, quantas horas por semana dedica a atividades que escolheu voluntariamente? *Por favor, escreva aqui a sua resposta: ____

Em que medida sente que essas atividades são significativas para si? *Por favor, escolha apenas um dos seguintes:

☐ Nada significativas
☐ Pouco significativas
☐ Moderadamente significativas
☐ Muito significativas
☐ Extremamente significativas

Anexo B

Síntese do Protocolo de Intervenção

Terapia Interpessoal na Transição para a Reforma na Idade Adulta Tardia

O presente anexo apresenta uma síntese da estrutura e dos principais conteúdos do protocolo de intervenção baseado na Terapia Interpessoal (TIP), adaptado ao contexto da transição para a reforma na idade adulta tardia. Mantêm-se os princípios e técnicas nucleares da TIP, integrando-se adaptações destinadas a responder às especificidades desenvolvimentais, relacionais e sociais associadas a esta transição de vida.

Elementos nucleares da TIP e adaptações ao contexto da reforma

Elementos nucleares da TIP	Adaptações ao contexto da reforma
Foco nas dificuldades interpessoais atuais e na sua relação com o sofrimento psicológico	Integração do percurso laboral e da história de vida relevantes para a experiência da reforma
Exploração da relação entre sintomas, acontecimentos de vida e funcionamento interpessoal	Exploração do impacto da reforma nas relações conjugais, familiares e sociais
Identificação de uma área-problema interpessoal que orienta o trabalho terapêutico	Atenção específica às mudanças de papel, perdas, ganhos e reorganização identitária associadas à saída do trabalho
Estrutura faseada da intervenção, com fases inicial, intermédia e final	Ajustamento do ritmo e das tarefas às características e necessidades da idade adulta tardia
Utilização de técnicas interpessoais, como exploração emocional, análise da comunicação, clarificação e *role-play*	Adaptação da linguagem, exemplos e tarefas ao contexto sociocultural e às experiências dos participantes
Valorização e mobilização da rede de suporte social	Reforço e reorganização das relações significativas e exploração de novas fontes de participação e pertença social

Estrutura das sessões

Sessão	Fase	Objetivos principais	Técnicas TIP	Tarefas entre sessões
1	Inicial	Avaliar as principais dificuldades associadas à transição para a reforma; apresentar o racional e o modelo da TIP; estabelecer a relação terapêutica	Psicoeducação; exploração clínica; entrevista interpessoal	Registo das principais mudanças percebidas desde a reforma e respetivo impacto emocional e relacional
2	Inicial	Explorar alterações de identidade, papéis, perdas e ganhos associados à reforma; caracterizar a rede interpessoal	Inventário/mapa interpessoal; exploração emocional; clarificação	Reflexão sobre os principais papéis desempenhados antes e depois da reforma e sobre as mudanças consideradas mais significativas

3	Inicial	Identificar a área-problema interpessoal prioritária e definir objetivos terapêuticos	Clarificação; formulação interpessoal; definição colaborativa do foco terapêutico	Observação e registo de situações interpessoais relacionadas com o foco definido
4	Intermédia	Trabalhar sentimentos de perda associados ao fim do papel profissional e a outras mudanças relevantes	Exploração emocional; facilitação da expressão de afetos; clarificação	Registo de emoções e situações relacionadas com perdas ou mudanças decorrentes da reforma
5	Intermédia	Promover continuidade identitária, valorizando competências, recursos e dimensões do self que transcendem o papel profissional	Exploração de recursos; reenquadramento; apoio ativo	Identificação de competências, interesses e papéis significativos que possam ser mantidos ou desenvolvidos após a reforma
6	Intermédia	Facilitar o desenvolvimento de novos papéis, atividades e fontes de significado	Exploração de alternativas; tomada de decisão; planeamento interpessoal	Experimentação de uma nova atividade, papel ou forma de participação considerada significativa
7	Intermédia	Explorar mudanças nas relações conjugais e/ou familiares decorrentes da reforma e melhorar padrões de comunicação	Análise da comunicação; clarificação; *role-play*	Prática de uma estratégia de comunicação trabalhada em sessão numa situação quotidiana relevante
8	Intermédia	Reforçar e/ou reorganizar a rede de suporte social e promover relações significativas	Revisão da rede interpessoal; análise de padrões relacionais; resolução de problemas interpessoais	Contacto ou aproximação a uma figura significativa ou identificação de uma oportunidade de participação social
9	Final	Rever o percurso terapêutico, consolidar mudanças e identificar estratégias para manter os ganhos alcançados	Síntese do trabalho realizado; revisão de estratégias; antecipação de dificuldades futuras	Elaboração de um plano pessoal de manutenção dos ganhos e de resposta a eventuais dificuldades
10	Final	Preparar o término da intervenção; reforçar autonomia; integrar aprendizagens e mudanças alcançadas	Revisão global; exploração das reações ao término; encerramento terapêutico	—

Nota sobre a adaptação do protocolo

A sequência apresentada constitui uma orientação estruturante, mantendo-se flexível em função das necessidades e do foco interpessoal identificado com cada participante. Embora a transição para a reforma constitua o contexto comum da intervenção, o trabalho terapêutico centra-se nas dificuldades interpessoais atuais e nas mudanças de papel, relações e fontes de suporte que assumam maior relevância para cada pessoa.

Anexo C

Folheto informativo sobre a Transição para Reforma disponibilizado ao Grupo de Controlo

U.PORTO
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE DO PORTO

U.PORTO
ICBAS | INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
SCHOOL OF MEDICINE AND BIOMEDICAL SCIENCES

PREPARAR A TRANSIÇÃO PARA A REFORMA

Informação e reflexão para uma nova etapa da vida

A reforma é uma transição de vida

O fim da atividade profissional pode trazer liberdade e novas possibilidades, mas também mudanças na rotina, nos papéis, nas relações e na forma como cada pessoa se vê. Não existe uma única forma correta de viver esta etapa.

ROTINA Reorganizar o tempo e criar um ritmo diário que faça sentido.	IDENTIDADE Reconhecer que a profissão é apenas uma das dimensões da identidade.
RELAÇÕES Preservar contactos e relações que dão apoio e sentido.	PROJETOS Encontrar atividades, interesses e objetivos para esta nova fase.

Algumas perguntas para pensar

O que espero ganhar com a reforma? _____

O que penso que poderá ser mais difícil para mim? _____

Que atividades gostaria de manter, recuperar ou iniciar? _____

Que pessoas ou relações gostaria de preservar? _____

Dez ideias para uma boa adaptação

1	Aceite que a adaptação pode levar tempo.
2	Crie uma rotina flexível e realista.
3	Mantenha relações e contactos significativos.
4	Reserve espaço para lazer e descanso.
5	Procure atividades que lhe deem interesse ou satisfação.
6	Experimente novos interesses sem exigir resultados imediatos.
7	Reconheça competências e experiências que continuam consigo.
8	Defina pequenos objetivos para o dia, a semana ou o mês.
9	Mantenha participação social ou comunitária, se isso for importante para si.
10	Peça ajuda quando sentir que está a ser difícil adaptar-se.

A reforma pode ser o início de uma nova etapa — não o fim de uma identidade.

Material psicoeducativo de sensibilização e leitura autónoma. Não constitui intervenção psicoterapêutica.

Anexo D

Tabela A1

Comparação dos grupos TIP e controlo nas variáveis psicológicas em M1

Variável	TIP *M* (*DP*)	Controlo *M* (*DP*)	*t*	*gl*	*p*
Depressão	3.90 (2.45)	4.13 (2.01)	−0.40	58.00	.689
Ansiedade	1.70 (1.82)	2.67 (2.11)	−1.90	58.00	.062
Stress	9.03 (3.76)	10.17 (2.41)	−1.39	49.40	.170
Satisfação com a vida	20.43 (6.20)	19.43 (3.77)	0.76	47.83	.454
Problemas interpessoais	1.34 (0.37)	1.39 (0.21)	−0.72	45.89	.474
Solidão	48.63 (10.75)	50.37 (4.00)	−0.83	36.89	.413
Bem-estar mental	13.03 (4.94)	13.10 (2.51)	−0.07	43.02	.948

Nota. TIP, $n = 30$; controlo, $n = 30$. Foram utilizados testes de Welch quando não se verificou a homogeneidade das variâncias. Embora nenhuma das diferenças tenha atingido significância estatística, a ansiedade apresentou a maior diferença inicial entre os grupos, com valores médios inferiores no grupo TIP. Assim, a ausência de significância estatística não deve ser interpretada como evidência de equivalência absoluta entre os grupos, devendo esta diferença ser considerada na interpretação dos resultados subsequentes.

FACULDADE DE **PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**