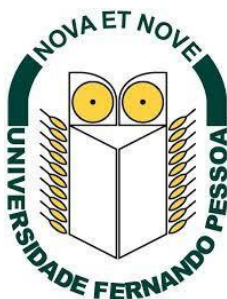


Andreia Patrícia da Silva Pinto Ferreira



Intervenção Psicológica Positiva: Análise da Eficácia de um Programa em Grupo

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Porto, 2020

Andreia Patrícia da Silva Pinto Ferreira



**Intervenção Psicológica Positiva: Análise da Eficácia de um
Programa em Grupo**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Porto, 2020

Andreia Patrícia da Silva Pinto Ferreira

**Intervenção Psicológica Positiva: Análise da Eficácia de um
Programa em Grupo**

Andreia Patrícia da Silva Pinto Ferreira

Trabalho apresentado à Faculdade de Ciências e Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau Mestre em Psicologia, com especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Prof^a Doutora Carla Fonte

Resumo

Constata-se nos últimos anos um aumento da investigação sobre o desenvolvimento e funcionamento ótimo dos indivíduos, na promoção do bem-estar e diminuição da psicopatologia. Neste âmbito, as intervenções psicológicas positivas têm-se mostrado eficazes na promoção destas variáveis, quer em populações clínicas quer não clínicas. O presente estudo pretende avaliar a eficácia de uma intervenção psicológica positiva em grupo na promoção do bem-estar e redução da psicopatologia, numa amostra de alunos do ensino superior. O programa intitula-se “Bem-me-quero”, com duração de seis semanas, e versou sobre temáticas como a gratidão, otimismo, ruminação mental, perdão, bondade, espiritualidade e comparação social. A amostra é constituída por 16 participantes selecionados por conveniência e de forma não aleatória, ramificando-se em grupo de comparação (n=8) e grupo experimental (n=8). A avaliação foi realizada em dois momentos (pré e pós intervenção) e teve como medidas de avaliação MHC-SF (avaliação bem-estar) e o EADS-21 (avaliação da psicopatologia). Os resultados apontam para uma melhoria no bem-estar psicológico e bem-estar social assim como redução dos níveis de psicopatologia (ansiedade, depressão e *stress*), provando que a participação no programa é benéfica para a promoção da saúde mental. Em estudos futuros sugere-se o recurso a uma amostra de maior dimensão e recurso a um processo de aleatorização da mesma.

Palavras-chave: Bem-estar; Saúde mental; Intervenções Psicológicas Positivas; Psicopatologia; Estudantes universitários

Abstract

Currently, positive mental health includes high levels of well-being and satisfaction with the subject's lives, as well as reduced psychopathological levels. Therefore, in recent years there has been an increase in research regarding the development and optimal functioning of individuals, promoting well-being and decreasing psychopathology. Positive psychological interventions have been shown to be quite effective in improving these variables, both in clinical and non-clinical populations. This study aims to assess the effectiveness of a positive psychological intervention in a group, promoting well-being and reducing psychopathology, in a sample of higher education students. The program is entitled "Bem-me-quero", lasting six weeks, and dealt with topics such as gratitude, optimism, mental rumination, forgiveness, kindness, spirituality and social comparison, based on literature review. The sample consists of 16 participants selected by convenience and not randomly, branching out into a comparison group (n = 8) and an experimental group (n = 8). The evaluation was carried out in two moments (pre and post intervention) and had as measures of evaluation MHC-SF (evaluation welfare) and EADS-21 (evaluation of psychopathology). The results point to an improvement in psychological well-being and social well-being as well as a reduction in the levels of psychopathology (anxiety, depression and stress), proving that participation in the program is beneficial for the promotion of mental health. When comparing the two groups at the time of the test, no statistically significant differences were found. In future studies, it is suggested the use of a larger sample and the use of a randomization process.

Keywords: well-being; mental health; positive psychological interventions; effectiveness assessment.

Agradecimentos

Durante 5 anos de aprendizagem numa área de grande deslumbramento para mim, a Psicologia, existem pessoas que foram de grande importância neste percurso tanto no ponto de vista académico assim como no ponto de vista motivacional e de suporte. Sem elas este projeto não teria sido possível.

Queria começar por deixar um obrigada à minha orientadora Prof^a Doutora Carla Fonte, pela orientação que me deu. Ajudou-me a manter o caminho certo, mesmo quando as dificuldades do dia-a-dia chegaram, acompanhadas de desmotivação. A professora mostrou sempre palavras de encorajamento, compreensão e disponibilidade. Agradeço também por todo o conhecimento que me transmitiu, na orientação da dissertação, no acompanhamento no estágio assim como no decorrer do percurso académico.

Gostaria de agradecer e dedicar este trabalho aos meus pais, Susana e Carlos, e à minha irmã, Margarida pela confiança e apoio em mim, mesmo nos momentos mais difíceis de incerteza em relação ao futuro. Conduziram-me no meu caminho até aos dias de hoje, sem eles nada disto era possível. A minha gratidão por vocês é impossível de exprimir em palavras, Obrigada!

As minhas avós Maria de Lurdes e Maria de Fátima, que apesar de muitas vezes não saberem o que se passava durante este percurso, nunca deixaram de fazer tudo por mim, e de estarem sempre presentes caso necessitasse de algo. Também a ti avô que apesar de já não estares presente para ver o terminar deste curso, sempre soube que tinhas um imenso orgulho pelo meu curso e sempre me apoiaste para seguir aquilo que me fazia feliz.

Ao meu namorado, David, por todo apoio, compreensão, por todas as palavras de motivação e por estar presente nos bons e maus momentos. Foi um grande apoio no decorrer deste percurso, sem ele muito possivelmente não estaria a escrever estas palavras. O meu agradecimento por ti é impossível de exprimi-lo na totalidade, obrigada.

A todos os meus colegas que tiveram em mim uma influência positiva neste percurso, sempre disponíveis para ajudar.

Agradeço ainda a todos os professores e orientadores do estágio que contribuíram com o seu conhecimento, apoio, disponibilidade para transmitir todo o conhecimento.

A todos vós um sincero obrigado!

Índice Geral

Resumo	iv
Abstract.....	v
Agradecimentos	vi
Índice Geral	vii
Índice de tabelas	ix
<u>Índice de Figuras</u>	x
Índice de Anexos	xi
Lista de Abreviaturas.....	xii
Introdução	1
Capítulo I- Enquadramento teórico	3
1. Bem-estar e saúde mental	4
1.1 Bem-Estar Subjetivo (BES).....	6
1.2 Bem-Estar Psicológico (BEP)	8
1.3 Bem-Estar Social (BESo)	11
2.Intervenções psicológicas positivas e a sua importância na promoção do bem-estar/saúde mental.....	12
2.1 Conceito de intervenções psicológicas positivas.....	12
2.2 Fatores que condicionam os níveis de bem-estar	14
2.2.1 Gratidão	15
2.2.2 Saborear	18
2.2.3 Atos de Bondade.....	20
2.2.4 Perdão	21
2.2.5 Otimismo	22
2.2.6 Conceito de Espiritualidade.....	25
Capítulo II- Estudo empírico	27
1. Metodologia	28
1.1Objetivos da investigação.....	28
1.2 Método.....	29
1.2.1 Participantes/Amostra.....	29
1.2.2 Material.....	30
1.2.2.1 Questionário sociodemográfico	30
1.2.2.2 Mental Health Continuum – Short-Form (MHC-SF)	31

1.2.2.3. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).....	32
1.2.3 Planificação do estudo e procedimento	33
1.2.3.1 Plano de estudo	33
1.2.3.2 Variáveis estudadas	33
1.2.3.3 Procedimento de recolha de dados	33
1.3 Descrição do programa “Bem-me-quero”	34
1.4 Procedimentos estatísticos	36
2 . Apresentação dos resultados.....	37
2.1 Comparação dos grupos no momento pré-teste.....	37
2.2 Resultados relativos à eficácia do programa “Bem-me-quero”	39
2.2.1 Resultados referentes ao bem-estar	39
2.2.2 Resultados referentes à psicopatologia.....	42
3. Discussão de resultados	44
Conclusão	49
Referências Bibliográficas.....	52
Anexos	68

Índice de tabelas

Tabela 1 Critérios de diagnóstico da Saúde Mental.	5
Tabela 2 Modelo teórico do BEP de Carol Ryff.....	9
Tabela 3 Bases teóricas do BEP	10
Tabela 4 Caracterização das variáveis sociodemográficas da amostra (por grupo)	30
Tabela 5 Descrição do programa de intervenção "Bem-me-quero"	34
Tabela 6 Diferenças ao nível das variáveis sóciodemográficas entre grupo	38
Tabela 7 Diferenças entre grupos no momento pré teste em relação às medidas dependentes (Teste de Mann-Whitney)	38
Tabela 8 Diferenças ao nível do bem-estar em dois momentos temporais no grupo experimental (Teste de Wilcoxon).....	40
Tabela 9 Diferenças ao nível do bem-estar em dois momentos temporais no grupo de comparação (Teste de Wilcoxon)	40
Tabela 10 Diferença entre grupos no momento pós teste em relação ao bem-estar (Teste de Mann-Whitney)	41
Tabela 11) Diferenças ao nível da psicopatologia em dois momentos temporais no grupo experimental (Teste de Wilcoxon)	42
Tabela 12 Diferenças ao nível da psicopatologia em dois momentos temporais no grupo de comparação (Teste de Wilcoxon	43
Tabela 13 Diferença entre grupos no momento pós teste em relação à psicopatologia (Teste de Mann-Whitney)	43

Índice de Figuras

Figura 1- Modelo hierárquico da felicidade	8
Figura 2- Fatores que contribuem para a felicidade	15

Índice de Anexos

Anexos	68
Anexo A. Questionário Sociodemográfico.....	69
Anexo B. Escala Continnum de Saúde Mental – versão reduzida (MHC-SF).....	70
Anexo C. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)	71
Anexo D. Consentimento informado.....	72
Anexo E. Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa	73

Lista de Abreviaturas

OMS- Organização Mundial de Saúde

BES-Bem-Estar Subjetivo

BEP- Bem-Estar Psicológico

EADS-21- Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

MHC-SF- Escala Continuum de Saúde Mental – Versão reduzida

GE- Grupo experimental

GC- Grupo de comparação

VD- Variável Dependente

VI- Variável independente

Introdução

A psicologia positiva é um campo de pesquisa que pode ser descrito como o estudo das potencialidades, motivações e realizações humanas. Tem como fim analisar os contextos que promovem o funcionamento ótimo de pessoas, grupos e instituições (Sheldon & King, 2001; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Nesta perspectiva sugere-se que a Psicologia não se foque apenas no estudo da doença, da fraqueza ou das perdas, deve evidenciar, igualmente, o estudo das potencialidades, forças e virtudes humanas, incentivando a investigação das experiências positivas; das características individuais positivas que cultivam a evolução humana (Gable & Haidt, 2005; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Esta orientação é uma ciência em rápido desenvolvimento, aspira pesquisar em áreas como o bem-estar; *flow*; pontos fortes pessoais; sabedoria; criatividade; otimismo; saúde psicológica assim como características de grupos e instituições positivos (Boniwell, 2012). As intervenções psicológicas passaram a ter como objetivo não só terminar ou aliviar o mal-estar, mas também promover o funcionamento psicológico ótimo ou novos conceitos de florescimento. Estas não pretendem apenas que as pessoas se sintam bem, querem, igualmente, que os sujeitos funcionem bem e que levem uma vida com significado. A felicidade não advém apenas de sentimentos de prazer e bem-estar, mas igualmente de uma vida de virtudes, de esforço e de persistência para atingir as metas (Baptista, 2013).

A psicologia positiva estuda diferentes níveis da experiência humana: nível subjetivo; nível individual e nível de grupo. O primeiro preocupa-se com as experiências subjetivas, como o bem-estar e satisfação no passado; esperança e otimismo no futuro bem como *flow* e felicidade no presente. O nível individual centra-se na capacidade de amar; na vocação; na coragem; nas competências interpessoais; na sensibilidade; na perseverança; no perdão; a originalidade; na espiritualidade; no talento e na sabedoria, isto é, foca-se nas características individuais positivas. Por fim, ao nível do grupo, é enfatizado aspetos como o civismo assim como instituições que promovem e potencializam as características individuais (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

É possível o sujeito trabalhar para atingir bem-estar e felicidade. Para isso é necessário modificar rotinas e pensamentos que, mesmo sem o individuo ter consciência, estão na base no modo de reagir a determinadas situações. Para existir uma alteração emocional positiva estável e para que os novos hábitos de pensamento e comportamento

sejam obtidos é necessário: ter tempo para praticar exercícios que promovam a alteração de comportamentos ou pensamentos; estar-se motivado para a mudança; esperar resistência à mudança mas ser-se resistente, com o fim de alcançar as metas/objetivos a que o sujeito se propõem (Baptista,2013).

Neste sentido, o presente trabalho procura avaliar a eficácia de um programa de intervenção psicológica positiva em grupo na promoção do bem-estar e saúde mental. Este está dividido em duas partes principais: O enquadramento teórico assim como o estudo empírico.

Na primeira parte, o enquadramento teórico, é apresentada uma revisão da literatura que procura descrever os conceitos de saúde mental e psicopatologia; felicidade e bem-estar, abordando a caracterização das suas respetivas dimensões como o bem-estar psicológico, o bem-estar subjetivo e o bem-estar social. Após isso segue-se uma revisão da literatura acerca do papel das intervenções positivas nestes conceitos, assim como a eficácia de alguns estudos já realizados.

A segunda parte refere-se ao estudo empírico, descrevendo um programa de intervenção psicológica positiva em grupo e a sua eficácia. Na parte final são expostos os resultados, as conclusões, limitações do estudo e implicações do presente trabalho para futuras investigações e para a prática.

Capítulo I

Enquadramento teórico

Bem-estar e saúde mental

Ao longo da história, a psicologia centrou-se na reparação do dano e na psicopatologia dos sujeitos, descurando o foco na realização pessoal e no desenvolvimento em comunidade. Apesar deste foco no estudo das perturbações psicológicas ter sido uma mais valia na compreensão e tratamento da doença mental, a Psicologia colocou em segundo plano dois dos seus objetivos centrais: ajudar a tornar a vida das pessoas mais satisfatória assim como identificar e desenvolver o talento e a competência. De forma a contrapor a abordagem concetual tradicional, aparece assim a Psicologia Positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2002).

A Psicologia Positiva é descrita como a ciência dos aspetos positivos que tem como fim o estudo das potencialidades e qualidades humanas. Não se limita a tratar do que está errado, mas igualmente a potenciar as qualidades e o melhor dos indivíduos. Esta atua a nível subjetivo, individual e grupal. O nível subjetivo diz respeito a sensação de sentir-se bem e ser “boa pessoa”, incluindo o estudo das experiências positivas do passado (bem-estar e satisfação com a vida), do presente (prazeres e felicidade) e do futuro (otimismo, esperança e coragem). O nível individual diz respeito aos traços positivos individuais, como: coragem, habilidades interpessoais, capacidade de amar, perseverança. Por fim, o nível grupal dá ênfase às virtudes cívicas, responsabilidades sociais, altruísmo, tolerância e outros fatores que contribuem para o desenvolvimento da comunidade (Seligman, Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2002 & Boniwell, 2012).

Em 2005 a Organização mundial de saúde (OMS) define saúde mental como sendo um estado de bem-estar, ao qual o indivíduo é capaz de perceber o seu próprio potencial, lidar com o *stress* do quotidiano, trabalhar produtivamente, dando um contributo para a comunidade. Os três componentes essenciais desta definição são o bem-estar; o funcionamento efetivo do indivíduo e o funcionamento efetivo na comunidade (WHO, 2005).

Keyes (2002) define a saúde mental como um conjunto de sintomas de emoções positivas e funcionamento com a vida. O mesmo autor propôs uma teoria para o diagnóstico da saúde mental e *flourishing*, que avalia a saúde mental através do bem-estar subjetivo (felicidade e satisfação com a vida); do bem-estar psicológico (crescimento pessoal, propósito de vida, ...) e bem-estar social (aceitação social, atualização, ...). Nesse sentido, para determinar se um indivíduo tem bons níveis de saúde mental (está a

florescer) deve apresentar dois descritores de bem-estar hedónico e seis ou mais de funcionamento positivo (Keyes, 2005). (cf. Tabela 1)

Tabela 1

Critérios de diagnóstico da Saúde Mental

Critérios de diagnóstico	Discrição de sintomas
<u>Vertente Hedónica de Bem-estar</u> <u>Critérios: Níveis altos em pelo menos um dos sintomas</u>	1. <u>Relativamente aos últimos 30 dias:</u> <ul style="list-style-type: none">• Bom humor;• Feliz;• Calmo;• Cheio de vida;• Sereno 2. Sente-se feliz e satisfeito com a vida, de um modo geral e os seus diferentes domínios (casamento, emprego, relacionamentos pessoais, ...)
<u>Vertente Eudaimónica do Bem-estar</u> <u>Critérios: Níveis altos em seis ou mais sintomas.</u>	1. Auto-aceitação; 2. Aceitação social; 3. Crescimento pessoal; 4. Atualização social; 5. Propósito na vida; 6. Contribuição social; 7. Domínio do meio ambiente; 8. Coesão social; 9. Autonomia; 10. Relacionamento positivo com os outros; 11. Integração social

Traduzido e adaptado de Keyes (2005)

É importante desenvolver estratégias para atingir o funcionamento ótimo para o maior número de pessoas ou aumentar aquilo que já pode estar bem. Nesta perspetiva, não é importante apenas agir quando existe psicopatologia diagnosticada, mas sim para aumentar o bem-estar e felicidade quando o indivíduo não preenche os critérios necessários para florescer (Baptista, 2013).

Adultos mentalmente saudáveis apresentam menos faltas ao trabalho; um funcionamento psicológico saudável (objetivos de vida, resiliência, intimidade, ...); menor risco de doenças cardiovasculares e físicas com a idade, deste modo há uma redução na utilização dos serviços de saúde e nas limitações das atividades diárias. No entanto, apenas 20% da população adulta está em florescimento, este indicador é claro

que existe necessidade de programas de promoção de saúde mental para complementar aquilo que já foi feito (Keyes, 2007).

O conceito de bem-estar tem sido sujeito a diversas alterações ao longo do tempo, primeiramente estava relacionado com o poder económico (bem-estar material), mas rapidamente se procurou relacioná-lo com outros conceitos como a saúde; as relações interpessoais e a qualidade de vida (Sousa, Galance & Figueiredo, 2003; Galinha & Ribeiro, 2005).

Seligman (2011), desenvolveu uma teoria do bem-estar, designada de modelo PERMA. Esta destaca a existência de cinco elementos fundamentais que constituem e contribuem para o bem-estar: Emoção positiva; Envolvimento; Significado; Realização pessoal e Relações positivas. Nenhum dos mesmos define por si só o bem-estar, contudo contribuem todos para o mesmo.

Por volta dos anos 80 quando, pela dimensão da sua nova identidade e pela quantidade de investigação já produzida na área do Bem-Estar, emergiu uma crise na definição do conceito. A resolução dessa crise resultou numa divisão do Bem-Estar, em: Bem-estar subjetivo e Bem-Estar Psicológico. Nesta divisão, o bem-estar subjetivo diz respeito ao campo de estudo que integra as dimensões Afeto e Satisfação com a Vida; enquanto que o Bem-estar Psicológico representa outro campo de estudo, que abrange conceitos como autoaceitação, autonomia, controlo sobre o meio, propósito de vida e desenvolvimento pessoal (Galinha, 2008).

Além dos dois tipos de bem-estar referidos, é importante referir o bem-estar social, pois está relacionado com a saúde mental do indivíduo uma vez que é um ser social. A noção de bem-estar social, foi proposta uma vez que os sujeitos estão incluídos em estruturas sociais, encontrando tarefas e desafios relativos às relações sociais (Keyes, 2005).

De seguida, vamos percorrer as três definições que compõe o conceito geral de bem-estar, nomeadamente: o bem-estar subjetivo, que se enquadra na perspetiva hedónica e o bem-estar psicológico e social que se inserem na perspetiva eudaimónica.

1.1 Bem-Estar Subjetivo (BES)

O bem-estar subjetivo (BES), trata-se da forma como os indivíduos avaliam as suas vidas. Relaciona-se com as circunstâncias de vida e de como as pessoas pensam e sentem as mesmas, concedendo a cada um o direito de decidir se a sua vida importa (Giacomoni, 2004; Deci & Ryan, 2008).

Este tipo de bem-estar é constituído por três componentes essenciais: a satisfação com a vida, a presença de afeto positivo e a ausência de afeto negativo. (Campbell, 1976; Diener, 2000). Considera-se um conceito amplo que inclui por um lado experienciar emoções agradáveis, conjuntamente baixos níveis de afeto negativo e elevados de satisfação com a vida (Diener, Lucas & Oishi, 2002).

De um modo geral a satisfação com a vida tem sido considerada como uma dimensão cognitiva, enquanto que o afeto é considerado a dimensão afetiva do bem-estar subjetivo (Woyciekoski, Stenert & Hutz, 2012; Deci & Ryan, 2008). A dimensão cognitiva consiste no balanço que cada individuo faz da sua vida em geral (Novo, 2003). Enquanto que o afeto positivo pode ser entendido como um sentimento transitório, isto é, um contentamento hedonista puro e sentido num determinado momento de exultação ou em determinada atividade. O afeto negativo traduz-se num sentimento momentâneo que conglomeram emoções como a ansiedade, depressão, agitação ou outros sentimentos psicológicos (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002; Albuquerque & Trócoli, 2004).

A figura 1 apresenta o modelo hierárquico do BES e as integrantes que estão implícitas nos múltiplos níveis de particularidade do indivíduo.

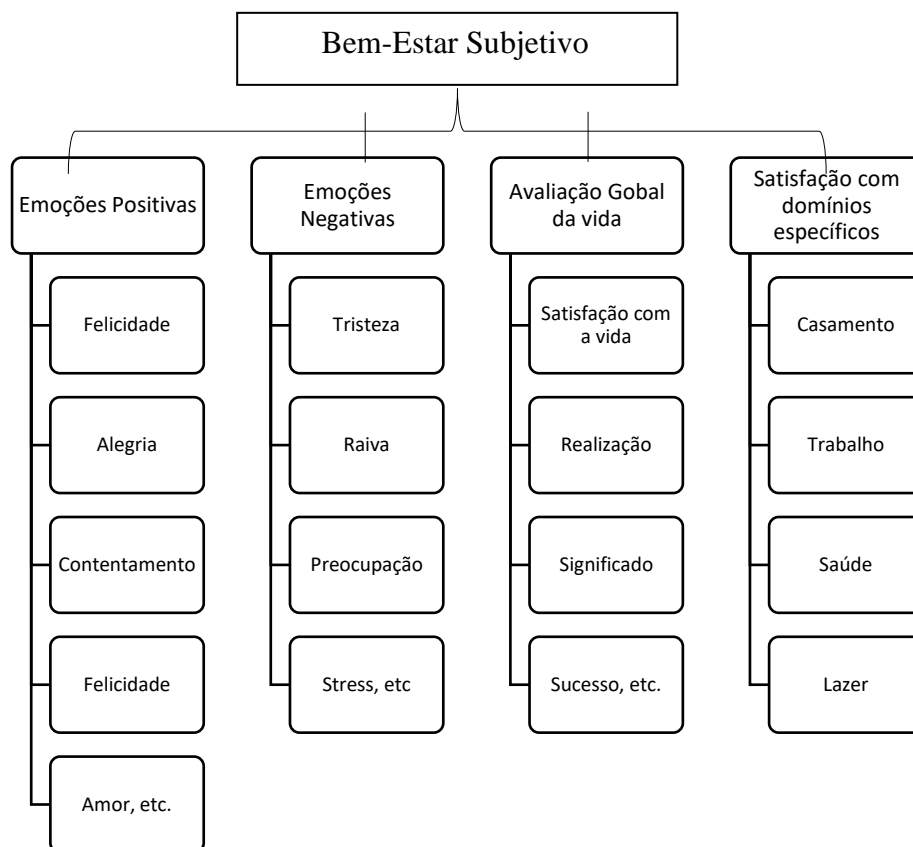


Figura 1-Modelo hierárquico da felicidade

Traduzido e adaptado de Diener, Scollon e Lucas (2003)

O BES hierarquicamente em primeiro é classificado como a avaliação geral da vida das pessoas. As outras componentes, hierarquicamente abaixo, revelam de forma global aquilo que abrange o bem-estar do indivíduo. As componentes estabelecem uma relação e explica a qualidade de vida subjetiva de cada sujeito (Diener et al,2003).

As pessoas que possuem maiores níveis de BES e felicidade são aquelas que desenvolvem maior número de relacionamentos amorosos, são sociáveis, religiosas, têm boa autoestima assim como bons hábitos de saúde (Seligman, 2004).

O modelo da adaptação hedônica sugere que o prazer vindo do sucesso ou o afogo após o insucesso diminuem com o tempo, define-se como um conjunto de processos que diminuem o impacto emocional ao longo prazo (Neves & Brei, 20015). Perante alguma experiência, positiva ou negativa, ocorre na vida do sujeito um ganho ou perda de bem-estar. Após essa mudança segue-se de um retorno gradual ao momento inicial, ou seja, o sujeito adapta-se às mudanças na sua vida e a resposta emocional inicialmente presenciada diminui. O indivíduo tende a adaptar-se mais rapidamente a mudanças positivas do que negativas. Nesse sentido ele não obtém prazer sustentável nas mudanças positivas, acabando por criar objetivos a longo prazo para aumentar níveis de felicidade (Armenta, Bao & Lyubomirsky,2014).

No que se refere à forma de medir o bem-estar subjetivo, é comum medidas de autorrelatos em que os indivíduos avaliam a satisfação com a vida e a frequência do afeto positivo e negativo (Galinha, 2008).

Galinha e Ribeiro (2005) mostraram que conceito de bem-estar se desenvolveu ao longo do tempo, sendo que nos anos 80 emerge uma nova definição do conceito, com a distinção entre bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico, dando origem a duas perspectivas distintas, contudo com o bem-estar em comum. Seguidamente iremos abordar o bem-estar psicológico na revisão da literatura.

1.2 Bem-Estar Psicológico (BEP)

O conceito de bem-estar psicológico surgiu como resposta às críticas que sustentavam as teorias de bem-estar subjetivo e aos estudos psicológicos que destacavam a infelicidade e o sofrimento (Siqueira & Pandovam, 2008). Segundo Ryan, Huta e Deci (2013) as definições de BEP e BES afastam-se, pois, os seus objetivos são diferentes. As

concepções eudaimônicas do bem-estar interessam-se no conteúdo de vida e no processo de como viver bem, enquanto que o hedonismo se foca apenas no resultado.

A perspectiva do BEP consiste em identificar o que conduz o sujeito a viver bem e as consequências esperadas desse viver (intimidade, saúde, prazer hedônico, sentido de vida, ...). Pessoas que se envolvem em propósitos de vida com significado, potencializam a sua vida e funcionam plenamente, experienciaram felicidade e prazer, ou seja, o afeto e a felicidade são resultado do viver bem. Estar bem psicologicamente é mais do que estar livre de sofrimento ou problemas mentais. É possuir autoestima, sentido de mestria, autonomia, relações positivas com outras pessoas, um sentimento de propósito e significado na vida e sentimento de crescimento contínuo e de desenvolvimento (Ryff, 1995 & Ryan et al., 2013).

Nesse sentido, foi proposto um modelo por Carol Ryff que define o bem-estar psicológico como um conceito multidimensional, definido por seis dimensões chave do BEP: auto-aceitação, é característica fundamental da saúde mental que se explica como a avaliação positiva do sujeito assim como da sua vida passada; crescimento pessoal, sentido de desenvolvimento pessoal e abertura a novas experiências; objetivos de vida, necessidade de acreditar que a vida tem um objetivo e significado; relações positivas com os outros, capacidade do indivíduo desenvolver relações de confiança com os outros; domínio ambiental, aptidão da pessoa gerir a sua vida de forma eficaz assim como o mundo à sua volta; autonomia, sentido de autodeterminação (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995). Cada dimensão corresponde aos diferentes desafios que as pessoas se deparam na procura do funcionamento positivo (Keyes et al., 2002). (cf. Tabela 2)

Tabela 2

Modelo teórico do BEP de Carol Ryff

Dimensões	Conceitos fundamentais
<u>Autoaceitação</u>	<ul style="list-style-type: none">– Atitude positiva relativamente a si próprio;– O sujeito reconhece e aceita-se (boas e más qualidades);– Sente-se positivo em relação ao seu passado.
<u>Crescimento pessoal</u>	<ul style="list-style-type: none">– Sentimento de desenvolvimento contínuo;– Está aberto a novas experiências;– Procura desenvolver-se e potencializar-se;

	<ul style="list-style-type: none"> – Procura melhorar o seu autoconhecimento e eficácia.
<u>Objetivos de vida</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Tem objetivos e metas de vida; – Sente que há sentido na vida presente e passada; – Tem crenças que dão propósito à vida; – Tem objetivos e metas para alcançar ao longo da sua vida.
<u>Relações Positivas com os outros</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Tem relacionamentos calorosos, satisfatórios e de confiança com os outros; – Preocupa-se com o bem-estar dos outros; – Capaz de forte empatia, afeto e intimidade; – Percebe o sentido de dar e receber nas relações humanas.
<u>Domínio meio envolvente</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Tem um sentido de mestria e competência no que diz respeito a dominar o meio envolvente; – Controla um leque de atividades complexas e externas complexas; – Aproveita oportunidades que se proporcionem; – Capaz de escolher ou criar contextos para as suas necessidades pessoais e valores.
<u>Autonomia</u>	<ul style="list-style-type: none"> – É determinado e independente; – Capaz de resistir a pressões sociais; – Controla o seu comportamento recorrendo ao seu interior; – Avalia-se de acordo com os seus <i>standards</i>.

Traduzido e adaptado de Carol Ryff (1995; 1989)

Este modelo que visa explicar o funcionamento psicológico positivo surgiu de vários pressupostos de diferentes teorias do desenvolvimento ao longo da vida (Erikson, Buhler, Neugarten), teorias clínicas do desenvolvimento pessoal (Maslow, Rogers, Allport) e da saúde mental (Jahoda) (Siqueira & Padovam, 2008). A tabela 3 sumariza as bases teóricas que estão na base do bem-estar psicológico.

Tabela 3

Bases teóricas do BEP

Autores	Conceitos-chave	Dimensões BEP
<u>Alport</u>	Maturidade	✓ Autonomia ✓ Domínio do Meio
<u>Neugarten</u>	Mudanças na personalidade no ciclo vital	

<u>Buhler</u>	Tendências básicas da vida	✓ Crescimento Pessoal ✓ Relações Positivas com os Outros ✓ Objetivos na Vida Autoaceitação
<u>Erikson</u>	Estádios psicossociais	
<u>Fran</u>	Sentido da vida	
<u>Jahoda</u>	Saúde mental	
<u>Jung</u>	Individuação	
<u>Maslow</u>	Autoatualização	
<u>Rogers</u>	Pessoa em funcionamento pleno	

Traduzido e adaptado de Ryff & Singer (2008)

O BEP permite, então, identificar o quão o sujeito é satisfeito e feliz em domínios psicológicos diversos e de que recursos psicológicos dispõe na relação consigo próprio, com os outros, com o meio e as suas capacidades de adaptação (Novo, 2003).

Para além destes dois tipos de bem-estar, como foi referido anteriormente, as relações sociais são um forte indicador de bem-estar. Como tal o conceito de bem-estar social irá ser abordado de seguida.

1.3 Bem-Estar Social (BESo)

De forma a explicar o funcionamento ótimo do sujeito e a sua saúde mental, alguns investigadores exploraram o estudo do bem-estar social com o objetivo de provar que o modelo social é importante e reflete-se na saúde mental positiva. Neste modelo é discutido a natureza social da vida e os seus desafios uma vez que estes podem ser critérios que os indivíduos usam para avaliar as suas vidas (Keyes, 1998).

Keyes (1998) define o bem-estar social na forma como o indivíduo avalia as circunstâncias e o funcionamento da sociedade. Nesse sentido, o mesmo autor propôs um modelo multidimensional, com cinco dimensões interrelacionadas: integração social, aceitação social, contribuição social, atualização social e a coerência social. Nesse sentido:

A **integração social** corresponde à qualidade da relação entre o sujeito e a sociedade e a sua comunidade, enfatizando o grau em que os indivíduos se sentem incluídos na sociedade. Indivíduos considerados saudáveis são aqueles que se sentem inseridos na sociedade e se identificam com as pessoas da sua comunidade (Baptista, 2013; Keyes, 1998).

A **aceitação social** diz respeito às atitudes positivas que o sujeito tem com os outros, sabendo sempre as suas dificuldades e limitações. As pessoas com aceitação social confiam, são dedicados e sentem-se confortáveis com os outros que o rodeiam (Keyes, 1998). Para ser aceite na sociedade é necessário experiências sociais baseadas em duas

qualidades: aceitação dos outros através de sentimentos positivos, como bondade, simpatia, honestidade e atitudes positivas; e aceitar-se a si próprio com as suas virtudes e defeitos (Blanco & Diaz, 2005).

A **atualização social** é a crença das pessoas em que a comunidade tem potencial para evoluir de forma positiva. Consiste na avaliação da trajetória da sociedade através dos seus cidadãos e instituições (Keyes, 1998). Pessoas socialmente saudáveis preocupam-se com o futuro da sociedade e reconhecem a necessidade de eles próprios contribuírem, acreditando que todos beneficiam com o crescimento do mundo (Keyes, 1998; Blanco & Díaz, 2005).

A **coerência social** corresponde à aptidão para criar julgamento sobre o que acontece na sociedade (Westerhof & Keyes, 2009). Consiste na perceção da qualidade, organização e funcionamento do mundo. Pessoas socialmente saudáveis preocupam-se com o mundo e sentem, também, que a sua vida é coerente (Keyes, 1998).

A **contribuição social** consiste na perceção do individuo que as atividades que ele pratica são valorizadas pela sociedade. Consiste na avaliação do seu valor para o meio, sentindo que faz parte do mesmo e tem aptidões para oferecer (Keyes, 1998). A contribuição social faz com que a pessoa se sinta útil, eficaz e proveitosa (Blanco & Díaz, 2005).

Assim, sujeitos saudáveis preocupam-se e compreendem no mundo em que vivem, nunca se iludindo que vivem num mundo perfeito. O bem-estar social é igualmente importante de que a componente pessoal, uma vez que se influenciam mutuamente (Keyes, 1998).

De seguida iremos descrever, uma breve revisão da literatura acerca do conceito das intervenções psicológicas positivas; algumas dimensões trabalhadas nestas intervenções assim como alguns estudos já realizados.

2. Intervenções psicológicas positivas e a sua importância na promoção do bem-estar/saúde mental

2.1 Conceito de intervenções psicológicas positivas

A Psicoterapia Positiva tem como fim potenciar emoções positivas, desenvolver pontos fortes, promover envolvimento e significado com o fim de prevenir e combater a perturbação em si. É uma aplicação direta no campo clínico da psicologia positiva, que se torna útil na prevenção e tratamento da psicopatologia, podendo assumir um papel

central e crucial numa boa psicoterapia (Seligman, Rashid & Parks, 2006 & Boniweel, 2016).

As intervenções psicológicas positivas podem ser descritas como um método de tratamento ou atividades intencionais que visam cultivar/desenvolver sentimentos, comportamentos e cognições positivas. Consistem numa prática regular, simples e intencional concebida para espelhar os pensamentos e comportamentos das pessoas, de forma a aumentar o bem-estar e felicidade de quem os pratica (Sin & Lyubomirsky, 2009; Layous & Lyubomirsky, 2014).

O facto de ter o nome de intervenções psicológicas positivas, não implica que os aspetos negativos são minimizados, muito pelo contrário, consiste numa abordagem sistemática que visa ultrapassar obstáculos/ desafios utilizando e desenvolvendo as forças e qualidades (Rashid, 2009).

Duckworth, Steen e Seligman (2004), acreditam que a psicoterapia positiva funciona por duas razões: em primeiro, estas terapias, por definição geram prazer, compromisso e significado na vida; em segundo, os autores afirmam que o desenvolvimento e construção das emoções positivas, do compromisso e significado de vida contrariam a própria confusão interior.

O trabalho do terapeuta, nesta intervenção, não é aliviar apenas o sentimento negativo, mas sim ajudar a construir: uma vida satisfatória; uma vida com compromisso/envolvida assim como uma vida com significado (Duckworth, Steen & Seligman, 2004). A primeira pode ser descrita como a vida que aumenta as emoções positivas e diminui as negativas; a vida com compromisso, ou seja o segundo domínio, está relacionado com o sentimento de pertença que abre maiores possibilidades para o desenvolvimento da força humana, por fim o terceiro domínio é refletido pelas características pessoais positivas, como a força ou a virtude, que estão ligadas aos valores de cada um (Seligman et al., 2006).

Exemplos de algumas estratégias comportamentais são a prática de exercício físico, atos de bondade (Baptista, 2013), e algumas estratégias de evolução que dizem respeito a definir e conquistar metas pessoais ou causas significativas. Estes exercícios têm em comum o facto de serem sempre atividades orientadas por outrem; são atividades auto-administradas e promovem sentimentos, pensamentos positivos e comportamentos (Lyubomirsky et al., 2005; Lyubomirsky & Layous, 2011; Layous & Lyubomirsky, 2014).

2.2 Fatores que condicionam os níveis de bem-estar

Foi proposto um modelo por Lyubomirsky Sheldon e Schkade (2005), em que a felicidade depende de três fatores:

Genética, os genes são responsáveis pela, parcialmente, pela organização dos traços de carácter do sujeito, mais especificamente são refletidos no nosso temperamento e pelo modo da nossa reação que nos pode tornar mais ou menos propensos à felicidade. A herança genética é responsável por 50% da nossa felicidade (Baptista, 2013);

As circunstâncias de vida, dizem respeito a eventos ou circunstâncias de vida que podem afetar a felicidade, como traumas de infância, ganhar um prémio, estados de saúde, estabilidade financeira, entre outros (Lyubomirsky et al., 2005). Estas alterações têm algum impacto no bem-estar, mas geralmente de curto prazo (Huppert, 2005). Esta dimensão apenas diz respeito a 10% na nossa felicidade, uma vez que os estudos mostram que os sujeitos têm a capacidade de se adaptarem às circunstâncias de vida (Diener & Oishi, 2000);

Comportamento voluntário, 40% da nossa felicidade está sob o controlo dos nossos comportamentos, do estilo de vida que adotamos, do que fazemos de modo voluntário pois vai ter uma influência marcante na forma como nos sentimos (Baptista, 2013);

Uma grande e redonda fatia da nossa felicidade depende diretamente de nós e pode melhorar, tanto pelas nossas atividades como pela nossa perspetiva de vida. Há imensas coisas que o sujeito poderá fazer para influenciar o seu próprio nível de felicidade (Akhatar, 2012).

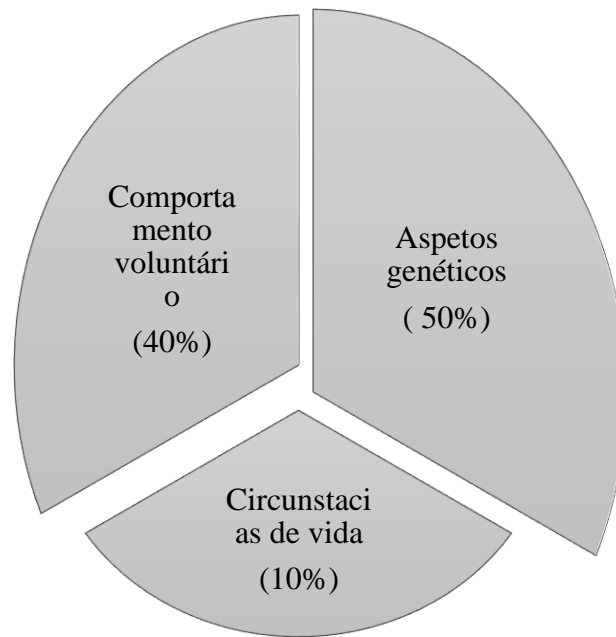


Figura 2- Fatores que contribuem para a felicidade

Adaptado de Baptista (2016)

Perante estes fatos, fica claro a necessidade de desenvolvimento e criação de intervenções ou programas que tenham como fim potenciar ou promover a saúde mental positiva. Isto é possível e realiza-se através de estratégias da psicoterapia positiva que visam aumentar o bem-estar e a saúde mental positiva.

Seguidamente, serão explorados alguns temas de interesse que alguma literatura tem indicado e sugerido como podendo ser trabalhadas nas intervenções psicológicas positivas.

2.2.1 Gratidão

A gratidão ao longo dos tempos tem sido descrita de diversos modos: como uma emoção; estado de espírito; virtude moral; traço de personalidade; hábito; forma de *coping* ou, simplesmente, como um modo de estar na vida (Emmons, 2009). Pode ser definida como uma atitude de visualizar a vida inteira como uma dádiva ou como uma reação emocional/afetiva ao receber algo (Alarcón, & Isasi, 2012).

A gratidão resulta do reconhecimento de um gesto de bondade por parte de outros, apreço pela generosidade que se é alvo. Neste sentido, a gratidão é uma resposta emocional positiva desencadeada pelo facto de termos recebido um benefício de alguém, sendo este interpretado como um gesto de boa fé (Alarcón, & A Isis, 2012). A gratidão

é livre, criativa e sem segundas intenções consiste num sentimento alegre e genuíno (Fredrickson, 2010).

Podemos, também, considerar a gratidão como a arte de valorização, isto é reparar naquilo que nos acontece de bom na vida, dando valor às nossas bênçãos e não aos nossos pesos/fardos. Este sentimento consiste num processo separado em duas fases: primeiro, consiste em reconhecermos aquilo que há de bom na nossa vida; segundo, o reconhecimento por parte do sujeito que a fonte das coisas boas, são em parte, externas. Consiste na valorização de algo externo e da consciência dos benefícios que nós não criamos, contudo temos a sorte de poder contar (Akhtar, 2012).

Emmons e McCullough (2003) consideram que para sentirmos gratidão é preciso ter atenção a três aspetos: o objeto da gratidão é sempre outro (uma pessoa, uma divindade); a gratidão é uma resposta emocional gerada por um comportamento de um benfeitor, aquele que proporciona o prazer/benefício (matéria, emocional, espiritual) e por fim este sentimento advém da avaliação do sujeito das ações do benfeitor, considerando-as como intencionais.

A gratidão também está associada a sujeitos com mais propensão para perdoar, a libertar-se facilmente do ressentimento e com menor predisposição para a vingança. Esta qualidade também está intimamente ligada às relações entre pessoas, para nos darmos bem e sentirmo-nos unidos necessitamos de gratidão. Quem experiencia gratidão apresenta uma melhor sensação de conexão com os seus relacionamentos, consegue lidar melhor com o trauma e o *stress*, tem mais esperança no futuro, compreendem e ajudam mais ou outros e experimentam mais emoções positivas (como o interesse e a alegria) (Emmons, 2009 & Baptista, 2013).

Foram identificadas oito formas pelas quais a prática da gratidão promove o desenvolvimento de felicidade:

- Estimula a capacidade de saborear as experiências boas/positivas da vida;
- Estimula a autoestima;
- Ajuda a lidar com o *stress* e adaptarmo-nos às circunstâncias menos boas da vida;
- Trava-nos o desenvolvimento das emoções negativas;
- Promove no sujeito atitudes positivas;

- Promove a união e relações sociais novas assim como reduz a probabilidade de fazermos comparações sociais desfavoráveis com pessoas que achamos melhor que nós;
- Leva-nos a praticar mais atividade física;
- Protege-nos da adaptação hedonista, ou seja, em que tomamos por adquirido as coisas boas da vida (Akhtar, 2012).

A investigação que tem vindo a ser desenvolvida em torno da gratidão tem permitido acrescentar conhecimento sobre esta dimensão. Por exemplo: um estudo pretendeu avaliar a eficácia da gratidão e bondade, durante duas semanas. O grupo teve 48 adultos (36 mulheres e 12 homens, entre 19 e 67 anos), e foram aleatoriamente divididos nas três condições de intervenção: bondade, gratidão e placebo. Os sujeitos estavam na lista de espera de uma clínica, com o fim de procurar tratamento psicológico individual, apresentando problemas de: depressão, ansiedade, problemas relacionais, distúrbios alimentares e stress pós-traumático. No âmbito da intervenção com a gratidão foi fornecido um diário de 14 dias em que o grupo teve a instrução de: pensar no dia anterior e escrever até 5 acontecimentos que o sujeito se tenha sentido grato naquele dia em particular. No que diz respeito à bondade foi, igualmente, fornecido um diário em que os sujeitos tinham que de registar até 5 atos de bondade que os mesmos faziam por outro. Os resultados da investigação mostram que quando os sujeitos se conectam com os acontecimentos da sua vida (dão relevo aos pequenos acontecimentos) é possível aumentar os sentimentos de gratidão numa intervenção de 2 semanas numa população clínica. Os efeitos da intervenção aumentam os níveis de satisfação com a vida, quotidiana, otimismo e redução da ansiedade em comparação com o grupo de controlo. Este estudo comprova que as intervenções positivas têm um lugar na prática clínica, não apenas como estados emocionais finais, mas sim como experiências emocionais que estimulam mudanças construtivas. Além disso, estas estratégias podem ser úteis num pré-tratamento, como estratégias para reduzir o impacto negativo dos tempos de espera (Kerr, O'Donovan & Pepping, 2015).

Wood, Joseph, Lloyd e Atkins (2009) realizaram um estudo com o objetivo de provar se a gratidão está relacionada com o sono. Foi realizado um estudo, através de questionários, com uma grande amostra comunitária 401 pessoas (186 homens, 215 mulheres com a idade compreendida entre os 18-68 anos), em que 161 pessoas (40%) tinham comprometimento clínico a nível do sono. O estudo revela que a gratidão está

relacionada com a qualidade do sono, qualidade subjetiva do sono, latência do sono e duração do sono. A pesquisa fornece evidências que as cognições do sujeito no pré-sono mediam a relação da gratidão e da qualidade do sono. Ao adormecer, os sujeitos gratos têm menos probabilidade de ter pensamentos negativos e preocupantes, são mais propensos a pensamentos positivos. Nesse sentido, o desenvolvimento da gratidão tem um impacto muito importante no bem-estar do sujeito.

Kashdan, Uswatte e Julian (2006), realizaram um estudo que pretendia avaliar o papel da gratidão em pacientes com a perturbação de *stress* pós-traumático de veteranos da guerra Vietname. O estudo incluiu 42 sujeitos diagnosticados com *stress* pós-traumático e 35 veteranos sem perturbação (grupo de controlo). O estudo verificou que a gratidão diária era mais baixa nos sujeitos clínicos. Posteriormente, os dois grupos completaram um diário de gratidão durante 14 dias. Constatou-se que a automonitorização dos atos de gratidão aumentaram significativamente a autoestima diária e a prevalência de sentimentos positivos em relação à sintomatologia. Há medida que os pacientes clínicos experienciaram a gratidão melhoraram também o seu funcionamento diário, melhor bem-estar, independentemente da sintomatologia. O estudo sugere maior investigação de intervenções para pacientes com perturbação *stress* pós-traumático.

2.2.2 Saborear

O significado habitual de saborear consiste em disfrutar do sabor de alguma coisa. Na abordagem da Psicologia Positiva diz respeito a aptidão de valorizar e acentuar as experiências positivas da vida, como: apreciar a beleza da natureza (paisagens, pôr-do-sol); dar valor ao tempo que passamos com as pessoas que amamos; ler um bom livro, ou experienciar qualquer tipo de arte; apreciar prazeres simples como um abraço ou uma boa gargalhada e dar valor a feitos pessoais, como formaturas, casamento, aniversários (Akhtar, 2012).

Perceber e saborear os pequenos grandes prazeres da vida é uma ferramenta poderosa para aumentar o bem-estar geral. Podemos encontrar estes momentos recorrentemente no nosso quotidiano, ou então concentrarmo-nos em aspetos específicos (Boniwell, 2016). Quem põe em prática o saborear no seu dia-a-dia, consequentemente irá experienciar benefícios como, melhor e mais criativa capacidade de resolução de problemas, estabelecer melhores relacionamentos sociais, melhor saúde física e mental. Nesse sentido foram estabelecidos dez passos para ajudar neste processo: partilhar a

experiência agradável com outra pessoa; criar uma memória do acontecimento; autocongratulação; melhorar a percepção; expressar os sentimentos; comparar os resultados com algo pior; deixar-se absorver pelo momento; contar as experiências agradáveis e ficar agradecido; evitar os pensamentos inócuos e recordar que os bons momentos passam rápido.

Maiores capacidades de saborear estão relacionadas com a maior resiliência, menores sintomas depressivos e maior felicidade (Bryant, 2003). A investigação mostra que a consciência das experiências positivas que ocorrem no dia-a-dia está intimamente ligado com altos níveis de bem-estar (McMakin, Siegle, & Shirk, 2011).

Hurley e Know (2012) realizaram uma intervenção em grupo com o tema “Saborear o momento”, tinha como objetivo provar que quando os sujeitos saboreiam o momento é possível aumentar, intensificar ou prolongar as emoções positivas no presente. A finalidade seria aumentar os resultados positivos e diminuir os negativos em duas semanas. A amostra era composta por 193 estudantes (94 estudantes do grupo de intervenção e 99 grupo de controlo). O grupo de intervenção teve reduções significativas nos sintomas depressivos e afeto negativo comparativamente ao grupo de controlo. No entanto, o afeto positivo não diferiu entre os grupos.

Outro estudo numa amostra de 164 pessoas (74% mulheres), pretendeu avaliar, através de questionários, a eficácia do saborear, resiliência, felicidade, depressão e satisfação com a vida em idosos institucionalizados em lares de cuidados continuados ou centros comunitários. O estudo verificou que em idosos com maior capacidade de saborear os acontecimentos positivos são mais resilientes, mais felizes, com menos índice depressivo e maior satisfação com a vida, ou seja, maior bem-estar psicológico. Este estudo enfatiza a importância de intervenções psicológicas positivas para melhorar o bem-estar nos idosos (Smith & Smith 2014).

Foi construído um estudo com 101 participantes, que forneceram autorrelatos dos seus eventos positivos momentâneos, a forma como “saboreiam” os episódios positivos diários e consequentemente os efeitos positivos num período de 30 dias. Os resultados do estudo verificam que esses três constructos (eventos positivos, saborear o momento e efeitos positivos diários) estão intimamente relacionados entre si durante um determinado dia. Saborear o quotidiano resultam para aumentar o impacto dos eventos positivos e levam a uma sensação de felicidade subjetiva, melhor humor (Jose, Lim & Bryant 2012).

2.2.3 Atos de Bondade

O conceito de bondade refere-se ao ato de fazer algo de bom por outra pessoa, sendo um grande ou pequeno gesto (Boniwell, 2016). As pessoas felizes, tem como uma das características mais importantes o facto de serem capazes de pensar nos outros, serem altruístas. São pessoas generosas; gostam de passar tempo com os outros a ajudá-los ou por se entregarem as tarefas relacionadas com eles, que vão para além do eu dever e obrigação. Nesse sentido, a bondade e generosidade são as bases para um sujeito saudável, feliz e com relacionamentos sociais positivos (Baptista, 2013).

A bondade é uma motivação altruísta ou um desejo de agir de maneira pró-social, logo esses atos, consequentemente, podem contruir confiança e aceitação por parte da sociedade, encorajar vínculos sociais (tanto aos que praticam como aos que recebem), traz benefícios de interação social positiva assim como as pessoas desenvolvem habilidades pessoais (Bartlett & DeSteno, 2006).

Praticar atos de bondade aleatórios, não faz só com que o visado fique mais feliz, mas também o doador tem grandes sentimentos de bem-estar. É importante variar e repetir esses atos para que eles permaneçam revigorantes e significativos (Lyubomirsky, 2008, citado por Boniwell, 2016).

Buchanan e Bardi (2010), realizou um estudo, com participantes dos 18 aos 60 anos, com o fim de avaliar se realizar atos de bondade tinham um impacto significativo na satisfação com a vida dos sujeitos. O estudo solicitou que parte dos participantes realizassem 5 gestos de bondade em 1 dia por semana e a outros que realizassem 5 atos de bondade ao longo de uma semana. O estudo revelou que quem realizou os 5 gestos em apenas um dia teve um maior número de aumento de felicidade que os outros. Este estudo, permite concluir que os indivíduos que fizeram regularmente adaptaram-se mais rapidamente a emoção experienciada.

A mesma autora, desenvolveu outro estudo em que foram recrutados voluntariamente 86 participantes (38 homens e 48 mulheres), com idades compreendidas entre os 18 e 60 anos. Os participantes foram designados aleatoriamente para realizarem atos gentis, novos atos de bondade ou nenhum ato de bondade. Os praticantes que tinham de praticar atos de bondade diariamente, eram notificados através do email com um link para registarem. A satisfação com a vida aumentou significativamente nos sujeitos que realizaram atos de bondade diariamente, demonstrando que em menos de 10 dias com

esta prática pode haver aumento no bem-estar. O grupo experimental não obteve resultados significativos (Buchanan & Bardi, 2010).

Por último a destacar também um outro estudo realizado com 119 mulheres estudantes universitárias (em que 48 foram aleatoriamente selecionadas para grupo de controlo e 71 no grupo de intervenção) que pretendia avaliar se os atos de bondade tinham um impacto na felicidade do sujeito. Foi realizado um pré e pós teste. Sugeriram ao grupo completarem um diário com os seus atos de bondade durante uma semana, de forma que os participantes tivessem mais consciência do seu comportamento amável com os outros. O estudo concluiu que uma intervenção de uma semana melhora significativamente a felicidade subjetiva do sujeito, tornando-se mais gentis e gratos (Otake, Shimai, Matsumi, Otsui & Fredrickson, 2007).

2.2.4 Perdão

O perdão pode ser definido como a experiência de mudança nas respostas emocionais, cognitivas e comportamentais da vítima em relação ao ofensor (Pinho & Falcone, 2017). Consiste num comportamento moral no qual o ofendido abdica dos sentimentos de julgamento, deixa de lado as necessidades anteriormente insatisfeitas, desenvolve empatia com o outro e dá um novo rumo à história anterior. Estas mudanças resultam num aumento enorme no bem-estar (Malcolm & Greenberg 2000).

Quando se perdoa, o sujeito fica mais sereno, menos ansioso e hostil. Este ato modifica os sentimentos de ódio e liberta-nos do passado, contudo é uma ação extremamente difícil (Baptista, 2016).

A capacidade de perdoar está ligada a traços de personalidade positivos, ou seja, com baixos traços de neuroticismo, estáveis do ponto de vista emocional com índices elevados de agradabilidade, com tendência para a cooperação (Baptista, 2016).

Worthington (2007) propôs quatro benefícios em perdoar, que contribuem para a saúde física e psicológica, aumentando o bem-estar e felicidade, sendo eles: saúde física, mental, relacional e espiritual. O sujeito perdoar-se a si mesmo bem como aos outros, faz com que esses se sintam mais satisfeitos com determinados aspetos da sua vida e consequentemente aumentará o bem-estar (Yalçın & Malkoç, 2015).

Witvliet, Ludwig, e Vander Laan (2001), realizaram um estudo com 71 pessoas (35 mulheres, 36 homens) de forma a avaliar como o perdão pode influenciar os aspetos emocionais e fisiológicos nos sujeitos. Os autores dividiram os participantes em dois grupos, em que através da imaginação, imagens e sons foram convidados: um dos grupos,

imaginar que tinha perdoado alguém que o tivesse magoado na sua vida (acontecimento real); e o outro grupo teria de imaginar o oposto, que continuaria sem perdoar alguém, ser implacável num acontecimento seu passado. O estudo forneceu evidências diretas do que o perdão pode melhorar a saúde. O grupo que foi convidado a perdoar e a imaginar sentimentos de empatia, mostrou melhorias cardiovasculares, menor frequência cardíaca e pressão arterial e melhorias no sistema nervoso simpático. Por contrapartida os participantes do outro grupo, sentiram-se mais zangados, excitados, tristes e como menos controlo. Os investigadores afirmam ainda que estes acontecimentos e pensamentos na vida quotidiana são mais intensos, causando respostas fisiológicas mais graves. Este estudo comprova que experiências de falta de perdão recorrentes pode influenciar significativamente a saúde física e o bem-estar.

Outro estudo pretendeu avaliar a eficácia do perdão na melhoria da qualidade de vida em doentes com cancro terminal. A investigação pretendeu avaliar a melhoria da qualidade de vida através de uma terapia do perdão, no período de 4 semanas. O grupo tinha 20 participantes que foram aleatoriamente distribuídos em 2 grupos: grupo experimental e grupo de controlo. Foi realizado um pré e pós teste com instrumentos que medem o perdão, esperança, qualidade de vida e raiva. O grupo experimental apresentou maior melhoria que o grupo de controlo. Depois da terapia de 4 semanas os participantes mostraram melhoria em todas as medidas estudadas, sendo que o impacto na qualidade de vida e bem-estar foi grande. O estudo permitiu perceber que a terapia do perdão promove benefícios psicológicos nestes pacientes, como tal é apropriado a adição deste tratamento (Hansen, Enright, Klatt & Baskin 2018).

Foi realizada uma investigação projetada para homens com o fim de promover o perdão após o aborto das companheiras sem o consentimento deles ou mesmo sendo os mesmos contra o aborto. Os participantes foram aleatoriamente escolhidos para a intervenção ou com a condição de grupo de controlo (lista de espera), que recebeu intervenção após o período de espera de 12 semanas; foi realizado pré e pós teste. Após o tratamento, os participantes demonstraram um ganho significativo no perdão, reduções significativas na ansiedade, raiva e tristeza em relação ao grupo de controlo. O segundo grupo teve resultados semelhantes, e melhoria no bem-estar (Coyle & Enright, 1997).

2.2.5 Otimismo

Laranjeira (2008) define o otimismo como a inclinação do individuo para esperar de modo favorável acontecimentos de vida positivos relacionados com o bem-estar

psicológico, social e físico. O otimismo é uma qualidade da personalidade influenciada geneticamente, pelas experiências de vida nos primeiros anos, contudo também é um atributo que pode e deve ser treinado (Carver & Scheier, 1999; Wrosch, Scheier, Miller, Schulz & Carver, 2003).

Esta característica diz respeito a uma predisposição emocional e cognitiva, de forma a achar que todos os aspetos positivos da sua vida prevalecem sobre os negativos. Ou seja, acreditam que as coisas boas, ao contrário das coisas más, estão de forma frequente a acontecer nas suas vidas. Pelo contrário, os pessimistas experienciam os acontecimentos presentes e futuros de forma desfavorável (Custódio, Pereira, & Seco, 2010).

Os otimistas têm uma visão do futuro agradável, ou seja, deixa de ser inseguro e incerto. Além disso interpretam as adversidades como passageiras, pensam que o que é mau nem sempre vai continuar assim. Idealizam, também, que as adversidades são passíveis de modificação, através do seu comportamento. Por fim, os otimistas também se caracterizam pela ousadia com que pretende atingir os seus objetivos, e pela crença que é necessário percorrer determinados passos para serem atingidos (Baptista, 2014).

A prática do otimismo não pretende tornar as pessoas “cegas” da realidade, pelo contrário. A grande vantagem das pessoas com esta característica é terem efetivamente certeza que os seus resultados dependem, só e exclusivamente, do seu comportamento. Os otimistas não ficam sentados à espera de que a felicidade lhes aconteça, por si só; são pessoas ativas, sabem que o seu comportamento e pensamento é a chave (Baptista, 2014).

A chave do sucesso para o treino do otimismo é alterar e vigiar o seu estilo explicativo, ou seja, a forma como explicamos as causas e as influências dos acontecimentos positivos e negativos. O estilo explicativo de um pessimista encontra explicações internas, estáveis e abrangentes, para os maus acontecimentos, enquanto que instáveis e específicos para os bons. Já os otimistas são o oposto (Boniwell, 2016).

Em suma, o otimismo fornece recursos cognitivos de coping e promovem melhor saúde mental, sendo que a sua prática pode ser estimulada através de intervenções psicológicas (Malouff & Schutte, 2017).

Foi realizado um estudo online que pretendeu avaliar o efeito do otimismo e autocompaixão no bem-estar do sujeito. O grupo tinha 1002 pessoas que foram aleatoriamente distribuídos em: grupo de auto-compaixão; grupo de otimismo e grupo de controlo. A intervenção consistiu na prática de exercícios diários durante 7 dias

consecutivos. Os participantes na condição de auto-compaixão teriam de escrever uma carta sobre um evento angustiante que aconteceu durante o seu dia, de forma a proporcionar compaixão de si próprios. Os grupos do otimismo teriam como tarefa visualizar o futuro, onde os problemas atuais foram ultrapassados, dando conselhos a si próprios de como lá chegar (igualmente em formato de carta), o grupo de controlo poderia escrever livremente sobre uma memória. Foi realizado um pré e pós teste. Ambas as intervenções ativas resultaram em aumentos significativos de felicidade e redução de estados depressivos (Shapira & Mongrain, 2010).

Lyubomirsky, Dickerhoof e Boehm (2011), realizaram um estudo com o fim de avaliar os efeitos imediatos e a longo prazo das práticas de duas atividades positivas: otimismo e gratidão no bem-estar no período de 8 meses, em que participaram 330 estudantes. A intervenção focou-se em duas atividades que mostraram previamente potenciais o bem-estar até no mínimo em 2 meses. Os exercícios consistiam em praticar otimismo ou pensamento otimista através da imaginação do melhor eu possível assim como expressar gratidão para com os outros através de cartas de apreciação positiva. O estudo revelou que existe uma eficácia e aumento no bem-estar quando praticamos estes exercícios de otimismo e gratidão diariamente. Além disso, o estudo revelou que o facto de o sujeito se auto seleccionar para o estudo sabendo que é acerca do aumento da felicidade e investir nas atividades ao longo do tempo, faz com que as intervenções sejam mais bem-sucedidas pois os intervenientes sabem e comprometem-se com a intervenção.

Foi realizada outra investigação que tinha como objetivo verificar se manipulação breve do pensamento positivo do futuro pode temporariamente aumentar o otimismo. O grupo consistia em 82 participantes que aleatoriamente foram divididos em 2 grupos: grupo que tinha como condição pensar positivamente em relação ao futuro e o grupo de controlo; foi realizado ainda um pré e pós teste que media as expectativas positivas e negativas acerca do futuro assim como o afeto positivo e negativo. O primeiro, que tinha como condição pensar positivamente sobre o futuro (n=44), tiveram como instrução escrever acerca do melhor eu possível durante 15 minutos, seguido de cinco minutos de visualização mental. Os intervenientes do grupo de controlo (n=38) imaginaram e escreveram sobre um dia típico das suas vidas. Comparado com o grupo de controlo, a manipulação do pensamento positivo acerca do futuro levou a um aumento significativo no afeto positivo e nas expectativas positivas em relação ao futuro (Peters, Flink, Boersma & Linton, 2010).

2.2.6 Conceito de Espiritualidade

De forma geral, existe uma sobreposição entre espiritualidade e religião, apesar de serem dois conceitos completamente distintos. A espiritualidade abrange a experiência de compaixão, de admiração pela humanidade, de autodesenvolvimento e da procura do significado de vida a partir de algo maior e mais importante que o próprio sujeito. Consiste num traço de personalidade designado de autotranscendência. A religiosidade refere-se a aspetos mais tradicionais da experiência religiosa, que variam de religião para religião. A religiosidade implica espiritualidade, contudo o contrário não se aplica (Baptista, 2013; 2014).

A espiritualidade tende a ganhar importância na nossa vida à medida que envelhecemos, pois começamos a compreender melhor o que dá sentido a nossa vida. Este conceito varia de sujeito para sujeito, uma vez que uns encontram o bem-estar na fé religiosa e outros nas práticas espirituais que se adaptam aos seus valores pessoais como, contacto com a natureza, meditação, procura de comunidades com a mentalidade idêntica (Akhtar, 2012).

A espiritualidade consiste na capacidade de visionar, procurar, conectar, reter e transformar o sagrado, sendo as mesmas características exclusivamente do Homem (Pargament & Mahoney, 2005). A dimensão espiritual transmite ao sujeito uma força superior, sendo influenciada e influenciando o estado físico, os sentimentos, os pensamentos e as relações das pessoas. Se o indivíduo é espiritualmente saudável, sente-se vivo, com propósito e objetivos de vida e realizado (Ellison, 1983). Outros autores realçam, ainda, que as atividades espirituais ajudam: no desenvolvimento das virtudes, como honestidade, autocontrolo, paciência e compaixão; no afeto positivo (amor, esperança, alegria) e que estimulam a resolução alternativa de problemas em circunstâncias adversas na vida (Larimore, Parker & Crowther, 2002).

As práticas da espiritualidade influenciam a forma como os sujeitos lidam e compreendem: a saúde e as estratégias que utilizam para lidar com a doença; a sua resiliência; recursos e sentido de apoio; saúde física e no regulamento emocional (Hilbers, Haynes & Kivikko, 2010; Aldwin, Park & Jeong, 2014).

Em síntese, tanto a religiosidade como a espiritualidade têm um enorme conjunto de consequências positivas no sujeito, aumento do bem-estar e a felicidade. Estas práticas encorajam a esperança, gratidão, compaixão, a admiração e o amor. Como tal, sujeitos com práticas espirituais são mais felizes, estão mais satisfeitos com a vida e tem um

suporte social maior devido as comunidades em que estão inseridas (Baptista, 2013; 2016).

Geronasso e Coelho (2012) realizaram uma pesquisa com o objetivo de verificar se existe influência da espiritualidade na qualidade de vida em doentes oncológicos. Foram entrevistados 10 pacientes portadores de cancro, sendo os dados recolhidos através de uma entrevista semi-estruturada, sendo utilizado para a avaliação dos resultados a análise categorial temática de conteúdo de Bardin (1977). Averiguou-se que existe uma significativa influência da espiritualidade na qualidade de vida dos doentes assim como uma intensificação da fé após o diagnóstico da doença. Verificou-se que após a doença as pessoas ligam-se mais à espiritualidade revendo os seus valores e mudando os seus comportamentos com o fim de melhorar a qualidade de vida.

Foi realizado um estudo com 15 pacientes diagnosticados com cancro, que tinha como objetivo estudar as inter-relações entre o bem-estar espiritual, depressão e qualidade de vida. A população estudada apresentou bem-estar espiritual e religioso moderado, sugerindo que o facto de os sujeitos estarem doentes, faz com os mesmos procurem a espiritualidade/ religiosidade como mecanismos de enfrentamento do sofrimento. As correlações apontam para uma procura significativa do paciente oncológico por espiritualidade e melhorar a qualidade de vida. O apoio do cônjuge, demais familiares, amigos e pessoas religiosas constituem uma rede social de apoio ao paciente oncológico (Miranda, Lanna, Felipe, 2015).

Capítulo II

Estudo empírico

Feita a revisão da literatura e a contextualização da problemática, segue-se no presente capítulo a apresentação dos objetivos e metodologia do estudo empírico realizado. Este estudo consiste na avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica em grupo “Bem-me-Quero”, para a promoção do bem-estar e saúde mental. Para tal proceder-se-á à apresentação dos objetivos de investigação; apresentação da descrição da amostra; os instrumentos utilizados para a recolha dos dados bem como a planificação do estudo seguindo-se dos procedimentos estatísticos feitos. No fim, são apresentados os resultados assim como a discussão e conclusão.

1. Metodologia

1.1 Objetivos da investigação

Como foi referenciado no enquadramento teórico, o bem-estar e consequentemente a saúde mental positiva, podem ser estimulados através da prática de exercícios da psicologia positiva. Nesse sentido, foram surgindo um crescente número de estudos que incidem na avaliação da eficácia de intervenções psicológicas positivas, nos diferentes contextos (grupo / individual) e nas diferentes faixas etárias. Contudo os dados destas intervenções são muitas vezes inconclusivos devido às diferenças dos temas e exercícios abordados nas diferentes intervenções ou devido as medidas de análise utilizadas, levando a uma elevada instabilidade nos resultados obtidos. Aleado a isto, existe pouca pesquisa realizada em Portugal, tornando-se relevante este tipo de investigação na população portuguesa, de forma a testar a sua eficácia. Nesse sentido, pretende-se contribuir para o conhecimento existente sobre a eficácia das intervenções psicológicas positivas no contexto nacional.

O objetivo central da investigação consiste na avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica positiva em grupo da saúde mental, promovendo o bem-estar e a redução da psicopatologia numa amostra não clínica.

De forma mais concisa, pretende-se investigar o impacto do programa “Bem-me-quero” (descrito posteriormente) nas mudanças ao nível do bem-estar emocional, social e psicológico bem como ao nível da ansiedade, depressão e *stress*. Para tal, recorreu-se a avaliação da pré e pós intervenção, com o uso de um grupo experimental e um grupo de comparação. Espera-se que no grupo experimental exista um aumento das variáveis de bem-estar e uma diminuição da psicopatologia, entre os momentos pré e pós intervenção.

1.2 Método

1.2.1 Participantes/Amostra

Foi utilizado um método de amostragem não probabilístico de conveniência para a seleção da amostra uma vez que os participantes foram escolhidos de acordo com a sua acessibilidade e disponibilidade, em que a probabilidade de um elemento ser incluído na amostra é desconhecida (Ribeiro, 2010).

Este programa de intervenção contém uma amostra de 16 indivíduos de uma universidade do Norte de Portugal, com estudantes do 1º ano de Psicologia. O total da amostra deste estudo ($N=16$) divide-se em dois grupos: O grupo experimental (GE) ($N=8$) e o Grupo de Comparação (GC) ($N=8$), ao qual serão descritas as características sociodemográficas (Tabela 4).

O grupo experimental é apenas constituído por mulheres com idades compreendidas entre os 18 e 20 anos, sendo a média de 18,75 anos ($DP= 0,683$). Todos os participantes deste grupo são solteiros e concluíram com sucesso o ensino secundário.

No que diz respeito à avaliação subjetiva da qualidade de vida: 12,5% ($n=1$) dos participantes classificam esta dimensão como nem boa nem má; 62,5% dizem ser boa ($n=5$) e 25% classificam como muito boa ($N=2$). Seguidamente em ligação à satisfação com a saúde 25% ($n=2$) relata não estar satisfeito nem insatisfeito, 50% avaliam-se como satisfeitos com a sua saúde ($n=4$) e 25% dizem estar muito satisfeitos ($n=2$). Por fim, 50% da amostra refere ter problemas de saúde enquanto os restantes 50%, dizem não ter nenhum problema de saúde, sendo que 50% refere que toma medicação ($n=4$); 25% refere não tomar nenhum medicamento ($n=2$) e os restantes 25% não respondeu à questão.

O grupo de comparação é constituído maioritariamente por mulheres 87,5% ($N=7$) e 12,5% por homens ($n=1$), com idades compreendidas entre os 18 e 33 anos, sendo a média de 20,37 ($DP= 5,153$). No que diz respeito ao estado civil 7 participantes são solteiros (87,5%) e 1 está em união de facto (12,5%). No que diz respeito à escolaridade 7 indivíduos concluíram o ensino secundário e 1 o ensino superior.

Relativamente à avaliação subjetiva da sua qualidade de vida: 12,5% referem nem ser boa nem má ($n=1$); 75% avaliam como sendo boa ($n=6$) e 1 sujeitos avaliam com sendo muito boa (12,5%). Igualmente, no que diz respeito à satisfação com a saúde 2 sujeitos relatam estar nem satisfeito nem insatisfeitos (25%); 2 dizem estar satisfeitos com a sua saúde (25%) e os restantes 4 participantes descrevem estar muito satisfeitos com a sua saúde. No que diz respeito a problemas de saúde 75% diz não apresentar nenhum

problema de saúde ($n=6$) e dois participantes descrevem ter problemas de saúde (25%), existindo 1 sujeito que toma medicação e os restantes 7 não consomem nenhum medicamento.

Tabela 4

Caracterização das variáveis sociodemográficas da amostra (por grupo)

		Grupo de Experimental		Grupo de comparação	
		N=8	%	N=8	%
Sexo	Masculino	0	0%	1	12,5%
	Feminino	8	100%	7	87,5%
Estado Civil	Solteiro	8	0%	7	87,5%
	Casado	0	100%	1	12,5%
Escolaridade	Ensino secundário	8	100%	7	87,5%
	Ensino superior	0	0%	1	12,5%
Qualidade de vida	nem boa nem má	1	12,5%	1	12,5%
	Boa	5	62,5%	6	77%
	Muito boa	2	25%	1	12,5%
Satisfação com a saúde	Nem satisfeito nem insatisfeito	2	25%	2	25%
	Satisfeito	4	50%	2	25%
	Muito satisfeito	2	25%	4	50%
Problemas de Saúde	Sim	4	50%	2	25%
	Não	4	50%	6	75%
Medicação	Sim	4	50%	1	12,5%
	Não	4	50%	7	87,5%

1.2.2 Material

Para a recolha de dados foram utilizados questionários anónimos de autorresposta, nomeadamente: questionário sociodemográfico, Escala Continuum de Saúde Mental-versão reduzida (adultos) (MHC-SF), bem como a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21). Foi, também, solicitado aos participantes a assinatura do consentimento informado (cf. Anexo D).

De seguida serão brevemente descritos os instrumentos referidos de forma a ser explícita a sua pertinência para o estudo:

1.2.2.1 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (cf. Anexo A) é composto por oito questões que pretendem caracterizar os participantes no que respeita à idade, sexo, estado civil,

habilitações académicas, avaliação subjetiva da qualidade de vida (numa escala de 1, muito má, a 5, muito boa), satisfação com a saúde (numa escala de 1, satisfeito, a 5, muito satisfeito), problemas atuais de saúde assim como se toma medicação.

1.2.2.2 Mental health continuum – short form (MHC-SF)

No presente estudo utilizou-se a versão portuguesa da escala continuum de saúde mental versão reduzida para adultos (cf. Anexo B), uma vez que permite avaliar três dimensões da saúde mental positiva: o bem-estar emocional; o bem-estar psicológico e o bem-estar social (Matos, André, Cherpe, Rodrigues, Figueira & Pinto, 2010; Fonte, Silva, Vilhena & Keyes, 2020).

O MHC-SF é um questionário de autopreenchimento constituído por 14 itens e, na qual, é pedido aos participantes que em cada alínea indiquem a frequência com que experienciou cada sentimento de bem-estar no mês anterior. É passado numa escala de *likert* de seis pontos em que 1 representa “nunca” e 6 todos os dias (Keyes, Wissing, Potgieter, Temane, Kruger & Rooy 2008; Fonte et al, 2020).

Desses 14 itens: três dizem respeito ao bem-estar emocional (1. felicidade, 2. interesse e 3. satisfação com a vida); cinco ao bem-estar social (4. contribuição social, 5. integração na sociedade, 6. atualização e crescimento social, 7. aceitação social e 8. coerência social) e seis ao bem-estar psicológico (9. autoaceitação, 10. domínio sobre o ambiente, 11. relações positivas com os outros, 12. crescimento pessoal, 13. autonomia e 14. propósito na vida) (Fonte et al., 2020).

O instrumento permite categorizar os indivíduos em três categorias: *flourishing*, *languishing* e saúde mental moderada (Keyes, 2007).

Para que estes sejam categorizados como *flourishing* é necessário pontuar com 5 (quase todos os dias) ou 6 (*todos os dias*) em, pelo menos, um dos três itens de bem-estar emocional. Além disso é necessário pontuar, no mínimo, com 6 dos onze itens de bem-estar social e bem-estar psicológico. Por sua vez, para que sejam classificados como *languishing* são necessárias pontuações baixas, isto é, 1 (*nunca*) ou 2 (*uma ou duas vezes*) em um ou mais dos três itens de bem-estar emocional e, pelo menos, seis dos onze itens do bem-estar social e psicológico. Por último, quando os sujeitos pontuam 3 (*cerca de uma vez ou duas por semana*) ou 4 (*cerca de duas ou três vezes por semana*) em, pelo menos, três itens de bem-estar emocional e no mínimo em 6 dos 11 dos itens do bem-estar psicológico e social, são classificados como saúde mental moderada (Keyes, 2007).

A *MHC-SF*, ao longo dos estudos, tem revelado consistência interna e validade para a avaliação de saúde mental positiva na população adolescente; adulta e idosa, assim como com diferentes nacionalidades (Fonte et al., 2020; Matos et al., 2010).

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

A EADS-21 (cf. Anexo C) é um questionário de autorresposta que tem como fim avaliar três construtos: ansiedade, depressão e stress (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). Foi administrada nesta investigação com intuito de avaliar os construtos referidos anteriormente nos sujeitos do pré e pós teste.

Este instrumento é constituído por 21 itens, divididos por 7 itens por cada subescala ansiedade, itens 2,4,7,9,15,19,20; depressão 3,5,10,13,16,17,21; stress, itens 1,6,8,11,12,14,18) em que as respostas estão distribuídas numa escala de tipo *likert* com 4 pontos de frequência. Os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana (0 “*não se aplicou nada em mim*”; 1 “*aplicou-se em mim algumas vezes*”; 2 “*aplicou-se a mim muitas vezes*” e 3 “*aplicou-se em mim a maior parte das vezes*”).

Cada subescala envolve diversos conceitos, ou seja:

- Ansiedade-excitação do sistema autónomo; ansiedade situacional; experiências subjetivas de ansiedade e efeito músculo-esqueléticos;
- Depressão-disforia; desânimo; auto depreciação; anedonia; inércia; desvalorização da vida e falta de interesse;
- *Stress*: dificuldades em relaxar; irritabilidade exagerada; impaciência; excitação nevoa e agitação fácil.

Os resultados de cada escala são definidos pela soma dos resultados dos 7 itens. A escala fornece uma nota por cada escala, ou seja 3, sendo que o mínimo é 0 e o máximo é 21. As notas mais elevadas correspondem a estado afetivos mais negativos (Pais-Ribeiro et al., 2004).

A investigação tem atribuído que esta escala apresenta boa consciência interna, boas qualidades psicométricas e boa fiabilidade, tanto em jovens adultos; adultos e senescentes em diferentes culturas (Daza, Novy, Stanley & Averill, 2002; Pais-Ribeiro et al., 2004 & Willemsen, Markey, Declercq & Vanheule, 2010).

1.2.3 Planificação do estudo e procedimento

1.2.3.1 Plano de estudo

Esta investigação tem um cariz quantitativo, uma vez que se fica em características mensuráveis dos sujeitos assim como pela análise de dados numéricos e de natureza quase experimental para testar o efeito de uma intervenção, não tendo sido possível cumprir o critério de aleatorização dos participantes pelos grupos (Pais-Ribeiro, 2010).

1.2.3.2 Variáveis estudadas

O estudo tem como variáveis dependentes o bem-estar, nomeadamente os três tipos: bem-estar emocional; bem-estar social e bem-estar psicológico. A variável independente diz respeito à participação no programa de intervenção no programa de intervenção psicológica positiva.

Por fim, as variáveis sociodemográficas consideradas no estudo foram: sexo; idade; escolaridade; estado civil; avaliação subjetiva de qualidade de vida; perceção de satisfação com a saúde; existência de doença e toma de medicação para a mesma.

1.2.3.3 Procedimento de recolha de dados

O presente estudo insere-se num projeto associado à Clínica Pedagógica da Universidade Fernando Pessoa, designado por “Investigação no âmbito da prática clínica na Clínica Pedagógica de Psicologia”, no qual se obteve o parecer positivo da Comissão e Ética da Universidade Fernando Pessoa (cf. Anexo E), assim como a aprovação por parte da direção da Clínica Pedagógica, Mestre Sónia Alves. A realização do projeto envolveu uma equipa de estagiários sob a supervisão da Professora Doutora Carla Fonte.

Solicitou-se a autorização da utilização do instrumento Escala Continuum de Saúde Mental – Versão reduzida (MHC-SF) à Professora Doutora Carla Fonte, obtendo a sua autorização para a utilização da escala. No que diz respeito à Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS), não foi necessário pedir a autorização aos autores uma vez que a mesma se encontra publicada.

Visto que a população que se visava estudar (população não clínica), optou-se por seleccionar uma amostra por conveniência constituída por alunos do primeiro ano do primeiro ciclo de estudos em Psicologia de uma universidade do norte do país.

Para a recolha de dados foi solicitado a autorização a alguns professores dessa turma para que numa das aulas fosse apresentado o programa de intervenção psicológica

positiva em grupo, intitulado “Bem-me-quero”. Foi definido uma data e hora para que os participantes fossem contactados diretamente pelos estagiários que iriam conduzir a intervenção, com fim de informar a turma os principais objetivos do programa, a sua estrutura assim como a duração.

Decorrida a explicação oral do programa foi distribuído um panfleto informativo do programa e uma ficha de inscrição, para que os intervenientes interessados pudessem preencher e colocar numa caixa deixada na sala de aula para esse efeito. Foi realçado pelos estagiários o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos assim como a possibilidade de desistência por parte dos intervenientes em qualquer fase do programa. Posteriormente os participantes foram contactados presencialmente, de forma a ser informado o local, dia hora da sua implementação. Todo o processo e participação dos intervenientes foi voluntária, com obtenção do consentimento informado dos participantes.

Após preenchidas todas as vagas para o grupo de intervenção, os restantes elementos foram selecionados para o grupo de comparação (sem intervenção apenas com o preenchimento do pré-teste e pós-teste). Os elementos foram informados do mesmo.

Na primeira sessão do programa foi primeiramente lembrado os objetivos do mesmo bem como da recolha de dados através dos instrumentos de avaliação, sendo novamente informado que a qualquer momento poderiam desistir do programa, assim como tempo para esclarecimento de todas as dúvidas. Após isso foi pedido o preenchimento do consentimento informado assim como os instrumentos do pré-teste. No grupo de comparação, o pré-teste foi preenchido na mesma semana novamente numa aula previamente agendado.

No grupo experimental o pós-teste foi realizado na última sessão do programa. Já com o grupo de comparação foi agendada, novamente, uma ida dos estagiários a uma sala de aula na mesma semana, para assim se proceder a recolha de dados.

1.2 Descrição do programa “Bem-me-quero”

Tabela 5

Descrição do programa “Bem-me-quero”

Sessões	Descrição	Materiais
1	<ul style="list-style-type: none">1º momento de avaliação (pré teste);	<ul style="list-style-type: none">Termómetro da felicidade;

“Ingredientes básicos para a felicidade”	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do grupo; estabelecimento de regras e dos objetivos do programa; • Psicoeducação do conceito de felicidade e bem-estar; • desenvolver a consciência do que provoca bem e mal-estar, felicidade e infelicidade através do exercício “termómetro da felicidade” e fomentar a reflexão e mudança através do exercício • “Apresentação positiva de mim”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação positiva de mim.
2 “O meu melhor eu possível: otimista e grato”	<ul style="list-style-type: none"> • Rever a tarefa inter-sessão; • promover e desenvolver o otimismo; • promover e desenvolver a gratidão; • valiação da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • O melhor eu possível; • Diário da gratidão.
3 “Ser feliz com os outros”	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar o trabalho de casa (“Diário dos atos de gratidão”); • refletir sobre o conceito de ruminação mental e comparação social e o seu impacto no bem-estar dos indivíduos; • apresentação do conceito de bondade (como pôr em prática a bondade e relacionamentos sociais positivos); • TPC- “Registo dos atos de bondade” e avaliação da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Caixa de lixo das preocupações; • Praticar e registar atos de bondade- promover relações sociais positivas.
4 “Ser perdoado e perdoar”	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar e refletir sobre o TPC; • apresentar e desenvolver o conceito de perdoar: ser perdoado e perdoar alguém; • TPC- “Escrever uma carta de perdão” e avaliar a sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registo dos atos de bondade; • Carta do perdão; • Música de relaxamento.
5 “Saborear acontecimentos positivos da vida diária”	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar e refletir acerca do TPC; • apresentar e refletir sobre o conceito de saborear os acontecimentos da vida diária; • TPC- atividade de “Auto-Reforço” e “Trazer algo bom para o grupo partilhar” e avaliação da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Como pôr em prática o saborear os acontecimentos agradáveis da vida diária.
6 “Cuida de mim”	<ul style="list-style-type: none"> • Refletir sobre o TPC; • apresentar e refletir sobre a importância de cuidar de si próprio; • analisar o conceito de espiritualidade e as suas implicações no bem-estar; • refletir sobre o benefício do exercício físico para o bem-estar; 	<ul style="list-style-type: none"> • Lanche (trazido pelos dinamizadores do grupo e participante); • Mensagem final do programa.

	<ul style="list-style-type: none">• “Trazer algo bom para partilhar- celebração do fim do programa”; Avaliação global do programa e realização do pós-teste.	
--	--	--

1.4 Procedimentos estatísticos

Findada a recolha de dados os mesmos foram introduzidos e analisados no programa IBM SPSS (*Statistical Package for Social Sciences – versão 26*).

Para escolher os testes estatísticos a utilizar procedeu-se à análise exploratória dos dados. Nesta socorreu-se ao teste de Kolmogorov-Smirnov, a assimetria e curtose, de forma a analisar a normalidade da distribuição das variáveis.

A análise revelou a existência de variáveis que não tinham uma distribuição aproximadamente normal. Neste sentido, como não estão cumpridos todos os requisitos para a utilização de testes paramétricos, pois a amostra não segue uma distribuição normal em todas as variáveis dependentes; a mesma não ter sido escolhida aleatoriamente e ter uma reduzida dimensão, optou-se por uma estatística não paramétrica (Martins, 2011).

O objetivo central da investigação pretende analisar o impacto do programa “Bem-me-quero” nas mudanças ao nível do bem-estar emocional, social e psicológico bem como ao nível da ansiedade, depressão e *stress* (como descrito posteriormente), nesse sentido recorreu-se a testes de diferenças uma vez que se pretende inquirir se existiram disparidades no momento pré e pós intervenção e no grupo de comparação, assim como avaliar se existiram diferenças entre grupos.

Assim, para verificar se existem distinções pré e pós teste nas variáveis bem-estar e psicopatologia no grupo experimental e no grupo de comparação (separadamente), estamos perante um *design* intra-sujeitos, como tal a variável independente (VI) é o momento temporal que se define por duas condições – dados do momento pré teste e do momento pós-teste. As variáveis dependentes (VD) são o bem-estar subjetivo, psicológico, social, ansiedade, depressão e *stress*, pretende-se avaliar o efeito da VI perante sobre as VD. Como não cumprem os requisitos para a utilização de estatística paramétrica, escolheu-se pelo recurso à estatística não-paramétrica, neste caso ao Teste de Wilcoxon (Z) (Martins, 2011).

No que diz respeito às diferenças entre grupos ao nível das variáveis de bem-estar e psicopatologia, estamos perante um *design* inter-sujeitos, pelo facto de queremos

comparar dois grupos independentes (GC e GE) e mutuamente exclusivos. Recorreu-se, então, ao teste não paramétrico Teste de Mann-Whitney (U) (Martins, 2011).

Recorreu-se, igualmente, à estatística descritiva para a caracterização da amostra através de distribuições e frequências dos dados sociodemográficos, médias das variáveis dependentes assim como analisar previamente a comparação entre grupos para verificar se os mesmos são idênticos nas suas características.

Nas análises estatísticas assumiu-se um p , $p < 0.05$ como valor crítico de significância dos resultados. Consideraram-se ainda marginalmente significativos todos os resultados com nível de significância de $p < 0.10$.

2 . Apresentação dos resultados

Neste ponto serão expostos os resultados das análises realizadas atendendo aos objetivos do estudo. Esta apresentação é unicamente descritiva, sendo que a apresentação da interpretação dos resultados será exposta no ponto 3.

Primeiramente serão apresentados os resultados dos testes de equivalência dos grupos no momento pré teste no que respeita às variáveis dependentes e posteriormente são apresentados os dados correspondentes à eficácia do programa.

2.1 Comparação dos grupos no momento pré-teste

De forma a analisar se o grupo experimental e o grupo de comparação não se diferenciavam estatisticamente nas características sociodemográficas e nas variáveis dependentes no momento pré-teste, foi executada uma análise preliminar com o uso do teste de associação Qui-quadrado e Teste de MannWhitney. É importante realçar que o grupo de comparação tem como fim equiparar os seus resultados com o grupo que participou na intervenção psicológica, uma vez que não é garantido um grupo de controlo pois os participantes não foram aleatoriamente distribuídos.

No que diz respeito às características sociodemográficas não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos nas variáveis: sexo ($\chi^2 (1) = 2.087$, $p = 0.149$); estado civil ($\chi^2 (1) = 2.087$, $p = 0.149$); Escolaridade ($\chi^2 (1) = 2.087$, $p = 0.149$); idade ($\chi^2 (3) = 3.00$, $p = 0.392$); Qualidade de vida ($\chi^2 (2) = 0.525$, $p = 0.769$); Satisfação com a saúde ($\chi^2 (2) = 1.800$, $p = 0.407$); problemas de saúde ($\chi^2 (2) = 1.821$, $p = 0.402$) e medicação ($\chi^2 (1) = 3.200$, $p = 0.074$) (Tabela 6).

Tabela 6

Diferenças ao nível das variáveis sociodemográficas entre grupos

Amostra (N=16)	X²
Sexo	2,087
Estado Civil	2,087
Escolaridade	2,087
Idade	3,000
Qualidade de vida	0,525
Satisfação com a saúde	1,800
Problemas de saúde	1,821
Medicação	3,200
*p<0.05	

Relativamente às variáveis dependentes no momento pré-teste, a comparação entre grupos demonstrou que não existem diferenças significativas ao nível do bem-estar emocional, social e psicológico. Contudo relativamente às variáveis de psicopatologia averiguou-se que os grupos se diferenciavam estatisticamente nas variáveis de ansiedade ($U=23,00$; $p=0,024$) e depressão ($U= 22,00$; $p=0,059$; marginalmente significativo), sendo que o grupo experimental tem maiores níveis. No que diz respeito à variável *stress* não existem diferenças estatísticas (Tabela 7).

Tabela 7

Diferença entre grupos no momento pré teste em relação às medidas dependentes (Teste de Mann-Whitney):

	Grupo Experimental (N=8)	Grupo de comparação (N=8)	U
	Média (DP)	Média (DP)	
Bem-estar Emocional	13,63 (2,872)	14,50 (2,138)	49,00
Bem-estar Social	20,00 (4,73)	19,25 (5,574)	55,00
Bem-estar Psicológico	27,75 (3,215)	25,88 (5,743)	51,00
Ansiedade	6,57 (4,831)	2,25 (1,832)	23,00*

Depressão	5,00 (4,502)	1,33 (1,862)	22,00**
Stress	7,63 (3,964)	6,57 (3,823)	43,00

* $p < 0.05$

** Marginalmente significativo $p < 0.10$

Com efeito, os grupos são equivalentes nas variáveis sociodemográficas e na variável dependente *stress*. No entanto variam na subescala depressão e ansiedade (avaliada pela EADS-21), sendo que o grupo experimental apresenta níveis mais elevados. A pontuação mais elevada no grupo experimental nas variáveis ansiedade e depressão pode ser explicada pelo facto de terem sido estes sujeitos a escolher o programa de promoção de saúde mental positiva.

Nos próximos pontos serão apresentados os resultados relativos à eficácia do programa.

2.2 Resultados relativos à eficácia do programa “Bem-me-quero”

No ponto 2 serão apresentados os resultados quantitativos relacionados com o impacto do programa de intervenção psicológica positiva “Bem-me-quero” ao nível do bem-estar (MHC-SF – bem-estar emocional, social e psicológico) e psicopatologia (EADS-21 – ansiedade, depressão e stress). Estas variáveis foram registadas em dois momentos temporais, momento pré e pós intervenção.

Pretendeu-se verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas nos momentos pré e pós teste no grupo experimental e de comparação, assim como entre os dois grupos ao nível das mesmas variáveis e momentos.

2.2.1 Resultados referentes ao bem-estar

No que diz respeito à análise das diferenças no bem-estar, nos dois momentos temporais, verificou-se que existe um aumento nos níveis do bem-estar psicológico, emocional e social após a intervenção psicológica. Podemos afirmar que após a intervenção os participantes relatam ter sentimentos de bom humor, felicidade e satisfeitos com a vida (subescala de bem-estar emocional), nutrem que têm um propósito de vida, sentem-se capazes, autónomos e conseguem estabelecer relações positivas com os outros (subescala de bem-estar psicológico), identificam-se capazes de contribuir para

os grupos onde estão inseridos, de se integrar, fazer parte de uma sociedade e de confiar nos outros (subescala bem-estar social) (Análise por MHC-SF).

Concretamente, com recurso à estatística inferencial, é possível verificar que relativamente ao bem-estar emocional verificou-se que apesar de o valor médio ter aumentado (Média B.E. emocional pré=13,63 e Média B.E. emocional pós=14,75) as diferenças não são significativas entre o momento pré e pós intervenção ($Z = -1,640$ $p = 0,101$). Por outro lado, no que diz respeito ao bem-estar psicológico existem diferenças significativas entre os dois momentos temporais ($Z = -3,315$ $p = 0,001$). No construto bem-estar social verificaram-se diferenças marginalmente significativas ($Z = -1,670$ $p = 0,095$) (Tabela 8).

Tabela 8

Diferenças ao nível do bem-estar em dois momentos temporais no grupo experimental (Teste de Wilcoxon)

	Pré-Teste (N=8)	Pós-Teste (N=8)	Z
	Média (DP)	Média (DP)	
Bem-estar emocional	13,63 (2,872)	14,75 (2,463)	-1,640
Bem-estar psicológico	27,75 (3,215)	31,63 (1,996)	-3,315*
Bem-estar social	20,00 (4,733)	23 (2,921)	-1,670**

No que diz respeito ao grupo de comparação (GC) os sujeitos apresentam níveis de bem-estar elevados nos dois momentos de avaliação. Verifica-se a diminuição das pontuações médias ao nível do bem-estar emocional ($Z = -0,447$, $p = 0,655$) e bem-estar social ($Z = -1,185$, $p = 0,236$) e um aumento na pontuação do Bem-estar psicológico social ($Z = -0,086$, $p = 0,931$), sendo que nenhum valor é significativo (Tabela 9).

Tabela 9

Diferenças ao nível do bem-estar em dois momentos temporais no grupo de comparação (Teste de Wilcoxon)

	Pré-Teste (N=8)	Pós-Teste (N=8)	Z
--	---------------------------	---------------------------	----------

Intervenção Psicológica Positiva: Estudo da Eficácia de um Programa em Grupo

	Média (DP)	Média (DP)	
Bem-estar emocional	14,50 (2,138)	14,38 (2,326)	-0,447
Bem-estar psicológico	25,88 (5,743)	26,38 (7,07)	-0,086
Bem-estar social	19,25 (5,574)	17,88 (5,222)	-1,185

Quando comparados os dois grupos no momento pós intervenção os valores médios do bem-estar emocional, psicológico e social são superiores no GE.

Ao nível do bem-estar emocional não foram encontradas diferenças significativas ($U=56,00$, $p= 0,619$). Por outro lado, no que diz respeito ao bem-estar psicológico os valores são marginalmente significativos ($U=37,000$, $p= 0,095$), apresentando o grupo experimental maiores níveis de bem-estar psicológico. No que diz respeito ao construto bem-estar social as diferenças são significativas entre os grupos ($U=26,000$, $p= 0,019$), sendo igualmente superiores no GE (Tabela 10).

Em suma os participantes do programa “bem-me-quero” sentiram-se em média mais integrados socialmente; com maior sentido de coesão; aceitação; mais felizes e satisfeitos com a vida; são mais autónomos; estabelecem mais relações positivas com os outros assim como com uma maior coerência social, em relação ao grupo de comparação.

Tabela 10

Diferença entre grupos no momento pós-teste em relação ao bem-estar (Teste de Mann-Whitney)

	Grupo experimental (N=8)	Grupo de comparação (N=8)		
	Média (DP)	Média (DP)	U	p
Bem-estar emocional	14,75 (2,463)	14,38 (2,326)	56,000	0,619
Bem-estar psicológico	31,63 (1,996)	26,38 (7,07)	37,000	0,095**
Bem-estar social	23 (2,921)	17,88 (5,222)	26,000	0,019*

* $p<0,05$

** Marginalmente significativo $p<0,10$

2.2.2 Resultados referentes à psicopatologia

Atendendo à psicopatologia (avaliada pela EADS-21), os participantes do grupo experimental apresentam baixos níveis de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente ansiedade, depressão e *stress*. Sendo que o ponto de corte é de 10,5 pontos (metade da pontuação máxima para cada subescala), os resultados médios obtidos demonstram que estão abaixo deste ponto de corte em todas as dimensões.

Verificando os dados obtidos pós intervenção no grupo experimental, observa-se que houve decréscimo em todas as dimensões (ansiedade, depressão e *stress*), demonstrando que neste período os participantes parecem sentir-se: mais animados; confiantes; com maior facilidade em relaxar; maior resistência à frustração; com mais paciência; menos ansiedade situacional; menos experiências subjetivas de ansiedade e respostas menos intensas de medo após a participação no programa.

No que diz respeito aos resultados das estatísticas inferenciais indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos (pré e pós teste) ao nível da ansiedade ($Z = -2,827$, $p = 0.005$) e depressão ($Z = -0,029$, $p = 0.029$) e marginalmente significativas no que diz respeito ao *stress* ($Z = -0,073$, $p = 0.073$) (Tabela 11).

Em sumo, ao nível psicopatológico os resultados do grupo experimental indicam uma diminuição dos níveis de ansiedade, depressão e *stress* após a participação no programa “Bem-me-quero”.

Tabela 11

Diferenças ao nível da psicopatologia em dois momentos temporais no grupo experimental (Teste de Wilcoxon)

	Pré-Teste (N=8)	Pós-Teste (N=8)	Z
	Média (DP)	Média (DP)	
Ansiedade	6,57 (4,831)	4,38 (3,462)	-2,827*
Depressão	5,00 (4,502)	2,87 (2,217)	-0,029*
Stress	7,63 (3,964)	5,88 (3,403)	-0,073**

* $p < 0.05$

** Marginalmente significativo $p < 0.10$

No que diz respeito ao GC, os valores médios obtidos em todas as subescalas foram idênticos no momento pós teste baixando ligeiramente a pontuação média, contudo

há uma especial relevância para a subescala depressão em que o valor médio aumentou (Tabela 12). No entanto, as diferenças entre os dois momentos temporais não são significativas (ansiedade – $Z = -0,105$, $p = 0.916$; depressão - $Z = -1,342$, $p = 0.180$; stress - $Z = -0,843$, $p = 0.399$).

Tabela 12

Diferenças ao nível da psicopatologia em dois momentos temporais no grupo de comparação (Teste de Wilcoxon)

	Pré-Teste (N=8)	Pós-Teste (N=8)	Z
	Média (DP)	Média (DP)	
Ansiedade	2,25 (1,832)	2,13 (2,416)	-0,105
Depressão	1,33 (1,862)	3,38 (3,583)	-1,342
Stress	6,57 (3,823)	6,25 (4,268)	-0,843

Quando comparados os dois grupos no momento pós teste, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Ou seja, os níveis de ansiedade ($U=38,000$, $p=0,108$), depressão ($U=63,000$, $p=0,950$) e stress ($U=53,000$, $p=0,491$) variam entre o grupo experimental e o grupo de comparação, mas estas diferenças não têm relevância estatística (Tabela 13).

Tabela 13

Diferença entre grupos no momento pós-teste em relação à psicopatologia (Teste de Mann-Whitney)

	Grupo experimental (N=8)	Grupo de comparação (N=8)		
	Média (DP)	Média (DP)	U	P
Ansiedade	4,38 (3,462)	2,13 (2,416)	38,000	0,108
Depressão	2,87 (2,217)	3,38 (3,583)	63,000	0,950
Stress	5,88 (3,403)	6,25 (4,268)	53,000	0,491

Com efeito, através desta análise descritiva e inferencial dos resultados relativos às medidas psicopatológicas, a amostra demonstra em ambos os momentos, reduzida sintomatologia. É possível notar algumas diferenças nomeadamente no grupo experimental, reduzindo as medidas ansiedade, depressão e *stress* significativamente. Quando comparados os dois grupos, apesar de não existirem diferenças significativas o GE apresenta valores médios inferiores nas variáveis depressão e *stress*, sendo que no pré-teste os valores eram superiores.

Neste sentido, de acordo com o que foi a investigação empírica, a participação no programa “Bem-me-quero” parece afetar positivamente os níveis de BE e psicopatologia, melhorando o estilo de vida no quotidiano dos sujeitos.

3. Discussão de resultados

Passaremos agora à discussão e análise crítica dos resultados obtidos com a intervenção “Bem-me-quero”, comparando-os com o quadro teórico de referência, com o fim de integrar melhor os resultados e alcançar o significado dos mesmos. A discussão seguirá a ordem pela qual foram anteriormente apresentados.

O presente estudo teve como objetivo principal analisar a eficácia de uma intervenção psicológica em grupo na promoção do bem-estar e saúde mental positiva, numa população não clínica. Nesse sentido, pretendeu-se investigar, por um lado, a existência de diferenças no grupo experimental ao nível das variáveis dependentes (bem-estar psicológico, social e emocional e ansiedade, depressão e *stress*) no momento pré e pós teste e, por outro lado, avaliar as diferenças existentes entre os dois grupos em análise (GC E GE) ao nível das mesmas variáveis dependentes em dois momentos temporais.

No momento pré teste, os grupos não se diferenciam significativamente nas variáveis sociodemográficas nem nas variáveis dependentes ao nível do bem-estar emocional, social e psicológico. Contudo relativamente às variáveis de psicopatologia averiguou-se que os grupos se diferenciavam estatisticamente nas variáveis de ansiedade e depressão, sendo que o grupo experimental tem maiores níveis. No que diz respeito à variável *stress* não existe diferenças significativas. Pode afirmar-se que os grupos são homogéneos relativamente nas variáveis sociodemográficas e nos níveis de bem-estar. Contudo, as diferenças ao nível psicopatológico (depressão e ansiedade) no GE, podem ser compreendidas pelo facto destes indivíduos terem procurado a intervenção face aos outros, ou seja, os participantes tinham consciência que precisavam de potenciar a sua saúde mental. Este resultado vai de encontro ao estudo de Keyes e colaboradores (2012),

que os sintomas psicopatológicos mais comuns em estudantes universitários é a depressão e ansiedade. O nosso grupo é maioritariamente mulheres, que segundo Hamilton e Meston (2013), os sujeitos do sexo feminino têm maior predisposição para apresentar níveis maiores de psicopatologia (depressão, ansiedade e stress).

O programa “Bem-me-quero” tinha como principal finalidade ajudar os participantes na aprendizagem de algumas estratégias com o objetivo de potenciar emoções positivas vivenciadas no quotidiano bem como deter estratégias para lidar com a adversidade, tendo por base a psicologia positiva. O programa praticou diferentes constructos (gratidão, perdão, espiritualidade, ruminação mental, comparação social, entre outros), como suprarreferido, assim como estratégias que os estudos empíricos demonstram eficazes na promoção da saúde mental.

É possível verificar na pré intervenção, através dos dados recolhidos pela escala continuum de saúde mental (MHC-SF) e pela escala de ansiedade, depressão e stress (EADS-21), que numa primeira análise descritiva a amostra já possuía elevados níveis de bem-estar e reduzidas pontuações ao nível da psicopatologia, provando que estamos numa amostra não clínica tal como nos propúnhamos estudar.

Quando avaliadas as diferenças relativamente ao bem-estar entre os dois momentos de avaliação no GE, verificou-se que os valores tendem a aumentar em todas as dimensões. Mais especificamente no bem-estar psicológico (valor significativo) e social (valor marginalmente significativo). Podemos afirmar que após a intervenção os participantes relatam ter que têm um propósito de vida, sentem-se capazes, autónomos e conseguem estabelecer relações positivas com os outros (subescala de bem-estar psicológico), identificam-se capazes de contribuir para os grupos onde estão inseridos, de se integrar, fazer parte de uma sociedade e de confiar nos outros (subescala bem-estar social). As diferenças apenas no GC não são significativas.

Quando comparados os dois grupos, verificou-se que os valores médios do bem-estar emocional, psicológico e social são superiores no GE. Contudo, tal como acima, os valores foram significativos no bem-estar psicológico (marginalmente significativo) e bem-estar social (valor significativo). Pode-se afirmar que o programa tem principal impacto nestes constructos.

O projeto teve um impacto positivo no GE no que diz respeito ao bem-estar psicológico. Esse era um dos objetivos centrais dos autores, uma vez que o programa é centrado na interação dos indivíduos; focado no reforço do autoconhecimento e aceitação de si; no crescimento pessoal; no propósito de vida bem como nas relações positivas com

os outros. O bem-estar psicológico é definido por seis dimensões: auto-aceitação; crescimento pessoal; objetivos de vida; relações positivas com os outros; domínio ambiental; autonomia (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995), segundo Baptista (2013) florescer define-se pela presença de sinais positivos de vida que sejam indicadores de um funcionamento positivo ou uma boa saúde mental. De facto, o programa “Bem-me-quero” tem como fim promover o bem-estar através da estimulação de diferentes formas de pensar e agir, com ajuda dos temas e exercícios abordados em cada sessão. Foram realizadas várias práticas que visavam sobre temáticas como: o otimismo, a espiritualidade, a gratidão, a redução de ruminação mental e comparação social, bondade e perdão. Sabemos, com base na literatura revista, que o empenho por parte do sujeito em atividades positivas intencionais poder ser preditores do aumento significativo de felicidade e bem-estar (Lyubomirsky, Dickerhoof, Boehm & Sheldon, 2011).

Ao longo das sessões do programa, os participantes são encorajados a identificar os seus pensamentos e crenças que não permitem o seu bem-estar, assim como confrontar-se com situações hostis que evitam. São igualmente cativados a envolver-se em atividades agradáveis e a consciencializar-se que através das mesmas o crescimento pessoal é possível, através da mobilização de recursos internos e adotando as estratégias adequadas. Levando assim ao aumento do bem-estar psicológico dos sujeitos. É possível ampliar o bem-estar e o funcionamento positivo de forma duradoura com o reforço das capacidades inatas, as ambições, as experiências positivas de vida e o carácter das pessoas (Duckworth, Steen & Seligman, 2005; Seligman, 2011). Todos os exercícios e temáticas realizadas no programa têm como fim estimular o crescimento pessoal e aumento de recursos internos com o fim de ultrapassar melhor as adversidades. Os resultados obtidos, o aumento do bem-estar, relacionados com a prática de exercícios psicológicos positivos vão de acordo com a revisão bibliográfica, como sugerem os estudos dos autores (Kwok, Gu & Kit, 2016; Roth, Suldo & Ferron, 2017; Peralta, Besio, Pérez & Zúñiga, 2010; Schrank, Brownell, Jakaite, Larkin, Pesola, Riches, Tylee & Slad, 2015 & Burton, Pakenjam & Brown, 2010)

O formato da terapia, em grupo, pode ser explicativo das melhorias significativas ao nível no bem-estar social no grupo experimental. Vários estudos referem que o formato das intervenções pode promover o suporte social, o encorajamento na partilha com o outro de experiências semelhantes, construir e promover a rede social (Bechelli & Santos, 2005; Beck & Coffey, 2005). Existem 11 fatores terapêuticos de relevância nas terapias de grupo: Dá esperança nos participantes; promove a universalidade, os sujeitos percebem

que não estão sós nos seus pensamentos e sentimentos; permite aos sujeitos a partilha de informação e experiências num espaço seguro; promove o altruísmo, o sentimento de ajudar outro com as suas experiências e sentir-se útil; permite aprender com as experiências do outro; possibilita a aprendizagem social e o desenvolvimento de aptidões sociais; desenvolve o comportamento imitativo, permite aos sujeitos a aprendizagem através da partilha das experiências dos outros; Aprendizagem interpessoal, receber *feedback* dos outros e experienciar novas formas de estabelecer relação; coesão grupal; catarse, possibilita expressar afeto forte e fatores existenciais, ou seja reconhecimentos dos aspetos básicos da existência através da partilha com os outros (Bechelli & Santos, 2005; Vinogradov & Yalom, 1992; Yalom, 2005). Nesse sentido, uma vantagem do programa é a forma como foi administrado, sendo este um aspeto importante para a prática. Vinogradov e Yalom (1992) defendem que a coesão de grupo está diretamente ligada com a auto-estima coletiva, que por sua vez associa-se ao bem-estar dos participantes, mais especificamente o bem-estar psicológico, valor este que aumentou significativamente.

Apesar de o programa não ter exercícios que trabalhem diretamente o bem-estar social, a gratidão e os atos de bondade estão igualmente relacionados com aumentos deste construto. A bondade é uma motivação altruísta ou um desejo de agir de maneira pró-social, logo esses atos podem contruir confiança e aceitação por parte da sociedade, encorajar vínculos sociais, traz benefícios de interação social positiva assim como as pessoas desenvolvem habilidades pessoal. Nesse sentido, a bondade são as bases para um sujeito saudável, feliz e com relacionamentos sociais positivos (Bartlett & DeSteno, 2006; Baptista, 2013 & Boniwell, 2016). Igualmente, a gratidão promove a união e relações sociais novas assim como reduz a probabilidade de fazermos comparações sociais desfavoráveis com pessoas que achamos melhor que nós (Akhtar, 2012).

No que diz respeito à avaliação da psicopatologia, pré e pós intervenção, no GE verificamos que existiu uma diminuição dos valores na ansiedade, na depressão e *stress*. Podemos dizer que após o programa “Bem-me-quero” os participantes parecem sentir-se: mais animados; confiantes; com maior facilidade em relaxar; maior resistência à frustração; com mais paciência; menos ansiedade situacional; menos experiências subjetivas de ansiedade e respostas menos intensas de medo.

Os estudantes universitários com níveis superiores de ansiedade tendem a preocupar-se em demasia com as normas que os outros definiram para si, uma vez que se sentem pressionados para agradarem os outros, ou acreditam que estão constantemente a

ser avaliados (Onwuegbuzie & Daley, 1999). Para além disso, a transição para o ensino superior é um período marcante de *stress* e ansiedade, uma vez que o jovem é confrontado com desafios como: tarefas desenvolvimentais, crescente autonomia, estabelecimento de relações sociais e íntimas, pressões académicas bem como dos pares. Este período é caracterizado por um potencial desenvolvimento pessoal e social para o estudante (Kadison & DiGeronimo, 2004).

A comparação social e a ruminação mental estão muitas vezes ligadas a elevados níveis de ansiedade, depressão e *stress*. A ruminação mental está associada a baixos níveis de bem-estar, pois: intensifica o humor depressivo, influencia negativamente na perspetiva do futuro e torna a capacidade de resolução de problemas, do sujeito, ineficaz (Sütterlin, Paap & Babic, 2012). Já as comparações sociais desajustadas estão associadas a sentimentos negativos, como a inveja ou sentimentos de inferioridade. Estes padrões desadaptativos são mais facilmente alterados/modelados quando existe a consciência que se está a pensar demasiado no assunto (ruminação) e que está a fazer-se demasiadas comparações. Para ser mais feliz é necessário libertar-se desse tipo de pensamentos, através da prática de exercícios positivos que ajudam na maneira de pensar (Batista, 2013).

Nesse sentido, torna-se relevante os exercícios com a finalidade de reduzir os níveis psicopatológicos, de forma a aumentarem o bem-estar e consequentemente o sucesso pessoal e académico. O programa contempla a prática de: exercícios de gratidão que são promotores de redução no *stress*, depressão e ansiedade (O'Leary & Kerr, Dockray, 2015; Emmons, 2009; Baptista, 2013; Akahtar, 2012); exercícios de otimismo estão associadas positivamente à redução de níveis de *stress* e depressão (Brissette, Scheir, & Carver, 2002); a motivação para a prática de desporto que atua na diminuição do *stress* e ansiedade (Marques, 1999) e o ato de saborear que melhora sintomas depressivos (Bryant, 2003). Estes resultados vão de encontro de estudos que demonstram a eficácia das intervenções psicológicas positivas na promoção e proteção da saúde mental (Antoine, Dauvier, Andreotti & Congard, 2018; Cheik, Reis, Hieredia, Ventura, Tufik, Antunes, & Mello, 2003; Nyklíče & Karlijn, 2008; Rosmarin, Krumrel & Pargament, 2010; Kerr, O'Donovan & Pepping, 2015; Kashdan, Uswatte & Julian, 2006; Smith & Smith, 2014 & Shapira & Mongrain, 2010).

Na comparação entre grupos bem como no GC não existiram diferenças significativas. Um aspeto importante a considerar é que no momento pré-teste os elementos dos grupos experimental tinham valores mais elevados de depressão e

ansiedade em relação ao grupo de controlo. Após a intervenção essas diferenças já não são significativas, podemos afirmar que o programa teve um impacto positivo na saúde mental dos participantes.

Com efeito, os resultados obtidos podemos afirmar para o GE, nas dimensões suprarreferidas, o programa “Bem-me-quero” parece ter contribuído para a promoção de saúde mental (diminuição da sintomatologia psicopatológica e aumento do bem-estar). Estes resultados vão de acordo com os alguns estudos sobre a eficácia de intervenções psicológicas positivas (Roth, Suldo & Ferron, 2017; Smeets, Neff e Alberts, 2014; Sheldon e Lyubomirsky, 2006).

Conclusão

O presente estudo teve como fim avaliar a eficácia de um programa de intervenção psicológica positiva em grupo, com uso de exercícios positivos (descritos na literatura como eficazes) para a promoção e desenvolvimento do bem-estar e saúde mental.

Na primeira parte desta análise foi possível constatar, através da revisão bibliográfica, que existe uma forte evidência científica da eficácia de programas de promoção do bem-estar e saúde mental que se fundamentam na prática de exercícios positivos. Através de estratégias cognitivo-comportamentais simples e, por vezes, de autoadministração é possível promover sentimentos, pensamentos e comportamentos positivos. Esses benefícios são verificados em diferentes domínios como: diminuição da psicopatologia, aumento nos níveis de bem-estar emocional e psicológico e social.

De forma geral, podemos afirmar que os resultados deste estudo confirmam o que está descrito na literatura através dos estudos já realizados. No que diz respeito aos resultados pré e pós na avaliação do bem-estar, tanto apenas na avaliação do GE como na comparação dos dois grupos, podemos afirmar que o mesmo teve um impacto no aumento do mesmo. Especialmente no bem-estar psicológico e bem-estar social. Podemos afirmar que o programa promoveu nos participantes um sentido de propósito de vida, sentem-se capazes, autónomos, conseguem estabelecer relações positivas com os outros, identificam-se como capazes de contribuir no grupo onde estão inseridos, de se integrar, fazer parte de uma sociedade e de confiar nos outros. Um aspeto importante neste programa foi o facto de ter ocorrido em grupo, uma vez que parece ter um impacto significativo no bem-estar social.

No que diz respeito a avaliação pré e pós intervenção apenas no GE referentes à psicopatologia vai igualmente de acordo com a revisão da literatura, uma vez que

observa-se que houve decréscimo em todas as dimensões (ansiedade, depressão e *stress*), demonstrando que neste período os participantes parecem sentir-se: mais animados; confiantes; com maior facilidade em relaxar; maior resistência à frustração; com mais paciência; menos ansiedade situacional; menos experiências subjetivas de ansiedade e respostas menos intensas de medo após a participação no programa.

Os resultados confirmam alguns dos dados que verificamos descritos na literatura, nomeadamente os benefícios significativos na promoção do bem-estar psicológico e social e na redução significativa da ansiedade, depressão e *stress*. Com estes dados podemos considerar a eficácia do programa na promoção da saúde mental.

O estudo apresenta algumas limitações associadas, como o processo de amostragem uma vez que a amostra não foi seleccionada aleatoriamente, mas sim por conveniência o que impossibilita a extrapolação de conclusões. A dimensão da amostra constitui outra limitação pois só permite avaliar a eficácia do programa relativamente a 16 participantes, como tal não permite a generalização de resultados. O género da amostra pode representar outra barreira, uma vez que constituída por 15 mulheres e 1 homem.

No futuro seria relevante colmatar as limitações apresentadas através da alteração do processo de amostragem, formando grupos de uma amostragem aleatória assim como o aumento da dimensão da amostra com o fim de viabilizar a generalização de resultados. Seria, igualmente, importante avaliar diretamente algumas práticas que o programa trabalha, assim conseguimos interpretar mais precisamente qual é o impacto dos exercícios ao nível do bem-estar e psicopatologia. Uma vez que este estudo só apenas avaliou o pré e pós intervenção, seria útil no futuro, comparar estes dados com as avaliações qualitativas de cada sessão, de forma a avaliar a evolução que ocorreu nos participantes progressivamente. Poderia ser pertinente realizar este programa numa população clínica de forma a proporcionar uma compreensão mais aprofundada do programa. Além disto, seria importante realizar uma sessão de *follow up* de forma a analisar que as diferenças se mantiveram no tempo e se são aplicadas no dia-a-dia dos participantes.

O facto de este programa ter ocorrido em grupo com alunos do 1º ano de Psicologia, parece ter um impacto significativo no bem-estar social, pois quando comparados os dois grupos existem mudanças significativas. Poderia ser relevante para investigações futuras a realização destes programas na receção dos alunos à Universidade, uma vez que estudantes com boa saúde mental são mais bem-sucedidos academicamente,

além disso as capacidades sociais, emocionais e de tomada de decisão são afetados positivamente, culminando num bom desempenho académico.

Esta investigação permite aumentar o conhecimento científico acerca destas intervenções com a população portuguesa, apontando a saúde mental como um conceito que engloba elevados níveis de bem-estar e não só a ausência de psicopatologia. É relevante realçar a pertinência deste estudo bem como continuar a produzir investigações semelhantes, uma vez que existe um número reduzido de análises sobre intervenções psicológicas positivas em Portugal. Sendo como referido acima, sugerimos que para futuro devem incluir uma aleatorização da amostra bem como maior número de participantes de forma a amostra ser considerada representativa. E realizar seguimentos para verificar se estas alterações se mantêm no tempo.

É relevante a pesquisa neste âmbito para que sejam desenvolvidos programas ou aperfeiçoamento deste programa e já existente, para assim a promoção do bem-estar seja realizado de forma mais eficaz.

Referências Bibliográficas

- Akhtar, M. (2012). *Vencer a depressão com a Psicologia Positiva*. Amadora: Nascente.
- Alarcón, R. &. (2012). Relaciones entre Gratitud y Variables de Personalidad. *Acta de Investigación Psicológica*, 2 (2), 699-712.
- Albuquerque, A. S., & Trócoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de Bem Estar Subjetivo. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 153-164.
- Albuquerque, I., & Lima, M. (2007). Personalidade e Bem-estar Subjetivo: Uma Abordagem com os Projetos Pessoais. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0373.pdf> [Consultado em 13/02/2020].
- Aldwin, C. M., Park, C. L., Jeong, Y. J., & Nath, R. (2014). Differing pathways between religiousness, spirituality, and health: A self-regulation perspective. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6 (1) ,9-21.
- Antoine, P., Dauvier, B., Andreotti, E., & Congard, A. (2018). Individual differences in the effects of a positive psychology intervention: Applied psychology. *Personality and Individual Differences*, 122, 140-147. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.10.024>.
- Armenta, C., Bao, K. J. ,Lyubomirsky, S., & Sheldon, K. M. (2014). Islastingchange possible? Lessons from the Hedonic Adaptation Prevention model. *Elsevier: Stabilityof Happiness*, 4, 57-74.
- Baptista, A. (2013). *Aprender a Ser Feliz: Exercícios de Psicoterapia Positiva*. Lousã: Pactor.
- Baptista, A. (2016). *O futuro da psicoterapia. O que todos deviam saber sobre os tratamentos psicológicos*. Lisboa: Pergaminho.
- Baptista, A. (2016). *O poder das emoções positivas*. Lisboa: Pactor.

- Barros, J. (2004). *Psicologia Positiva (Amor – Felicidade – Alegria – Optimismo – Esperança – Perdão – Sabedoria – Beleza – Sentido de Vida)*. Porto: Asa.
- Bartlett, M. Y. & DeSteno, D. (2006). Gratitude and prosocial behavior: Helping when it costs you. *Psychological science*, 17 (4), 319-325.
- Bechelli, L.P. C. & Santos, M. A. (2005). O terapeuta na psicoterapia de grupo. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(2), 249-54.
- Beck, J. G., & Coffey, S. F. (2005). Group Cognitive Behavioral Treatment for PTSD: Treatment of Motor Vehicle Accident Survivors. *Cogn Behav Pract*, 12(3), 267-277.
- Blanco, A. & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Boniwell, I. (2012). *Positive psychology in a nutshell: the science of happiness*. New York: McGraw-Hill (3ª edição).
- Boniwell, I. (2016). *A ciência da felicidade, Psicologia positiva em poucas palavras*. Parede: 4 Estações.
- Brissette, I., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of personality and social psychology*, 82 (1), 102-111.
- Bryant, F. (2003). Savoring Beliefs Inventory (SBI): A scale for measuring beliefs about savouring. *Journal of mental health*, 12 (2), 175-196.
- Buchanan, K. E. & Bardi, A. (2010). Replications and refinements: acts of Kindness and Acts of Novelty Affect Life Satisfaction. *The Journal of Social Psychology*, 150(3), 235-237.

- Burton, N. W., Pakenham, K. I. Brown, J. W. (2010). Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: A pilot study of the READY program. *Psychology, Health & Medicine*, 15(3), 266-277. <https://doi.org/10.1080/13548501003758710>
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, 31, 117-124.
- Carver, C. S. & Scheier, M. E. (2002). Optimism. In C. Snyder & S. Lopez (eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 231-243). New York: Oxford University Press.
- Cheik, N. C., Reis, I. T., Hieredia, R. A. G., Ventura, M. L, Tufik, S., Antunes, H. K. M & Mello, M. T. (2003). Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. *R. bras. Ci. e Mov.*, 11(3), 45-52.
- Coyle, C. T., & Enright, R. D. (1997). Forgiveness intervention with postabortion men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(6), 1042–1046.
- Custódio, S., Pereira, A., & Seco, G. (2010). Estudo de adaptação e validação das the Mehrabian Self-Esteem (MSE) and optimism-pessimis (MOP) Scales. VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia (pp. 166-176). Aveiro: Universidade do Minho.
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The depression anxiety stress scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(3), 195-205.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: Na introduction. *Journal of happiness studies*, 9 (1), 1-11.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a nationalindex.*American psychologist*,55 (1), 34-43.

- Diener, E., & Oishi, S. (2000). Money and happiness: Income and subjective well-being Across nations. In E. Diener & E. M. Suh (Eds.), *Culture and subjective well-being* (pp.185-218).Cambridge,U.S.A.:The MIT Press.
- Diener, E., Lucas, R., & Oishi, S. (2002). subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 63-73). New York: Oxford University Press.
- Diener, E., Scollon, C. N., & Lucas, R. E. (2003). The involving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219.
- Duckworth A. L. , Steen T. A. & Seligman M. E. P. (2004).Positive psychology in clinal practice. *Annu. Rev. Clin. Psychol* , 17, 629-653.
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of psychology andtheology*,11(4),330-338.
- Emmos, R. A. (2009). *Obrigado! Como a gratidão pode torná-lo mais feliz!* Alfragide: Estrela Polar.
- Fernandes, M. H., Raposo J. V., Pereira, E., Ramalho, J., & Oliveira, S. (2009). A influência da actividade física na saúde mental positiva de idosos. *Motricidade*, 5 (1), 33-50.
- Ferretti, F., Beskow, T. C. G., Slaviero, C. R., & Ribeiro, G. C. (2015). Análise da Qualidade de vida em idosos praticantes e não praticantes de exercício físico regular. *Estud. interdiscipl. Envelhec*, 20 (3), 729-743.
- Fonte, C., Silva, I., Vilhena, E., Keyes, C. L. M. (2020). The Portuguese Adaptation of the Mental Health Continuum-Short Form for Adult Population. *Community Mental Health Journal*, 56 (2), 368-375. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00484-8>.

- Fox, K. R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public health nutrition*, 2 (3), 411-418.
- Fredrickson, B. L. (1998). What Good Are Positive Emotions? Review of General Psychology. *Journal of Division 1, of the American Psychological Association*, 2(3), 300–319. <http://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.300>.
- Fredrickson, B. L. (2009). *Positividade*. Lisboa: Sinais de fogo.
- Fredrickson, B. L. (2010). *Positividade, Como encontrar a força oculta das emoções positivas, superar a negatividade e alcançar o sucesso*. Lisboa: Sinais de Fogo.
- Froh, J., Kashdan, T., Ozimkowski, K., & Miller, N. (2009). Who benefits the most from a gratitude intervention in children and adolescents? Examining positive affect as a moderator. *The Journal of Positive Psychology*, 4, 408–422.
- Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of general Psychology*, 9(2), 103-110.
- Galinha, I., & Pais Ribeiro, J. L. (2005). História e Evolução do conceito de Bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214
- Galinha, I.C. (2008). *Bem-estar subjetivo: Factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto.
- Geronasso, M. C. H & Coelho, D. (2012). A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. *Saúde e meio Ambiental, Revista interdisciplinar*, 1(1), 173-187.
- Hamilton, L., & Meston, C. (2013). Chronic stress and sexual function in women. *Journal of Sexual Medicine*, 10, 2443-2454.
- Hansen, J. M., Enright D. R., Klatt, J & Baskin, W. T. (2018). A Palliative Care Intervention in Forgiveness Therapy for Elderly Terminally Ill Cancer Patients.

Journal of palliative care, 25, 51-60.
<https://doi.org/10.1177/082585970902500106>.

- Hilbers, J., Haynes, A. S., & Kivikko, J. G. (2010). Spirituality and health: an exploratory study of hospital patients' perspectives. *Australian Health Review*, 34(1), 3-10.
- Huffman, J. C., Mastromauro, C. A., Boehm, J. K., Seabrook, R., Fricchione, G. L., Denninger, J. W., & Lyubomirsky, S. (2011). Development of a positive psychology intervention for patients with acute cardiovascular disease. *Heart international*, 6(2), 47-54.
- Huppert, F. A. (2005). Positive mental health in individuals and populations. In F. A. Huppert, N. Baylis, & B. Keverne, *The science of well-being* (p. 307–340). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198567523.003.0012>.
- Hurley, D. B., & Kwon, P. (2012). Results of a Study to Increase Savoring the Moment: Differential Impact on Positive and Negative Outcomes. *Springer*, 579–588. <https://doi.org/10.1007/s10902-011-9280-8>.
- Jose, E. P., Lim T. B., & Bryant B. F. (2012). Does savoring increase happiness? A daily diary study. *Journal of Mental Health*, 7 (3), 176-187.
- Kadison, R. D., & DiGeronimo, T. F. (2004). *The college of the overwhelmed: the campus mental health crisis and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass
- Kashdan, T. B., Uswatte, G., & Julian, T. (2006). Gratitude and hedonic and eudaimonic well-being in Vietnam war veterans. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 177–199.
- Kerr, L. S., O'Donovan A. & Pepping A. C. (2015). Can Gratitude and Kindness Interventions Enhance Well-Being in a Clinical Sample?. *Journal of Happiness Studies*, 16, 17-36.

- Keyes, C. & Shapiro, A. (2004). Social well-being in the united states: a descriptive epidemiology. Em O. G. Brim, C. D. Ryff & R. C. Kessler (Eds.), *How healthy are we? A national study of well-being at midlife* (pp. 350-372). Chicago: University of Chicago Press.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61 (2), 121-140.
- Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (3), 539-548.
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 207-222.
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3). 539.
- Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American psychologist*, 62(2), 95.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C.D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Keyes, C., Wissing, M., Potgieter, J., Temane, M., Kruger, A., & Rooy, A. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum–Short Form (MHC-SF) in Setswana-Speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 181–192.
- Keyes, C., Eisenberg, D., Perry, G., Dube, S., Kroenke, K. & Dhingra, S. (2012). The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students. *Journal of American College Health*, 60 (2), 126-133.

- Kwok, S. Y. C. L., Gu, M., & Kit, K. T. K. (2016). Positive Psychology Intervention to Alleviate Child Depression and Increase Life Satisfaction: A Randomized Clinical Trial. *Research on Social Work Practice*, 26(4), 350-361. <http://dx.doi.org/10.1177/1049731516629799>.
- Lamers, S., Westerhof, G., Bohlmeijer, E., Klooster, P. & Keyes, C. (2011). Evaluation the psychometric properties of the Mental Health Continuum - Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67 (1), 99-110.
- Laranjeira, C. (2008). Tradução e validação portuguesa do revised life orientation test. *Universitas Psychologica* , 469-476.
- Larimore, W. L., Parker, M., & Crowther, M. (2002). Should clinicians incorporate positive spirituality into their practices? What does the evidence say?. *Annals of Behavioral Medicine*, 24 (1), 69-7.
- Layous, K., Chancellor, J., & Lyubomirsky, S. (2014). Positive activities as protective factors against mental health conditions. *Journal of Abnormal Psychology*, 123 (1), 3-12.
- Lucas, R., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Lyubomirsky, S., & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being?. *Current directions in psychological science*, 22 (1) ,57-62.
- Lyubomirsky, S., Dickerhoof, R., & Boehm, J. K. (2011). Becoming happier takes both a will and a proper way: An experimental longitudinal intervention to boost well-being. *American Psychological Association*, 11(2), 391–402. <https://doi.org/10.1037/a0022575>.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: the architecture of sustainable change. *Review of general psychology*, 9 (2), 111-131.

- Machado, W. & Bandeira, D. (2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Campinas*, 29 (4), 587- 595.
- Malcolm, W. M., & Greenberg, L. S. (2000). Forgiveness as a process of change in individual psychotherapy. In M. McCullough, K. Pargament, & C. Thoresen (Eds.), *Forgiveness: theory, research, and practice* (pp.179–202). New York, U.S.A.: Guilford.
- Malouff, J. M., & Schutte, N. S. (2017). Can psychological interventions increase optimism? A meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(6), 594-604.
- Marques, A. ; A. Gaya. (1999). Atividade Física, Aptidão Física e Educação para a Saúde: Estudos na área pedagógica em Portugal e no Brasil. *Rev. Paul. Educ. Fís*, 13 (1), 83-102.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Matos, A. P., André, R. S., Cherpe, S., Rodrigues, D., Figueira, C., & Pinto, A. M. (2010). Estudo Psicométrico preliminar da Mental Health Continuum–Short Form–for youth numa amostra de adolescentes portugueses. *Psychologica*, 131-156.
- McCullough, M. E. (2000). Forgiveness as human strength: Theory, measurement, and links to well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 43-55.
- McCullough, M. E. (2001). Forgiveness: Who does it and how do they do it? Current Directions in. *Psychological Science*, 10, 194-197.
- McCullough, M. E., & Witvliet, C. V. (2002). The psychology of forgiveness. In C. Snyder & S. Lopez, *Handbook of positive psychology* (pp. 446-455). New York, U.S.A.: Oxford University Press.

- McMakin, D. L., Siegle, G. J., & Shirk, S. R. (2011). Positive Affect Stimulation and Sustainment (PASS) module for depressed mood: A preliminary investigation of treatment-related effects. *Cognitive therapy and research*, 35 (3) ,217-226.
- Miranda, S. L., Lanna, M. A. L., Felipe, W. C. (2015). Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório. *Psicol. cienc. prof.*, 35(3), 870-885.
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703002342013>.
- Neves, S. G., & Brei A. V. (2015). O Impacto da Interação Social na Adaptação Hedônica do consumidor. *RAC*, 20 (3), 347-367.
- Novo, R.F. (2003). *Para além da Eudaimonia – O Bem-Estar Psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Nyklíček, I., Karlijn, F. K. (2008). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Psychological Well-being and Quality of Life: Is Increased Mindfulness Indeed the Mechanism? *Ann. Behav Med*, 35 (3), 331–340.
<https://doi.org/10.1007/s12160-008-9030-2>.
- O'Leary, K., & Dockray, S. (2015). The effects of two novel gratitude and mindfulness interventions on well-being. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(4), 243-245
- Onwuegbuzie, A., & Daley, C. (1999). Perfectionism and statistics anxiety. *Personality and Individual Differences*, 26, 1089- 1102.
- Otake, K., Shimai, S., Matsumi, T. K., Otsui, K., Fredrickson B. (2007). Happy People Become Happier Through Kindness: A Counting Kindnesses intervention. *J Happiness Stud*, 7(3), 361–375.

- Pais-Ribeiro, J., 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 e Doenças*, 5(2), 229- 239.
- Pargament, K.I., & Mahoney, A. (2005). Discovering and conserving the sacred. In C. Snyder & S. Lopez, *Handbook of positive psychology* (pp. 646-659). New York, U.S.A.: Oxford University Press.
- Peralta A. C., Besio C. V., Pérez M. I. & Zúñiga M. R (2010). Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica* 28 (1), 127-134.
- Peters, M. L., Flink, I. K., Boersma, K., & Linton, S. J. (2010). Manipulating optimism: Can imagining a best possible self be used to increase positive future expectancies?. *The Journal of Positive Psychology*, 5(3), 204-211. <https://doi.org/10.1080/17439761003790963>.
- Pinho, D. V. & Falcone, O. M. E. (2017). Relações entre Empatia, Resiliência e Perdão interpessoal. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 13(2), 138-146.
- Poseck B. V. (2006). Psicología Positiva: Una Nueva Forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 3-8.
- Rashid, T. (2009). Positive interventions in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 461-466.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Placebo, Editora.
- Rosmarin, D. H., Krumrei, E. J., & Pargament, K. I. (2010). Are Gratitude and Spirituality Protective Factors Against Psychopathology? *International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy*, 3(1), 1708-1696. Disponível em <http://journal.existentialpsychology.org/index.php/ExPsy/article/view/148>.

- Roth, R. A., Suldo, S. M., & Ferron, J. M. (2017). Improving middle school students' subjective well-being: Efficacy of a multicomponent positive psychology intervention targeting small groups of youth. *School Psychology Review*, 46 (1), 21-4.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryan, R.M., Huta, V., & Deci, E.L. (2013). Living well: a Self-Determination Theory Perspective on Eudaimonia. In A. Delle Fave (ed). *The Exploration of Happiness*: Springer Netherlands+Business Media Dordre.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4) , 719-727.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current directions in psychological science*, 4(4), 99-100.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-727.
- Ryff, C., & Singer B. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9 (1).
- Schrank B., Brownell T., Jakaite Z., Larkin C., Pesola F., Riches S. , Tylee A. & Slade B. (2015). Evaluation of a positive psychotherapy group intervention for people with psychosis: pilot randomised controlled trial. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 1-12. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000141>.

- Seligman, M. (2004). *Felicidade autêntica: usando a nova Psicologia Positiva para a realização permanente*. Rio de Janeiro: Objetiv.
- Seligman, M. E. (2002). *Positive psychology, positive prevention, and positive therapy*. Handbook of positive psychology, 2 (2002), 3-12.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M. E. P. (2011). *A vida que floresce*. Lisboa: Oficina do Livro.
- Seligman, M. E., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American psychologist*, 61 (8), 774-788.
- Shapira, L. B., & Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression, *The Journal of Positive Psychology*, 5(5), 377-389.
- Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2006). How to increase and sustain positive emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *The Journal of Positive Psychology*, 1(2), 73-82.
- Sheldon, K., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56(3), 216-217.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing Well-Being and Alleviating Depressive Symptoms With Positive Psychology Interventions: A Practice-Friendly Meta-Analysis. *Journal of clinical psychology*, 65 (5), 467-487.
- Siqueira, M. & Padovam, V. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), 201-209.

- Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 24(2), 201-209.
- Smeets, E., Neff, K., Alberts, H., & Peters, M. (2014). Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *Journal of clinical psychology*, 70 (9), 794-807.
- Smith, L. J., & Smith H. L. (2014). Savoring, resilience, and psychological well-being in older adults. *Aging & Mental Health*, 19 (3), 192-200.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2014.986647>.
- Sousa, L., Galane, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37 (3), 364- 371.
- Sütterlin, S., Paap, M., Babic, S., Kübler, A., & Vögele, C. (2012). Rumination and age:some hings get better. *Journal of Aging Research*. Retrieved from
<https://www.hindawi.com/journals/jar/2012/267327/abs/>.
- Tjeltveit, A. C. (2003). Implicit virtues, divergent goods, multiple communities explicitly addressing virtues in the behavioral sciences. *American Behavioral Scientist*, 47(4), 395-414.
- Veira, J. L. L., Rocha, P. G. M. & Porcu, M. (2008). Influência do exercício físico no humor e na depressão clínica em mulheres. *Rio Claro*, 14 (2), 179-186.
- Vinogradov, S., & Yalom, I. D. (1992). *Manual de psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: ArtMed.
- Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. (2009). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119.
- Willemsen, J., Markey, S., Declercq, F. & Vanheule, S. (2010). Negative emotionality in a large community sample of adolescents: the factor structure and measurement

invariance of the short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). *Stress and Health*, 27, 120-128.

Witvliet, C.V., Ludwig, T., & Vander Laan, K. (2001). Granting forgiveness or harboring grudges: Implications for emotion, physiology, and health. *Psychological Science*, 12, 117-123.

Wood, M. A., Joseph, S., Lloyd, J., & Atkins S. (2009). Gratitude influences sleep through the mechanism of pre-sleep cognitions. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 43-48.

World Health Organization. (2005). Promoting mental health: concepts, emerging practice. Geneva: World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf

Worthington Jr, E. L. (2007). *Initial questions about the art and science of forgiving. In Handbook of forgiveness* (pp.25-38). New York, U.S.A.: Routledge.

Worthington, E. L. Jr., Witvliet, C. V. O., Pietrini, P., Miller, A. J. (2007). Forgiveness, health, and well-being: A review of evidence for emotional versus decisional forgiveness, dispositional forgivingness, and reduced unforgiveness. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 291-302 .
<https://doi.org/10.1007/s10865-007-9105-8>.

Woyciekoski, C., Stenert, F., Simon Hutz, C. (2012). Determinantes do Bem-Estar Subjetivo. *PSICO*, 43(3), 280-288.

Wrosch, C., Scheier, M. F., Miller, G. E., Schulz, R. & Carver, C. S. (2003). Adaptive selfregulation of unattainable goals: Goal disengagement, goal reengagement, and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29 (12), 1494-1508.

Yalçın, İ., & Malkoç, A. (2015). The relationship between meaning in life and subjective well-being: Forgiveness and hope as mediators. *Journal of Happiness Studies*, 16(4), 915-929.

Yalom, I. (2005). *The theory and practice of group counseling and psychotherapy*. New York: Basic Books (5ª edição).

Anexos

Anexo A. Questionário Sociodemográfico

Questionário Sócio-demográfico

Por favor, em cada questão, coloque um círculo à volta do número que corresponde à opção mais adequada ao seu caso.

Para além disso, em algumas questões, agradecemos que escreva algumas informações.

1. Sexo: (1) Feminino (2) Masculino
2. Idade: _____ anos
3. Estado Civil: (1) Solteiro(a) (2) União de facto (3) Casado(a)
(4) Separado(a) (5) Divorciado(a) (6) Viúvo(a)
4. Escolaridade (último ano completo com aprovação/sucesso):
(1) Nenhuma (0 anos)
(2) Escola Primária/1.º ciclo _____ anos
(3) Ciclo Preparatório/2.º ciclo _____ anos
(4) 3.º ciclo (7º ano-9º ano) _____ anos
(5) Ensino Secundário (10º-12º ano) _____ anos
(6) Ensino Superior _____ anos
5. Como avalia a sua qualidade de vida? (1) Muito má (2) Má (3) Nem boa nem má
(4) Boa (5) Muito boa
6. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito
(3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito
7. Problemas de saúde actuais: (1) Não (2) Sim. a. Qual / Quais? _____
b. Desde há _____ anos
8. Medicação (para esse(s) problema(s), prescrita por um médico): (1) Não (2) Sim

Anexo B. Escala Continuum de Saúde Mental – versão reduzida (MHC-SF)

Continuum de Saúde Mental – versão reduzida (Adultos)

MHC-SF

Por favor, responda às seguintes questões sobre como se tem sentido no último mês. Coloque uma cruz (X) na opção que melhor representa a frequência com que experimentou ou sentiu o seguinte:

<i>Durante o último mês com que frequência sentiu...</i>	<i>Nunca</i>	<i>Uma ou duas vezes</i>	<i>Cerca de uma vez por semana</i>	<i>Cerca de 2 ou 3 vezes por semana</i>	<i>Quase todos os dias</i>	<i>Todos os dias</i>
1. Feliz						
2. Interessado na vida						
3. Satisfeito com a vida						
4. Que tinha alguma coisa importante para contribuir para sociedade						
5. Que pertencia a uma comunidade (como por exemplo um grupo social ou a sua vizinhança)						
6. Que a nossa sociedade é um lugar bom, ou que se está a tornar num lugar melhor para toda a gente						
7. Que as pessoas são basicamente boas						
8. Que o modo como a nossa sociedade funciona tem sentido para si						
9. Que gostava da maior parte da sua personalidade						
10. Que é bom a gerir as responsabilidades da sua vida diária						
11. Que tem relações calorosas e de confiança com os outros						
12. Que teve experiências que o desafiaram a crescer e a tornar-se uma pessoa melhor						
13. Confiante para pensar e expressar as suas próprias ideias e opiniões						
14. Que a sua vida tem uma direcção ou um sentido						

“Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF)
© University Fernando Pessoa 2012, all rights reserved”

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

EADS-21 - Nome		Data ____/____/____			
<p>Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si <i>durante a semana passada</i>. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.</p> <p><i>A classificação é a seguinte:</i></p> <p>0- não se aplicou nada a mim 1- aplicou-se a mim algumas vezes 2- aplicou-se a mim de muitas vezes 3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes</p>					
1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Reference- Pais-Ribeiro, J., 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

Anexo D. Consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

Designação do Estudo (em português):

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) _____

Responsável pelo participante no projecto (nome completo) _____

_____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que será incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que lhe seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

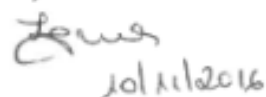
Data: ____/____/____

Assinatura do Responsável pelo participante no projecto: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:



Teresa Martinho Toldy