

Raquel Filipa Pinto Lima de Sousa



**Eficácia de uma intervenção psicológica positiva em grupo numa amostra não  
clínica ao nível da saúde mental (psicopatologia e bem-estar)**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2019

Eficácia de uma intervenção psicológica positiva em grupo ao nível da saúde mental

Eficácia de uma intervenção psicológica positiva em grupo ao nível da saúde mental

Raquel Filipa Pinto Lima de Sousa



**Eficácia de uma intervenção psicológica positiva em grupo numa amostra não  
clínica ao nível da saúde mental (psicopatologia e bem-estar)**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2019

Raquel Filipa Pinto Lima de Sousa

“Eficácia de uma intervenção psicológica positiva em grupo numa amostra não clínica  
ao nível da saúde mental (psicopatologia e bem-estar)”

---

Raquel Filipa Pinto Lima de Sousa

Trabalho apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, com especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Prof<sup>ª</sup>. Doutora Carla Fonte e co-orientação da Mestre Sónia Alves.

## Resumo

A definição atual de saúde mental (positiva) como englobando elevados níveis de bem-estar e reduzidos níveis de psicopatologia, tem dado lugar a um crescente interesse pelo desenvolvimento de atividades e programas de intervenção psicológica positiva que possibilitem promover um aumento do bem-estar e diminuição da psicopatologia, tendo em conta os benefícios a nível individual, social e económico que níveis mais elevados de saúde mental acarretam. O objetivo deste estudo foi testar a eficácia de uma intervenção psicológica positiva em grupo, numa amostra não clínica, na promoção do bem-estar e redução da psicopatologia. O programa desenvolvido foi aplicado numa clínica pedagógica de Psicologia de uma Universidade do norte do país e versou sobre temáticas como a gratidão, o otimismo, a espiritualidade, a redução da ruminação mental e comparação social, bondade e perdão, tendo como base a literatura revista. A amostra foi selecionada por conveniência de forma não aleatória e constituída por 24 participantes, subdividindo-se em grupo experimental e grupo de comparação, ambos constituídos por 12 participantes cada. O grupo experimental apresenta uma média de idades de 22 anos ( $DP = 2.98$ ), sendo constituído por 91,7% indivíduos do sexo feminino e 8,3% do sexo masculino. O grupo de comparação apresenta uma média de idades de 24.17 anos ( $DP = 7.54$ ) e foi constituído por 75% indivíduos do sexo feminino e 25% do sexo masculino. Foram usadas como medidas de avaliação do bem-estar o MHC-SF e o EADS-21 para avaliação da psicopatologia. A avaliação foi realizada em dois momentos – pré e pós intervenção, com um espaçamento temporal de seis semanas. Os resultados apontam para uma melhoria significativa ao nível do bem-estar social e uma redução dos níveis de ansiedade no grupo experimental, sugerindo os benefícios da participação no programa. Em estudos futuros sugere-se o recurso a uma amostra de maior dimensão, que possa ser representativa, bem como recorrer a um processo de aleatorização da mesma.

**Palavras-chave:** bem-estar; saúde mental; intervenções psicológicas positivas; avaliação eficácia.

## Abstract

The current definition of (positive) mental health as encompassing high levels of well-being and reduced levels of psychopathology has given rise to a growing interest in the development of activities and programs of positive psychological intervention that allow to promote an increase of well-being and reduction of psychopathology, taking into account the individual, social and economic benefits that higher levels of mental health entail. The objective of this study was to test the efficacy of a positive psychological intervention in a non-clinical sample, in the promotion of well-being and reduction of psychopathology. The developed program was applied in a pedagogical clinic of Psychology of a University of the north of the country and dealt with topics such as gratitude, optimism, spirituality, reduction of mental rumination and social comparison, kindness and forgiveness, based on the literature. The sample was selected for convenience in a non-random manner and consisted of 24 participants, subdivided into experimental group and comparison group, both consisting of 12 participants each. The experimental group had a mean age of 22 years ( $SD = 2.98$ ), being 91.7% female and 8.3% male. The comparison group had a mean age of 24.17 years ( $SD = 7.54$ ) and was composed of 75% female and 25% male. MHC-SF and EADS-21 were used as measures of well-being for evaluation of the psychopathology. The evaluation was performed in two moments - pre and post intervention, with a temporal spacing of six weeks. The results point to a significant improvement in social well-being and a reduction in anxiety levels in the experimental group, suggesting the benefits of participating in the program. In future studies it is suggested that a sample of a larger size, which may be representative, be used, as well as a randomization process.

**Keywords:** well-being; mental health; positive psychological interventions; effectiveness evaluation

*Aos meus pais, por tudo o que são.*

## **Agradecimentos**

Este trabalho representa o culminar de cinco anos de estudos numa área de grande fascínio, como é a Psicologia para mim. Para que todo este percurso e este trabalho tenham sido possíveis, algumas pessoas foram de enorme importância quer do ponto de vista académico como do ponto de vista motivacional e suportativo.

Gostaria de deixar um agradecimento especial à minha orientadora Prof<sup>ª</sup>. Doutora Carla Fonte, por me ajudar a seguir no caminho certo, pelas palavras de encorajamento e por ter sempre boa disposição para encarar as dificuldades. E, também agradecer à co-orientadora deste projeto, Prof<sup>ª</sup>. Sónia Alves, pela abertura e disponibilidade que sempre demonstrou.

Um agradecimento especial ao meu supervisor de estágio, Dr. João Leal da Silva, por me mostrar caminhos alternativos, pela compreensão, incentivo e abertura para esclarecer e apaziguar os meus receios.

Gostaria de dedicar este trabalho e deixar um agradecimento muito especial aos meus pais – Célia e Jorge - pelo apoio extraordinário, incondicional e incansável ao longo destes cinco anos. Sem eles nada disto teria sido possível... Nada disto faria sequer sentido!

Agradecer também à minha madrinha e à minha avó (e claro, também a ti, avô, que mesmo não estando já entre nós sempre guiaste o meu caminho).

Ao meu namorado André, por todo o apoio, disponibilidade e compreensão de muitas ausências e por estar sempre presente nos bons e nos maus momentos, tendo sempre uma palavra de encorajamento.

Sem deixar de poder referir, um agradecimento especial à Joana, que partilhou comigo este percurso académico, que demonstrou sempre um enorme companheirismo e que esteve sempre presente em todos os momentos difíceis e nos bons também, obrigada pelos momentos que tornaram tudo muito mais divertido e fácil.

Não esquecendo, um agradecimento aos meus colegas de estágio, Andreia, Filipa, Jéssica, Pedro e Rita, que se mostraram sempre disponíveis para ajudar e colaborar, pelo espírito de equipa e por todos os momentos que partilhamos. E um agradecimento também à D. Fernanda que foi um elemento importante no estágio, sempre com uma palavra amiga.

Por fim, agradecer aos participantes no estudo, que sem eles, não seria possível realizar o mesmo. Obrigada pela disposição para participação neste projecto.

## Índice Geral

Resumo .....	V
Abstract.....	VI
Agradecimentos .....	VIII
Índice de tabelas .....	XI
Índice de figuras .....	XII
Índice de anexos .....	XIII
Lista de abreviaturas .....	XIV
Introdução .....	1
<b>Parte I - Enquadramento teórico .....</b>	<b>3</b>
1. Felicidade, bem-estar e saúde mental.....	4
1.1. Conceito de bem-estar emocional/subjetivo (hedónico) .....	8
1.2. Conceito de bem-estar psicológico (eudaimónico) .....	11
1.3. Conceito de bem-estar social (eudaimónico) .....	14
1.4. Saúde mental e psicopatologia .....	17
1.5. Importância da promoção das emoções positivas no bem-estar/saúde mental.....	21
1.6. Fatores que condicionam os níveis de bem-estar e felicidade dos indivíduos .....	23
2. O papel das intervenções psicológicas positivas na promoção da saúde mental.....	26
2.1. Definição de intervenções psicológicas positivas .....	26
2.2. Eficácia de programas de intervenção psicológica positiva na promoção do bem-estar e saúde mental e na redução de psicopatologia.....	28
2.2.1. Populações clínicas e intervenções psicológicas positivas.....	28
2.2.2. Populações não clínicas e intervenções psicológicas positivas .....	31
<b>Parte II – Estudo empírico.....</b>	<b>36</b>
1. Metodologia.....	37
1.1. Objetivos da investigação .....	37
1.2. Método.....	38

1.2.1. Participantes/amostra.....	38
1.2.2. Material.....	40
1.2.2.1. Questionário sociodemográfico.....	41
1.2.2.2. Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF).....	41
1.2.2.3. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).....	42
1.2.3. Planificação e procedimento.....	43
1.2.3.1. Plano do estudo.....	43
1.2.3.2. Variáveis estudadas.....	44
1.2.3.3. Procedimento de recolha dos dados.....	44
1.3. Descrição do programa de intervenção psicológica positiva “Bem-me-quero”.....	46
1.4. Procedimentos estatísticos.....	49
2. Apresentação dos resultados.....	50
2.1. Comparação dos grupos no momento pré teste.....	50
2.2. Resultados relativos à eficácia do programa “Bem-me-quero”.....	52
2.2.1. Resultados referentes ao bem-estar.....	52
2.2.2. Resultados referentes à psicopatologia.....	55
3. Discussão de resultados.....	57
Conclusão.....	62
Referências bibliográficas.....	64
Anexos.....	74

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1.</b> Modelo teórico de bem-estar psicológico de Carol Ryff .....	12
<b>Tabela 2.</b> Critérios de diagnóstico de saúde mental positiva .....	20
<b>Tabela 3.</b> Caracterização sociodemográfica da amostra (por grupo) .....	40
<b>Tabela 4.</b> Descrição do programa de intervenção "Bem-me-quero". .....	48
<b>Tabela 5.</b> Diferenças ao nível das variáveis sócio-demográficas entre grupos .....	51
<b>Tabela 6.</b> Diferenças entre grupos no momento pré teste em relação às medidas dependentes (Teste de Mann-Whitney) .....	52
<b>Tabela 7.</b> Diferenças ao nível do bem-estar em dois momentos temporais no grupo experimental (Teste de Wilcoxon) .....	54
<b>Tabela 8.</b> Diferenças ao nível do bem-estar em dois momentos temporais no grupo de comparação (Teste de Wilcoxon).....	54
<b>Tabela 9.</b> Diferença entre grupos no momento pós teste em relação ao bem-estar (Teste de Mann-Whitney).....	55
<b>Tabela 10.</b> Diferenças ao nível da psicopatologia em dois momentos temporais no grupo experimental (Teste de Wilcoxon) .....	56
<b>Tabela 11.</b> Diferenças ao nível da psicopatologia em dois momentos temporais no grupo de comparação (Teste de Wilcoxon) .....	57
<b>Tabela 12.</b> Diferença entre grupos no momento pós teste em relação à psicopatologia (Teste de Mann-Whitney).....	57

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Componentes de bem-estar subjetivo .....	9
<b>Figura 2.</b> Modelo de bem-estar social de Corey Keyes.....	15
<b>Figura 3.</b> Bem-estar e saúde mental positiva .....	17
<b>Figura 4.</b> Fatores que influenciam a felicidade/bem-estar .....	25
<b>Figura 5.</b> Método de seleção e distribuição dos participantes .....	46

## Índice de Anexos

<b>Anexo A.</b> Questionário Sociodemográfico .....	75
<b>Anexo B.</b> Escala Continnum de Saúde Mental – versão reduzida (MHC-SF).....	76
<b>Anexo C.</b> Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) .....	77
<b>Anexo D.</b> Consentimento informado .....	78
<b>Anexo E.</b> Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa .....	79
<b>Anexo F.</b> Autorização para a realização do estudo .....	80

## **Lista de Abreviaturas**

**DSM-5** - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

**EADS-21** - Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

**GC** – Grupo de comparação

**GE** – Grupo experimental

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

**MBSR** - *Mindfulness-based stress reduction*

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PL** – *Positive living*

## Introdução

A psicologia positiva pode ser compreendida como o estudo das condições e processos que contribuem para o florescimento (saúde mental positiva) e para o funcionamento ótimo das pessoas, grupos e instituições, não sendo o seu objetivo negar a existência de mal-estar ou de aspetos da vida que são desagradáveis ou negativos. Pelo contrário, é um ramo que reconhece a existência das diferentes dimensões da experiência humana, o sofrimento humano, sistemas familiares disfuncionais e instituições ineficazes, indo para além do sofrimento e da sua direta redução. Interessa-se sobretudo pelo estudo das experiências positivas, pelos traços/características individuais positivas e instituições positivas que facilitam o desenvolvimento humano, pela forma como as pessoas sentem alegria, mostram altruísmo, criam famílias e instituições saudáveis, abrangendo todo o espectro da experiência humana (Gable & Haidt, 2005; Kobau, Seligman, Peterson, Diener, Zack, Chapman & Thompson, 2011; Lee Duckworth, Steen, & Seligman, 2005; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Como um ramo que tem demonstrado ao longo dos últimos anos um crescente interesse pelo bem-estar e saúde mental positiva, a psicologia positiva, visa aumentar o foco da psicologia clínica para além do sofrimento e da sua direta redução/alívio (Keyes, 2005; Trompeter, Kleine & Bohlmeijer, 2017; Lee Duckworth, et al., 2005).

Estuda diferentes níveis da experiência humana, sendo que, num nível subjetivo preocupa-se com as experiências subjetivas, nomeadamente o bem-estar, contentamento e satisfação (no passado), esperança e otimismo (no futuro) e *flow* e felicidade (no presente). Por outro lado, num nível individual, foca-se nas características individuais positivas, concretamente, a capacidade para amar, a vocação, a coragem, as competências interpessoais, a sensibilidade, a perseverança, o perdão, a originalidade, a espiritualidade, o talento e a sabedoria. E, ao nível do grupo, concentra-se em aspetos como o civismo, e instituições que promovem as características individuais (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

E, é possível trabalhar para atingir o bem-estar e a felicidade e alterar hábitos de que, na maior parte das vezes, não se tem consciência e que estão na base do nosso modo anterior de reagir, sendo para isso necessário reunir algumas condições, nomeadamente tempo, motivação e persistência. Pois, para que novos hábitos de pensamento e de comportamento sejam adquiridos, e que tenham como reflexo uma alteração emocional positiva e duradoura, é imprescindível ter tempo para os praticar,

estar-se motivado para efetuar essas mudanças e, finalmente, esperar resistência à mudança e ser-se persistente (Baptista, 2013). Neste sentido, as intervenções psicológicas assumem-se importantes para a promoção do bem-estar.

Mais do que, uma vertente remediativa, estas visam promover o funcionamento psicológico ótimo ou os conceitos de riqueza psicológica ou de florescimento (Baptista, 2013).

Deste modo, o presente trabalho de investigação procura avaliar a eficácia de um programa de intervenção psicológica positiva em grupo na promoção do bem-estar e da saúde mental, através de um estudo quase-experimental. Este encontra-se estruturado em duas partes principais – o enquadramento teórico e o estudo empírico.

Na primeira parte (enquadramento teórico) é apresentada uma revisão da literatura que versa sobre os conceitos de felicidade, bem-estar e saúde mental, nomeadamente abordando os conceitos de bem-estar emocional/subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar social, enquadrando os mesmos nas duas perspetivas descritas na literatura sobre o tema (hedónica e eudaimónica), bem como, a saúde mental e a psicopatologia. Após a descrição dos diversos tipos de bem-estar e de como a promoção destes constructos pode gerar um incremento na saúde mental e na prevenção de psicopatologia, segue-se uma revisão da literatura acerca do papel das intervenções psicológicas positivas na promoção destes conceitos, bem como da eficácia de programas já desenvolvidos e aplicados com diferentes populações (capítulo I).

Na segunda parte do estudo (capítulo II - estudo empírico), é descrito um programa de intervenção psicológica positiva e apresentado um estudo sobre a eficácia do mesmo programa, administrado a uma amostra não clínica de 24 participantes, tendo sido estes, divididos em grupo de experimental e grupo de comparação.

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**

## 1. Felicidade, bem-estar e saúde mental

Historicamente, a psicologia preocupou-se em investigar patologias, negligenciando muitas vezes, os aspetos saudáveis dos seres humanos. Contudo, a partir de 1998, assumindo a presidência da *American Psychological Association*, Martin Seligman iniciou um movimento denominado de psicologia positiva, que visava oferecer uma nova abordagem às potencialidades e virtudes humanas, estudando as condições e processos que contribuem para a prosperidade dos indivíduos e comunidades (Linley, Joseph, Harrington & Wood, 2006; Paludo & Koller, 2007).

Neste sentido, Seligman e Czikszentmihalyi (2000) destacaram que a psicologia mantinha até então um foco exclusivo na patologia, o que resultava num modelo de conceção do ser humano ausente de características positivas, de forças e virtudes, que tornassem a vida com significado.

Nesta publicação, que se assumiu de grande importância para o novo domínio da psicologia positiva, os autores apontaram as lacunas existentes nas investigações psicológicas realizadas até então e destacaram que era imprescindível incidir as pesquisas sobre aspetos positivos como, por exemplo, a esperança e o otimismo, a criatividade, a coragem, a sabedoria, a espiritualidade, o *flow* e a felicidade, de forma a ter uma compreensão mais extensa e completa da experiência humana (Linley, Joseph, Harrington & Wood, 2006; Paludo & Koller, 2007).

Neste âmbito, a psicologia positiva tem vindo a ser definida como o estudo científico das forças e virtudes humanas (Sheldon & King, 2001) e encontra-se em processo de expansão dentro da ciência psicológica, possibilitando a reavaliação das potencialidades e virtudes humanas através do estudo das condições e processos que contribuem para a prosperidade. De acordo com esta nova visão, o conhecimento das forças e virtudes poderia proporcionar o “florescimento” (*flourishing*) dos indivíduos, comunidades e instituições (Paludo & Koller, 2007).

Além da incidência sobre diferentes constructos positivos da dimensão humana para a sua melhor compreensão, os estudos desenvolvidos no âmbito da psicologia positiva têm um importante contributo na prevenção. Foi surgindo assim uma crescente preocupação com a prevenção de diferentes tipos de patologias.

As investigações foram alterando o seu foco para procurar respostas a questões relacionadas com a prevenção, como por exemplo, de que forma podemos evitar problemas como depressão ou abuso de substâncias ou esquizofrenia em jovens

geneticamente vulneráveis ou que vivem em ambientes que mantêm esses problemas? (Seligman, 2002).

Segundo Martin Seligman (2002), o que aprendemos ao longo de 50 anos é que o modelo da doença não nos aproxima da prevenção destes problemas. De facto, os maiores avanços na prevenção vieram em grande parte de uma perspetiva focada em construir sistematicamente competência e não em corrigir apenas as fraquezas.

Ao longo das investigações realizadas foi descoberto que existem forças humanas que atuam como amortecedores contra as doenças mentais, nomeadamente a coragem, o otimismo, as competências interpessoais, a fé, a ética do trabalho, a esperança, a honestidade, a perseverança, a capacidade de ter experiências de *flow*, entre outras. Assim, grande parte da tarefa de prevenção neste novo século será criar uma ciência de força humana cuja missão será compreender e aprender como promover estas virtudes (Seligman, 2002).

E, como referido por Fredrickson (2001), as emoções positivas podem assumir-se, não só, como essenciais na otimização do funcionamento psíquico, como também do funcionamento físico das pessoas.

Veenhoven (2008) destaca a importância dos efeitos da felicidade na saúde física e as consequências dos cuidados preventivos, sendo importante a sua promoção através dos sistemas de saúde pública.

Além disso, a importância crescente do sistema de saúde pública, com o foco nos cuidados de saúde primários, nomeadamente na prevenção das doenças e na promoção da saúde, transferiu o foco da atenção para a necessidade de regressar às medidas que diferenciavam as pessoas no nível de saúde mental, ao invés de avaliarem exclusivamente a existência de psicopatologia versus ausência de psicopatologia (Pais-Ribeiro, 2001).

Torna-se deste modo veemente não só haver uma preocupação com o alívio do sofrimento psicológico e redução das patologias, mas também existir um foco nos aspetos positivos, nas forças e virtudes do ser humano, para que possa haver uma compreensão do seu funcionamento como um todo e para que sejam desenvolvidas estratégias que visem promover um funcionamento pleno através do bem-estar e de uma saúde mental positiva.

O bem-estar pode ser designado como a combinação resultante de uma vida agradável ou simplesmente do facto de existirem sensações positivas agradáveis, da qualidade dos relacionamentos sociais com os outros ou de se sentir que se está

autenticamente ligado aos outros, das experiências de *flow*, isto é, de se estar completamente absorvido pelas experiências a que se entrega, que dão a sensação de realização e de sucesso e que, finalmente melhoram a condição humana (Baptista, 2013).

A teoria do bem-estar desenvolvida por Seligman (2011), também designada de modelo PERMA, destaca a existência de cinco elementos fundamentais que constituem o bem-estar e que contribuem para ele, que são os seguintes:

- Emoção positiva ou a vida agradável (da qual a felicidade e a satisfação com a vida são dois aspetos; engloba as variáveis subjetivas do bem-estar como o prazer, êxtase, o conforto, o afeto caloroso, entre outros, sendo assim, um elemento hedonista).
- Envolvimento;
- Significado;
- Realização pessoal;
- Relações positivas.

Nenhum destes elementos define por si só o bem-estar, mas todos contribuem para o mesmo (Seligman, 2011).

Apesar de relativamente recente o interesse por um foco nas potencialidades humanas e na promoção do bem-estar como forma de mitigar a psicopatologia, mas também promover a saúde mental positiva, existem diversas investigações que visaram analisar o bem-estar. Estando estas incluídas em duas grandes tradições.

Por um lado, numa das tradições – a tradição hedonista – o foco é na felicidade, genericamente definida como a presença de afeto positivo e a ausência de afeto negativo e que define o bem-estar em termos de conseguir obter prazer e evitar a dor/sufrimento. E, noutra – na tradição eudaimónica - o foco é em viver a vida de uma forma preenchida e profundamente satisfatória, centrada no significado e na realização pessoal, definindo o bem-estar em termos do grau em que a pessoa está a funcionar em todo o seu potencial (Deci & Ryan, 2008; Ryan & Deci, 2001).

Segundo Fredrickson (2016) a ciência da psicologia positiva releva que a experiência humana de bem-estar tem múltiplas formas, sendo uma delas, a hedónica, caracterizada pela vivência de prazeres sensoriais ou emoções positivas e a outra forma é a eudaimónica, caracterizada pelas experiências que ultrapassam a gratificação

sensorial ou emocional imediata e que permitem que os indivíduos se sintam ligados a um propósito maior, a um significado, a um contributo e interconetividade.

Assim, enquanto a hedonia surgirá de obter as coisas que a pessoa quer, de qualquer fonte, a eudaimonia será vivenciada apenas pela conexão com um conjunto limitado específico de fontes, como as atividades associadas à autorealização e expressão de virtudes (Waterman, 2008).

Segundo Akhtar (2012), o bem-estar hedónico pode ser entendido como a forma de felicidade instantaneamente identificável, isto é, trata-se do “pico” de felicidade que advém do prazer e das emoções positivas, como por exemplo do amor, sendo assim, uma intensa forma de felicidade, que acaba por estar fortemente relacionada com a boa disposição. Por outro lado, o bem-estareudaimónico é a forma de felicidade que se refere à nossa verdadeira natureza e está profundamente relacionado com quem somos e com o momento em que somos melhores, quando realizamos o nosso potencial. Está, deste modo, relacionado com o que dá sentido à vida e é um tipo de bem-estar mais profundo e duradouro, em comparação com o bem-estar hedónico.

Neste sentido, a perspetiva eudaimónica de felicidade inclui os conceitos de crescimento pessoal, de propósito de vida, autonomia, competência, realização pessoal, aceitação pessoal e autenticidade (Baptista, Camilo, Santos, Brites, Rosa & Fernández-Abascal, 2016).

Na perspetiva de Novo (2005), a abordagem da felicidade é tida como contendo duas componentes principais. Uma mais direcionada para as virtudes do ser e outra orientada para a satisfação do ter, relacionando-se com as perspetivas teóricas dominantes em torno do bem-estar no âmbito da psicologia. Uma designada de bem-estar subjetivo, centrado numa perspetiva hedónica, outra designada de bem-estar psicológico, centrada numa perspetiva eudaimónica.

Apesar da existência de diferentes perspetivas acerca do bem-estar, as investigações demonstram que o bem-estar é melhor descrito como um fenómeno multidimensional que inclui aspetos de ambas as conceções - hedónica e eudaimónica (Ryan & Deci, 2001).

De seguida, serão revistas as três principais definições que constituem o construto de bem-estar, nomeadamente o bem-estar emocional ou subjetivo, que se enquadra na perspetiva hedónica e o bem-estar psicológico e social que se inserem na perspetiva eudaimónica.

No ponto que se segue será primeiramente abordada a definição de bem-estar emocional ou subjetivo (hedónico).

### **1.1. Conceito de bem-estar emocional/subjetivo (hedónico)**

É comum referirmo-nos em linguagem científica à “felicidade” como “bem-estar subjetivo”, por se tratar da avaliação que as pessoas fazem das suas vidas e o que é realmente importante ou significativo para elas. Este tipo de bem-estar está em algum grau relacionado com as circunstâncias de vida, mas também depende de como as pessoas pensam e sentem acerca dessas condições (Diener & Biswas-Diener, 2008; Ryan & Deci, 2001). Este conceito representa um termo genérico usado para descrever o nível de bem-estar que as pessoas experienciam de acordo com as avaliações subjetivas de suas vidas (Diener & Ryan, 2008).

Segundo Diener e Ryan (2008), estas avaliações, que podem tanto ser positivas como negativas, incluem julgamentos e sentimentos sobre satisfação com a vida, interesse e envolvimento, reações afetivas como a alegria e a tristeza aos eventos da vida, satisfação com trabalho, relacionamentos, saúde, recreação, significado e propósito, entre outros domínios importantes. No entanto, é importante notar que, embora o bem-estar seja subjetivo na medida em que ocorre na experiência de uma pessoa, as manifestações do bem-estar subjetivo podem ser medidas objetivamente no comportamento verbal e não-verbal, nas ações, na biologia, na atenção e na memória.

Assim, este tipo de bem-estar, centrado numa perspetiva hedónica, foca-se na identificação do nível de felicidade e de satisfação dos indivíduos e procura identificar as condições sociodemográficas, políticas e culturais que lhes estão associadas (Novo, 2005).

Como referido anteriormente e também como referem os autores Diener, Suh, Lucas e Smith (1999) a perspetiva hedónica defende o prazer como finalidade última suprema da vida humana e a sua conceção atual deu lugar ao constructo de bem-estar subjetivo, definido como “uma ampla categoria de fenómenos que inclui as respostas emocionais das pessoas (também denominadas afetos), a satisfação com os domínios da vida e os juízos globais sobre a satisfação com a vida” (Rodríguez-Carvajal, Méndez, Moreno-Jiménez, Abarca & Dierendonck, 2010).

Como mencionado por Ryan e Deci (2001), este tipo de bem-estar consiste em três componentes essenciais, que são a satisfação com a vida, a presença de afeto positivo e a ausência de afeto negativo, conforme Figura 1.



**Figura 1.** Componentes de bem-estar subjetivo

Adaptado de Diener, Lucas & Oishi, 2002; Galinha, 2008; Ryan & Deci, 2001.

Este é assim, considerado um conceito amplo que inclui por um lado experienciar emoções agradáveis, simultaneamente baixos níveis de afeto negativo e elevados níveis de satisfação com a vida (Diener, Lucas & Oishi, 2002).

Os investigadores que estudam o bem-estar subjetivo assumem que um ingrediente fundamental para uma vida boa é que a pessoa goste da sua vida e, deste modo, este construto é frequentemente descrito como a avaliação cognitiva e afetiva ou emocional que a pessoa tem da sua vida. Esta avaliação inclui reações emocionais a eventos, bem como, julgamentos cognitivos de satisfação e preenchimento (Diener, et al., 2002).

Segundo Diener (2000), o humor e as emoções das pessoas refletem reações momentâneas aos eventos que lhes acontecem. Cada indivíduo faz também julgamentos mais amplos sobre sua vida como um todo, bem como sobre domínios como casamento e trabalho. Assim, existem vários componentes separáveis do bem-estar subjetivo, nomeadamente:

- Satisfação com a vida (julgamentos globais da vida);
- Satisfação com domínios importantes (por exemplo, satisfação no trabalho);
- Afeto positivo (experimentando muitas emoções e humores agradáveis);

- Baixos níveis de afeto negativo (experimentando algumas emoções e humores desagradáveis).

Assim, de um modo geral, a satisfação com a vida, tem sido considerada como a dimensão cognitiva, enquanto a felicidade global e o afeto é considerada como a dimensão afetiva do bem-estar subjetivo, sendo este um campo de estudo que abrange outros grandes conceitos e domínios de estudo como a qualidade de vida, o afeto positivo e o afeto negativo (Galinha & Ribeiro, 2005; Galinha, 2008).

A investigação sobre o bem-estar subjetivo aponta para o facto de que as pessoas não evitam apenas o mal-estar, mas procuram a felicidade. Deste modo, o estudo científico do bem-estar é conhecido por marcar a viragem da orientação da psicologia para a saúde mental, em certa medida, como uma reação ao foco generalizado nos sintomas da doença (Galinha & Ribeiro, 2005).

Os estudos atuais continuam a pretender demonstrar, e a contribuir para a consistência do conceito. Após alguma crise inicial na definição do mesmo, decorre que se chegou a um consenso, o conceito é composto por uma dimensão cognitiva, em que existeum juízo avaliativo, normalmente exposto em termos de satisfação com a vida – em termos globais ou específicos – e uma dimensão emocional, positiva ou negativa – expressa também em termos globais, de felicidade, ou em termos específicos, através das emoções (Galinha & Ribeiro, 2005).

Alguns estudos demonstram que os níveis bem-estar subjetivo podem ser influenciados por diversos fatores, nomeadamente características da personalidade, como a extroversão ou o neuroticismo (a extroversão parece estar mais associada a emoções positivas, enquanto o neuroticismo está mais relacionado a sentimentos negativos) (Richard & Diener, 2009).

Mas, também os eventos ou circunstâncias de vida podem influenciar no longo prazo os níveis de bem-estar, assim como, variáveis culturais que parecem dever-se sobretudo a fatores objetivos como saúde, normas sociais que ditam sentimentos apropriados a ter e o quão importante o bem-estar subjetivo é considerado ser (Diener, Oishi & Lucas, 2003; Schimmack, Radhakrishnan, Oishi, Dzokoto & Ahadi, 2002).

À semelhança do que acontece com este conceito de bem-estar subjetivo, na perspetiva hedónica, têm sido desenvolvidos estudos sobre o bem-estar psicológico, numa perspetiva eudaimónica, que será descrita de seguida.

## 1.2. Conceito de bem-estar psicológico (eudaimónico)

Os defensores de uma perspetiva eudaimónica entendem a felicidade e o bem-estar como um estado de plenitude e harmonia psicológica que supõe o desenvolvimento das virtudes e em particular da razão. Tendo em conta esta tradição de pensamento, o bem-estar psicológico foca-se no desenvolvimento das capacidades e potencialidades pessoais, no crescimento pessoal, concebidas como os principais indicadores de funcionamento positivo (Rodríguez-Carvajal, et al., 2010).

Segundo Novo (2005) a perspetiva designada de bem-estar psicológico, enraizada no pensamento clássico desenvolvido por Aristóteles relativamente à eudaimonia ou felicidade entendida como a atividade da alma dirigida pela virtude e orientada para a perfeição e para a realização pessoal do *daimon* ou verdadeiro *self*, insere-se na procura do desenvolvimento do ser e na ética subjacente à procura de gratificação diferida.

Além disto, para estar bem psicologicamente é mais do que estar livre de sofrimento ou problemas mentais. É possuir auto-estima, 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).

Assim, segundo o modelo proposto por Carol Ryff (1989; 1995), existem seis dimensões chave do bem-estar psicológico, que são a auto-aceitação, relações positivas com os outros, autonomia, sensação de mestria, propósito de vida e crescimento pessoal.

Estas seis dimensões correspondem a uma convergência de diversas fontes revistas pela autora sobre este conceito, ressaltando-se entre outras, as que versaram sobre os fenómenos de individuação (Jung, 1933), auto realização (Maslow, 1968), maturidade (Allport, 1961), funcionamento pleno (Rodgers, 1961), visões teóricas sobre o desenvolvimento humano (Erickson, 1959; Neugarten, 1973) e proposições relativas à saúde mental (Jahoda, 1958) (Siqueira & Padovam, 2008).

Estas perspetivas englobadas numa única teoria sobre o bem-estar psicológico estão sumarizadas na Tabela 1, que visa descrever de forma sucinta quais as teorias/modelos que serviram de base para Ryff (1989; 1995) desenvolver o modelo de bem-estar psicológico e as suas dimensões.

Tabela 1

**Modelo teórico de bem-estar psicológico de Carol Ryff**

<b>Modelo teórico de bem-estar psicológico de Carol Ryff (1995; 1989)</b>	
<b>Dimensões</b>	<b>Principais modelos teóricos de base</b>
<b>Autoaceitação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Auto atualização (Maslow);</li> <li>✓ Maturidade (Allport);</li> <li>✓ Atitudes positivas face ao <i>self</i> (Jahoda);</li> <li>✓ Reconhecimento do valor pessoal como fundamental à realização de si (Rogers).</li> </ul>
<b>Crescimento pessoal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Abertura à experiência – como característica da pessoa plenamente funcional (Rogers);</li> <li>✓ Procura de atualização – necessidade da pessoa de atualizar e realizar as suas potencialidades (Maslow, Jahoda);</li> <li>✓ Expansão criativa pessoal contínua extensiva ao desenvolvimento humano como forma de auto-limitação da adaptação (Buhler, Erikson, Jung, Neugarten);</li> </ul>
<b>Propósito de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Perspetiva unificadora da vida em que há uma compreensão clara do propósito da vida, um sentido de direção e intencionalidade (Jahoda; Allport; Rogers);</li> </ul>
<b>Relações positivas com os outros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Importância dos interesses sociais em geral e estabelecimento de relações positivas e gratificantes (Maslow);</li> <li>✓ Confiança na natureza humana e capacidade de estabelecer relações de amizade e amor (Rogers, Allport);</li> <li>✓ Relações interpessoais ao longo da vida, capacidade de orientação de gerações mais jovens como fatores determinantes do desenvolvimento de si próprio (Erikson);</li> </ul>
<b>Mestria ambiental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Desenvolvimento de capacidades nos diversos domínios da vida para a execução de tarefas complexas (Neugarten);</li> <li>✓ Domínio do meio como constituinte da personalidade adulta e madura (Allport).</li> </ul>
<b>Autonomia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Autonomia como critério de saúde mental (Jahoda);</li> <li>✓ Individualização-autonomia face às convenções, crenças e temores de massas (Jung);</li> <li>✓ Independência dos padrões de avaliação e aprovação pessoal face aos outros. Cada pessoa que funciona plenamente tem em si mesma o seu locus de avaliação (Rogers).</li> </ul>

Traduzido e adaptado de Carol Ryff (1995; 1989)

Tendo em conta tudo isto, é importante clarificar o que compreende cada uma das seis dimensões, que serão descritas abaixo:

- 1) A **auto-aceitação** definida como o aspeto central da saúde mental refere-se a uma atitude positiva que a pessoa tem para consigo mesma e para com a sua vida, sendo assim um elemento considerado como central no bem-estar.

Esta noção de autoaceitação como aspeto importante para um funcionamento positivo advém da convergência de diferentes fontes descritas na literatura, nomeadamente, Maslow (1968) que se referia a uma aceitação genérica da natureza, dos outros, e de si próprio como uma característica de auto atualização (Ryff, 1995). Rogers (1961) concetualizou o *self* como uma pessoa com valor e Allport (1961) incluiu a autoaceitação, que ele descrevia como uma segurança emocional, na sua conceção de maturidade. Erikson (1959) defendia que a etapa da integridade do *self* dá ênfase não só à aceitação do *self*, como também à vida passada do indivíduo e os seus triunfos e desapontamentos/deceções. E, o primeiro conceito de saúde mental definido por Jahoda (1958) refere-se a atitudes positivas para com o *self*, que incluem autoaceitação e autoconfiança (Ryff, 1995).

Ou seja, estas teorias enfatizam a aceitação do *self* e das suas experiências vividas/passadas, emergindo as atitudes positivas consigo mesmo como uma das características de um funcionamento psicológico positivo (Ryff & Singer, 1996).

**2) As relações positivas com outros** são outro dos componentes da teoria elaborada por Ryff (1995). Além de ter uma atitude positiva para com o *self*, muitas das teorias descritas anteriormente enfatizam a importância das relações interpessoais calorosas e de confiança. Maslow, por exemplo, descreve a auto-atualização como um aspeto que implica demonstrar interesse social (i.e., ter sentimentos de empatia e de afeto por todos os seres humanos) e ser capaz de um amor maior, amizade mais profunda e uma mais completa identificação com outros, do que aqueles que não se auto atualizam. Segundo Rogers, uma pessoa em funcionamento pleno é descrita como demonstrando uma confiança básica na natureza humana.

**3) A autonomia** é também uma dimensão do bem-estar psicológico, sendo que, dentro do domínio clínico, as pessoas que se auto atualizam são descritas como demonstrando um funcionamento autónomo e a capacidade de resistir às pressões sociais para pensar ou agir de determinada maneira. Está relacionado com noção de independência e de autodeterminação (Ryff, 1989).

**4) A sensação de mestria**, ou também designado, **domínio do ambiente** está relacionado com uma participação ativa e sentido de mestria sobre o ambiente, sendo um ingrediente importante para um modelo de funcionamento psicológico positivo integrado. Esta mestria, entre outras coisas, refere-se à capacidade do indivíduo para escolher ou criar ambientes propícios às suas condições psíquicas (Ryff, 1989),

progredindo no mundo e alterando-o criativamente através de atividades físicas e mentais (Ryff & Singer, 1996).

**5) O propósito de vida** inclui objetivos de ser produtivo e exercer capacidades de liderança. O indivíduo que funciona positivamente tem objetivos, intenções, metas, sentido de direção, que, em conjunto, contribuem para sentimentos de integração e significado acerca de diferentes partes da vida da própria pessoa (Ryff, 1989; Siqueira & Padovam, 2008). Isto é, uma pessoa funciona plenamente quando também consegue manter um significado ou propósito de vida.

**6) O crescimento pessoal** corresponde à capacidade da pessoa não só atingir todos os critérios previamente referidos e atingir as qualidades referidas, como também ao contínuo desenvolvimento do seu potencial, para crescer e se expandir enquanto pessoa. A capacidade de adaptação a um mundo em mudança requer uma mudança pessoal contínua e um desenvolvimento e construção do *self* contínua, mais do que a procura para atingir determinada etapa/estado de resolução de problemas, ou seja, corresponde à necessidade constante de crescimento pessoal e aperfeiçoamento, à abertura a experiências novas, elaborando estratégias para ultrapassar os desafios que se apresentam em diferentes etapas da vida (Ryff, 1989; Siqueira & Padovam, 2008).

Assim, os indivíduos estão em pleno funcionamento quando gostam da maior parte de si mesmo, têm relações de afeto e confiança, vêm-se a desenvolver-se em melhores pessoas, têm relações interpessoais de confiança, têm uma direção ou propósito de vida, são capazes de moldar os seus ambientes para satisfazer as suas necessidades e têm um grau de autodeterminação (Keyes, 2002).

Além dos dois tipos de bem-estar já descritos e que se inserem em duas tradições diferenciadas, mas complementares (bem-estar subjetivo e psicológico), é importante rever simultaneamente o bem-estar social, que se assume também de grande relevância para a saúde mental positiva dos indivíduos.

De seguida serão descritos alguns conceitos teóricos que permitirão melhor descrever e compreender do que se trata o bem-estar social.

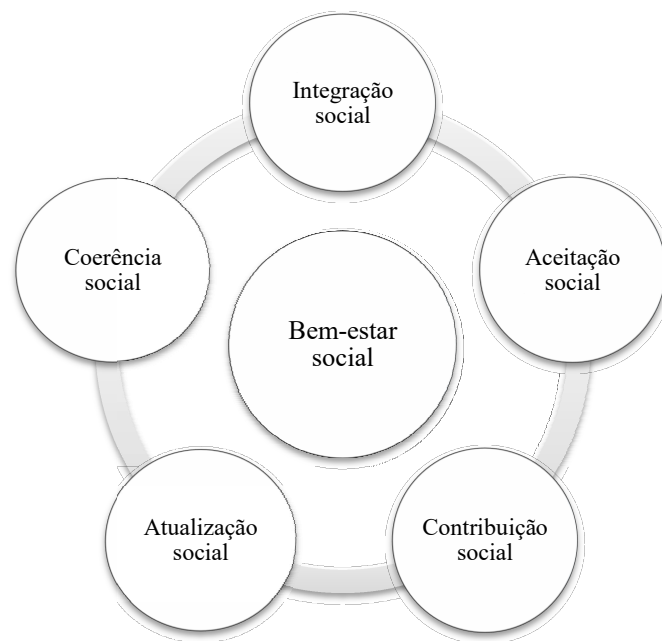
### **1.3. Conceito de bem-estar social (eudaimónico)**

O bem-estar social inscreve-se também no modelo da eudaimonia e na perspetiva do desenvolvimento dos indivíduos enquanto seres sociais, com responsabilidades e tarefas a cumprir, mas também com direitos essenciais a usufruir (Novo, 2005).

Larson (1993) propõe um modelo de bem-estar social composto por dois elementos: o ajustamento social e o suporte social. O ajustamento social é a combinação da satisfação com os relacionamentos, o desempenho dos papéis sociais e o ajustamento ao meio envolvente. O suporte social é composto pelo número de contactos na rede social da pessoa e a satisfação com esses contactos.

O bem-estar social pode também ser entendido como a avaliação que a pessoa faz das suas circunstâncias e funcionamento na sociedade (Keyes, 1998).

Keyes (1998) propôs um modelo de cinco dimensões interrelacionadas deste tipo de bem-estar, nomeadamente a integração social, a aceitação social, a contribuição social, a atualização social e a coerência social, conforme descrito na Figura2.



**Figura 2-** Modelo de bem-estar social de Corey Keyes

Traduzido e adaptado de Keyes (1998)

A **integração social** é a avaliação da qualidade do relacionamento da pessoa com a sociedade e comunidade (Keyes, 1998). Indivíduos mais saudáveis sentem que são parte da sociedade. A integração é, assim, o quanto as pessoas sentem que têm algo em comum com os outros que constituem a sua realidade social (e.g., vizinhança), tal como corresponde também ao grau em que sentem que pertencem às suas comunidades ou à sociedade e o retirar conforto e suporte da mesma (Baptista, 2013; Keyes, 1998).

A **aceitação social** diz respeito à interpretação da sociedade através do caráter e qualidades de outras pessoas como uma categoria generalizada. Assim, indivíduos que apresentem aceitação social, confiam nos outros, pensam que os outros são capazes de bondade e acreditam que as pessoas podem ser diligentes (Keyes, 1998). Bem como, têm atitudes positivas para com os outros, reconhecendo e aceitando a complexidade e as diferenças entre as pessoas (Baptista, 2013).

A **contribuição social** consiste na avaliação que o próprio tem acerca do seu valor social, e inclui a crença de que se é um membro vital da sociedade, com algo de valioso para dar ao mundo e assemelha-se a conceitos de eficácia e responsabilidade social (Keyes, 1998). Contribuição é sinónimo de utilidade, proveito, eficácia e acrescento ao bem comum (Blanco & Díaz, 2005). Isto é, a pessoa sente que a sua vida é útil para a sociedade e que os resultados das suas atividades são valorizados pelos outros e que contribuem para um bem comum (Baptista, 2013; Keyes, 1998).

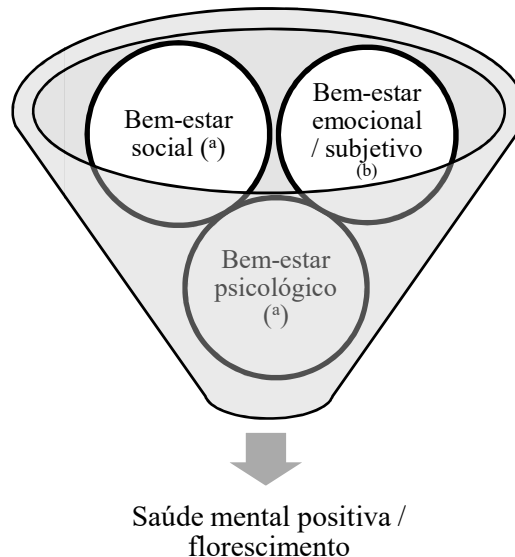
A **atualização social** corresponde à avaliação do potencial e da trajetória da sociedade. É a crença na evolução da sociedade e a crença de que a sociedade tem potencial que está a ser realizado através das suas instituições e cidadãos. Pessoas mais saudáveis são esperançosas acerca da condição e futuro da sociedade e conseguem reconhecer o potencial da sociedade. E que são potenciais beneficiários do crescimento social (Keyes, 1998). Esta dimensão centra-se na conceção de que a sociedade e as suas instituições são dinâmicas, e movem-se numa determinada direção a fim de conseguir metas e objetivos de que podemos beneficiar (confiança no progresso social) (Blanco & Díaz, 2005).

Se a atualização tem que ver com a confiança depositada na sociedade, por outro lado, a coerência refere-se à capacidade que temos para entender a sua dinâmica (Blanco & Díaz, 2005).

Deste modo, a **coerência social** é a perceção da qualidade, organização e funcionamento do mundo social e inclui a preocupação em saber acerca do mundo. Ou

seja, pessoas mais saudáveis não só se preocupam com o tipo de mundo em que vivem, mas também sentem que podem compreender o que está a acontecer ao seu redor. Estas pessoas não se iludem a pensar que vivem num mundo perfeito; eles mantêm e promovem o desejo de fazer sentido da vida (Keyes, 1998). Assim, corresponde ao interesse pela sociedade e pela vida social, sentir que a sociedade e a cultura são lógicas, previsíveis e com significado (Baptista, 2013).

Em suma, podemos verificar que existem descritos na literatura essencialmente três tipos de bem-estar, enquadrados em duas perspetivas, eudaimonica e hedonica, como se pode verificar na Figura 3. E como será explorado em seguida, estes conceitos de bem-estar culminam naquilo que se designa de saúde mental positiva ou florescimento.



**Figura 3** - Bem-estar e saúde mental positiva

*Nota:* (a) Perspetiva eudaimonica; (b) Perspetiva hedónica

#### 1.4. Saúde mental positiva e psicopatologia

Segundo o DSM-5, uma perturbação mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa da cognição, da regulação da emoção, ou do comportamento do sujeito que reflete uma disfunção dos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. As

perturbações mentais estão geralmente associadas a um significativo mal-estar ou défice social, ocupacional, ou noutras atividades importantes (APA, 2013).

O diagnóstico de uma perturbação mental deve ter utilidade clínica, isto é, deve ajudar a determinar o prognóstico, os planos de tratamento e os resultados potenciais do tratamento (APA, 2013). Mas, apesar da importância da identificação de sintomas e da formulação de diagnósticos que visem auxiliar a elaboração de planos de tratamento eficazes, de forma a intervir em situações de sofrimento psicológico e na existência de perturbações mentais, o foco na perturbação não é suficiente para se traduzir num melhoramento da saúde mental dos indivíduos.

Na realidade, a saúde mental é mais do que a presença ou a ausência de doença mental e envolve aspetos emocionais, psicológicos e sociais, que permitem observar a saúde como um estado completo (Monte, Fonte & Alves, 2015). Inclui a presença de diferentes componentes, nomeadamente sentimentos de felicidade e satisfação com a vida (bem-estar subjetivo/emocional) e um funcionamento positivo a nível individual, em termos de autorrealização (bem-estar psicológico) e na vida em comunidade (bem-estar social) (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster & Keyes, 2011; Westerhof & Keyes, 2010).

O conceito de saúde mental não é um conceito estanque e obteve alterações ao longo dos anos recentes, tendo sido durante muito tempo definida como a ausência de psicopatologias, como por exemplo depressão e ansiedade. A ausência de doença mental, contudo, é um resultado mínimo de uma perspetiva psicológica de desenvolvimento ao longo da vida (Lamers, et al., 2011; Westerhof & Keyes, 2010).

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2004) foca-se na saúde mental como um estado positivo que é definido como um estado de bem-estar em que o indivíduo realiza as suas capacidades, consegue lidar com o *stress* do dia-a-dia, consegue trabalhar produtivamente e eficazmente e é capaz de dar uma contribuição à comunidade.

A saúde mental tem sido concetualizada como emoção positiva (afeto positivo) tal como sentimentos de felicidade, recursos psicológicos de autoestima, sentido de mestria e resiliência, que permite ter a capacidade de lidar com a adversidade (OMS, 2004).

Descreve a condição na qual os indivíduos estão a usar o seu potencial e a aproveitar as suas vidas, sendo uma condição que permite o desenvolvimento pleno, saudável e positivo dos aspetos psicológicos, biológicos e sociais dos seres humanos,

existindo porém uma grande variabilidade entre indivíduos e apenas uma relativamente pequena percentagem da população pode ser descrita como estando a “florescer” (Huppert, 2005; Paludo & Koller, 2007).

Keyes (2002) operacionaliza a saúde mental como uma síndrome de sintomas de emoções positivas e funcionamento positivo na vida. O autor propôs um modelo de diagnóstico para saúde mental e *flourishing*, conforme descrito na Tabela 2, que engloba os diferentes tipos de bem-estar, nomeadamente o bem-estar subjetivo (numa perspetiva hedónica), avaliado pelos sentimentos de felicidade e satisfação com a vida; e numa perspetiva eudaimónica, o bem-estar psicológico, avaliado por sintomas como auto aceitação, crescimento pessoal, propósito de vida, domínio do ambiente, autonomia e relações positivas com outros; e o bem-estar social, avaliado pelos sintomas como aceitação social, atualização social, contribuição social, coesão social e integração social.

Assim, para determinar se a pessoa está a florescer, de acordo com o modelo apresentado por Corey Keyes (2005), descrito na Tabela 2, esta deve preencher pelo menos um dos dois descritores do critério bem-estar hedónico e seis ou mais descritores do critério funcionamento positivo.

As investigações têm demonstrado que existe um contínuo que vai da doença mental (situação que envolve sofrimento e infelicidade), passando pelo definhar (inexistência de uma boa saúde mental, caracterizada pela vida vazia, associada a deterioração psicológica e social) e pela saúde mental moderada, atingindo por fim, o grau máximo de bem-estar, designado de florescimento (elevados níveis de bem-estar e estar a funcionar em pleno, psicológica e socialmente), sendo que, a ausência de psicopatologia não equivale à presença de saúde mental e indivíduos sem perturbação mental podem experienciar diversos graus de saúde mental positiva (Baptista, 2013; Barry, 2009; Keyes, 2002;2005).

Tabela 2

**Crítérios de diagnóstico de saúde mental positiva**

<b>Crítérios de diagnóstico de saúde mental (<i>flourishing</i>)</b>	
<b>Crítérios diagnósticos</b>	<b>Descrição sintomas</b>
<p><b>Bem-estar hedónico</b> (requer elevados níveis em pelo menos um dos sintomas de 1 a 2)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Regularmente alegre, de bom humor, feliz, calmo e sereno e satisfeito (afeto positivo nos últimos trinta dias).</li> <li>2. Sente-se feliz ou satisfeito de modo geral com a vida e os seus diferentes domínios (casamento, emprego ou relacionamentos interpessoais).</li> </ol>
<p><b>Funcionamento positivo</b> (requer elevados níveis de seis ou mais sintomas de 3 a 13)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Autoaceitação</li> <li>4. Aceitação social</li> <li>5. Crescimento pessoal</li> <li>6. Atualização social</li> <li>7. Propósito de vida</li> <li>8. Contribuição social</li> <li>9. Domínio do meio (mestria)</li> <li>10. Coerência social</li> <li>11. Autonomia</li> <li>12. Relações positivas com outros</li> <li>13. Integração social</li> </ol>

Traduzido e adaptado de Keyes (2005)

Mais do que diagnosticar e tratar uma doença, é importante fomentar estratégias que visem atingir o funcionamento ótimo para o maior número de pessoas ou melhorar o que até já pode estar bem. Nesta perspetiva, é necessário intervir para aumentar o bem-estar e a felicidade quando a pessoa não preenche os critérios para florescer. Isto é, não somente quando existe psicopatologia diagnosticada, mas também quando a pessoa definha ou tem saúde mental moderada (Baptista, 2013).

A importância da promoção da saúde mental e das potencialidades humanas tem um papel ao nível individual, mas também social e económico. Pois, a saúde mental positiva contribui para o bem-estar dos indivíduos e qualidade de vida e, contribui simultaneamente, para a sociedade e a economia por aumentar o funcionamento social e o capital social, representando um contributo para o funcionamento da sociedade e com repercussões ao nível da produtividade geral, além de ser um importante recurso para indivíduos, famílias, comunidades e nações (Jané-Llopis, Barry, Hosman & Patel, 2005; OMS, 2004).

Adultos mentalmente saudáveis – indivíduos sem doenças mentais e em florescimento durante 12 meses – reportam menos dias absentismo ao trabalho, um funcionamento psicológico mais saudável (i.e., menor desesperança, objetivos claros na vida, elevada resiliência e elevada intimidade), menor risco de doenças cardiovasculares, menor número de doenças físicas crônicas com a idade, reduzido número de limitações nas atividades diárias e uma reduzida utilização dos serviços de saúde. Contudo, a prevalência de florescimento é apenas 20% na população adulta, indicando uma necessidade para a formulação de programas nacionais de promoção de saúde mental para complementar os esforços já em curso para prevenir e tratar doenças mentais (Keyes, 2007).

A saúde mental para cada pessoa é afetada por fatores individuais e experienciais, interação social, estruturas sociais e recursos e valores culturais. E tem simultaneamente uma relação recíproca com bem-estar e produtividade de uma sociedade e dos seus membros (OMS, 2004).

Deste modo, um fator importante que tem emergido nos últimos anos é que a felicidade é causal e traz muitos mais benefícios do que apenas sentirmo-nos bem (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005). Pessoas felizes são mais saudáveis, mais bem-sucedidas e com maior envolvimento social e também pessoas mais saudáveis, mais bem-sucedidas e com maior envolvimento social se tornam mais felizes. O efeito causal verifica-se em ambos os sentidos (Lyubomirsky, King, & Diener, in press cit in Seligman, et al., 2005).

### **1.5. Importância da promoção das emoções positivas no bem-estar/saúde mental**

As emoções positivas assumem particular relevância para quem sofre de *stress*. Os estudos realizados nesta área revelaram que as emoções positivas podem desfazer os efeitos nocivos que a negatividade produz no corpo, tais como a tensão arterial alta e o ritmo cardíaco acelerado, contribuindo para o regresso à homeostase (Akhtar, 2012).

Têm a capacidade de proteger os indivíduos do surgimento de patologias como por exemplo a depressão e podem prevenir uma recaída. Quanto mais positivas as pessoas se sentem, melhor conseguem lidar com a adversidade, dado que o raciocínio expandido proporcionado pela positividade permite identificar mais soluções para os problemas (Akhtar, 2012).

A positividade ou as emoções positivas fazem muito mais do que simplesmente assinalar a ausência de negatividade e riscos para a saúde. Inclusivamente, os mais

recentes dados científicos demonstram que a positividade não se limita a refletir o sucesso e a saúde, mas podem igualmente gerar sucesso e saúde. Além disso, as emoções positivas permitem descobrir e construir novas competências, laços, conhecimentos e formas de estar (Fredrickson, 2009).

Barbara Fredrickson desenvolveu no final da década de 1990 a teoria expansão-construção das emoções positivas, na qual postula que, por um lado, as emoções positivas abrem-nos a mente e aumentam o nosso repertório de pensamentos e ação, tornando-nos mais recetivos e criativos. Isto é, segundo este modelo as emoções positivas permitem, ao contrário das emoções negativas, expandir as nossas ideias relativamente a possíveis ações, expandem a consciência a uma gama mais alargada de pensamentos e atitudes do que o habitual (Fredrickson, 1998; 2009).

Oishi, Diener e Lucas (2009) levaram a cabo um estudo sobre os níveis de felicidade que poderiam ser mais propícios a um melhor desenvolvimento humano e que níveis de felicidade seriam suficientes. Através de uma análise de vários estudos realizados incluindo dados longitudinais concluíram que as pessoas que experienciam níveis mais elevados de felicidade são mais bem-sucedidas, em várias áreas, como por exemplo, no trabalho voluntário e nas relações próximas. Mas, obtiveram um dado interessante, que se prende com o facto de que aqueles indivíduos que experienciam níveis ligeiramente mais baixos de felicidade terem sido mais bem-sucedidos em termos de rendimentos, educação e participação política. Ou seja, níveis extremamente altos de felicidade podem não ser o objetivo desejável, mas sim um estado de equilíbrio.

Outros estudos prospetivos longitudinais em populações sem patologia demonstram evidência de que níveis elevados de bem-estar subjetivo (como satisfação com a vida, ausência de emoções negativas, otimismo e emoções positivas) parecem ser preditores de melhor saúde e longevidade. Contudo, a proposição de que o bem-estar subjetivo aumenta a vida daqueles com doenças, como por exemplo cancro, permanece controversa. Porém, afeto positivo intenso ou afeto positivo maníaco pode ser contraproducente para a saúde (Diener & Chan, 2011).

Além disto, diversos estudos têm sido conduzidos para avaliar a relação do bem-estar com a saúde, e que têm demonstrado não só que perda ao nível da saúde mental predispõe a um aumento da doença mental (Keyes, Dhingra & Simoes, 2010), como também têm demonstrado que o bem-estar psicológico está significativamente associado a uma redução de mortalidade relacionada a riscos cardiovasculares em estudos com populações saudáveis e a taxas de mortalidade menores em falha renal

(Chida & Steptoe, 2008). E que o impacto do bem-estar na melhoria da saúde foi mais forte para a resposta do sistema imunitário e tolerância à dor, enquanto, por outro lado, o bem-estar não está significativamente relacionado com o aumento da reatividade cardiovascular e fisiológica, demonstrando assim que o bem-estar pode reforçar diretamente o funcionamento imunitário e amortecer o impacto do *stress* (Howell, Kern & Lyubomirsky, 2007).

Em suma, quando se coloca a questão da importância das emoções positivas, pode nos dias de hoje, e à luz de vários estudos já conduzidos neste âmbito, afirmar-se que têm uma grande relevância, quer do ponto de vista desenvolvimental e de crescimento, já que estas emoções permitem ter uma visão mais aberta à experiência, expandir a consciência, preparando os indivíduos para elaborar soluções e reagir às adversidades de forma adaptativa, como também de um ponto de vista de saúde mental e física se assume de grande importância. Estas vantagens vão desde uma promoção da saúde mental até ganhos ao nível da saúde física, como melhoramento do sistema imunitário e aumento da tolerância à dor.

E após revistos alguns indicadores acerca da importância da promoção das emoções positivas, é importante perceber também, que fatores condicionam estas mesmas emoções positivas e em último caso, o bem-estar. Assim, de seguida, será brevemente revista a literatura pertinente a este tema.

## **1.6. Fatores que condicionam os níveis de bem-estar e felicidade dos indivíduos**

Existem diferenças individuais nos níveis característicos de bem-estar, incluindo o ponto de partida para a felicidade ou “*set point for happiness*”. Existem de igual modo elevadas e estáveis diferenças individuais na magnitude, frequência e duração das flutuações à volta do “*set point*” (Huppert, 2005).

Sheldon e Lyubomirsky (2004), desenvolveram um modelo que indentifica os três principais fatores que influenciam os níveis de felicidade dos indivíduos, que são: o *set point* da felicidade (aspectos genéticos), os fatores contextuais ou circunstâncias de vida e os fatores que se prendem com a atividade volitiva na vida das pessoas.

Deste modo, os exercícios para aumentar a felicidade baseiam-se no princípio de que o modo como as pessoas se sentem, depende, em parte, daquilo que as pessoas fazem, isto é, depende do seu comportamento voluntário.

Mas, nem tudo é assim como se pode verificar pelo modelo desenvolvido por Sheldon e Lyubomirsky (2004). Existem aspetos, relacionados com a nossa disposição,

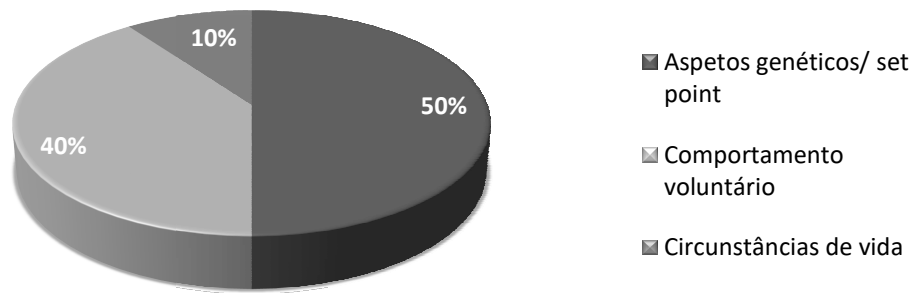
que são independentes da nossa vontade ou do nosso comportamento pois pode de facto depender dos nossos genes, do nosso património genético (Baptista, 2013).

Neste modelo, o *set point* é geneticamente determinado e essencialmente constante, sendo em essência, representativo do nível de felicidade que a pessoa tem tendência para experienciar quando todos os outros fatores do modelo são iguais a zero.

Os determinantes genéticos da disposição são muitas vezes negligenciados, mas são particularmente importantes, já que os genes são responsáveis, parcialmente, pela organização dos traços de carácter, mais especificamente pelo nosso temperamento e pelo nosso modo de reação, que nos podem tornar mais ou menos suscetíveis à felicidade. Mas também as circunstâncias de vida, podem influenciar o bem-estar, pois a forma como os indivíduos se sentem será melhor se as circunstâncias de vida forem boas ou se a sua vida correr de feição, e pior em caso contrário (Baptista, 2013).

Estas circunstâncias de vida referem-se a variáveis demográficas, como idade, estatuto marital, situação laboral (emprego) e rendimentos. Também se referem a variáveis geográficas e contextuais, como casa e região em que a pessoa vive, as condições de que a pessoa dispõe e os bens que a pessoa tem (Sheldon & Lyubomirsky, 2004). As circunstâncias externas e eventos da vida têm algum peso no bem-estar, mas estas alterações são geralmente de curto prazo (Huppert, 2005) e não são tão relevantes como o domínio genético (Baptista, 2013).

Através de diversos estudos (Baptista, 2013; Sheldon & Lyubomirsky, 2004), estimou-se que a disposição das pessoas – neste caso, os níveis de felicidade/bem-estar ou infelicidade – dependem, aproximadamente, 50% do nosso património genético, 10% das circunstâncias de vida e 40% do nosso comportamento voluntário, como se pode ver no gráfico da Figura 4.



**Figura 4** - Fatores que influenciam a felicidade/bem-estar

Adaptado de Baptista, 2013; Sheldon & Lyubomirsky, 2004.

Assim, pelo menos 40% da felicidade está sob o controlo dos indivíduos, depende do seu comportamento voluntário, do estilo de vida que adotam e que tem uma influência marcante e um efeito mais duradouro no modo se sentem, no aproveitamento da vida e num funcionamento pleno (Baptista, 2013; Huppert, 2005).

O comportamento voluntário ou atividades intencionais podem ser cognitivas (i.e., adotar regularmente uma atitude positiva ou otimista), comportamentais (i.e., ser regularmente bondoso com os outros ou envolver-se numa base regular em exercício físico) ou volitivas (i.e., identificar e esforçar-se por objetivos pessoais significativos) (Sheldon & Lyubomirsky, 2004).

Deste modo, existe um espaço substancial para que através do comportamento voluntário e intencional, os indivíduos possam recorrer a estratégias que visem promover o bem-estar e a saúde mental positiva. Sendo que, estas estratégias podem ser englobadas em intervenções que permitam fomentar formas de pensar e comportamentos novos nas pessoas e que culminem na melhoria do seu bem-estar e saúde mental.

Neste sentido, fica clara a necessidade do desenvolvimento de intervenções que visem potenciar ou promover a saúde mental positiva e focar não só a redução do sofrimento psicológico, como também os aspetos positivos do ser humano. Isto pode ser realizado através do desenvolvimento de intervenções psicológicas positivas, que

recorram a estratégias do âmbito da psicologia positiva que visam potenciar o bem-estar e a saúde mental positiva.

De seguida será descrita uma breve revisão da literatura acerca do papel das intervenções psicológicas positivas na promoção do bem-estar e da saúde mental e redução de psicopatologia.

## **2. O papel das intervenções psicológicas positivas na promoção da saúde mental**

### **2.1. Definição de intervenções psicológicas positivas**

As intervenções psicológicas positivas, por definição, constroem prazer, envolvimento e significado e, ao construir emoções positivas, envolvimento, e significado, podem combater/contrariar a perturbação em si. Podem, deste modo, ser úteis como tentativa de prevenir e tratar psicopatologia e de facto, podem ser uma componente central de uma boa psicoterapia (Lee Duckworth, Steen, & Seligman, 2005). Contrastam com as intervenções para depressão pelo incremento de emoções positivas, envolvimento e significado ao contrário de diretamente visar os sintomas depressivos (Seligman, Rashid & Parks, 2006).

O nome intervenções positivas não implica que as restantes psicoterapias são negativas ou que os aspetos negativos são negados ou minimizados. As intervenções psicológicas positivas referem-se a uma abordagem sistemática que visa ultrapassar obstáculos/desafios utilizando as forças e qualidades (Rashid, 2009).

São então métodos de tratamento ou atividades intencionais que visam cultivar emoções positivas, comportamentos positivos ou cognições positivas (Sin & Lyubomirsky, 2009) de forma a aumentar a felicidade, o envolvimento na vida e o bem-estar enquanto aliviam o impacto de sintomas na vida da pessoa (Meyer, Johnson, Parks, Iwanski, & Penn, 2012). Assim, intervenções psicológicas positivas emergem como estratégia complementar na promoção da saúde mental e como um elemento valioso para a prática clínica eficaz (Bolier, et al., 2013; MacLeod, 2012).

Bolier, et al. (2013), realizaram uma meta análise acerca da eficácia de intervenções psicológicas positivas para o público geral e para indivíduos com problemas psicossociais específicos. Neste estudo, uma revisão sistemática da literatura foram analisados 40 artigos descrevendo 39 estudos, totalizando 6139 participantes. As

intervenções psicológicas positivas incluíam intervenções de autoajuda, intervenções em grupo e terapia individual.

Os resultados desta meta análise parecem indicar que as intervenções psicológicas positivas podem ser eficazes na promoção do bem-estar subjetivo e psicológico, bem como, ajudar a reduzir sintomas depressivos (Bolier, et al. 2013).

Segundo Seligman (2002) uma estratégia comum entre quase todos os psicoterapeutas competentes, é primeiro identificar e avaliar, e depois ajudar os seus clientes a construir uma grande variedade de pontos fortes, ao invés de apenas fornecer técnicas específicas para o tratamento de danos. Entre os pontos fortes construídos na psicoterapia estão:

- Coragem
- Habilidade interpessoal
- Racionalidade
- Discernimento/ *insight*
- Otimismo
- Honestidade
- Perseverança
- Realismo
- Capacidade para o prazer
- Colocar os problemas em perspetiva
- Encontrar propósito

Assim, mesmo não havendo uma preocupação em focar-se numa psicoterapia positiva, os terapeutas acabam por implementar estratégias que já visam promover as potencialidades individuais das pessoas, os seus pontos fortes, forças e virtudes.

Desta forma, importa compreender melhor se as intervenções psicológicas positivas são eficazes e como são eficazes, bem como, com que populações podem ser mais eficazes, para que se possa construir formas de intervir melhoradas e que visem de facto aumentar a saúde mental/florescimento e o bem-estar, de forma a maximizar o potencial humano e não meramente procurar reduzir/suprir sintomas ou patologias.

De seguida, serão revistos diversos estudos sobre a eficácia de várias intervenções psicológicas positivas em dois tipos de população – população clínica e não clínica.

## **2.2. Eficácia de programas de intervenção psicológica positiva na promoção do bem-estar e saúde mental e na redução de psicopatologia.**

Como referido anteriormente, os resultados das investigações em psicologia positiva destinam-se a complementar, e não substituir, o que é conhecido acerca do sofrimento humano, fraqueza e perturbações. O objetivo é ter um mais completo e equilibrado entendimento da experiência humana. Assim, uma ciência completa e uma prática completa de psicologia deve incluir um entendimento do sofrimento e da felicidade, assim como a sua interação, e validar intervenções quer para reduzir o sofrimento como também para aumentar a felicidade (Seligman, Steen, Park, Peterson & Report, 2005).

Logo, destaca-se a importância de analisar diferentes tipos de intervenções, neste caso, tendo por base intervenções psicológicas positivas, analisar a sua eficácia e compreender o que resulta melhor com diferentes grupos. E de que forma os exercícios com base na psicologia positiva são eficazes na promoção efetiva do bem-estar e saúde mental (e consequente redução de psicopatologia).

### **2.2.1. Populações clínicas e intervenções psicológicas positivas**

Alguns estudos demonstram a eficácia de intervenções psicológicas positivas em populações clínicas, conforme descrito pelos estudos referidos abaixo.

Seligman, Rashid e Parks (2006), realizaram um estudo sobre a eficácia de uma intervenção psicológica positiva em grupo para indivíduos com depressão leve a moderada, que incluiu os seguintes exercícios: usar as suas forças; pensar em três bênçãos; escrever um obituario positivo; visita de gratidão; resposta ativa-constructiva e saborear. Teve a duração de seis semanas e os participantes foram divididos em dois grupos (um grupo experimental, que participou na intervenção – 19 participantes e um grupo de controlo – 21 participantes). Os resultados apontaram para um alívio substancial da sintomatologia depressiva com duração até um ano após a intervenção (*follow up*), sendo que, para o grupo experimental, os participantes obtiveram pontuações que demonstravam ausência de depressão, enquanto no grupo de controlo obtiveram pontuações entre depressão leve a moderada. Por outro lado, a satisfação com a vida aumentou em ambos os grupos ao longo do tempo, mas o grupo experimental manteve a sua vantagem acima do grupo de controlo ao longo de toda a avaliação.

Num outro estudo, realizado por Meyer, Johnson, Parks, Iwanski e Penn (2012), foi adaptada uma versão de psicoterapia positiva em grupo para pessoas com

diagnóstico de esquizofrenia (*Positive Living - PL*). Participaram 16 indivíduos divididos em dois grupos de PL e foram realizadas avaliações pré e pós intervenção e de *follow up* (após três meses). Este programa consistiu numa adaptação da intervenção previamente referida elaborada por Seligman et al. (2006), que incluiu exercícios comportamentais (utilizar as suas forças, três coisas positivas, biografia, visita de gratidão, resposta ativa e construtiva e saborear). No final da intervenção, os participantes do grupo PL reportaram um aumento ao nível da esperança, bem-estar, saborear e recuperação, que se mantiveram na avaliação de *follow up* realizada. Os participantes no estudo também reportaram uma diminuição significativa nos sintomas enquanto reportaram um aumento na auto-estima no final da intervenção (mas que não se manteve no *follow up*). Estes melhoramentos podem estar associados com o facto de os participantes se sentirem mais em controlo das suas vidas, com a realização do seu potencial e a habilidade para crescer, e sentirem-se capazes de serem calorosos e de confiança nas relações com os outros.

Antoine, Dauvier, Andreotti e Congard (2018), levaram a cabo um estudo para avaliar uma intervenção psicológica positiva de seis semanas com o intuito de determinar os efeitos nas variáveis ansiedade, depressão e sofrimento psicológico, bem como variáveis, como *mindfulness* e regulação emocional. Foi organizada acerca de seis eixos principais: uma vida agradável (saborear emoções positivas na sua experiência diária; reconhecer momentos agradáveis ou prazerosos e cultivar sentimentos de gratidão); auto descoberta (guiar descoberta de forças e qualidades e formas de aplicar as mesmas no dia a dia; desenvolvimento de bondade); relações positivas com os outros (as práticas dos participantes foram trocadas de forma a construir e manter relações de qualidade pelo reconhecimento das qualidades dos outros, experienciar gratidão, saborear relações que preenchem, reflectir acerca das dificuldades de comunicação e praticar a escuta de outros de forma efetiva); eventos negativos/reavaliação positiva (visou reduzir o impacto emocional de um evento negativo); *mindfulness* (aprender a contemplar as emoções, pensamentos e sensações através de exercícios de atenção plena); desenvolvimento pessoal, significado e propósito de vida.

O estudo foi realizado com uma amostra de 43 participantes para o grupo de controlo e 59 para o grupo de intervenção (grupo experimental). E os resultados apontaram para uma diminuição significativa nos traços de ansiedade, sintomas depressivos e sofrimento psicológico durante o curso de tratamento da intervenção psicológica positiva em comparação com o grupo de controlo.

Seligman, Steen, Park e Peterson (2005), realizaram um estudo para avaliação da eficácia de exercícios de psicologia positiva. Testaram intervenções para a felicidade via internet com uma amostra por conveniência de 411 participantes utilizando uma seleção aleatória, e um grupo de controlo. As intervenções para a felicidade compreenderam exercícios diários realizados ao longo de uma semana. Os dois exercícios mais eficazes incluíram: (a) “três coisas positivas na vida”, no qual os participantes foram questionados a escrever três coisas positivas que lhe aconteceram nesse dia e porque aconteceram e (b) “usar forças numa nova maneira”, em que os participantes responderam a um inventário *online* das suas forças de carácter. Foi utilizado como exercício placebo “memórias precoces”, em que os participantes foram questionados a escrever acerca das suas memórias precoces todas as noites durante uma semana. Os autores recolheram informação da felicidade e sintomas depressivos em pré teste, pós teste, 1 semana, 1 mês, 3 meses e seis meses após a administração destas intervenções. Os resultados encontrados apontaram para resultados particularmente positivos com os exercícios “três coisas positivas” e “usar as forças numa nova maneira”, quando consideradas alterações no humor ao longo de um período de tempo mais prolongado, isto é, aumentaram a felicidade e diminuíram os sintomas depressivos até seis meses. Por outro lado, o exercício de gratidão (“visita de gratidão”) causou elevadas alterações positivas durante apenas um mês. Os outros dois exercícios e o de controlo (placebo) criaram efeitos positivos na felicidade e sintomas depressivos, mas foram transitórios.

Mongraine e Anselmo-Matthews (2012) realizaram uma replicação deste estudo, utilizando a mesma metodologia. As medidas de análise demonstraram que os exercícios de psicologia positiva levaram a aumentos na felicidade, tal como o placebo positivo e não excederam a condição de controlo na produção de alterações nos sintomas depressivos ao longo do tempo. Os exercícios placebo (memórias precoces positivas) produziram efeitos tão significativos e duradouros como os exercícios “três coisas positivas” e “usar as forças numa nova maneira”. Assim, os autores concluíram que intervenções breves de psicologia positiva podem aumentar a felicidade sobretudo através de um fator comum envolvendo a ativação de informação positiva e auto relevante, mais do que através de mecanismos específicos.

Grossman, Annette e Kesper (2007) realizaram um estudo quase experimental para avaliar os efeitos de uma intervenção com base no *mindfulness* para redução do *stress* (*mindfulness-based stress reduction* – MBSR) com 58 mulheres diagnosticadas com fibromialgia, que realizaram uma intervenção com base no *mindfulness* ou que

obtiveram um procedimento de suporte social ativo. Os participantes foram distribuídos por grupo pela data de entrada. Ao nível das atividades realizadas, estas versaram sobre ensinar exercícios de relaxamento progressivo e alongamentos e discutir diversos tópicos diferentes relacionados com fibromialgia ao longo das semanas de intervenção. Foi feita uma avaliação pré e pós teste e adicionalmente realizado um *follow up* após três anos com um subgrupo de 26 participantes. As análises pré e pós teste do grupo experimental indicam que a participação no MBSR trouxe benefícios significativos superiores ao grupo de controlo na maioria das dimensões, incluindo subescalas de qualidade de vida, *coping* com a dor, ansiedade, depressão e queixas somáticas. Sendo que, estes benefícios se mantiveram na análise de *follow up* de três anos. Assim, os resultados do estudo parecem indicar que uma intervenção baseada no *mindfulness* pode ter um potencial benefício a longo prazo para pacientes com fibromialgia.

Num outro estudo realizado por Kraiss, Peter, Chrispijn, Trompetter, Stevens, Neutel e Bohlmeijer (2018), foi desenvolvido um protocolo de uma intervenção psicológica positiva para pessoas com diagnóstico de perturbação bipolar, em fase eutímica com vista a melhorar o bem-estar e recuperação pessoal. O estudo da eficácia do protocolo previu incluir 112 participantes distribuídos de forma aleatória para a condição experimental (que recebe intervenção psicológica positiva além dos cuidados habituais) ou para a condição de controlo que recebeu apenas os cuidados habituais. Foram consideradas avaliações pré e pós intervenção, bem como avaliações de *follow up* a seis e doze meses. As medidas de avaliação do protocolo incluem bem-estar positivo, recuperação pessoal, psicopatologia, autocompaixão, relacionamentos positivos e recaída.

Todas estas intervenções psicológicas positivas parecem apontar para ganhos ao nível do bem-estar e redução de sintomatologia psicopatológica em amostras clínicas (sejam amostras com diagnóstico prévio de doença mental ou a existência de doença física, como por exemplo fibromialgia). De seguida são analisados alguns estudos de eficácia de intervenções psicológicas positivas em populações não clínicas.

### **2.2.2. Populações não clínicas e intervenções psicológicas positivas**

Além das populações clínicas, e tal como refere a literatura, as intervenções devem visar não só aliviar o sofrimento e reduzir a psicopatologia, mas também devem procurar o florescimento e promover a saúde mental, mesmo em indivíduos que não

apresentem sintomatologia patológica. Assim, importa analisar se as intervenções psicológicas positivas têm eficácia em populações não clínicas.

Serão estes exercícios baseados na Psicologia Positiva capazes de provocar mudança, mesmo em populações não clínicas? De seguida, são descritos alguns estudos de intervenções psicológicas positivas com populações não clínicas que tentam dar resposta a esta questão.

Num estudo experimental realizado por Sheldon e Lyubomirsky (2006), de quatro semanas com 67 estudantes de Psicologia foram avaliados os preditores motivacionais e resultados emocionais positivos de uma prática regular de três exercícios mentais positivos: contar bênçãos (gratidão) e visualizar o melhor eu possível e prestar atenção aos detalhes da vida (exercício de controlo). Foi solicitado aos participantes para continuar a realizar os exercícios ao longo de quatro semanas, como um meio de impactar positivamente no seu estado emocional ao longo do tempo. Os resultados obtidos sugerem que a prática dos três exercícios, incluindo o de controlo, produziu reduções imediatas no afeto negativo. No entanto, apenas o exercício do melhor eu possível produziu um aumento significativo no afeto positivo imediato. O exercício de gratidão ficou a meio caminho entre o controlo e o exercício do melhor eu possível em termos de aumentar o afeto positivo, embora não tenha diferido do melhor eu possível na condição de controlo. Além disso, este último exercício gerou o mais alto grau de motivação autocompensada, ou seja, os participantes indicaram maior identificação e interesse em continuar a realizar o exercício do melhor eu possível, em relação aos demais. Além disso, a própria motivação autocompensada previu se os participantes continuariam a realizar o exercício nas próximas 4 semanas. E, a continuação do exercício, por sua vez, foi capaz de predizer um humor positivo mais forte nas avaliações de acompanhamento.

Um outro estudo que englobou exercícios de gratidão como forma de fomentar o bem-estar foi conduzido por Froh, Sefick e Emmons (2008), com uma amostra de 221 adolescentes, aleatoriamente selecionados de onze turmas (do sexto e sétimo ano) e divididas para condição de gratidão, complicação/problema (*hassle*) ou grupo de controlo pelo período de duas semanas. Foi avaliado o efeito de uma intervenção no bem-estar psicológico, físico e social quer no momento pós teste, como após 3 semanas (*follow up*). Os resultados indicam que contar bênçãos (gratidão) está associado a um melhoramento no otimismo, satisfação com a vida e diminuição do afeto negativo, sendo que, os resultados mais significativos foram uma relação robusta entre gratidão e

satisfação com a experiência escolar, quer no momento imediato pós teste, quer no *follow up*. Contar bênçãos parece ser uma intervenção eficaz para o aumento do bem-estar em adolescentes.

Uma outra intervenção em grupo que versou sobre o tema “saborear o momento” foi elaborada por Hurley e Kwon (2012) com vista a aumentar resultados positivos e diminuir resultados negativos ao longo de duas semanas. A amostra consistiu em 193 estudantes de psicologia que completaram ambas as sessões (94 intervenção e 99 de controlo). O grupo experimental (intervenção) experienciou uma diminuição significativa nas medidas de autorrelato de sintomas depressivos e afeto negativo quando comparados com o grupo de controlo. Contudo, o afeto positivo não diferiu entre os grupos.

Lyubomirsky, Dickerhoof e Boehm (2011), avaliaram os efeitos imediatos e a longo prazo da prática regular de duas atividades positivas (otimismo e gratidão) no bem-estar ao longo de oito meses, na qual participaram 330 estudantes. A intervenção focou-se em duas atividades que mostraram previamente potenciar o bem-estar até no mínimo dois meses – praticar otimismo / pensamento otimista através de visualizar o melhor eu possível (cf. King, 2001; Sheldon & Lyubomirsky, 2006b) e expressar apreciação/gratidão para com os outros através de cartas de gratidão (cf. Emmons & McCullough, 2003; Lyubomirsky, Sheldon, et al., 2005; Seligman et al., 2005). Este estudo revelou um dado interessante, além da eficácia das atividades na promoção do bem-estar, que se prende com a existência de meta fatores que podem possivelmente influenciar o sucesso de qualquer atividade positiva: que é o facto de a própria pessoa auto selecionar-se para o estudo sabendo que é acerca de aumentar a felicidade e a pessoa investir esforço na atividade ao longo do tempo. Os autores concluíram que as intervenções para a felicidade são mais eficazes ou bem-sucedidas quando os participantes sabem acerca e se comprometem com a intervenção.

Sheldon, Kasser, Smith e Share (2002), realizaram um estudo com uma amostra de 90 estudantes Psicologia. Todos os participantes completaram um questionário no início do semestre, no qual deviam listar seis objetivos pessoais e classificar o grau de integração desses objetivos. Os participantes foram depois selecionados de forma aleatória para fazer parte de uma intervenção direcionada para os objetivos ou noutro estudo extracurricular que não fosse relevante para os seus objetivos. Foram selecionados aleatoriamente 42 participantes para a intervenção, para a qual participaram numa sessão em grupo. Os outros 48 participantes não participaram em

nenhuma sessão, e ao invés, participaram noutros estudos. Os participantes foram encorajados a pensar sobre os objetivos que selecionaram previamente em sessões realizadas no pré teste. Foram dadas algumas estratégias para usar na persecução desses objetivos. Alguns resultados intrigantes surgiram. Primeiro, pessoas com um *self* mais estruturado tendem a ter níveis iniciais mais elevados de bem-estar, e também fizeram mais progressos nos seus objetivos. Podem estes resultados indicar que pessoas mais integradas são melhor ajustadas, quer emocionalmente como a nível funcional. Segundo, aqueles com níveis mais altos de integração inicial tendem também a beneficiar mais de uma intervenção direcionada para treino de objetivos, e reportam maior grau de progresso posterior. Terceiro, o progresso de objetivos por si só prediz aumento nos resultados de crescimento, como aumento na vitalidade, bem-estar psicossocial, equilíbrio no afeto e integração de personalidade (*personality integration*) e prediz também classificações mais altas de auto atualização e mudança positiva que ocorreram ao longo do semestre. Assim, os autores referem que a procura ou busca para atingir objetivos pode prover um caminho pró-ativo para o bem-estar e crescimento pessoal.

Martínez-martí e Avia (2010) avaliaram a eficácia de uma intervenção baseada na gratidão com uma amostra constituída por 105 participantes, aleatoriamente distribuídos por três condições (condição de gratidão, condição de qualquer evento e condição complicação/problema) e mantiveram um registo diário durante duas semanas que versava sobre gratidão, afeto, qualidade das relações, bem-estar físico e subjetivo. Os resultados obtidos demonstraram diferenças no afeto positivo e na gratidão entre o grupo na condição gratidão e na condição complicação/problema. Contudo, quando incluídos quer os resultados das medidas pré teste e de *follow up* na análise, a diferença na gratidão desapareceu. Além disso, as diferenças no afeto positivo desapareceram no *follow up*.

Peters, Flink, Boersma e Linton (2010) realizaram um estudo para verificar se uma manipulação breve consistindo de pensamento positivo do futuro pode temporariamente aumentar o otimismo. Os participantes na condição de pensar positivamente sobre o futuro ( $n=44$ ) escreveram acerca do seu melhor eu possível durante quinze minutos, seguido de cinco minutos de visualização mental. Os participantes no grupo de controlo ( $n=38$ ) escreveram acerca e imaginaram um dia típico das suas vidas. Expectativas positivas e negativas acerca do futuro e o afeto positivo e negativo foram medidos antes e depois de cada manipulação. 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 do futuro.

Após revisitados alguns estudos com amostras não clínicas fica clara a relevância das intervenções psicológicas positivas na promoção do bem-estar e crescimento/desenvolvimento pessoal.

No próximo capítulo será abordado o estudo empírico realizado para testar também a eficácia de uma intervenção psicológica positiva, que representa um dos poucos estudos realizados em contexto nacional neste âmbito.

## **Capítulo II**

### **Estudo empírico**

O presente capítulo compreende a apresentação dos objetivos e metodologia do estudo empírico realizado. Esta investigação consiste na avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica positiva em grupo para a promoção do bem-estar e saúde mental. O capítulo é iniciado com a apresentação dos objetivos de investigação e hipótese a testar, seguindo-se a apresentação da descrição da amostra, os instrumentos utilizados para a recolha dos dados, a planificação do estudo e procedimentos estatísticos realizados. Posteriormente, são apresentados os resultados, seguidos da discussão e conclusão.

## **1. Metodologia**

### **1.1. Objetivos da investigação**

Como referido no enquadramento teórico, existe um espaço algo significativo para que o bem-estar e consequente saúde mental possam ser fomentados através da prática de exercícios no âmbito da psicologia positiva.

Em virtude da importância de elaborar intervenções que possibilitem a promoção de uma saúde mental, foi surgindo um crescente número de estudos que se debruçam sobre a avaliação da eficácia de intervenções psicológicas positivas, em diferentes contextos e tipologias (em grupo / individuais / via *internet*) e com diversas faixas etárias. Contudo, existe ainda uma elevada variabilidade nos resultados obtidos nos estudos, nomeadamente devido às diferenças entre os temas e exercícios abordados nas diferentes intervenções, nas medidas de análise utilizadas e quanto à eficácia destas intervenções na promoção do bem-estar e da saúde mental positiva, sendo os dados muitas vezes inconclusivos. Além disto, da pesquisa realizada para o contexto nacional, não existe um grande número de estudos desta natureza, tornando-se relevante este tipo de investigação para testar a sua eficácia na população portuguesa. Pretende-se assim com este contribuir para o aprofundamento do conhecimento existente sobre a eficácia de intervenções psicológicas positivas no contexto nacional.

Após revista a literatura pertinente ao estudo em causa, conforme apresentado no capítulo I, que fornece suporte empírico para a definição dos construtos em causa (bem-estar e saúde mental) e acerca da eficácia de algumas intervenções psicológicas positivas na promoção do bem-estar e na diminuição da psicopatologia, formularam-se os objetivos para este estudo.

O objetivo central da presente investigação é a avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica positiva em grupo ao nível da saúde mental (promoção do bem-estar e redução de psicopatologia) numa amostra o não clínica. Mais especificamente, pretende-se analisar o impacto do programa posteriormente descrito (“Bem-me-querer”) nas mudanças ao nível do bem-estar emocional, social e psicológico e ao nível da ansiedade, depressão e *stress*, recorrendo a uma avaliação pré e pós intervenção, com utilização de um grupo experimental e um grupo de comparação. Assim, espera-se que no grupo experimental, entre os momentos pré e pós teste (pré e pós intervenção) ocorra um aumento das variáveis de bem-estar e uma diminuição da psicopatologia.

## 1.2. Método

### 1.2.1. Participantes/amostra

Para a seleção da amostra foi utilizado um método de amostragem não probabilístico de conveniência (Ribeiro, 2010), dado que os participantes no estudo foram escolhidos de acordo com a sua acessibilidade e disponibilidade (Elfil & Negida, 2017; Ribeiro, 2010), e, neste caso, cuja probabilidade relativa de um qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecida (Ribeiro, 2010).

A amostra total ( $N = 24$ ) deste estudo subdivide-se em duas subamostras – o grupo experimental ( $n = 12$ ) e grupo de comparação ( $n = 12$ ), dos quais serão descritas as principais características sociodemográficas.

Atendendo às principais características sociodemográficas, como apresentadas na Tabela 3, o grupo de comparação foi constituído por doze participantes, dos quais, 75% ( $n=9$ ) do sexo feminino e 25% ( $n=3$ ) do sexo masculino, existindo assim uma maior predominância do sexo feminino neste grupo. As idades variam entre os 20 e os 46 anos, sendo a média de idades de 24.17 anos ( $DP = 7.54$ ). No que respeita ao estado civil, onze dos participantes são solteiros e apenas um é casado. E relativamente à escolaridade, 7 dos participantes concluíram com sucesso o ensino secundário e 5 o ensino superior (Tabela 3).

Relativamente à avaliação subjetiva da sua qualidade de vida, 75% ( $n=9$ ) dos inquiridos avaliam a mesma como “Boa” e somente 25% ( $n=3$ ) como “Muito boa”. Também no que respeita à satisfação com a saúde, a maioria da amostra, isto é, 83,3% ( $n=10$ ) relatam estar satisfeitos com a sua saúde, enquanto apenas 16,7% ( $n=2$ ) referem

estar muito satisfeitos, sendo que, quase a totalidade relata não ter problemas de saúde (11 participantes) e apenas 1 refere a existência de problemas para os quais toma medicação prescrita por um médico.

O grupo experimental foi também constituído por doze participantes como referido previamente, tendo uma distribuição por género em que apenas 8,3% ( $n=1$ ) da amostra é do sexo masculino e 91,7% ( $n = 11$ ) do sexo feminino.

Os participantes do grupo experimental apresentam idades compreendidas entre 19 e 27 anos, apresentando uma média de 22 anos ( $DP = 2.98$ ). Todos os participantes deste grupo são solteiros e concluíram com sucesso o ensino secundário.

Relativamente à avaliação subjetiva da sua qualidade de vida, 83,3% ( $n = 10$ ) dos inquiridos avaliam esta dimensão como “Boa” e 16,7% ( $n = 2$ ) como “Muito boa”. E no que se refere à satisfação com a saúde, 75% ( $n=9$ ) relatam estar satisfeitos com a sua saúde, enquanto apenas 25% ( $n = 3$ ) referem estar muito satisfeitos, sendo que, 66,7 % da amostra relata não ter problemas de saúde ( $n = 8$ ) e 33,3% ( $n = 4$ ) referem a existência de problemas de saúde.

Em ambos os grupos, todos os participantes frequentavam à data da administração do programa de intervenção psicológica positiva em grupo, o primeiro ciclo de estudos em Psicologia de uma universidade do Norte do País.

Tabela 3

**Caracterização das variáveis sociodemográficas da amostra (por grupo)**

		Grupo de comparação ( <i>n</i> = 12)		Grupo experimental ( <i>n</i> = 12)	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Sexo</b>	Masculino	3	25	1	8,3
	Feminino	9	75	11	91,7
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	11	91,7	12	100
	Casado	1	8,3	---	---
<b>Escolaridade</b>	Ensino secundário	7	58,3	12	100
	Ensino superior	5	41,7	---	---
<b>Qualidade de vida</b>	Boa	9	75	10	83,3
	Muito boa	3	25	2	16,7
<b>Satisfação com a saúde</b>	Satisfeito	10	83,3	9	75
	Muito satisfeito	2	16,7	3	25
<b>Problemas de saúde</b>	Não	11	91,7	8	66,7
	Sim	1	8,3	4	33,3
<b>Medicação</b>	Não	10	83,3	8	66,7
	Sim	1	8,3	3	25
	Não respondeu	1	8,3	1	8,3

**1.2.2. Material**

De acordo com os objetivos formulados para o estudo, a recolha de dados foi realizada através de questionários anónimos, de autorresposta, que incluíram um questionário sociodemográfico (Anexo A), a Escala Continuum de Saúde Mental – versão reduzida (adultos) (MHC-SF) (Anexo B) e a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) (Anexo C). Foi ainda solicitado aos participantes a assinatura do consentimento informado (Anexo D).

De seguida, serão brevemente descritos cada um dos instrumentos a que se recorreu, explicitando a sua pertinência para a recolha dos dados do estudo em questão.

### 1.2.2.1. Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico utilizado para o presente estudo é composto por oito questões e tem como principal objetivo recolher informação que permita caracterizar a amostra, no que concerne ao género, idade, estado civil, escolaridade, avaliação subjetiva da qualidade de vida numa escala de um (muito má) a cinco (muito boa), avaliação subjetiva da satisfação com a saúde, numa escala de um (muito insatisfeito) a cinco (muito satisfeito), problemas atuais de saúde e se toma medicação para o problema de saúde relatado prescrita por um médico.

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

Recorreu-se à utilização da versão portuguesa da escala continuum de saúde mental versão reduzida (Adultos) (MHC-SF) no presente estudo dado a mesma permitir avaliar as três dimensões da saúde mental positiva, mais concretamente, o bem-estar psicológico, o bem-estar emocional e o bem-estar social (Fonte, Silva, Vilhena & Keyes, versão para investigação; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011).

É um instrumento de auto resposta (Matos, André, Cherpe, Rodrigues, Figueira & Pinto, 2010) que compreende catorze itens, representando os diferentes tipos de bem-estar e, na qual, os entrevistados avaliam a frequência de cada sentimento no mês passado numa escala de *Likert* de seis pontos (“nunca”, “uma ou duas vezes por mês”, “aproximadamente uma vez por semana”, “duas ou três vezes por semana”, “quase todos os dias”, “todos os dias”) (Lamers, et al., 2011).

Dos catorze itens que constituem a escala, 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) (Matos, et al., 2010).

Este instrumento permite ainda organizar os indivíduos em três categorias – *flourishing*, *languishing* e saúde mental moderada.

Para que estes sejam categorizados como *flourishing* devem pontuar com cinco ou seis em pelo menos um dos três itens de bem-estar emocional e em, pelo menos, seis dos onze itens de funcionamento positivo – bem-estar social e bem-estar psicológico. Por seu turno, para que os indivíduos sejam classificados como *languishing* necessitam

pontuar com um ou dois em, pelo menos, um dos três itens de bem-estar emocional e em, pelo menos, seis dos onze itens de funcionamento positivo. E, quando os indivíduos pontuam 3 ou 4 em pelo menos um dos três itens de bem-estar emocional e em, pelo menos, seis dos onze itens de funcionamento positivo são classificados com saúde mental moderada (Keyes, 2007).

Este instrumento tem demonstrado uma boa consistência interna, fiabilidade, fidelidade e validade para avaliação da saúde mental positiva com diferentes populações e culturas (Doré, O'Loughlin, Sabiston & Fournier, 2017; Karaś, Cieciuch & Keyes, 2014; Lamers, et al., 201; Machado & Bandeira, 2015).

A publicação referente à adaptação para a população portuguesa do MHC-SF está de momento submetida para publicação (Fonte, Silva, Vilhena & Keyes, submetido para publicação).

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

A EADS-21 foi utilizada nesta investigação com o intuito de avaliar a ansiedade, depressão e *stress* dos sujeitos no pré e pós teste.

A escala de ansiedade, depressão e stress de 21 itens é uma versão reduzida da escala de autorrelato de 42 itens desenvolvida por Lovibond e Lovibond's (1995) (Henry & Crawford, 2005).

Este instrumento está organizado em três subescalas, designadamente Depressão, Ansiedade e *Stress*, incluindo cada uma, sete itens, totalizando 21 itens e é dirigida a indivíduos com mais de dezassete anos (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Cada item consiste numa frase (uma afirmação), que remete para sintomas emocionais negativos. Pede-se ao sujeito que responda se a afirmação se aplicou a si durante a última semana, sendo apresentadas para cada frase quatro possibilidades de resposta numa escala tipo *Likert* de 4 pontos de gravidade/frequência: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”.

Cada uma das três escalas que compõem a EADS-21 avalia diversos aspetos como (Pais-Ribeiro, et al., 2004):

- Depressão – disforia (dois itens); desânimo, (dois itens); desvalorização da vida (dois itens); auto-depreciação (dois itens); falta de interesse ou de envolvimento (dois itens); anedonia (dois itens); inércia (dois itens).

- Ansiedade – excitação do sistema autónomo (cinco itens); efeitos músculo esqueléticos (dois itens); ansiedade situacional (três itens); experiências subjetivas de ansiedade (quatro itens).

- *Stress* – dificuldade em relaxar (três itens); excitação nervosa (dois itens); facilmente agitado/chateado (três itens); irritável/reação exagerada (três itens); impaciência (três itens).

Lovibond e Lovibond (1995) definem a escala de depressão como caracterizada pela perda de auto-estima e de motivação e como estando associada com a perceção de baixa probabilidade de alcançar objetivos de vida que sejam significativos para a pessoa. A escala de ansiedade salienta as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo. E, por fim, o *stress* representa estados de excitação e de tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão.

Os resultados de cada uma destas escalas são calculados através da soma dos resultados obtidos nos sete itens. A escala fornece três notas, uma por subescala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos (Pais-Ribeiro, et al., 2004).

Esta escala apresentou boas qualidades psicométricas em vários estudos, demonstrando uma boa consistência interna e validade para a avaliação das dimensões negativas, ansiedade, depressão e *stress*, na medida em que possibilita a diferenciação nos três estados sendo uma medida útil quer para a investigação como para o uso clínico (Daza, Novy, Stanley & Averill, 2002; Henry & Crawford, 2005; Pais-Ribeiro, et al., 2004).

### **1.2.3. Planificação e procedimento**

#### **1.2.3.1. Plano do estudo**

Esta investigação apresenta um cariz quantitativo, dado focar-se em características mensuráveis dos indivíduos, bem como pela análise de dados numéricos (Charles, 1995 cit in Golafshani, 2003) e de natureza quase experimental para testar o efeito de uma intervenção (Peat, 2001), não tendo sido possível cumprir o critério de aleatorização dos participantes pelos grupos (Mertens, 2010; Pais-Ribeiro, 2010).

### **1.2.3.2. Variáveis estudadas**

As variáveis dependentes do presente estudo são o bem-estar (três tipos: bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social) e a psicopatologia (ansiedade, depressão e *stress*). As variáveis sociodemográficas consideradas foram o 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.

A variável independente é a participação no programa de intervenção psicológica positiva.

### **1.2.3.3. Procedimento de recolha dos dados**

O estudo que se apresenta insere-se num projeto mais alargado intitulado “Investigação no âmbito da prática clínica na Clínica Pedagógica de Psicologia” para o qual se obteve previamente parecer favorável, por parte da Comissão e Ética da Universidade Fernando Pessoa (Anexo E). Este projeto envolveu uma equipa de psicólogos estagiários sob a supervisão da Professora Doutora Carla Fonte.

O estudo obteve também a aprovação por parte da direção da Clínica Pedagógica, Mestre Sónia Alves (Anexo F).

Foi ainda solicitada autorização aos autores de alguns dos instrumentos, sendo que, para a Escala Continuum de Saúde Mental – Versão reduzida (MHC-SF) foi solicitada autorização à Professora Doutora Carla Fonte, obtendo o seu aval para utilização da escala. No que concerne à Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS), esta encontra-se publicada, não tendo sido necessária a autorização por parte dos seus autores.

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

Decorridas estas autorizações a equipa de psicólogos estagiários sob a supervisão da Professora Doutora Carla Fonte avançaram para o recrutamento dos participantes.

Para a recolha dos dados relativos ao programa de intervenção psicológica positiva em grupo intitulado “Bem-me-quero”, os estagiários definiram primeiramente uma data e solicitaram autorização aos professores, para que numa das aulas fosse apresentado à turma de Psicologia o programa.

Os participantes foram assim contactados presencialmente diretamente pelos estagiários que iriam conduzir a intervenção e foram informados de que iria decorrer uma intervenção psicológica em grupo que visava a promoção do bem-estar e saúde mental, tendo sido apresentado à turma os principais objetivos do mesmo (explicitando que se tratava de um programa para a promoção do bem-estar no dia-a-dia), estrutura e duração do programa.

Após a explicação oral do programa e da utilização posterior dos dados para investigação, destacando a possibilidade de desistência por parte dos participantes a qualquer etapa do processo e a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, foi distribuído por todos os alunos da turma um panfleto com as informações fornecidas oralmente e uma ficha de inscrição destacável para que os interessados em participar no programa pudessem preencher e entregar, colocando os mesmos dentro de uma caixa deixada na sala para o efeito. Dado nesta fase ainda não existir uma data para o início do programa, foi dito aos participantes que seriam posteriormente contactados.

Seguiu-se então a fase de contacto telefónico para confirmar a participação e indicar a data de início, horário e local de realização do programa. A participação no estudo foi voluntária e com obtenção de consentimento informado por parte dos participantes.

Após preenchidas todas as vagas para a participação no programa, os restantes elementos foram selecionados para enquadrarem o grupo de comparação (sem intervenção e apenas com a resposta aos instrumentos no momento pré e pós teste), tendo sido os elementos do grupo comparação informados disto mesmo (Figura 5).

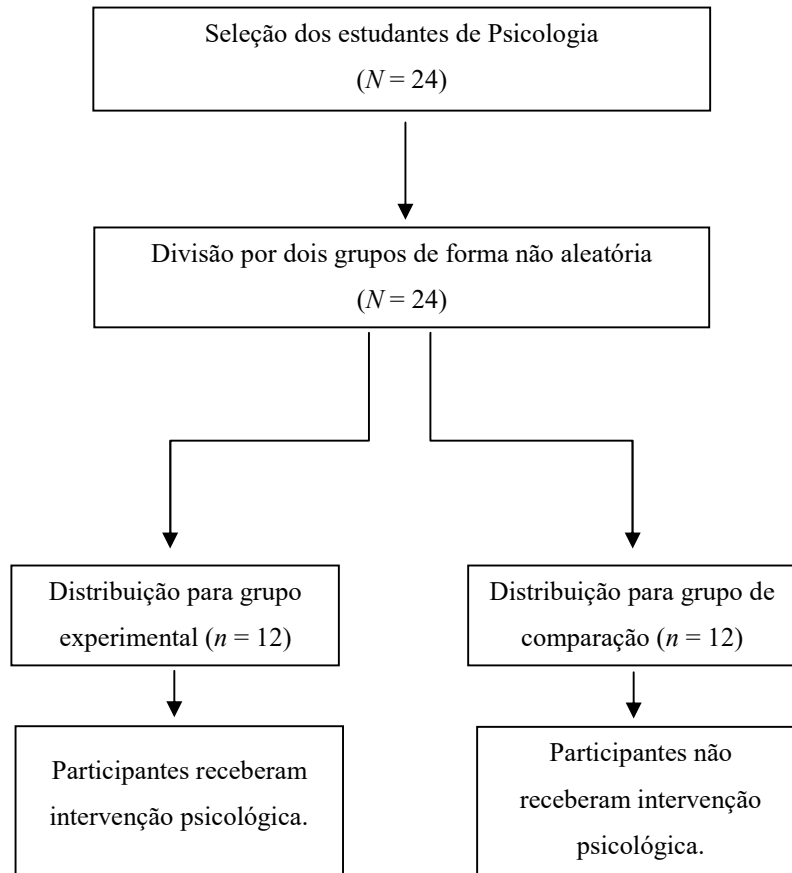
O momento pré teste (pré intervenção) foi realizado no grupo experimental na primeira sessão do programa. Antes de dar início ao mesmo foi lembrado o objetivo do programa e da recolha de dados através dos instrumentos de avaliação, dando espaço para que os participantes colocassem as suas dúvidas e solicitando posteriormente a todos os elementos do grupo que assinassem o consentimento informado.

No grupo de comparação o momento pré teste foi realizado na mesma semana em que foi realizado no grupo experimental, tendo sido este momento agendado com os participantes do grupo de comparação previamente, mediante a sua disponibilidade.

O momento pós teste (pós intervenção), foi realizado com o grupo experimental no final da última sessão do programa (sessão seis).

Com os participantes do grupo de comparação foi agendada uma data na mesma semana em que foi realizada a última sessão do programa, para a recolha dos dados

relativos ao pós teste, existindo assim um espaçamento temporal de seis semanas entre o primeiro momento de avaliação e o segundo.



**Figura 5.** Método de seleção e distribuição dos participantes.

### 1.3. Descrição do programa de intervenção psicológica positiva “Bem-me-quero”

O programa versou sobre temáticas como gratidão, o otimismo, a espiritualidade, a redução da ruminação mental e comparação social, bondade e perdão, tendo como base a literatura revista alicerçado nos resultados decorrentes de estudos desenvolvidos internacionalmente, cujos resultados indicaram que o envolvimento em atividades positivas intencionais podem contribuir para um aumento significativo da felicidade/bem-estar (Ho, Cheung & Cheung, 2010; Lyubomirsky, Dickerhoof, Boehm & Sheldon, 2011; Sin & Lyubomirsky, 2009). Além disto, o programa visou desenvolver competências para reduzir a ruminação mental, que embora seja uma resposta natural ao *stress* psicológico, envolve por vezes um foco excessivo, repetitivo e persistente nos eventos negativos, gerando um aumento do afeto negativo e

sintomatologia depressiva (Menezes, Crauss, Nascimento & Andretta, 2017; Treynor, Gonzalez & Nolen-Hoeksema, 2003), considerando-se deste modo que a sua diminuição pode gerar um aumento do afeto positivo.

As atividades ou exercícios positivos podem ser definidas como sendo simples, intencionais e praticadas de forma regular de maneira a mimetizar os pensamentos e comportamentos associados a pessoas naturalmente felizes (Lyubomirsky & Layous, 2013). Assim, foram conjugados diversos exercícios que visaram desenvolver ou potenciar estes constructos, bem como dotar os participantes de competências que possam usar no quotidiano para lidar com o afeto negativo ou potenciar os efeitos das emoções positivas experienciadas.

O recurso a este tipo de programa é orientado também pela noção de que os seres humanos têm uma tendência para se desenvolverem e que, segundo a teoria da autodeterminação desenvolvida por Ryan e Deci (2000), existem três necessidades psicológicas inatas (competência, autonomia, e estar ligado a algo, que quando satisfeitas podem melhorar a auto motivação e a saúde mental).

O programa foi realizado no ano de 2016 e foi constituído por seis sessões com uma duração de aproximadamente noventa minutos, com uma frequência semanal, totalizando seis semanas consecutivas. As sessões foram realizadas em grupo, com a presença de um terapeuta e coterapeuta, que eram psicólogos estagiários sob a supervisão da Professora Doutora Carla Fonte.

De salientar que a autora desta dissertação não foi uma das terapeutas ou coterapeutas do programa, estando apenas no papel de investigadora nesta que foi a 1<sup>o</sup> edição do programa. No entanto, a própria autora, teve oportunidade de ser uma das terapeutas na 2<sup>a</sup> edição deste programa que ocorreu no ano letivo 2017/2018.

As sessões do programa, os seus objetivos específicos e exercícios encontram-se sumariamente descritos na Tabela 4, que é apresentada de seguida.

Tabela 4

**Descrição do programa de intervenção “Bem-me-quero”**

Nº Sessão	Objetivos específicos	Estratégias / Materiais
<p><b>Sessão 1</b> <b>“Ingredientes Básicos para a Felicidade”</b></p>	<p>Recolha da avaliação pré-teste; apresentação dos elementos do grupo e terapeutas; estabelecimento de regras intra e inter grupo e dos objetivos do programa; introduzir a promoção do bem-estar e a felicidade através de exercícios da psicoterapia positiva: o “termómetro da felicidade” e “apresentação positiva de mim”;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Termómetro da felicidade;</li> <li>✓ Apresentação positiva de mim.</li> </ul>
<p><b>Sessão 2</b> <b>“O meu melhor eu possível: otimista e grato”</b></p>	<p>Rever a tarefa inter sessão; promover e desenvolver o otimismo; promover e desenvolver a gratidão; avaliação da sessão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ O melhor eu possível;</li> <li>✓ Diário de gratidão.</li> </ul>
<p><b>Sessão 3</b> <b>“Ser feliz com os outros”</b></p>	<p>Explorar e rever tarefa inter sessão - Diário de atos de gratidão; apresentar das novas atividades através do enquadramento teórico ao grupo; refletir sobre o conceito de ruminação mental e comparação social e 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”; avaliação sessão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Caixote do lixo das preocupações;</li> <li>✓ Praticar e registar atos de bondade – promover relações sociais positivas.</li> </ul>
<p><b>Sessão 4</b> <b>“Ser perdoado e perdoar”</b></p>	<p>Analisar e refletir tarefa intersessão; apresentar e refletir sobre o conceito de perdoar: o ser perdoado por outros e o perdoar alguém; TPC – “Escrever uma carta de perdão”; avaliação da sessão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Registo dos atos de bondade;</li> <li>✓ Carta de perdão</li> <li>✓ Música relaxamento.</li> </ul>
<p><b>Sessão 5</b> <b>“Saborear os acontecimentos positivos da vida diária”</b></p>	<p>Rever a tarefa inter sessão; apresentar e refletir sobre o conceito de saborear os acontecimentos positivos da vida diária; TPC – “Autorreforço”; “Trazer para o grupo algo bom para partilhar”; avaliação da sessão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Como pôr em prática saborear os acontecimentos agradáveis da vida diária.</li> </ul>
<p><b>Sessão 6</b> <b>“Cuidar de mim”</b></p>	<p>Analisar/refletir sobre a tarefa inter sessão; apresentar e refletir a importância de cuidar de si próprio; analisar o conceito de espiritualidade e suas implicações para o bem-estar; refletir sobre os benefícios do exercício físico para o bem-estar; avaliação global do programa e avaliação pós teste.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bolo (trazido pelos dinamizadores do grupo);</li> <li>✓ Mensagem final do programa.</li> </ul>

#### 1.4. Procedimentos estatísticos

Após recolhidos, os dados (sociodemográficos e da avaliação psicométrica) foram introduzidos e analisados no programa IBM SPSS (*Statistical Package for Social Sciences* – versão 25).

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

Esta análise revelou a existência de variáveis que não assumiam uma distribuição aproximadamente normal. Assim, dado não estarem cumpridos todos os pressupostos para a utilização de testes paramétricos, uma vez que a amostra não segue uma distribuição aproximadamente normal em todas as variáveis dependentes analisadas, a mesma não ter sido escolhida aleatoriamente, e ter uma reduzida dimensão, optou-se por uma estatística não paramétrica (Martins, 2011; Pais-Ribeiro, 2010).

Tendo em conta o objetivo formulado para a investigação (a avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica positiva ao nível da saúde mental) optou-se pelo recurso a testes de diferenças uma vez que se pretende avaliar se existiram diferenças no momento pré e pós intervenção psicológica positiva no grupo experimental e se existem diferenças entre o grupo de comparação e o experimental ao nível do bem-estar e psicopatologia.

Assim, para avaliar a existência de diferenças pré e pós teste nas variáveis de bem-estar e psicopatologia no grupo experimental, estamos perante um *design* intra-sujeitos. E, como referido acima, neste caso, a VI é o momento temporal, sendo neste caso definida por duas condições – dados do momento pré teste e do momento pós teste. As variáveis dependentes (VD) são o bem-estar emocional/subjetivo, psicológico, social, ansiedade, depressão e *stress*. Dado não se cumprirem os requisitos para a utilização de estatística paramétrica, optou-se pelo recurso à estatística não paramétrica, neste caso através do Teste de Wilcoxon (*Z*) (Martins, 2011).

Relativamente às diferenças entre grupo experimental e grupo de comparação ao nível das variáveis de bem-estar e psicopatologia, estamos perante um *design* inter-sujeitos (com dois grupos independentes – o grupo de comparação e o grupo experimental) e para tal, recorreu-se ao teste não paramétrico Teste de Mann-Whitney (*U*) (Martins, 2011)

Recorreu-se também à estatística descritiva para a caracterização da amostra, através de distribuições e frequências dos dados sociodemográficos, médias das variáveis dependentes, bem como a uma análise prévia da comparação entre grupos para analisar a se os grupos são idênticos ao nível das suas características.

Em todas as análises estatísticas, assumiu-se um  $p$  de 0.05 como valor crítico de significância dos resultados dos testes de hipóteses, rejeitando-se a hipótese nula quando a probabilidade do erro de tipo I for inferior a esse valor ( $p < 0.05$ ). Consideraram-se ainda marginalmente significativos todos os resultados com nível de significância de  $p < 0.10$ .

## 2. Apresentação dos resultados

Neste ponto serão apresentados os resultados das análises realizadas atendendo aos objetivos do presente estudo. Esta apresentação tem um carácter unicamente descritivo, reservando-se a interpretação dos resultados para o ponto 3. Começamos por apresentar os resultados dos testes de equivalência dos grupos no momento pré teste no que respeita às variáveis dependentes e, de seguida, são apresentados os dados relativos à eficácia da intervenção.

### 2.1. Comparação dos grupos no momento pré teste

A título compreensivo e com o propósito de analisar se o grupo de experimental e o grupo de comparação não diferiam estatisticamente nas características sociodemográficas e nas variáveis dependentes no momento pré teste, foi realizada uma análise preliminar, com recurso ao teste de associação Qui-quadrado e Teste de Mann-Whitney. Embora não esteja garantida a existência de um grupo de controlo dado os participantes não terem sido aleatoriamente distribuídos pelos grupos, importa perceber que o grupo de comparação servirá apenas para comparação em relação aos resultados do grupo em que participou na intervenção psicológica positiva.

Relativamente às características sociodemográficas, não foram identificadas diferenças significativas entre os dois grupos nas variáveis sexo ( $\chi^2(1) = 1.20, p = 0.27$ ), estado civil ( $\chi^2(1) = 1.04, p = 0.31$ ), idade ( $\chi^2(3) = 3.08, p = 0.38$ ), qualidade de vida ( $\chi^2(1) = 0.25, p = 0.61$ ), satisfação com a saúde ( $\chi^2(1) = 0.25, p = 0.61$ ), problemas de saúde ( $\chi^2(1) = 2.27, p = 0.13$ ) e medicação ( $\chi^2(1) = 1.22, p = 0.27$ ). No entanto, existe uma diferença significativa na escolaridade ( $\chi^2(1) = 6.32, p = 0.01$ ) (Tabela 5).

Tabela 5

**Diferenças ao nível das variáveis sociodemográficas entre grupos**

	Amostra (N= 24)
	$\chi^2$
Sexo	1.20
Estado civil	1.04
Escolaridade	6.32*
Qualidade de vida	0.25
Satisfação com a saúde	0.25
Problemas de saúde	2.27
Medicação	1.22
Idade	3.08

\*  $p < 0.05$ 

A comparação do grupo experimental e do grupo de comparação nas variáveis dependentes no momento pré teste demonstrou que não existem diferenças significativas ao nível do bem-estar emocional, social e psicológico. Relativamente às variáveis de psicopatologia verificou-se que os grupos não diferiam estatisticamente ao nível da ansiedade e depressão, mas diferiam estatisticamente no que concerne aos níveis de *stress*, com os participantes do grupo experimental a evidenciar níveis mais elevados (Tabela 6).

Tabela 6

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

	Grupo de comparação	Grupo experimental	U
	(n = 12)	(n = 12)	
	Média (DP)	Média (DP)	
Bem-estar Emocional	15.17 (1.75)	14.83 (1.64)	61.50
Bem-estar Social	19.00 (3.59)	30.92 (2.06)	71.00
Bem-estar Psicológico	27.75 (6.31)	19.92 (2.99)	50.00
Ansiedade	1.33 (1.97)	1.75 (1.66)	55.50
Depressão	2.00 (2.30)	2.00 (1.90) <sup>a</sup>	63.50
<i>Stress</i>	3.83 (4.51)	5.50 (2.07)	35.00*

<sup>a</sup> Grupo experimental (n=11)\*  $p < 0.05$ 

Pode concluir-se, deste modo, que os grupos são equivalentes ao nível das variáveis sociodemográficas e das variáveis dependentes, com exceção da subescala *Stress* (avaliada pela EADS-21).

De seguida serão apresentados os resultados relativos à eficácia do programa.

**2.2. Resultados relativos à eficácia do programa “Bem-me-quiero”**

Apresenta-se neste ponto os resultados quantitativos relativos ao impacto do programa de intervenção psicológica positiva “Bem-me-quiero” ao nível do bem-estar (MHC-SF – bem-estar emocional, social e psicológico) e psicopatologia (EADS-21 – ansiedade, depressão e *stress*). Estas variáveis foram avaliadas em dois momentos temporais: momento pré e pós intervenção.

Pretendeu-se analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o momento pré e pós teste no grupo experimental e de comparação, bem como entre o grupo de comparação e o grupo experimental ao nível das mesmas variáveis no momento pós teste.

**2.2.1. Resultados referentes ao bem-estar**

As análises descritivas relativamente aos níveis de bem-estar (MHC-SF) do grupo experimental (GE) demonstram que os participantes apresentam globalmente níveis elevados de bem-estar em ambos os momentos da avaliação (pré e pós teste) (Tabela 7). Relatam ter sentimentos de felicidade, bom humor, sentem-se

calmos, satisfeitos com a vida (subescala de bem-estar emocional), sentem que têm um propósito de vida, são capazes de se auto aceitar, sentem-se capazes/domínio do ambiente, autónomos, conseguem estabelecer relações positivas com os outros (subescala de bem-estar psicológico), percecionam-se como sendo capazes de contribuir para os grupos onde estão inseridos, de se integrar, de fazer parte de uma sociedade/comunidade e de confiar nos outros (subescala bem-estar social).

Concretamente, e iniciando a análise do momento pré teste, os participantes deste grupo (GE) apresentam níveis elevados de bem-estar emocional, social e psicológico, considerando que as pontuações mínimas obtidas pela amostra (12 pontos, 17 pontos e 27 pontos) superam as pontuações mínimas possíveis para a escala (3 pontos, 5 pontos e 6 pontos respetivamente). Além disto, os resultados máximos obtidos aproximam-se dos resultados máximos possíveis para as subescalas (9 pontos, 30 pontos e 36 pontos respetivamente). No momento pós teste, observa-se que os participantes do GE mantêm elevados níveis de bem-estar nas três subescalas.

Com recurso à estatística inferencial, é possível observar que, relativamente ao bem-estar emocional se verificou que as diferenças existentes não são significativas entre o momento pré e o momento pós intervenção ( $Z = -0.522$ ,  $p = 0.60$ ). Por outro lado, no que concerne ao bem-estar social, verificaram-se diferenças marginalmente significativas entre os dois momentos temporais ( $Z = -1.653$ ,  $p = 0.098$ ), podendo depreender-se que os participantes no GE apresentam maiores níveis de bem-estar social período pós, comparativamente ao período pré-teste.

Os participantes do GE após a intervenção psicológica positiva sentiram-se em média mais integrados socialmente, com um maior sentido de coesão, aceitação e contribuição social, bem como uma maior coerência social.

No constructo bem-estar psicológico os resultados apontaram para a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos temporais da avaliação ( $Z = -0.766$ ,  $p = 0.44$ ).

Tabela 7

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

	<b>Pré-Teste</b>	<b>Pós-Teste</b>	<i>Z</i>
	( <i>n</i> = 12)	( <i>n</i> = 12)	
	Média ( <i>DP</i> )	Média ( <i>DP</i> )	
Bem-estar emocional	14.83 (1.64)	14.33 (2.39)	-0.522
Bem-estar psicológico	30.92 (2.06)	29.50 (4.78)	-0.766
Bem-estar social	19.92 (2.99)	22.17 (4.13)	-1.653**

\*\* Marginalmente significativo

No que concerne ao grupo de comparação (GC), os participantes apresentam níveis de bem-estar igualmente elevados tanto no momento pré teste como no momento pós teste (Tabela 8). Constata-se a existência de um aumento das pontuações médias ao nível do bem-estar psicológico ( $Z = -1.144$ ,  $p = 0.253$ ) e social ( $Z = -0.448$ ,  $p = 0.654$ ) e um decréscimo nas pontuações do bem-estar emocional ( $Z = -0.562$ ,  $p = 0.574$ ). Porém, nenhuma destas diferenças entre o pré e o pós teste é estatisticamente significativa.

Tabela 8

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

	<b>Pré-Teste</b>	<b>Pós-Teste</b>	<i>Z</i>
	( <i>n</i> = 12)	( <i>n</i> = 12)	
	Média ( <i>DP</i> )	Média ( <i>DP</i> )	
Bem-estar emocional	15.17 (1.75)	14.42 (2.02)	-1.144
Bem-estar psicológico	19.00 (3.59)	19.67 (3.82)	-0.562
Bem-estar social	27.75 (6.31)	28.33 (4.54)	-0.448

Quando comparados os dois grupos no momento pós teste, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Ou seja, os níveis de bem-estar diferem entre o grupo experimental e o grupo de comparação como referido acima, mas estas diferenças não têm relevância estatística (Tabela 9).

Tabela 9

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

	Grupo de comparação	Grupo experimental	<i>U</i>	<i>p</i>
	( <i>n</i> = 12)	( <i>n</i> = 12)		
	Média ( <i>DP</i> )	14.33 (2.39)		
Bem-estar Emocional	14.42 (2.02)	29.50 (4.78)	72.00	1.00
Bem-estar Social	19.67 (3.82)	22.17 (4.13)	49.00	0.18
Bem-estar Psicológico	28.33 (4.54)	14.33 (2.39)	63.50	0.50

**2.2.2. Resultados referentes à psicopatologia**

Atendendo à psicopatologia (avaliada pela EADS-21), os participantes do grupo experimental apresentam níveis reduzidos de sintomatologia psicopatológica (ansiedade, depressão e *stress*). Tendo em conta o ponto de corte 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 (ansiedade, depressão e *stress*), bem como, as pontuações mínimas obtidas pela amostra (0 pontos) são as pontuações mínimas possíveis para cada subescala (0 pontos) ao nível da ansiedade e depressão. A exceção é a subescala *stress*, em que os participantes obtiveram níveis acima da pontuação mínima possível para a escala, mas com uma pontuação máxima bastante distanciada da pontuação máxima possível para a subescala (21 pontos).

Analisando os dados obtidos no momento pós teste (pós intervenção), neste mesmo grupo, observa-se que houve um incremento nos níveis de depressão e *stress*, demonstrando que nesta fase da avaliação, os participantes parecem ter experienciado maior desânimo, auto depreciação, maior dificuldade em relaxar, tensão persistente, menor nível de resistência à frustração, irritabilidade e impaciência (*stress*). Contudo, na subescala de ansiedade observou-se um decréscimo significativo nas pontuações médias obtidas, demonstrando que os participantes parecem ter vivenciado menor ansiedade situacional, menos experiências subjetivas de ansiedade e respostas menos intensas de medo após a participação no programa.

Em suma, ao nível da psicopatologia os resultados do grupo experimental parecem indicar uma diminuição dos níveis de ansiedade vivenciados pelos participantes após a participação no programa “Bem-me-querer”, já que os resultados

das estatísticas inferenciais apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos (pré e pós teste) ao nível da ansiedade ( $Z = -1.98$ ,  $p = 0.047$ ). Por oposição ao que se verificou com a depressão ( $Z = -0.07$ ,  $p = 0.943$ ) e *stress* ( $Z = -0.92$ ,  $p = 0.357$ ) em que as diferenças encontradas não se são estatisticamente significativas (Tabela 10).

Tabela 10

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

	Pré-Teste ( $n = 12$ )	Pós-Teste ( $n = 12$ )	
	Média (DP)	Média (DP)	Z
Ansiedade	1.75 (1.66)	0.92 (1.08)	-1.983*
Depressão	2.00 (1.90)	2.17 (1.85)	-0.071
Stress	5.50 (2.07)	6.42 (3.31)	-0.921

\*  $p < 0.05$

Relativamente aos participantes do GC, os valores médios obtidos em todas as subescalas foram superiores no momento pós teste, com especial relevância para a subescala *stress* em que o valor médio obtido sofreu um aumento superior ao que se verificou nas restantes subescalas (Tabela 11). Podemos, deste modo afirmar, que os participantes do GC (que não participaram no programa) no momento pós teste parecem apresentar maiores níveis de afeto negativo. Embora as diferenças entre os dois momentos temporais não sejam significativas (ansiedade –  $Z = -1.420$ ,  $p = 0.156$ ; depressão -  $Z = -0.073$ ,  $p = 0.942$ ; *stress* -  $Z = -1.601$ ,  $p = 0.109$ ).

Tabela 11

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

	Pré-Teste	Pós-Teste	Z
	(n = 12)	(n = 12)	
	Média (DP)	Média (DP)	
Ansiedade	1.33 (1.97)	2.75 (3.39)	-1.420
Depressão	2.00 (2.30)	2.92 (4.54)	-0.073
Stress	3.83 (4.51)	6.42 (5.35)	-1.601

Em suma, através desta análise descritiva e inferencial dos resultados relativos às medidas dependentes, a amostra demonstra em ambos os momentos níveis elevados de bem-estare reduzida sintomatologia psicopatológica. É possível notar algumas diferenças quer entre os dois grupos analisados, como também, nos dois momentos de avaliação.

Quando comparados os dois grupos no momento pós teste, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Ou seja, os níveis de bem-estar diferem entre o grupo experimental e o grupo de comparação, mas estas diferenças não têm relevância estatística (Tabela 12).

Tabela 12

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

	Grupo de comparação	Grupo experimental	U	p
	(n = 12)	(n = 12)		
	Média (DP)	Média (DP)		
Ansiedade	2.75 (3.39)	0.92 (1.08)	51.50	0.22
Depressão	2.92 (4.54)	2.17 (1.85)	61.50	0.53
Stress	6.42 (5.35)	6.42 (3.31)	63.00	0.60

### 3. Discussão de resultados

Esta secção é dedicada à discussão e análise crítica dos resultados obtidos, confrontando os mesmos com o quadro teórico de referência, de maneira a permitir uma melhor integração dos resultados e obter significado dos mesmos.

A discussão seguirá a ordem pela qual os resultados foram previamente apresentados.

Como previamente referido, o presente estudo teve como objetivo primordial analisar a eficácia de uma intervenção psicológica positiva em grupo na promoção da saúde mental (bem-estar e psicopatologia), numa população não clínica. E, para isso, pretendeu-se, por um lado, investigar a existência de diferenças no grupo experimental ao nível das variáveis dependentes no momento pré teste e pós teste e, por outro lado, analisar as diferenças existentes entre os dois grupos em análise (de comparação e experimental), ao nível das mesmas variáveis dependentes (bem-estar psicológico, social e emocional e ansiedade, depressão e *stress*), nos dois momentos temporais.

Na avaliação pré-teste, os grupos não diferiram significativamente nas variáveis sociodemográficas, nem nas medidas dependentes, isto é, os grupos eram equivalentes ao nível da maioria das suas características e equivalentes nas variáveis dependentes no momento anterior à participação no programa de intervenção psicológica positiva, com exceção da variável *stress*, em que o GE apresentava valores significativamente mais elevados. Deste modo, pode verificar-se que os grupos são homogêneos relativamente aos níveis de bem-estar e psicopatologia, apesar de não se ter adotado um procedimento de aleatorização na constituição inicial dos mesmos.

O desenvolvimento do programa “Bem-me-querer” tinha como objetivo dotar os participantes de estratégias para que pudessem potenciar os efeitos das emoções positivas vivenciadas no dia-a-dia e também apreender estratégias para lidar com a adversidade, tendo por base atividades da psicologia positiva. Assim, este programa versou sobre diferentes constructos (gratidão, perdão, espiritualidade, ruminação mental, comparação social, entre outros) e estratégias, que os estudos científicos demonstram ser eficazes na promoção da saúde mental (aumento do bem-estar e diminuição da psicopatologia).

Através dos dados recolhidos com recurso à escala continuum de saúde mental (MHC-SF) e à escala de ansiedade, depressão e *stress* (EADS-21), foi possível constatar numa primeira análise descritiva, que a amostra já possuía valores elevados de bem-

estar, acompanhada de reduzidas pontuações ao nível da psicopatologia antes de ser iniciada a intervenção psicológica em grupo. Mais especificamente, em ambos os grupos (comparação/ experimental) as pontuações médias obtidas sugerem que os participantes se percebem como estando a usar o seu potencial e a aproveitar as suas vidas em pleno (saúde mental), o que nos dá também a percepção de que estamos de facto perante uma amostra não clínica, como se propunha estudar.

Relativamente ao bem-estar, quando exploradas as diferenças no grupo experimental entre os dois momentos de avaliação, verificou-se que, tendencialmente, os participantes apresentam níveis mais elevados de bem-estar, em particular o bem-estar social, sentindo-se os participantes deste grupo, significativamente mais integrados socialmente, sentem uma maior aceitação social, sentido de contribuição para o grupo a que pertencem socialmente, bem como uma maior coesão e integração social.

Esta melhoria significativa ao nível do bem-estar social no grupo experimental, no momento pós teste pode ser explicada pelo formato da terapia, isto é, o facto de se ter desenvolvido uma intervenção psicológica em grupo. Vários estudos demonstraram que este formato de intervenções pode promover o suporte social, permite aos indivíduos encorajar-se mutuamente a partilhar experiências similares, construir uma rede social e prover um suporte social (Beck & Coffey, 2005; Marrero, Carballeira, Martín, Mejías & Hernández, 2016).

Ainda que o programa não contemple exercícios ou atividades específicas que parecem estar diretamente relacionadas em particular com a promoção do bem-estar social, o formato da terapia e os mecanismos que lhe são inerentes podem ter contribuído para estes resultados (bem-estar social). Concretamente, as intervenções em grupo permitem aos sujeitos ter um espaço onde podem partilhar experiências, aprender por intermédio das experiências do outro, ter feedback dos outros, a coesão grupal, sentir-se estimulado pelo progresso dos outros participantes, promovendo a esperança, podendo servir estes processos como mediadores do processo de mudança (Bechelli & Santos, 2002; Bloch & Reibstein, 1980; Roark & Sarah, 1989). Assim, um dos aspetos positivos do programa parece estar relacionado com o formato em que foi administrado, sendo este aspeto importante para a prática.

No que concerne à psicopatologia, o grupo experimental passou a apresentar níveis significativamente mais baixos de ansiedade, o que nos poderia levar a equacionar se a existência de exercícios utilizados neste programa que tenham possibilitado chegar a estes resultados. Nomeadamente, no programa “Bem-me-quer”

recorreu-se a exercícios que visaram a diminuição da ruminação mental e da comparação social, aspectos que estão muitas vezes ligados a níveis elevados de ansiedade nos sujeitos e a processos que impactam de forma negativa na ansiedade (Hong, 2007; Wilkinson, Croudace & Goodyer, 2013). Além disto, o programa englobou exercícios de gratidão que podem ter contribuído também como fator de proteção para a vivência de níveis de ansiedade inferiores. Estudos demonstram que a gratidão pode ter um efeito protetor contra a ansiedade (Rosmarin, Krumrel & Pargament, 2010).

Podemos deste modo afirmar que, relativamente ao grupo experimental, nas dimensões acima referidas o programa de intervenção parece ter contribuído para a promoção da saúde mental (diminuição da sintomatologia psicopatológica e aumento do bem-estar). Estes resultados acrescentam suporte aos inúmeros estudos sobre a eficácia de intervenções psicológicas positivas que referem sobretudo melhorias ao nível de dimensões como o bem-estar e uma diminuição significativa nos traços de ansiedade (Antoine, Dauvier, Andreotti & Congard, 2018; Cheavens, Feldman, Gum, Michael, & Snyder, 2006; Hurley & Kwon, 2012).

Um outro aspeto a considerar é que, quando comparados os dois grupos no momento pré teste, apenas na variável *stress* se encontraram diferenças significativas, estando o grupo experimental com níveis mais elevados do que o grupo de comparação no. Contudo, no momento pós teste estas diferenças dissiparam-se. Este facto pode sugerir que a participação no programa pode ter tido um impacto positivo como amortecedor dos níveis de *stress*. Já que, as diferenças significativas que existiam entre os grupos deixaram de se verificar. Estes resultados vão ao encontro de estudos que demonstram a eficácia de intervenções psicológicas positivas ao nível da diminuição do *stress* (Chang, Palesh, Caldwell, Glasgow, Abramson, Luski & Koopman, 2004) e dos estudos que referem a eficácia das atividades positivas como fatores de proteção contra fatores de risco como a ruminação mental ou pessimismo e como capazes de mitigar as condições que podem gerar/manter sintomas de *stress* (Layous, Chancellor & Lyubomirsky, 2014).

O grupo de comparação também apresentou uma melhoria em algumas dimensões do bem-estar, ainda que não de forma significativa. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos com o estudo realizado por Giannopoulou e Dianne (2011), em que, contrariamente ao esperado, o grupo de controlo (sem intervenção) mostrou aumentos ao nível do bem-estar, tendo os autores avançado a hipótese de que,

embora não sendo alvo de qualquer tipo de intervenção, o processo de responder a perguntas relacionadas com a felicidade ou bem-estar possa ter sido suficiente para encorajar pensamentos sobre o que faz feliz a cada um e subsequentemente elevar os níveis de bem-estar. O mesmo poderá ter acontecido no presente estudo dado que os participantes de ambos os grupos foram informados previamente de que iriam participar num estudo sobre o bem-estar e a saúde mental positiva. Este melhoramento nas pontuações obtidas para o bem-estar pode ter sido condicionado pelo facto de os participantes saberem que estavam a responder a um estudo sobre a promoção do bem-estar e saúde mental, mas também pode estar relacionado com o facto de, dado os grupos serem próximos, ter havido uma partilha de informação e um investimento por parte do grupo de comparação em ativamente trabalhar para uma melhoria do bem-estar.

O facto de se ter realizado o estudo com uma amostra não clínica pode explicar em certa medida também a reduzida evolução do bem-estar e diminuição da psicopatologia. E, revista a literatura é possível encontrar alguns estudos que referem o facto de que indivíduos com afecto negativo ou com sintomas moderados de depressão beneficiam mais de atividades positivas porque poderão ter mais espaço para melhorar (Froh, Kashdan, Ozimkowski & Miller, 2009; Lyubomirsky & Layous, 2013; Seligmanetal, 2015).

Além disto, podemos levantar a hipótese da existência de algum exercício específico que não fosse tão eficaz ou direcionado para a faixa etária com que se trabalhou neste estudo. Nomeadamente, e como também já estudado por Sin e Lyubormisky (2009), exercícios mais direcionados para o passado, como recordar feitos realizados na vida, ou exercícios de gratidão, poderão não ser tão eficazes como exercícios voltados para o futuro, como por exemplo, de otimismo, numa população mais jovem, como era o caso da nossa amostra.

Também considerando a duração da intervenção, poderá a mesma ter sido uma razão para não se obterem diferenças significativas no grupo experimental em todas as vertentes analisadas. Esta componente, revista no estudo de Sin e Lyubormisky (2009), pode ter contribuído para uma reduzida eficácia ao nível de outras dimensões como o bem-estar psicológico ou emocional ou mesmo ao nível de sintomatologia psicopatológica, medida através das subescalas de depressão e *stress*.

## Conclusão

Esta conclusão pretende ser uma súpula dos principais resultados obtidos e reflexão crítica dos mesmos, enquadrando as limitações encontradas, contributos e implicações para investigações futuras e para a prática.

Conforme constatado na revisão da literatura efetuada, existe evidência científica da eficácia de programas que se baseiam em atividades ou intervenções psicológicas positivas na promoção do bem-estar e da saúde mental, em diferentes domínios (redução de psicopatologia, incremento nos níveis de bem-estar emocional e psicológico e social).

Este estudo teve como objetivo a avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica positiva, com recurso a atividades/exercícios positivos descritas como eficazes na literatura para a promoção de saúde mental (compreendida como um fenómeno complexo que engloba não só a ausência de patologia, mas também níveis de bem-estar elevados), tendo sido este objetivo alcançado. Foi possível testar a eficácia do programa recorrendo a análise de grupos idênticos nas características sociodemográficas e ao nível das variáveis dependentes, testar a eficácia do programa.

Os resultados confirmam alguns destes dados que verificamos descritos na literatura, nomeadamente os seus benefícios significativos na promoção do bem-estarsociale da redução significativa dos níveis de ansiedade, comparativamente com o grupo que não teve qualquer intervenção. A obtenção destes dados leva a considerar a eficácia do programa ao nível da promoção de algumas vertentes da saúde mental.

Alguns aspetos importantes para a prática surgiram da aplicação deste programa. Nomeadamente, o facto de ter ocorrido em contexto de intervenção em grupo, que parece ter tido um impacto significativamente positivo ao nível do bem-estar social.

Os exercícios que tiveram como objetivo a redução da ruminação mental excessiva e da comparação social podem ter também contribuído para uma diminuição da ansiedade. Seria, contudo, importante recorrer-se a medidas de avaliação mais específicas que permitissem avaliar diretamente alguns dos construtos que o programa “Bem-me-queru” trabalha, para se compreender de forma mais precisa o impacto dos exercícios ao nível do bem-estar/psicopatologia. E, eventualmente, comparar estes dados com os da avaliação qualitativa sessão a sessão de forma a analisar a evolução que ocorreu nos participantes. Uma vez que, a avaliação realizada neste estudo possibilitou apenas verificar os resultados num momento pré e pós intervenção.

Além disto, seria importante acrescentar uma avaliação de *follow up* para analisar se as diferenças que foram encontradas se mantiveram no tempo.

Em algumas dimensões as diferenças encontradas não foram, contudo, significativas, eventualmente devido à existência de fatores externos, como idade dos participantes, a área de formação, os participantes estarem em período lectivo e de avaliações, entre outros. Especificamente, o facto de a amostra ter sido constituída por alunos de Psicologia, e que a avaliação pós teste foi realizada já em fase de exames e época de maior *stress* para os alunos, pode ter condicionado o aumento nos níveis de psicopatologia.

Este estudo contribuiu assim para compreender que este programa foi eficaz, nomeadamente no aumento dos níveis de bem-estar social, e na redução da ansiedade, promovendo a saúde mental dos participantes.

Contribuiu também, para aumentar o conhecimento científico acerca da eficácia deste tipo de intervenções com a população portuguesa, abordando a saúde mental como um conceito complexo e que engloba não só a ausência de psicopatologia como a existência de elevados níveis de bem-estar.

Os resultados deste estudo dão suporte a vários resultados encontrados em estudos realizados noutros países, embora os mesmos devam ser considerados com cautela, dado que, por um lado a dimensão da amostra não permite a generalização dos resultados obtidos para a população, e por outro lado, o facto de estar sustentado numa amostra não aleatória que condiciona também qualquer generalização. Assim, em futuras investigações propõe-se o recurso a uma amostra de maior dimensão, que possa ser representativa, bem como recorrer a um processo de aleatorização da mesma.

Apesar das limitações referidas neste estudo, é de salientar a sua importância e pertinência dado existir um número reduzido de estudos sobre a eficácia de intervenções psicológicas positivas em Portugal. Embora sejam necessários estudos futuros que sugerimos que devem incluir uma aleatorização da amostra e o trabalho com uma amostra maior para que a mesma seja mais representativa. E realizar seguimentos para verificar se estas alterações se mantêm no tempo.

É importante a investigação neste âmbito para que sejam desenvolvidos programas que permitam a promoção do bem-estar e saúde mental.

## Referências bibliográficas

- Akhtar, M. (2012). *Vencer a depressão com a Psicologia Positiva*. Amadora: Nascente.
- Alex Linley, P., Joseph, S., Harrington, S., & Wood, A. M. (2006). Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1(1), 3-16.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios (5ª Edição).
- Armenta, C., Bao, K. J., Lyubomirsky, S., & Sheldon, K. M. (2014). Is Lasting Change Possible? Lessons from the Hedonic Adaptation Prevention Model *In* K. M. Sheldon & R. E. Lucas (Eds.), *Stability of Happiness: Theories and Evidence on Whether Happiness Can Change* (pp. 57–74). Oxford: Elsevier.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-5)*. Lisboa: Climepsi.
- 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(October 2017), 140–147. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.10.024>.
- Baptista, A. (2013). *Aprender a ser feliz: exercícios de psicoterapia positiva*. Lousã: Pactor.
- Baptista, A., Camilo, C., Santos, I., de Almeida Brites, J., Rosa, J. B., & Fernández-Abascal, E. G. (2016). What are people saying when they report they are happy or life satisfied. *Anales de Psicología*, 32(3), 803-809.
- Beck, J. G., & Coffey, S.F. Group Cognitive Behavioral Treatment for PTSD: Treatment of Motor Vehicle Accident Survivors. *Cogn Behav Pract.* 2005;12(3), 267-277.
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: suconcepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.

- Bhullar, N., Schutte, N. S., & Malouff, J. M. (2013). The nature of well-being: The roles of hedonic and eudaimonic processes and trait emotional intelligence. *The Journal of Psychology, 147*(1), 1-16.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC public health, 13*(1), 119.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gum, A., Michael, S. T., & Snyder, C. R. (2006). Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social Indicators Research, 77*(1), 61-78.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic medicine, 70*(7), 741-756.
- 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: An introduction. *Journal of happiness studies, 9*(1), 1-11.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist, 55*(1), 34.
- Diener E., Lucas R. E., Oishi S. 2002. Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In Snyder C. R. Lopez S. J. (eds.), *Handbook of positive psychology*: 63-73. Oxford: Oxford University Press.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2008). *Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth*. Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Diener, E., & Ryan, K. (2008). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology, 39*(4), pp. 391-406.
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 3*(1), 1-43.

- Doré, I., O'Loughlin, J. L., Sabiston, C. M., & Fournier, L. (2017). Psychometric evaluation of the mental health continuum–Short Form in french Canadian young adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(4), 286-294.
- Elfil, M., & Negida, A. (2017). Sampling methods in clinical research: an educational review. *Emergency*, 5(1).
- 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. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist*, 56(3), 218.
- Fredrickson, B. L. (2009). *Positividade*. Lisboa: Sinais de fogo.
- Fredrickson, B. L. (2016). The eudaimonics of positive emotions. In Vitterso, j. (Eds.). *Handbook of eudaimonic well-being* (pp. 183-190). Suiça: Springer.
- Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of general Psychology*, 9(2), 103-110.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.
- Galinha, I. C. (2008). *Bem-estar subjectivo: factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto.
- Giannopoulos, V. L., & Vella-Brodrick, D. A. (2011). Effects of positive interventions and orientations to happiness on subjective well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 6(2), 95-105.
- Golafshani, N. (2003). Understanding reliability and validity in qualitative research. *The qualitative report*, 8(4), 597-606.
- Grossman, P., Annette, T., & Kesper, U. (2007). Mindfulness Training as an Intervention for Fibromyalgia: Evidence of Postintervention and 3-Year Follow-Up Benefits in Well-Being. *Psychother Psychosom*, 226–233. <https://doi.org/10.1159/000101501>.

- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology*, 44(2), 227-239.
- Holtgraves, T. (2004). Social Desirability and Self-Reports: Testing Models of Socially Desirable Responding. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(2), 161–172. <https://doi:10.1177/0146167203259930>.
- Hong, R. Y. (2007). Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 45(2), 277–290. <https://doi:10.1016/j.brat.2006.03.006>.
- Howell, R. T., Kern, M. L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1(1), 83-136.
- Huppert, F. A. (2005). Positive mental health in individuals and populations. In F. A. Huppert, N. Baylis, & B. Keverne (Eds.), *The science of well-being* (pp. 307-340). Oxford, UK: Oxford University Press.
- 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>.
- Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C., & Patel, V. (2005). Mental health promotion works: a review. *Promotion & Education*, 12(2\_suppl), 9-25.
- Kobau, R., Seligman, M. E. P., Peterson, C., Diener, E., Zack, M. M., Chapman, D., & Thompson, W. (2011). Mental health promotion in public health: Perspectives and strategies from Positive Psychology. *American Journal of Public Health*, 101(8). doi:10.2105/ajph.2010.300083.
- Karaś, D., Ciecuch, J., & Keyes, C. L. (2014). The polish adaptation of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Personality and Individual Differences*, 69, 104-109.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, 121-140.
- 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., Dhingra, S., & Simoes, E. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2366-2371.
- Kringelbach, M. L., & Berridge, K. C. (2017). The Affective Core of Emotion: Linking Pleasure, Subjective Well-Being, and Optimal Metastability in the Brain. *Emotion Review*, 9(3), 191–199. doi:10.1177/1754073916684558.
- Lamers, S. M., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Journal of clinical psychology*, 67(1), 99-110.
- Larson, J. S. (1993). The measurement of social well-being. *Social Indicators Research*, 28(3), 285-296.
- Lee Duckworth, A., Steen, T. A., & Seligman, M. E. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 629-651.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- 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., & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being? *Current directions in psychological science*, 22(1), 57-62.
- Machado, W. D. L., & Bandeira, D. R. (2015). Positive mental health scale: validation of the mental health continuum-short form. *Psico-USF*, 20(2), 259-274.

- MacLeod, A. K. (2012). Well-being, Positivity and Mental Health: An Introduction to the Special Issue. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19(4), 279-282.
- Margaret M. Barry (2009) Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice, *International Journal of Mental Health Promotion*, 11:3, 4-17, DOI: 10.1080/14623730.2009.9721788.
- Marrero, R. J., Carballeira, M., Martín, S., Mejías, M., & Hernández, J. A.(2016). Effectiveness of a positive psychology intervention combined with cognitive behavioral therapy in university students. *Anales de psicología*, 32(3), 728-740.
- Martínez-martí, M. L., & Avia, M. D. (2010). The Effects of Counting Blessings on Subjective Well-Being: A Gratitude Intervention in a Spanish Sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 886–896.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios 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.
- Menezes, C. B., Crauss, F., Nascimento, L., & Andretta, I. (2017). Ruminação e habilidades de mindfulness em praticantes e não praticantes de meditação. *Psico*, 48(4), 264-273.
- Mertens, D. M. (2010). *Research and evaluation in education and psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods*. California: Sage publications.
- Meyer, P. S., Johnson, D. P., Parks, A., Iwanski, C., & Penn, D. L. (2012). Positive living: A pilot study of group positive psychotherapy for people with schizophrenia. *The Journal of Positive Psychology*, 7(3), 239-248.
- Mongrain, M., & Anselmo-Matthews, T. (2012). Do positive psychology exercises work? A replication of Seligman et al. (2005). *Journal of clinical psychology*, 68(4), 382-389.
- Monte, K., Fonte, C., & Alves, S. (2015). Saúde mental numa população não clínica de jovens adultos: Da psicopatologia ao bem-estar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (SPE2), 83-87.

- Oishi S., Diener E., & Lucas R. E. (2009) The Optimum Level of Well-Being: Can People Be Too Happy? *In* Diener E. (eds) *The Science of Well-Being. Social Indicators Research Series*, vol 37. Dordrecht: Springer.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2001). Mental HealthInventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(1), 77-99.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 5(2), 229-239.
- Paludo, S. D. S., & Koller, S. H. (2007). Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia: cadernos de educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto*. Ribeirão Preto, SP. Vol. 17, n. 36 (2007), p. 9-20.
- Peat, J. (2001). *Health science research: A handbook of quantitative methods*. Australia: Allen & Unwin.
- 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>.
- Rashid, T. (2009). Positive interventions in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 461-466.
- Richard, E., & Diener, E. (2009). Personality and subjective well-being. *In* *The science of well-being* (pp. 75-102). Dordrecht: Springer.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Placebo, Editora.
- Rodríguez-Carvajal, R., Méndez, D. D., Moreno-Jiménez, B., Abarca, A. B., & Van Dierendonck, D. (2010). Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo de bienestar psicológico. *Psicothema*, 22(1), 63-70.
- 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*, [S.l.], v. 3, n. 1, ISSN 1708-1696.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful ageing. *International journal of behavioral development*, 12(1), 35-55.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current directions in psychological science*, 4(4), 99-104.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 65(1), 14-23.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist Association*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M. E. (2002). *Positive psychology, positive prevention, and positive therapy*. *Handbook of positive psychology*, 2(2002), 3-12.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American psychologist*, 60(5), 410.
- Seligman, M. E., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American psychologist*, 61(8), 774.
- Seligman, M. E. P. (2011). *A vida que floresce*. Alfragide: Estrela Polar.
- Sheldon, K. M., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American psychologist*, 56(3), 216-217.
- Sheldon, K. M., Kasser, T., Smith, K., & Share, T. (2002). Personal goals and psychological growth: Testing an intervention to enhance goal attainment and personality integration. *Journal of Personality*, 70(1), 5-31.
- Sheldon & Lyubomirsky (2004) In Seligman (2004) positive psychology in practice.
- 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. M., & Lucas, R. E. (2014). Is It Possible to Become a Permanently Happier Person? In K. M. Sheldon & R. E. Lucas (Eds.) *Stability of Happiness: Theories and Evidence on Whether Happiness Can Change* (pp. 1–7). Oxford: Elsevier.

- Schimmack, U., Radhakrishnan, P., Oishi, S., Dzokoto, V., & Ahadi, S. (2002). Culture, personality, and subjective well-being: Integrating process models of life satisfaction. *Journal of personality and social psychology*, 82(4), 582.
- 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. 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.
- Treynor, W., Gonzalez, R. & Nolen-Hoeksema (2003). Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259. <https://doi.org/10.1023/A:1023910315561>.
- Trompetter, H. R., de Kleine, E., & Bohlmeijer, E. T. (2017). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive therapy and research*, 41(3), 459-468.
- Uliaszek, A. A., Rashid, T., Williams, G. E., & Gulamani, T. (2016). Group therapy for university students: A randomized control trial of dialectical behavior therapy and positive psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 78–85. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.003>.
- Vivien L. G., & Dianne A. V. (2011). Effects of positive interventions and orientations to happiness on subjective well-being, *The Journal of Positive Psychology*, 6:2, 95-105, DOI: 10.1080/17439760.2010.545428
- Waterman, A. S. (2008). Reconsidering happiness: A eudaimonist's perspective. *The Journal of Positive Psychology*, 3(4), 234-252.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of adult development*, 17(2), 110-119.
- Wilkinson, P. O., Croudace, T. J., & Goodyer, I. M. (2013). Rumination, anxiety, depressive symptoms and subsequent depression in adolescents at risk for psychopathology: a longitudinal cohort study. *BMC Psychiatry*, 13(1). doi:10.1186/1471-244x-13-250

Wood, A. M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A tenyear cohort study. *Journal of affective disorders*, 122(3), 213-217.

World Health Organization. (2004). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (Summary Report). Geneva: WHO.

## **Anexos**