Impacto da Sofrologia nas Respostas Afetivas

ANA CRISTINA FERREIRA LEÃO DAS NEVES

Orientador da Dissertação:
PROFESSORA DOUTORA MARIA JOÃO GOUVEIA

Coordenador de Seminário de Dissertação:
PROFESSOR DOUTOR PEDRO ALMEIDA

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:
MESTRE EM PSICOLOGIA SOCIAL E DAS ORGANIZAÇÕES

2013

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Maria João Gouveia apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Social e das Organizações conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria João Gouveia pelas suas disponibilidade e paciência sempre presentes, pela clareza dos seus esclarecimentos e pela sua atitude amiga.

Ao Professor Doutor Pedro Almeida, pelo seu apoio, interesse e ajuda constantes.

A todos os que participaram neste estudo, um grande obrigado pela disponibilidade demonstrada.

Ao meu marido que me apoiou incondicionalmente, substituindo-me nas situações ou atividades para as quais, muitas vezes, fiquei indisponível.

À minha irmã que, como é habitual, me ajudou e incentivou a ultrapassar as minhas dificuldades de utilizadora informática.

RESUMO

A Sofrologia é um método de intervenção, de carácter meditativo que visa, através de um estado profundo de consciência e de relaxamento físico e psíquico, desenvolver o bem-estar geral do indivíduo, libertando vivencias desagradáveis e estimulando vivencias positivas e harmoniosas.

Este estudo foi desenvolvido no sentido de contribuir para a identificação do impacto da prática Sofrológica nas respostas afetivas positivas e negativas.

O estudo desenvolveu-se durante nove semanas, com um grupo de 21 participantes, de ambos os sexos, que procuraram a Sofrologia como forma de resolver os seus problemas de stress profissional ou pessoal. Para além de participarem num treino Sofrológico, durante seis semanas seguidas, responderam a uma escala de satisfação com a vida e a duas escalas de medição de afetos, antes de iniciarem o programa. Responderam também a ambas as escalas de afetos durante, no final e após o programa.

Os resultados indicaram uma clara diminuição dos níveis dos afetos negativos, assim como dos de Stress, Ansiedade e Depressão, ao longo e após a intervenção Sofrológica. Quanto aos afetos positivos, não foram encontradas alterações significativas entre o início e o final do programa.

Pode-se concluir que a prática da Sofrologia, durante o período em que decorreu a intervenção, teve sobretudo um efeito libertador de mal-estar, diminuindo os níveis de respostas afetivas negativas.

Destes resultados depreende-se que a prática da Sofrologia pode constituir uma ferramenta importante para o desenvolvimento do bem-estar dos indivíduos, sugerindo algumas implicações para futuros estudos com esta intervenção.

Palavras-chave: Sofrologia, Respostas Afetivas, Bem-Estar, Meditação

ABSTRACT

Sophrology is a intervation method of meditative nature, that intends, through a deeper state of consciousness and the physical and mental relaxation, to develop a general welfare of the individual, releasing unpleasant experiences and stimulating positive and harmonious livings.
This study was designed to contribute to the identification of the impact of the practice of Sophrology on positive and negative affective responses.
The study was developed during nine weeks with a group of 21 participants , of both sexes , who believed that Sophrology could be a way to solve their problems of professional or personal stress . In addition to attending a Sophrologic training, for six straight weeks, they responded to a scale of life satisfaction and two scales of affects measurement, before starting the program. They also responded two affect scales during the experience, at the end and after the program.
The results showed a clear decrease in the levels of negative affects as Stress , Anxiety and Depression , along and after the intervention. In relation with positive affects, no significant changes between the beginning and end of the program were found.
It can be concluded that the practice of Sophrology, during the period in which the intervention happened, had a particularly liberating effect of malaise by lowering levels of negative affective responses.
From these results it appears that the practice of Sophrology can be an important tool for the development of the welfare of individuals , suggesting some implications for further studies with this intervention.

Keywords: Sphrology, Affective Responses, Well-beeing, Meditation

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO 1
1.1. BEM-ESTAR SUBJECTIVO 2
1.1.1.HISTÓRIA E CONCEITO DE BEM-ESTAR SUBJECTIVO 2
1.1.2. FATORES DETERMINANTES 3
1.1.3. MODELO INTEGRADOR DE BEM-ESTAR SUBJECTVO 4
1.1.4. MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR SUBJECTIVO 5
1.2. STRESS ANSIEDADE E DEPRESSÃO 7
1.3. ABORDAGENS MEDITATIVAS 10
1.4. MEDITAÇÃO E BEM-ESTAR 11
1.5. A SOFROLOGIA CAYCEDIANA 12
1.6. FORMULAÇÃO DA PROBLEMÁTICA EM ESTUDO 15

2. MÉTODO 17
2.1. PARTICIPANTES 17
2.2. INSTRUMENTOS 18
2. 3. PROCEDIMENTO 21

3 RESULTADOS 25

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 34

5 REFERÊNCIAS 40

6 ANEXOS 48
ANEXOS A 48
ANEXOS B 53
ANEXOS C I 54
ANEXOS C II 55
ANEXOS D 56
ANEXOS E 57
ANEXOS F 58
ANEXOS G 59
ANEXOS H 60
ANEXOS I 61
ANEXOS J 62
ANEXOS K 63
ANEXOS L 64

ANEXOS M 65
ANEXOS N 66
ANEXOS O 67
ANEXOS P 68
ANEXOS Q 89
ANEXOS R 91
ANEXOS S 96
ANEXOS T 98

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – ALPHAS DE CRONBACH DE TODAS AS ESCALAS POR MOMENTO 25
TABELA 2 – CARACTERIZAÇÃO DA CRENÇA NA EFICÁCIA POR MOMENTO 26
TABELA 3 – CARACTERIZAÇÃO DO PANAS POSITIVO POR MOMENTO 26
TABELA 4 – CARACTERIZAÇÃO DO PANAS NEGATIVO POR MOMENTO 27
TABELA 5 – CARACTERIZAÇÃO DO DASS ANSIEDADE POR MOMENTO 28
TABELA 6 – CARACTERIZAÇÃO DO DASS DEPRESSÃO POR MOMENTO 28
TABELA 7 – CARACTERIZAÇÃO DO DASS STRESS POR MOMENTO
TABELA 8 – CARACTERIZAÇÃO DO SWLS 30
TABELA 9 – COMPARAÇÃO ENTRE 1º(PRÉ) E 5º (PÓS) MOMENTOS DO DASS 32
TABELA 10 – COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DAS ESCALAS PANAS E DASS ENTRE DOIS TIPOS DE PROFISSÃO NO MOMENTO 1 32
TABELA 11 – COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DAS ESCALAS PANAS E DASS ENTRE DOIS TIPOS DE PROFISSÃO NO MOMENTO 5 33

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- SOURCES ET ORIGINES DE LA SOPHROLOGIE CAYCEDIENNE ® 13
FIGURA 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DA CRENÇA NA EFICÁCIA DA SOFROLOGIA POR MOMENTO 26
FIGURA 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DO PANAS POSITIVO POR MOMENTO 26
FIGURA 4 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DO PANAS NEGATIVO POR MOMENTO 27
FIGURA 5 – DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DO DASS ANSIEDADE POR MOMENTO 28
FIGURA 6– DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DO DASS DEPRESSÃO POR MOMENTO 29
FIGURA 7 –DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DO DASS STRESS POR MOMENTO 29

O Bem-estar é reconhecidamente um fator fundamental para a qualidade de vida das pessoas, fazendo parte ou identificando-se com a noção de Felicidade. Ao longo da história da humanidade, os filósofos têm considerado a Felicidade como um bem supremo e a principal motivação existencial dos seres humanos (Diener, 1984).

O Bem-estar pode ser promovido conscientemente pelos indivíduos, independentemente das circunstâncias exteriores das sua vida, através da prática de métodos meditativos e relaxamento, em geral , e da prática da Sofrologia em particular.

Existem vários estudos publicados sobre os efeitos da meditação a nível físico e psicológico, nomeadamente a investigação sobre efeitos da prática meditativa a nível do cérebro (Holzel, Carmody, Vangel, Gougleton, Yerramsetti, Gard, & Lazar, 2011), onde os autores fizeram um estudo longitudinal controlado para identificar as, pré e pós, alterações de concentração da massa cinzenta do cérebro, de sujeitos submetidos a um programa pratica meditativa. Os resultados desta investigação indicaram que, a participação no programa meditativo está associada a alterações da concentração de massa cinzenta, em regiões do cérebro ligadas aos processos de aprendizagem e memorização e, ainda, regulação emocional.

No entanto não foram encontrados estudos sobre os efeitos da Sofrologia como forma de promover o Bem-estar.

Este estudo realiza-se como proposta de tese de Mestrado, na medida que a autora possui extensa prática em Sofrologia Caycediana, tanto como formadora, como *coaching* de indivíduos com problemas de ansiedade e *stress* profissional ou pessoal.

É do conhecimento geral, a forte tendência, nas sociedades ocidentais, para o aumento dos problemas de saúde relacionados com stress.

As mudanças tecnológicas, introduzidas no processo produtivo, possibilitaram às empresas o aumento da produtividade e, consequentemente, dos lucros mas também trouxeram impacto na saúde do trabalhador, com manifestações tanto físicas como psíquicas.

O surgimento de novas enfermidades relacionadas às mudanças introduzidas no mundo do trabalho tem sido apontado, nas produções científicas, nas últimas décadas.

O documento da Comissão das Comunidades Européias (2002-2006) "Como adaptar-se às mudanças na sociedade e no mundo do trabalho - uma nova estratégia comunitária de saúde e segurança", menciona que enfermidades consideradas emergentes, como o *stress*, a Depressão ou a ansiedade, assim como a violência no trabalho, o assédio e a intimidação, são

responsáveis por 18% dos problemas de saúde associados ao trabalho, uma quarta parte dos quais implica em duas semanas ou mais de ausência laboral.

Por outro lado, a sociedade ocidental tem vivido em função de um paradigma de individualismo competitivo, acreditando que a vida obriga a uma luta heróica pelo domínio sobre os elementos hostis e uma parcela de recursos estritamente limitados.

As situações que sobretudo contribuíram para esta visão foram: a Revolução Científica ou Iluminismo e as duas Revoluções Industriais dos séculos XVIII e XIX, que transformaram as condições económicas do ocidente, no nosso mundo atual. Estes movimentos alteraram drasticamente " [...] a nossa visão do universo de um todo harmonioso, benevolente e interligado, para uma amálgama de coisas separadas e não relacionadas, que competem umas contra as outras pela sobrevivência" (McTarggart, 2011, p.17).

Estas crenças generalizadas na nossa cultura social, levam facilmente a uma constante tensão psicofisiológica, uma falta de tranquilidade em relação à existência de grande parte da população.

É pois relevante desenvolver intervenções que contribuam para a diminuição dos fatores de stress que tanto perturbam o Bem-estar das pessoas.

E é nesta perspectiva que se desenvolveu este estudo, utilizando-se a Sofrologia como método de relaxamento psicofísico e programação consciente de Bem-estar ,num grupo de mulheres e homens com queixas de stress. e que procuraram a Sofrologia para resolver ou melhorar essa problemática.

O estudo tem como objetivo identificar se a prática da Sofrologia tem impacto nos afetos positivos e negativos, assim como, na redução de Stress, Ansiedade e Depressão.

1.1. BEM-ESTAR SUBJECTIVO

1.1.1.História e Conceito de Bem-Estar Subjectivo

A investigação sobre o Bem-Estar subjectivo remonta aos anos 50, nos EUA, ligada à Psicologia Social, incuindo-se no denominado "Movimento dos Indicadores Sociais".

Segundo esta linha de investigação, o Bem-estar não pode ser só avaliado apenas por fatores externos, como as condições económicas, tal como era visto pelos economistas que o identificavam com o rendimento – *welfare*, ou seja, contribuição dos bens e serviços que o dinheiro pode comprar para a obtenção de Bem-estar. Para além dos recursos materiais,

vários aspectos determinam o nosso Bem-estar ou a nossa qualidade de vida: a saúde, as relações com outros, a satisfação com o trabalho, a liberdade política, entre outros.

Na década de 60, o conceito transcende, definitivamente, a dimensão de Bem-estar material e adquire uma dimensão mais global, de Bem-estar na Vida como um todo, que inclui a experiência subjetiva do indivíduo relativamente ao seu próprio Bem-estar.

No âmbito da saúde, o conceito de Bem-estar surge consistentemente na década de 70 e é alargado à saúde mental (O´Donnel, 1986 e Terris, 1975, cit. por Galinha, 2006).

O momento crítico seguinte, na evolução do conceito de Bem-estar, terá sido por volta dos anos 80, quando a abrangência da sua nova identidade e a quantidade de investigação produzida sobre o conceito de Bem-estar resultou numa crise na definição do conceito e numa subdivisão em Bem-estar Psicológico e Bem-estar Subjectivo.

Em resultado da ampla utilização do conceito, por investigadores de várias áreas da Psicologia, os contornos da sua definição tornaram-se arbitrários e não se observou um consenso na definição do conceito. Segundo Novo (2003), esta divergência conduziu à separação de duas perspectivas do Bem-estar, o Bem-estar Subjectivo, que forma um campo de estudo e integra as dimensões de afeto e satisfação com a vida, e o Bem-estar Psicológico que constitui outro campo de estudo, fundado nos anos 80, por Ryff, e que integra os conceitos de auto-aceitação, autonomia, controlo sobre o meio, relações positivas, propósito na vida e desenvolvimento pessoal.

Com a crescente importância que é dada ao Bem-estar Psicológico na saúde mental, Veit e Ware, (1983) propõem um modelo de saúde mental bidimensional, (Mental Health Inventory) MHI, que inclui as dimensões de Mal-estar Psicológico (sintomas de ansiedade, perda de controle emocional/comportamental e depressão) e de Bem-estar Psicológico (emoções positivas).

Esta visão, mais integralista, da saúde mental tem vindo a prevalecer até hoje, caracterizada pela noção de que esta está para além da ausência de perturbações mentais como a ansiedade e a depressão, incluindo dimensões positivas como o Bem-estar Subjetivo: " a percepção de auto-eficácia, a autonomia, a competência, a auto-atualização do potencial intelectual e emocional próprio, entre outros" (World Helth Report [WHO], 2001).

1.1.2. Fatores Determinantes

Há vários fatores que interferem e explicam o Bem-estar Subjetivo e é importante considerar que existe uma constante relação dinâmica entre eles. "...os fatores contextuais parecem influenciar o Bem-estar Subjetivo de curto-termo embora existam eventos que

revelam efeitos duradouros no Bem-estar Subjetivo. A personalidade parece determinar a forma como o indivíduo habitualmente reage e se reequilibra face aos acontecimentos da vida e, desta forma, apresenta maior associação o Bem-estar Subjetivo de longo termo. As variáveis cognitivas são responsáveis pelas representações dos indivíduos, os seus valores, as aspirações e os padrões de comparação e, desta forma, parecem determinar os seus critérios de Bem-estar Subjetivo e a forma como o avaliam em cada momento. As variáveis culturais explicam parte das variações entre nações e grupos étnicos, em particular, em função das suas características mais individualistas ou coletivistas. A interação entre os vários tipos de fatores é complexa e dinâmica" (Galinha, 2010, p. 183).

Atualmente, os estudos sobre o Bem-estar Subjetivo são inúmeros, tanto abordando fatores pessoais como a personalidade, como fatores sociais, contribuindo assim para uma maior compreensão deste fenômeno. O estudos sociológicos procuram estudar sobretudo a influência das variáveis sócio-demográficas no Bem-estar Subjetivo, de forma a identificar vivencias de satisfação e felicidade, como indicadores de Saúde Mental. No que se refere aos estudos sobre a personalidade, procuram observar as características estáveis das pessoas mais e menos felizes. Ainda, os estudos das Psicologias Social e Cognitiva analisam os fenômenos de adaptação, padrões e representações relativas à avaliação do Bem-estar Subjetivo (Galinha, 2010).

1.1.3. Modelo Integrador de Bem-Estar Subjectvo

Entre os modelos integradores do Bem-estar Subjetivo, salientamos o modelo teórico das estratégias para promover o Bem-estar Subjetivo, de Sirgy (2002), como exemplo e porque, em determinados aspectos, se relaciona com o tipo de abordagens que a Sofrologia utiliza para a promoção do Bem-estar.

"Sirgy (2002) constrói o seu modelo teórico partindo do pressuposto, defendido pelas teorias homeostáticas, que as pessoas tem a tendência para aumentar o Bem-estar Subjetivo para níveis acima do nível neutro mas de modo a que não excedam, um limite máximo. Partindo deste pressuposto, desenvolve a sua teoria descrevendo o conjunto de processos que os indivíduos desencadeiam para manter o seu Bem-estar Subjetivo em níveis óptimos, não excedendo um nível máximo nem descendo abaixo de um nível mínimo" (Galinha, 2010, p. 206).

Segundo Sirgy (2002), uma das estratégias utilizadas pelas pessoas quando estão insatisfeitas com determinada área das suas vidas, é de rapidamente investir noutra área mais satisfatória, através de um processo de transferência (*spill over*), de forma a aumentar o seu

Bem-estar global e, assim, também influenciar positivamente a zona de insatisfação. De facto, existem bastantes resultados empíricos sobre a qualidade de vida que apontam neste sentido, de que a satisfação numa área de vida pode influenciar a satisfação noutra área (Galinha, 2010). A transferência é uma das técnicas utilizadas pela Sofrologia para promover o Bem-estar, desencadeando ativamente este processo, que permite ao indivíduo uma perspectiva diferente, mais abrangente e mais positiva, no que diz respeito àquela vivência particular desagradável e, além disso, influenciando também positivamente outras vivencias em geral (Princípio da Ação Positiva de Caycedo) (Ergas,1984).

As pesquisas sobre as relações entre a personalidade e o Bem-estar Subjetivo e as causas destas relações fornecem informações importantes sobre o Bem-estar Subjetivo, sua estrutura e funcionamento. A literatura aponta que os componentes cognitivos e afetivos do Bem-estar apresentam-se consistentes nas pessoas ao longo do tempo e das situações, correlacionando-se com traços específicos e constructos da personalidade. Além disso, os componentes do Bem-estar também se relacionam de forma distinta com os traços: extroversão correlaciona-se com afeto ligado a prazer de forma moderada; neuroticismo correlaciona-se com afeto de desprazer; e as metas pessoais estão mais fortemente relacionadas com o componente cognitivo do Bem-estar. Os estudos demonstraram que a tendência para experienciar emoções fortes ou leves é estável ao longo do tempo. As pessoas são consistentes nos seus padrões de reação. A intensidade do afeto, portanto, não se correlaciona com os indicadores do Bem-estar. A intensidade do afeto, para (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999), reflete a qualidade, em vez do nível do Bem-estar Subjetivo que uma pessoa experiência.

1.1.4. Métodos de Avaliação do Bem-Estar Subjectivo

A área de estudo do Bem-estar Subjetivo tem na sua génese estudos empíricos, caracterizado por medidas de auto-relato (Diener, 1984) Inicialmente, o Bem-estar Subjetivo, por ser de importância central nos estudos de qualidade de vida das décadas de 1960 e 1970, era avaliado através de medidas de uma única questão em grandes inquéritos sociais (Andrews & Robinson, 1991; Diener, 1984).

Basicamente, era incluída, nos grandes levantamentos sociais da época, uma questão específica sobre felicidade ou satisfação de vida. A modificar essa abordagem , em 1976, foi desenvolvida uma escala multi-item sobre satisfação de vida: o Índice de Bem-estar de Campbell, Converse e Rodgers, utilizado no grande levantamento sobre a qualidade de vida americana realizado na década de 70, com a participação de mais de 2.000 pessoas.

Tendo sido o método mais frequentemente utilizado nesta área, as medidas de um único item, apesar da vantagem da brevidade, têm vindo a ser criticadas por um grande número de razões, entre as quais: foram desenvolvidas para populações específicas e não permitem obter estimativas de consistência interna. De facto, nas escalas de um único item perde-se a informação dos vários elementos que compõem o Bem-estar Subjetivo, não oferendo uma visão diferenciada sobre este. (Diener,1984). Daí, o surgimento das escalas de multi-item que, no seu início, foram desenhadas para pessoas idosas mas que, rapidamente foram adaptadas para pessoas mais jovens, isto é, susceptíveis de ser aplicadas a toda a população.

Existem, hoje em dia, muitas escalas multi-item quer desenhadas com finalidades mais globais relativamente ao conceito de bem-estar subjetivo, quer com objetivos de estudo de níveis particulares de satisfação. Existem vantagens relativamente ao estudo de níveis mais específicos de Bem-estar, como "[...] compreender em que medida a variância na resposta, a cada um dos domínios, influencia o Bem-estar Subjetivo total e compreender as condições específicas que determinam a satisfação em domínios de vida particulares" (Galinha, 2010, p. 56). As medidas mais específicas apresentam também a vantagem de serem, em geral, mais sensíveis às variáveis causais (Diener et al., 1997). Muitas dessas escalas são úteis para medir os componentes separados de frequência e intensidade do Bem-estar Subjetivo (Diener, 1984).

Como exemplo de medições multi-item e, também, porque foram estas escolhidas para este estudo, salienta-se:

Escala de Satisfação de Vida – (Satisfaction With Life Scale [SWLS]) (Diener, Emmons, Larsen e Griffin, 1985; Pavot, Diener, Colvin e Sandvik, 1991; Pavot e Diener, 1993), que foi desenvolvida para avaliar satisfação de vida global em adultos e jovens, assim como, em pessoas de terceira idade.

A Escala PANAS (*Positive and Negative Affect Schedule* [PANAS] de Watson, Clark & Tellegen, 1988) foi desenvolvida na tentativa de colmatar a lacuna de instrumentos psicométricamente bem construídos, económicos e de fácil aplicação, que avaliassem os afetos positivo e negativo. Cada medida é composta por dez itens, que são termos que descrevem os estados de humor. Foi desenvolvida uma versão do PANAS para o português (Giacomoni & Hutz 1997), mas o estudo psicométrico para a população portuguesa só foi realizado por Galinha e Pais-Ribeiro em 2005.

Por não ser uma avaliação única e simples mas, pelo contrário, por ser multifacetado,

o Bem-estar Subjetivo deve ser avaliado, também, através dos julgamentos globais, dos relatos de humores momentâneos, da fisiologia, da memória e das expressões emocionais. A forma mais tradicional da medida do Bem-estar Subjetivo são as de auto-relato, as quais fazem uso de exemplificações de experiências de felicidade. A intervenção Sofrológica, focada no desenvolvimento de Bem-estar dos indivíduos, utiliza a chamada Fenodescrição, no final de cada prática que, como o nome indica, é a descrição dos fenómenos vivenciados durante essa mesma prática. Esta permite a verificação, por parte do sofrólogo, da evolução do sofronizado em relação às vivencias positivas.

Outros métodos existentes para avaliar Bem-estar Subjetivo podem ser também: os valores de descritores qualitativos da vida das pessoas, a medição das reações a estímulos emocionais ambíguos e os registros de lembranças de acontecimentos bons e maus das pessoas.

Além desses, podemos citar uma variedade de medidas alternativas às de auto-relato, entre elas, por exemplo. a frequência de sorrisos, a habilidade de lembrar acontecimentos positivos ou negativos nas suas vidas, assim como, relatos de familiares e/ou amigos sobre os níveis de satisfação e felicidade da pessoa (Diener & Diener,2000).

Por último, citamos as medidas fisiológicas, tais como os níveis de cortisol salivar, ou medidas eletrofisiológicas, obtidas através de eletroencefalogramas, que também podem ser utilizadas para indicar níveis de Bem-estar e Mal-estar (Diener, Kahneman & Schwarz, 1999). Têm-se também desenvolvido vários estudos com a preocupação de verificar a estabilidade dos níveis de bem-estar. Essas pesquisas têm mostrado que o bem-estar subjetivo apresenta alguma estabilidade temporal (Diener, 1994; Horley & Lavery, 1991). O estudo de Andrews (1991) sobre a estabilidade e mudança nos níveis e na estrutura do Bem-estar Subjetivo, nos Estados Unidos, num intervalo de dezesseis anos (entre 1972 e 1988), demonstrou que a estrutura das medidas de Bem-estar Subjetivo permaneceram constantes.

1.2. STRESS ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Diretamente relacionadas com o Bem-estar Subjetivo ou falta dele estão as vivencias de Stress, Ansiedade e Depressão. Na medida que este estudo se debruça sobre o impacto que a prática da Sofrologia pode ter na diminuição de respostas de mal-estar, faz sentido definir aquelas vivências, tão perturbadoras do bem-estar dos seres humanos.

O síndrome de Stress foi descrito, pela primeira vez , pelo medico austríaco, Hans Selye, em

1936. Este procurou demonstrar que o stress não era uma resposta vaga de insatisfação com a vida, mas antes um fenómeno susceptível de ser definido, do ponto de vista médico e biológico, cujo mecanismo podia ser identificado objetivamente. Para Selye o Stress é uma resposta não específica do organismo, face a estímulos desagradáveis ou agradáveis, na procura de recuperar a homeostase perdida perante estes (International Institute of Stress, 1996).

O stress pode ser definido como: "uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psico-fisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz" (Lipp & Malagris, 2001, p.47).

O stress tem sido objecto de estudo de muitos pesquisadores da área da saúde, já que existe uma preocupação com as consequencias que este pode trazer para a qualidade de vida do ser humano (Lipp & Malagris, 2004; Straub, 2005). O stress desenvolve-se como um processo que contribui para a adaptação do organismo perante situações de risco (Lipp & Malagris, 1995), logo, em si não é um problema mas sim uma resposta que visa uma solução. No entanto, quando excessivo, esse processo de adaptação pode transformar-se num factor de perturbação para o indivíduo. Importante salientar as possíveis consequencias para a vida do indivíduo vítima de stress excessivo. Em vários estudos realizados, as mulheres revelam-se mais susceptíveis a vivenciar níveis de stress elevados do que os homens. (Lipp & Malagris, 2004). Como enfatizam Lipp e Malagris (2001), níveis de stress elevados podem influenciar negativamente o bem-estar físico e emocional das pessoas. Tais influências podem gerar problemas de ajustamento social, familiar/afetivo, de saúde e profissional.

O Stress tem claras afinidades com a Ansiedade e, muitas vezes, estas respostas emocionais são confundidas. O stress é um processo temporário de resposta de adaptação a uma situação de exigência, e quanto que a Ansiedade é um estado emocional desencadeado por medo ou preocupação exagerada, face a um conjunto de acontecimentos ou actividades, que ocorre de forma repetida, em mais de metade dos dias, por um período superior a seis meses (DSM-IV-TR).

Esta resposta emocional, caracteriza-se por um sentimento difuso, desagradável, de preocupação constante, que o indivíduo tem dificuldade em controlar, e é necessariamente acompanhada por alguns sintomas como agitação, fadiga fácil, dificuldades de concentração, irritabilidade, tensão muscular e sono perturbado.

Assim como existe uma relação estreita entre Stress e Ansiedade, o mesmo se passa em relação à Depressão. Tem sido por isso que se têm desenvolvido vários estudos sobre a relação entre estes síndromes.

No DMS-IV-TR, a Depressão é considerada uma alteração de humor, com perda de interesse em quase todas as atividades, por um período de pelo menos duas semanas. Deve ser acompanhada de pelo menos quatro sintomas, de uma lista que inclui alterações de apetite ou peso, insónia, astenia física e psíquica, auto desvalorização ou culpa, dificuldades de concentração e raciocínio, ideias autodestrutivas.

Devido à associação entre estes três afetos negativos, na medida que Ansiedade, Depressão e Stress dizem respeito a um conjunto de sentimentos e emoções que envolvem o ser humano na sua globalidade (Graeff & Hetem 2004), as pesquisas começaram a debruçar-se sobre o estudo destes três parâmetros em conjunto, em vez de os estudar só separadamente. Assim, desenvolveu-se o modelo tripartido (Watson, Clark, Weber, Assenheimer, Staruss, e McCormick, 1995). Estes autores salientam a evidência de que a ansiedade e depressão são difíceis de diferenciar empiricamente. Neste modelo, os sintomas de ansiedade e depressão estão agrupados em três estruturas: Distress ou afeto negativo (sintomas inespecíficos de mal-estar ligados a manifestações somáticas), Ansiedade (tensão somática e hiperactividade) e Depressão (anedonia e ausência de afeto positivo). A operacionalização do modelo tripartido levou à construção de medidas tais como a escala Depression Anxiety Stress Scale (DASS), desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995), escolhida para este estudo, para medição de respostas afetivas negativas.

Mais recentemente, a ligação biológica entre ansiedade, depressão e stress foi identificada, pela primeira vez, em 2010, por investigadores da Universidade de Ontário Ocidental, Canadá e publicada na revista Nature Neuroscience. Esta a pesquisa revelou o mecanismo cerebral responsável por essa ligação, demonstrando como o stress e a ansiedade podem levar à depressão. (Jornal de Ciência, Tecnologia e Empreededorismo, 2013)

No decurso de experiências com ratos, os autores identificaram esta ligação e testaram um inibidor da depressão. O mecanismo envolve a interacção entre o receptor do factor de libertação de corticotropina 1, que expande a ansiedade em resposta ao stress e tipos específicos de receptores do neurotransmissor serotonina, que induzem ao estado depressivo.

1.3. ABORDAGENS MEDITATIVAS (COMO FORMA DE PROMOVER O BES)

Pode-se definir meditação como uma prática que engloba um conjunto de técnicas que buscam treinar a focalização da atenção, Shapiro, (1981) Por isso, pode ser considerada, através da sua prática, como um processo auto-regulação da atenção.

Também designada como técnica "mente-corpo" (Hankey, A., 2006; Kabat-Zinn, 2003), ou "resposta de relaxamento" (Campagne, 2004), a meditação é descrita como um treino mental, capaz de produzir maior integração entre mente, corpo e mundo externo (Brefczynski-Lewis, Lutz, Schaeffer, Levinson, & Davidson, 2007).

A meditação é uma prática muito antiga, com origem nas tradições orientais, estando especialmente relacionada com filosofias Veda e Yoga, Budismo e Zen (Ergas, 1984). Contudo, esse termo também é utilizado para designar algumas práticas cultivadas por certas religiões, como o cristianismo, o judaísmo, o islamismo, o taoísmo e o xamanismo, entre outras, através do deslocamento da consciência da realidade externa para a interna.

Em relação a investigações científicas, embora conste que desde 1936 o potencial da meditação tem vindo a ser discutido (Smith, 1975), apenas por volta da década de 60 a meditação começou a ser objeto de estudos mais rigorosos, (Goleman,1988; Shapiro, 1981), Na sua concepção, a meditação apresenta ênfases diferentes. Enquanto no Oriente meditar é sinónimo de busca espiritual, no Ocidente tem sido utilizada para descrever práticas auto-reguladoras do corpo e da mente. A investigação científica da meditação parte da premissa que, embora existam diversas técnicas, todas têm uma característica fundamental comum: o controle da atenção, (Cahn & Polich, 2006; Goleman,1988).

Na visão ocidental, conforme o processo da atenção é direcionado, as técnicas meditativas podem ser classificadas em dois ou três tipos principais. Em geral, dois estilos básicos são mencionados: *mindfulness* e concentrativo (Cahn & Polich, 2006; Davidson & Goleman, 1977). O tipo mindfulness, ou meditação do *insight*, é descrito como uma prática de abertura, em que há uma percepção dos estímulos, como pensamentos, sentimentos e/ou sensações, embora a atenção específica mantida seja uma observação livre que não os julga nem analisa. Corresponde ao princípio essencial da Fenomenologia de Edmund Husserl, Martin Heidegger (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2013).

Algumas técnicas orientais que se enquadram nesse tipo são a meditação zen, vipassana e a própria adaptação ocidental mindfulness,. As técnicas meditativas concentrativas caracterizam-se pela restrição da atenção a um único objeto, interno ou

externo. Ignora-se qualquer estímulo do ambiente, focalizando uma atividade mental ou sensorial específica, por exemplo, a repetição de um som, uma imagem ou a respiração. Nesse tipo, incluem-se algumas meditações oriundas do yoga, como a meditação transcendental e a meditação budista samatha. Existe um terceiro tipo, denominado contemplativo, que seria uma integração dos dois outros tipos, visto que requer tanto a habilidade de focalizar como de se abrir. Alguns exemplos são a meditação judaica e determinadas orações, (Shapiro, Schwartz, & Santerre 2005) assim como a Sofrologia Caycediana, cujo aspecto meditativo se pode considerar misto.

Além das especificidades de cada técnica, outras variáveis, como predisposições genéticas, traços de personalidade, vivências particulares de cada um, expectativas, motivações e valores também podem mediar o tipo e a qualidade da resposta que a prática meditativa produzirá (Hamada, Murata, Kosaka, Kikushi, Omori, Yoshida & Wada, 2005), portanto o estudo da meditação e os seus efeitos deve considerar as características do sujeito antes da prática, os estados que ocorrem durante ou pouco tempo após a meditação, e, por fim, as mudanças duradouras resultantes da prática continuada (Davidson & Goleman, 1977). É consenso que a melhor forma de fazê-lo é através de estudos longitudinais (Hankey, 2006; Benson, Dusek, Fischl, Gray, Greve, Kerr, Lazar, McGarvey, Moore, Quinn, Rauch, Treadway & Wasserman 2005; Davis, Davidson, Francis, Greischar, Lutz, Nieuwenhuis & Slagter, 2007).

1.4. MEDITAÇÃO E BEM-ESTAR

Estudos de acompanhamento descobriram que a meditação auxilia a gerir e a reduzir o *stress* e que esse efeito se prolonga no tempo (Fletcher, Kabat-Zinn, & Miller, 1995; Hedberg, Oman & Thoresen, 2006; Bowen, et al., 2006).

A prática meditativa também está associada à diminuição da ansiedade, (Brown, & Ryan, 2003; Davidson, et al, 2003; Benson, et al., 2006; Grossman, Niemannb, Schmidtc & Walachc, 2004).

Os efeitos de uma intervenção de oito semanas de meditação sobre a redução dos sintomas do transtorno de ansiedade generalizada e do transtorno de pânico, com e sem agorafobia, foram mantidos por três anos, (Fletcher, et al., 1995).

A meditação também é capaz de estimular aspectos saudáveis. Uma pesquisa verificou que a prática meditativa está associada à ativação do córtex pré-frontal esquerdo, (Davidson,

et al., 2003). que está relacionado com Afetos positivos e a maior resiliência (Davidson, R. J., 2004). Também, ondas teta produzidas pela meditação mostraram correlação positiva com a autodescrição da experiência emocional positiva durante a prática de um grupo de indivíduos experientes em meditação, em contraste com o grupo de iniciados, *Subjective scores of emotional experience significantly correlated with theta, whereas scores of internalized attention with both theta and alpha lower synchronization. Our results propose selective associations of theta and alpha oscillating networks activity with states of internalized attention and positive emotional experience* (Aftanas & Golocheikine, 2001, p. 57). Neste mesmo estudo, os autores concluem que quanto maior for o tempo de pratica, melhor o relato de experiência emocional positiva.

Outros estudos com medidas subjetivas e instrumentos de auto-relato indicaram que a meditação é capaz de gerar Afetos positivos, (Bell, Jain, Mills, Roesch, Schwartz, Shapiro & Swanick, 2007).melhorar o humor , melhorar a qualidade de vida, (Antoni, Cruess, Kumar, & Schneiderman, 2000; Carlson, Goodey, Patel, & Speca, 2004), e O Bem-estar Psicológico, (Brazier, Mulkins, & Verhoef, 2006). Além disso, uma pesquisa que comparou o Afeto positivo entre experientes em meditação e um grupo-controle revelou que, mesmo em níveis basais, os experientes apresentavam níveis significativamente maiores de afeto positivo, (Goleman, & Schwartz 1976), corroborando o pressuposto das filosofias orientais de que a meditação pode trazer efeitos que se sobrepõem à condição de estado.

1.5. A SOFROLOGIA CAYCEDIANA

O termo **Sofrologia** foi criado, em 1960, em Madrid, pelo médico neuropsiquiatra, Prf. Alfonso Caycedo, para designar uma escola científica, que estuda a consciência e os valores da existência, através de processos que lhe são próprios.

A palavra tem raízes gregas: sos (harmonia), phren (consciência) e logos (estudo). Etimologicamente significa " estudo da harmonia da consciência".

Alfonso Caycedo define a Sofrologia como "A ciência da consciência, inspirada na fenomenologia, que estuda a consciência, as suas modificações e os meios que a podem modificar, com fins terapêuticos, profiláticos ou pedagógicos".

A Sofrologia, actualmente chamada Sofrologia Caycediana, sendo original na sua semântica, na sua metodologia e nos seus conceitos epistemológicos, sofreu várias influências:

. Técnicas da Hipnose e Relaxamento (Ocidente)

. Psicologia (Jung e Freud)

. Filosofia Fenomenológica

. Psiquiatria Fenomenológica Existencial

. Técnicas e filosofias do Yoga, Budismo e Zen (Oriente)

. Neurologia contemporânea

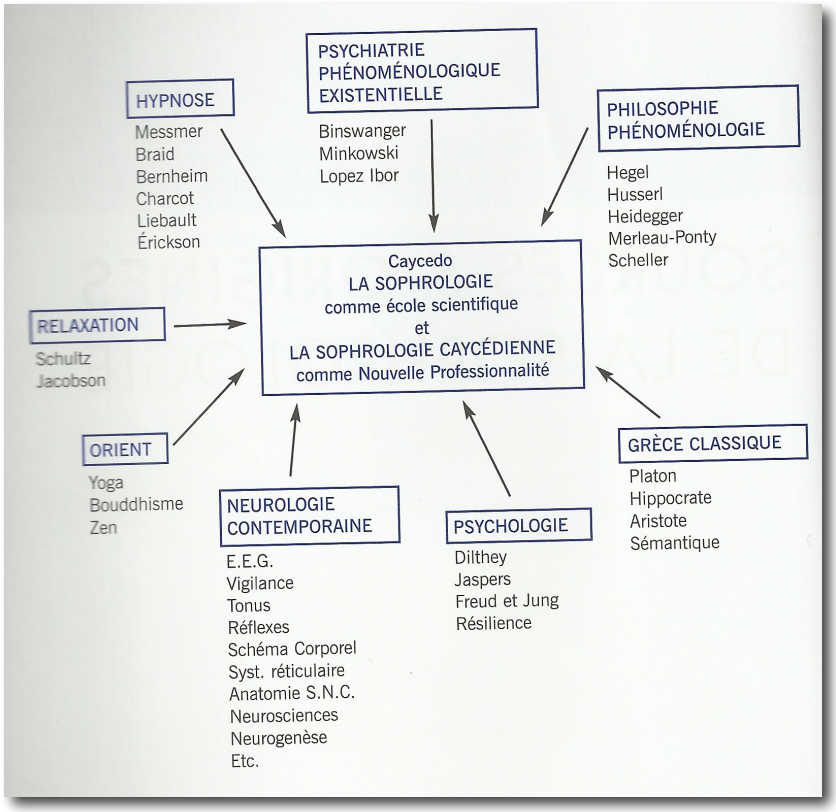


Figura 1- Sources et origines de la Sophrologie Caycédienne ® (Chéné, 2008, p.42)

Caycedo, após ter iniciado a sua prática em neuropsiquiatria e desanimado com os fracos resultados obtidos através da utilização de fármacos psiquiátricos no meio hospitalar, interessou-se pela Hipnose Clínica e pelas Técnicas Relaxamento, fundando a "Sociedade de Hipnose" em Madrid (1959).

Foi a partir desta experiência que Caycedo começou a desenvolver o método Sofrológico, utilizando a "indução" e o "relaxamento" como abordagens essenciais, um meio de acesso a um estado de consciência profunda, o Nível Sofro-liminal. Através da respiração completa e

consciente, da descontração de todas as partes do corpo e do abandono da mente, atinge-se um nível mais profundo de consciência (aumento de ondas alpha, através de electroencefalograma), tal como acontece através da Hipnose, Meditação ou técnicas de Relaxamento.

Interessou-se também pela Fenomenologia e inspirou-se na primeira redução filosófica de Edmund Husserl, (1859-1938), filósofo do final do século XIX, (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2009). Este refere sobre a Fenomenologia que "desvia a nossa atenção das teorias que dizem respeito às coisas, para a concentrar sobre as próprias coisas" (Husserl, 1989)

A redução filosófica inclui três passos:

. retorno à própria coisa

. suspensão do julgamento

. pôr entre parêntesis

Esta filosofia leva a uma atitude de concentração e observação dos fenômenos, desprovida de idéias pré-feitas, numa tentativa de purificação das vivencias, fazendo parte da metodologia dos quatro primeiros graus da Sofrologia Caycediana. Foi aluno, entre 1963 e 1964, do psiquiatra suíço Ludwig Binswanger (1881-1966), criador da Psiquiatria Fenomenológica Existencial (Análise Existencial), (Isps,2004). Esta explora o que Heidegger (1889-1976) chama de *Daisen* , a maneira de estar/ser de cada homem no mundo (Heidegger, 1990). É através das suas formas de expressão como ser, que o homem se revela ao mundo, na sua subjetividade. Na Análise Existencial, o terapeuta procura a forma que o paciente tem de estar presente no mundo.

Esta abordagem existencial, passou a fazer parte do método Sofrológico. Para Caycedo, **a presença** vive-se numa tridimensão unitária de tempo e espaço. A expressão de cada indivíduo (física/corporal e psíquica) faz-.se através da relação vivencial entre o passado, futuro e presente. A intervenção terapêutica permite isolar, concentrar e dirigir os fenômenos/vivencias que existem no indivíduo. A proposta Sofrológica é a da sua atualização, de os fazer viver, de os reforçar para trazer a confiança em si próprio e na relação com o outro e com a vida.

De 1965 a 1968, Caycedo percorreu a Índia, Tibete e Japão para estudar os fenômenos da consciência dos grandes místicos do Oriente. Iniciou-se no Yoga, Budismo tibetano e Zen e aí encontrou material de enorme riqueza para o estudo dos Estados Modificados da Consciência. Foi também desta experiência que percebeu a extraordinária importância da

Consciência Corporal, como aspecto fundamental para encontrar o equilíbrio físico/psíquico. Introduziu na Sofrologia, o princípio do Esquema Corporal como Realidade Vivida, a consciência do corpo como o sentimento existencial que cada um tem do seu próprio corpo. Todas as técnicas e teorias que compõem o método Sofrológico, realizam-se através da corporeidade e orientam-se na conquista do Esquema Corporal, como base do próprio treino.

A Metodologia Sofrológica Caycediana inclui várias técnicas que fazem parte dos Três Ciclos da Sofrologia. Estes estão divididos em 12 Graus de Relaxamento Dinâmico de Caycedo, cada um com os conceitos teóricos e Técnicas Frónicas específicas do grau.

O Método Sofrológico é praticado como um Treino Vivencial, utilizando Protocolos adaptados a diferentes necessidades e situações. No final de cada prática, segue-se um momento de Sofro-Análise Vivencial, que permite não só a integração consciente dos fenómenos vividos pelo Sofronizado, como permite ao Sofrólogo assegurar-se que aquele está bem em relação às vivencias.

O treino de um Protocolo específico finaliza quando é atingido o objetivo vivencial pretendido pelo Sofronizado.

1.6. FORMULAÇÃO DA PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

De acordo com os vários estudos, até à data realizados, sobre os efeitos das atividades meditativas no bem-estar das pessoas, verificam-se resultados muito animadores a este nível. Além de influenciar mudanças de estados afetivos e comportamentais, como a redução do stress e ansiedade (Grossman, Niemannb, Schmidtc, & Walachc, 2004), a meditação é também uma forma de treino mental, através da qual se busca educar a mente (Slagter, Lutz, Greischar, Francis, Nieuwenhuis, Davis & Davidson 2007) auxiliando a redução de pensamentos distrativos e ruminativos (Chambers & Allen 2008; Jain et al., 2007) e, permitindo uma atitude cognitiva de maior aceitação (Bishop et al., 2004).

Este estudo pretende pois, através do treino com Sofrologia, de um grupo de homens e mulheres que procuraram este tipo de intervenção para resolver os seus problemas de stress profissional, dar um contributo para identificação do impacto que esta prática, de tipo meditativo, pode ter sobre o bem-estar dos seres humanos.

A primeira questão a ser abordada relaciona-se com verificar se haveriam alterações dos níveis afetivos, quer positivos quer negativos, após a prática Sofrológica. O que significa

que se esperava um aumento dos afetos positivos, assim como, uma diminuição dos afetos negativos, comparativamente, entre o início e o final da intervenção. Sendo que maior variação esperada se liga com os níveis de Stress, já que a intervenção Sofrológica promove, através do relaxamento, uma libertação de tensão física e psíquica.

Procurou-se identificar também, se haviam mudanças significativas em respostas emocionais de mal-estar, como o Stress, Ansiedade e Depressão, posteriormente a esta prática. Ou seja, se estas respostas diminuíam com o treino em Sofrologia.

Outro dos aspectos que pareceu relevante verificar, está relacionado com a questão: qual a relação entre os níveis de Satisfação com a vida da amostra, com a diferenças dos afetos positivos e afetos negativos, Stress, Ansiedade e Depressão, antes da intervenção com Sofrologia e depois da intervenção.

Ainda, procurou-se perceber como é que as expectativas na Sofrologia para a resolução dos seus problemas, das pessoas intervenientes, evoluíam com o treino Sofrológico.

Por último, é nossa intenção perceber se algumas variáveis sociodemográficas tais como o sexo, a idade, composição familiar, tipo de profissão, estado de saúde e pratica habitual de atividades meditativas, de alguma maneira poderiam influenciar as respostas afetivas dos participantes.

Este foi um estudo pré-experimental de medidas repetidas, com uma amostra de pessoas que estavam a iniciar um processo de acompanhamento em Sofrologia. Foram realizados cinco momentos de intervenção, um pré-intervenção, três momentos durante a intervenção e um pós-intervenção.

2 MÉTODO

2.1. PARTICIPANTES

A amostra (Anexo A) é composta por um grupo de indivíduos, que procuraram a Sofrologia como forma de ajuda para resolver ou melhorar problemas de stress professional ou pessoal, sendo que 14 são do sexo feminino (66.7%) e 7 são do sexo masculino.
As idades dos participantes estão compreendidas entre 23 e 63 anos, com uma média etária de 43.67 (DP=11.49).

Relativamente ao estado civil, o grupo apresenta a mesma percentagem de casados e divorciados (33.3%), 28.6% são solteiros e apenas 1 sujeito é viúvo. A maior parte dos indivíduos vive só (38.1%), 23.8% vive com companheira/o e filhos, 14.3% tanto para os que vivem com companheira/o como para os que vivem só com filhos, e ainda 4.8% dos sujeitos vivem com amigos, como para os que vivem com outros familiares.

Todos as pessoas que fazem parte da amostra são ativas profissionalmente (90.5%), com exceção de 2 que são reformadas. A média de horas de trabalho é 40.89 horas semanais (DP=11.695).

Na sua maioria o grupo é constituído por licenciados (71.4%), tendo 4 indivíduos o 12º ano (19.0%) e apenas 1 indivíduo com mestrado e outro com 9º ano.

Achou-se importante para o estudo verificar se havia alguma doença que, à partida, pudesse ser fator de stress. Verificou-se que 52.4% padeciam de doenças com diagnóstico médico, sendo em 63.6% dos sujeitos doenças físicas, 18.2% psicológicas e as restantes (2sujeitos) sem diagnóstico específico. Procurou-se, também, verificar se havia pessoas que tomassem medicação psiquiátrica, sendo que a maioria não tomava (71.4%). Dos indivíduos que tomam medicação (5 sujeitos), a maioria toma ansiolíticos de ação imediata (do tipo benzodiazepinas) (50%), 33.3% toma antidepressivos com efeito ansiolítico e apenas 1 indivíduo toma antidepressivos (fluoxetina).

Em termos de descanso, este grupo apresenta uma média de 6.81 horas de sono, (DP=0.928). Relativamente ao uso de tabaco, a maioria do grupo não fuma (76.2%), e os fumadores consomem uma média de 3.33 cigarros diários (DP=8.266).

Verificou-se, ainda, que nenhum indivíduo do grupo bebia mais de 2 bebidas alcoólicas por dia. Como o estudo implicava práticas de Sofrologia, inquiriu-se sobre a regularidade de práticas meditativas. Apenas 38.1% do grupo respondeu que fazia regularmente atividades meditativas sendo que destes 8 sujeitos, 3 praticam relaxamento, outros 3 praticam meditação e 2 pessoas praticam qi gong.

2.2. INSTRUMENTOS

PANAS

A recolha de informação incluiu a versão portuguesa do questionário de Bem estar-Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Watson, ClarK & Tellegen, 1988), desenvolvida por Galinha e Pais-Ribeiro, (2005).

Este questionário é constituído por duas medidas com 10 itens cada, que contêm uma lista de afetos positivos e outra de afetos negativos. Os afetos positivos correspondem a manifestações de entusiasmo com a vida, enquanto os afetos negativos exprimem mau estar ou perturbação. Esta escala foi construída com base no modelo circular, bidimensional, de afeto, de Watson e Tellegen (1985). Neste modelo, duas dimensões básicas cruzam-se, dispondo-se em diâmetros perpendiculares de um circulo, enquanto estados afetivos específicos se dispõem no circulo entre os pólos principais, expressando nuances destes. Estudos feitos , como o de Billings, Folkman, Acree e Moskowitz, (2000) indicam que as duas dimensões, positiva e negativa, do afeto são independentes e que as pessoas podem passar por períodos de grande stress, vivenciando afetos negativos e, simultaneamente, podem vivenciar níveis elevados de afeto positivo, Galinha e Pais-Ribeiro, (2005). Desta forma, o PANAS tem sido uma escala muito usada para a medição destas duas dimensões e é utilizado como uma escala breve de avaliação dos afetos positivo e negativo.

Quando o PANAS foi apresentado aos participantes, foi-lhes pedido que classificassem os itens com uma escala de cinco pontos (nada ou muito ligeiramente, um pouco, moderadamente, bastante, extremamente).

Foram utilizadas duas versões do PANAS: no 1º momento de recolha de dados, antes da prática da Sofrologia, a versão PANAS/Traço, com uma instrução onde é pedido a classificação da vivencia de cada emoção, em geral; nos restantes momentos de medição, a versão PANAS/Estado, cuja instrução é relativa à atribuição de níveis das emoções positivas e negativas, mas que foram vivenciadas na última semana.

DASS

Outro dos instrumentos utilizado neste estudo foi a DASS – Depression Anxiety Stress Scales, desenvolvida por Lovibond & Lovibond (1995), versão adaptada para a língua portuguesa por Apostolo, Mendes e Azeredo (2006).

Esta escala apresenta características específicas que permitem avaliar em simultâneo três estados emocionais: a depressão, a ansiedade e o stress.

A ansiedade e depressão são claramente distintas do ponto de vista fenomenológico mas empiricamente tem sido difícil separar os dois construtos. O modelo tripartido foi desenvolvido para clarificar a relação entre ansiedade e depressão.

A escala aqui referida propõe-se avaliar empiricamente a ansiedade depressão e stress segundo o modelo tripartido (Clark, & Watson, 1991).

Esta escala é composta por três subescalas, medindo aspectos específicos de ansiedade, depressão e sintomas relacionados com stress. A subescala depressão mede a perda de auto-estima e incentivo, associada a uma baixa percepção da probabilidade de serem atingidas metas significativas na vida da pessoa (disforia, desesperança, desvalorização da vida, auto-depreciação, perda de interesse, perda de prazer, inércia).

A subescala ansiedade enfatiza a ligação entre estado permanente de ansiedade e resposta aguda de medo, com sintomas somáticos e subjetivos, além de medir ansiedade situacional (sintomas autonómicos, efeitos musculoesqueléticos, ansiedade situacional, experiência específica de afeto ansioso).

A subescala stress mede um estado persistente de tensão, com baixo limiar à frustração (dificuldade em relaxar, nervosismo, irritação, impaciência, agitação, hiperatividade).

A versão portuguesa da DASS revelou propriedades que confirmam a sua qualidade de avaliação dos três estados emocionais, depressão, ansiedade e stress, (Apóstolo, Mendes, e Azeredo, 2006), sendo essa a base da escolha da escala para o presente estudo. Foi usada a versão abreviada da DASS, com 21 itens.

A escala é um conjunto de três subescalas de 7 itens cada, apresentadas em lista. Foi apresentada com a instrução, a cada pessoa, de indicar o nível em que cada um dos itens se aplicou a si, durante a última semana. Existem quatro possibilidades de resposta, organizadas numa escala de 0 a 3 pontos (0 - não se aplicou a mim; 1 - aplicou-se a mim algumas vezes; 2 – aplicou-se a mim muitas vezes; 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes).

SWLS

Foi também utilizada a Escala de Satisfação com a vida (Satisfaction With Life Scale) - SWLS, de Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, (1985), com versão portuguesa de Neto (1990). Esta escala é um instrumento psicometricamente bastante válido e útil, comparativamente com instrumentos do mesmo género. Foi elaborada por Diener e colaboradores (1985), a partir dum conjunto de 48 itens, sendo reduzida posteriormente para 5, mas com valores de fidelidade e validade aceitáveis. A SWLS foi validada em Portugal, pela primeira vez por Neto e outros (1990), onde foram questionados 308 professores do ensino básico e secundário. O autor encontrou bons índices de validade, assim como correlações significativas com a eficácia, a aceitação/rejeição pessoal, a auto-eficácia, o autoconceito total, a maturidade psicológica e a ansiedade social (Diener et al., 1985). Em 1992 foi aplicada novamente por Simões, que deu uma contribuição para melhorar a tradução, de forma a que o conteúdo fosse mais compreensível por parte de todos as pessoas.

A SWLS é então constituída por 5 itens, avaliados numa escala de 7 pontos (1- totalmente em desacordo; 2- em desacordo; 3- mais ou menos em desacordo; 4- nem de acordo nem em desacordo; 5- mais ou menos de acordo; 6- de acordo; 7- totalmente de acordo).

Este instrumento de medida foi adoptado para este estudo, por ser de fácil aplicabilidade e em termos conceptuais estar subjacente a Satisfação com a vida, avaliando componentes fundamentais do bem-estar subjetivo. Foi utilizado para medir, à partida, o nível de Satisfação com a vida dos participantes. Por isso, foi aplicado uma única vez, na primeira

semana (pré-intervenção). Na sua aplicação, foi dada a instrução para que cada indivíduo referisse o grau em que estava de acordo com cada item.

Por último foi aplicado um Questionário Sócio-demográfico para obtenção de dados, pertinentes para o estudo, sobre os indivíduos que faziam parte da amostra, e uma questão sobre a Crença na Eficácia da Sofrologia.

O Questionário Demográfico foi apresentado no 1º momento (Pré-intervenção), assim como a questão sobre a Crença na Eficácia da Sofrologia. Posteriormente, a mesma questão voltou a ser apresentada, na última medição com intervenção e no momento Pós-intervenção. Nesta questão era pedido que cada participante respondesse em que grau acreditava que a prática da Sofrologia o ajudaria a resolver a sua dificuldade, assinalando um ponto de uma reta, marcada com 0% num dos extremos e 100% no outro.

2.3. PROCEDIMENTO

Os indivíduos que fazem parte da amostra foram voluntários para a participação neste estudo, tratando-se de pessoas que procuraram a Sofrologia como forma de ajuda para resolver ou melhorar problemas de stress profissional e/ou pessoal.

Nenhum dos participantes tinha experimentado este tipo de abordagem embora, alguns já tivessem prática de relaxamento ou meditação, mas todos já tinham ouvido falar ou lido informação sobre os benefícios da Sofrologia em relação ao stress.

O estudo decorreu durante 9 semanas seguidas, entre Fevereiro e Abril de 2013. Efetuou-se nas instalações da Escola de Sofrologia Caycediana de Lisboa, num ambiente calmo e confortável, sendo todas as aplicações de questionários e de técnicas Sofrológicas feitas individualmente.

Numa primeira fase, foi escolhida uma técnica de base de Sofrologia, mais simples, para permitir aos participantes um primeiro contato e integração do método Sofrológico (Sofronização de Base Vivencial-SBV). Posteriormente foi aplicada uma segunda técnica mais específica em termos de diminuição ou neutralização de vivencias de mal-estar e reforço de vivencias de bem-estar (Sofro-Substituição Emocional- SSE).

Devido à necessidade de várias observações e medições, foi pedido a todos os participantes que se identificassem em cada questionário, tendo sido garantida a confidencialidade dos dados.

Na 1ª Semana/ Momento 1 (Pré-intervenção) deram-se explicações individuais sobre o propósito do estudo, assim como a definição de Sofrologia, em que consiste e o objetivo da sua prática. Foram aplicadas as variáveis baseline e medidas pré-intervenção:

- Um Questionário Demográfico com o objetivo de aceder a dados biográficos dos participantes (sexo, idade, estado civil, com quem vive, habilitações literárias, situação profissional), e a hábitos/atividades pessoais eventualmente relacionadas com a promoção de stress (horas de trabalho, horas de sono, doenças diagnosticadas, medicação psiquiátrica, consumo de tabaco, consumo de álcool e ainda, pratica de atividades meditativas. (anexo B)

- Uma questão sobre a crença inicial na eficácia da Sofrologia (anexo B)

- Escala PANAS Traço e Estado (anexo C I e C II)

- Escala DASS (anexo D)

- Escala SWLS (anexo E)

Foram ensinadas a Postura ISOCAY (postura própria que permite a manutenção de um nível de consciência adequado à prática Sofrológica) (anexo F) e a Respiração Completa (essencial para promover um estado de relaxamento físico/psíquico). (anexo G). Foi pedido a cada indivíduo que a treinasse em casa, diariamente, contando 20 respirações completas seguidas.

Foi deixada uma semana de intervalo antes das segundas medições.

Na 3ª semana/Momento 2 foram aplicados os questionários PANAS/Estado e DASS, em primeiro lugar, com o objetivo de se verificar alguma alteração a nível de bem-estar, já que tinha sido ensinada e aconselhado o treino da respiração completa, duas semanas antes, no primeiro momento de medições.

Deram-se explicações sobre os Cinco Sistemas ISOCAY (o corpo humano está dividido em cinco Sistemas, descritos por Caycedo, que facilitam a prática da vivência da consciência, necessária ao treino Sofrológico. Cada Sistema compreende as estruturas anatomo-fisiológicas de uma parte do corpo, incluindo um espaço de interação energética do Sistema) (anexo H)

Foi ensinada a Postura ISOCAY (postura própria para a prática Sofrológica) e a Sofro-Estimulação Corporal (técnica que permite aumentar a consciência do corpo ao mesmo tempo que ajuda a aprofundar os níveis de consciência e relaxamento), por fazer parte do primeiro protocolo a ser aplicado aos participantes. (anexo I). Foram também ensinados os Níveis de Consciência (anexo J), Estados de Consciência (anexo K) e explicado o conceito de Nível Sofroliminal (anexo L), (que permite o estado de consciência profunda/ Consciência ISOCAY, que se pretende atingir durante a prática Sofrológica). Foi mostrado o esquema de Sofronização (anexo M).

Após a apresentação do protocolo: Sofronização de Base Vivencial (anexo N), este foi aplicado com a duração média de 30 minutos. Seguiu-se uma Fenodescrição oral breve das vivências experienciadas durante a prática, que foram registadas por escrito pela responsável do estudo. Deu-se indicação para o treino, em casa, duas vezes na semana, da técnica aprendida (incluindo uma Fenodescrição escrita), cujo Protocolo foi entregue a cada indivíduo.

Na 4ª Semana foi feita a verificação das práticas feitas em casa, duração e frequência das mesmas. Foi realizada a Prática da Sofronização de Base Vivencial com duração média de 30 minutos. Segue-se a Fenodescrição oral com registo escrito e foi dada a mesma consigne de treino em casa.

Na 5ª Semana/3º Momento foi feita a aplicação de PANAS/estado e DASS e também a verificação das práticas feitas em casa, duração e frequência das mesmas.

Seguiu-se a apresentação do protocolo: Sofro-Substituição Emocional (anexo O) e aplicação deste com duração média de 30 minutos. Como habitual, fez-se uma Fenodescrição oral com registo escrito. Foi dada a mesma indicação de treino em casa com entrega do protocolo SSE.

Na 6ª Semana e na 7ª semana foram feitas as verificações das praticas feitas em casa e foram realizadas as praticas da Sofro-Substituição Emocional e de Fenodescrição oral com registo escrito. Foi dada a mesma indicação de treino em casa.

Na 8ª Semana/4º Momento aplicou-se o PANAS/estado, DASS e a questão sobre Crença na Eficácia da Sofrologia, verificou-se as praticas feitas em casa e aplicou-se a prática da Sofro-Substituição Emocional e Fenodescrição oral com registo escrito. Fez-se então uma paragem das intervenções em Sofrologia, inclusive práticas em casa.

Na 9ª Semana /5º Momento (Pós-intervenção) realizou-se a aplicação de PANAS/Estado, DASS e a questão sobre Crença na Eficácia da Sofrologia.

Todas as situações do estudo foram realizadas pela responsável deste.

Após a recolha de dados procedeu-se à análise estatística dos mesmos, tendo para o efeito sido utilizado o programa estatístico PASW Statistics (ex-SPSS), com ênfase nos desenvolvimentos da nova versão 19 (v.19; SPSS Inc, Chicago, IL).

3 RESULTADOS

Inicialmente foi avaliada a consistência interna (Anexo D) de cada uma das escalas em cada um dos momentos da intervenção. A tabela 1 resume os resultados obtidos.

Tabela 1 – Alphas de Cronbach de todas as escalas por momento

Escala	1	2	3	4	5
PANAS Positivo	.852	.788	.808	.888	.892
PANAS Negativo	.884	.852	.917	.908	.919
DASS - Ansiedade	.829	.810	.858	.752	.744
DASS - Depressão	.898	.896	.936	.824	.870
DASS - Stress	.889	.865	.937	.784	.890
SWLS	.890				

Tal como é possível observar através da tabela 1, todos os valores de Alpha de Cronbach são acima de 0.7, o que indica uma elevada consistência interna das escalas em todos os momentos.

É de referir que, no PANAS negativo no 2º momento o item 6 teve que ser retirado visto que apresentava uma correlação negativa.

Posteriormente foram realizadas estatísticas descritivas (Anexo E) de todas as variáveis do estudo para todos os momentos da intervenção. As tabelas e figuras seguintes resumem os resultados obtidos.

Tabela 2 – Caracterização da crença na eficácia por momento

	N	M	DP
Crença.eficácia.1	21	7.952	1.214
Crença.eficácia.2	21	7.048	.879
Crença.eficácia.3	21	7.886	.869

Tal como se pode observar através da tabela 2, no primeiro momento há uma crença elevada na eficácia da Sofrologia como forma de resolver ou melhorar os problemas de stress. No 2º momento a média diminui um pouco e volta a subir no 3º momento. A figura 1 vem confirmar os resultados obtidos.

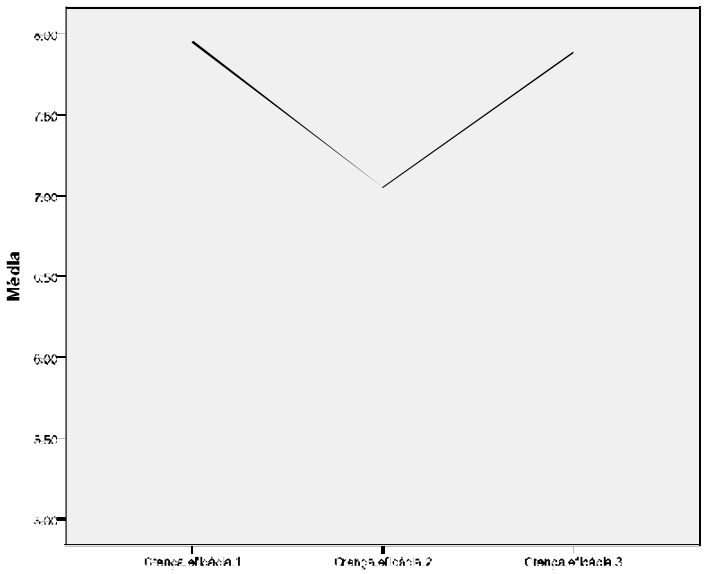


Figura 2 – Distribuição das médias da Crença na Eficácia da Sofrologia por momento

Procedeu-se do mesmo modo para o PANAS positivo, tal como se pode observar na tabela 3 e na figura 2.

Tabela 3 – Caracterização do PANAS Positivo por momento

	N	M	DP
Panas.T.A.P	21	2.800	.670
PANAS.E.1.P	21	2.467	.599
PANAS.E.2.P	21	2.238	.569
PANAS.E.3.P	21	2.719	.631
PANAS.E.4.P	21	2.719	.669

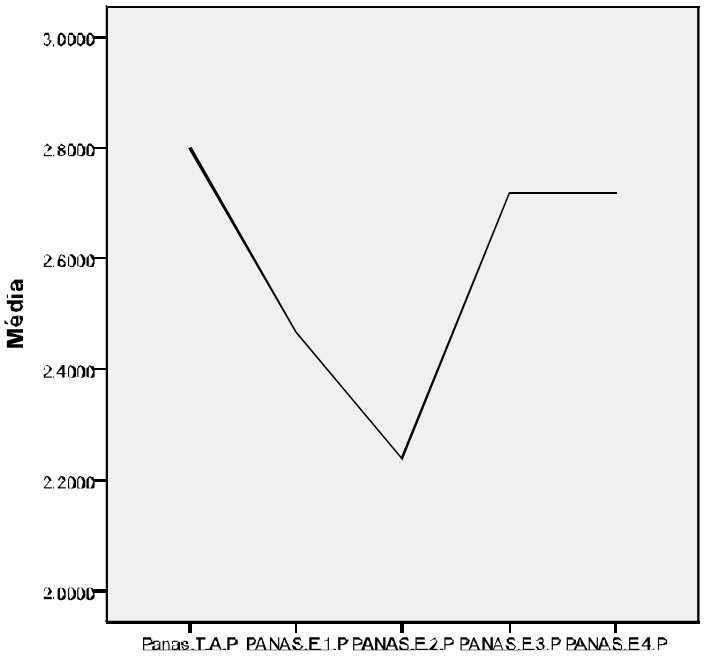


Figura 3 – Distribuição das médias do PANAS Positivo por momento

A tabela 3 e a figura 2 permitem-nos afirmar que o 1º momento é onde os scores de afetos positivos são mais elevados, valores esses que decrescem ligeiramente nos 2 momentos seguintes e voltam a aumentar nos últimos momentos.

O procedimento foi repetido para o PANAS Negativo, tal como se pode observar na tabela 4 e na figura 3.

Tabela 4 – Caracterização do PANAS Negativo por momento

	N	M	DP
Panas.T.A.N	21	2.357	.844
PANAS.E.1.N	21	2.127	.759
PANAS.E.2.N	21	2.057	.901
PANAS.E.3.N	21	1.643	.600
PANAS.E.4.N	21	1.733	.761

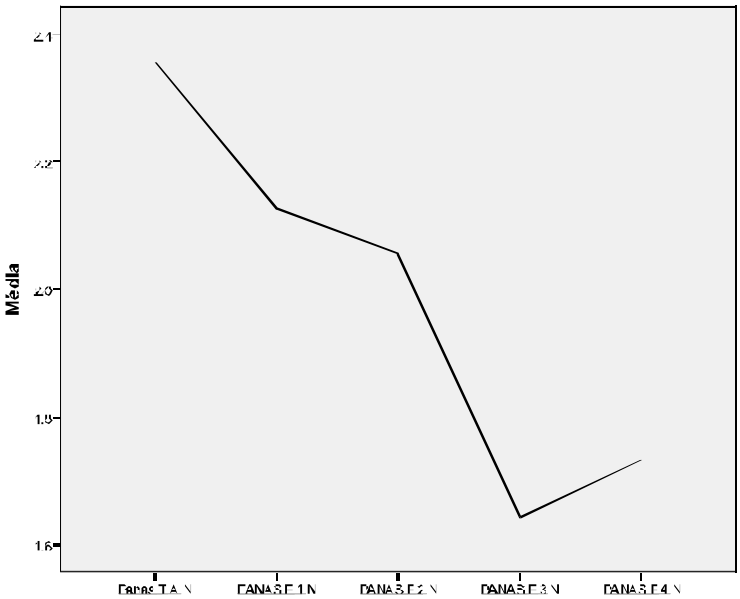


Figura 4 – Distribuição das médias do PANAS Negativo por momento

Através das médias da tabela 4 e da figura 3 percebe-se claramente que os scores de afetos negativos vão diminuindo, ao longo do tempo. Só há uma ligeira subida do 4º para o último momento.

Todo este tratamento foi repetido para as 3 dimensões que compõem o DASS. As tabelas 5, 6 e 7 e as figuras 4, 5 e 6 resumem os resultados obtidos.

Tabela 5 – Caracterização do DASS Ansiedade por momento

	N	M	DP
DASS.1.ansiedade	21	.823	.667
DASS.2.ansiedade	21	.762	.598
DASS.3.ansiedade	21	.687	.560
DASS.4.ansiedade	21	.415	.375
DASS.5.ansiedade	21	.395	.350

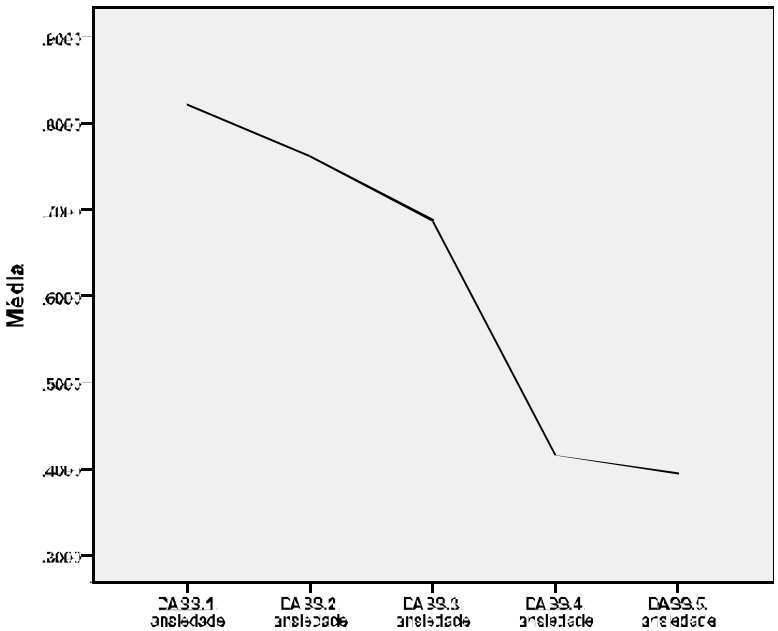


Figura 5 – Distribuição das médias do DASS Ansiedade por momento

Através das médias da tabela 5 e do gráfico 4 percebe-se claramente que os scores de ansiedade vão diminuindo ao longo dos 5 momentos.

Tabela 6 – Caracterização do DASS Depressão por momento

	N	M	DP
DASS.1.depressão	21	.946	.778
DASS.2.depressão	21	.823	.643
DASS.3.depressão	21	.782	.725
DASS.4.depressão	21	.463	.399
DASS.5.depressão	21	.476	.468

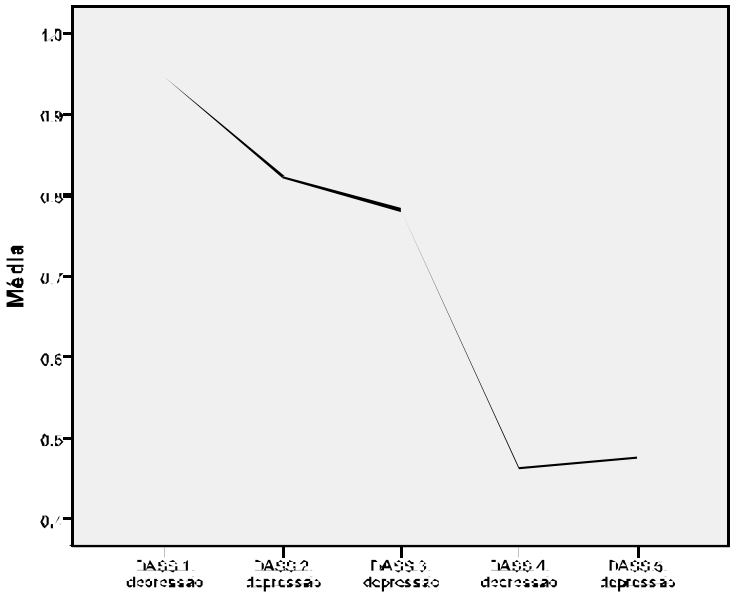


Figura 6 – Distribuição das médias do DASS Depressão por momento

Através das médias da tabela 6 e do gráfico 5 percebe-se claramente que os scores ligados à depressão vão diminuindo.

Tabela 7 – Caracterização do DASS Stress por momento

	N	M	DP
DASS.1.stress	21	1.599	.722
DASS.2.stress	21	1.517	.640
DASS.3.stress	21	1.265	.745
DASS.4.stress	21	.952	.477
DASS.5.stress	21	.905	.600

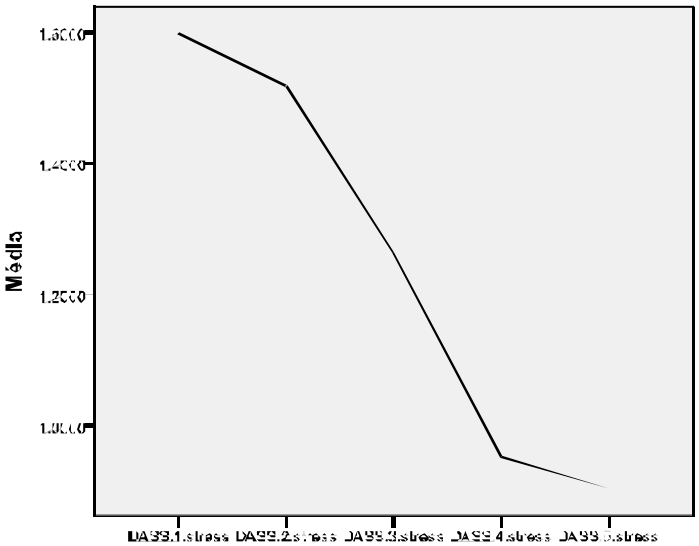


Figura 7 – Distribuição das médias do DASS Stress por momento

Através das médias da tabela 7 e do gráfico 6 percebe-se claramente que os scores vão diminuindo.

Quanto ao SWLS, como só foi aplicado uma única vez, apenas se apresentam os resultados dessa mesma medição na tabela 8.

Tabela 8 – Caracterização do SWLS

	N	M	DP
SWLS	21	3.876	1.229

Com o objetivo de tentar perceber se existe alguma relação entre as variáveis em estudo, foram realizados coeficientes de correlação de Pearson (Anexo F), depois de verificar que todas as variáveis a correlacionar têm uma distribuição Normal (p>0.05).

Começou por se relacionar as primeiras medições do PANAS com as primeiras medições do DASS (Pré-intervenção). O PANAS T Positivo só está correlacionado significativamente com a dimensão Depressão do DASS. Esta correlação é negativa (r=-0.526), ou seja, quanto maiores os scores de PANAS positivo menores os scores de Depressão. Portanto, quanto mais elevados os Afetos positivos, menor a resposta de Depressão.

O PANAS T Negativo está significativamente correlacionado com as três dimensões do DASS sendo que todas as correlações são diretas, ou seja, à medida que os scores do PANAS Negativo aumentam, os scores de DASS também aumentam. Significando que à medida que aumentam os Afetos negativos também aumentam o Stress, a Ansiedade e a Depressão. A correlação mais forte é com a Ansiedade (r=0,70), seguida da Depressão (r=0,55) e por fim com o Stress (r=0,54).

Efetuou-se exatamente as mesmas correlações mas desta vez relativamente ao último momento de medição (Pós-intervenção). Desta vez, o PANAS Positivo não está significativamente correlacionado com a Depressão mas sim com as outras duas dimensões, sendo que tanto num caso como noutro, as correlações são inversas (negativas). Desta forma, quando os scores de PANAS positivo (Afetos positivos) aumentam, os scores de Ansiedade (r=-0.498) e Stress (r=-0.607) diminuem.

O PANAS negativo continua correlacionado significativamente e diretamente com a Ansiedade (r=0.665), a Depressão (r=0.615) e com o Stress (r=0.769).

Tentou-se também perceber se o SWLS estaria correlacionado com o PANAS nos primeiro e último momentos. Existe correlação significativa direta com o PANAS T Positivo (r=0.634), ou seja, quanto maiores os níveis de SWLS (Satisfação com a vida), maiores os de PANAS Positivo (Afetos positivos), na Pré-intervenção com Sofrologia. Existe ainda uma correlação significativa, mas inversa (r-0.459) com o PANAS Negativo no último momento, isto é, quanto maiores os níveis de SWLS (Satisfação com a vida), menores os níveis de PANAS Negativo (Afetos negativos), no Pós- intervenção.

O SWLS também foi correlacionado com os primeiros e últimos momentos do DASS e apenas foi encontrada um correlação significativa e inversa com o Stress na ultima medição (r=-0.480), ou seja, quanto maior a Satisfação com a vida, menor o Stress sentido pelos sujeitos.

Diferenças Entre o Início e o Fim do Programa de Intervenção com Sofrologia

Foram ainda feitas comparações de médias entre a primeira e ultima medição (Anexo G), para perceber até que ponto há aumento dos Afetos positivos, diminuição dos afetos negativos e redução do Stress, Ansiedade e Depressão, com a intervenção da prática Sofrológica. Foi utilizado o teste paramétrico t-student visto que já tinha sido verificado, anteriormente, que as variáveis em estudo têm distribuição Normal.

Relativamente às Crenças na Eficácia não houveram diferenças significativas entre os dois momentos (t(20=0.243; p=0.811). Tal como é possível observar na tabela 3, acima indicada o momento 2 é onde os sujeitos apresentam menores níveis de Crença. No momento 1 e 3, Pré e Pós-intervenção, as médias são muito semelhantes. (explicar isto na discussão. Porque é que a crença diminui no 2º momento e volta a subir no 3º?)

No PANAS Positivo não foram encontradas diferenças significativas entre a medição Pré-intervenção e a Pós-intervenção (t(20=0.654; p=0.520). No PANAS negativo existem diferenças significativas entre as duas medições (t(20=2.764; p=0.012), sendo que a diferenças entre as duas médias é de 0,62. Através da tabela 5 já exposta em cima percebe-se que no momento Pré-intervenção a média é mais elevada (M=2,35) do que no momento Pós-intervenção (M=1,73). Esta indicação aponta para um efeito mais imediato da Sofrologia sobre a diminuição dos afetos negativos,(eventualmente relacionado com o protocolo mais treinado (Sofro-Substituição Emocional), durante as intervenções.) (tentar explicar porque é que no panas positivo não há diferenças significativas mas no negativo sim!!)

Já quanto ao DASS, encontraram-se diferenças significativas entre a primeira e a ultima medição, nas três dimensões que o compõem. A tabela 9 resume esta informação.

Tabela 9 – Comparação entre 1º(Pré) e 5º (Pós) momentos do DASS

	M	DP	t	df	*p*
DASS.1.ansiedade - DASS.5.ansiedade	.429	.695	2.824	20	.010
DASS.1.depressão - DASS.5.depressão	.469	.611	3.518	20	.002
DASS.1.stress - DASS.5.stress	.694	.788	4.035	20	.001

A tabela 9 permite-nos concluir que a maior diferença de médias encontra-se na dimensão Stress. O Stress foi a variável que mais diminuiu com a intervenção da Sofrologia.

Comparações Entre Variáveis Afetivas e Variáveis Sociodemográficas, no Inicio e Fim do Programa com Sofrologia

Por fim, para perceber se algumas variáveis sociodemográficas influenciam de alguma maneira as variáveis afetivas PANAS e DASS, foram feitas várias comparações de grupos (Anexo H).

Não foram encontradas diferenças significativas no 1º e no 5º momento entre os géneros, entre quem vive só e quem vive acompanhado, entre quem tem doenças e quem não tem, entre quem toma medicação e quem não toma medicação e entre quem pratica atividades meditativas e quem não pratica.

Não foram encontradas correlações significativas com a idade.

Foram encontradas diferenças significativas entre os dois tipos de profissão no momento 1 relativamente ao DASS Depressão. A tabela 10 resume os resultados obtidos.

Tabela 10 – Comparação das médias das escalas PANAS e DASS entre dois tipos de profissão no momento 1

	Profissões_2grupos	N	M	DP	*p*
DASS.1.depressão	1	12	,63	,66	,028
	2	9	1,37	,76	

Grupo 1 (Gestores / Empresários / Comandantes / Engenheiros / Psicólogos/ Juristas)
Grupo 2 (Administrativos / Reformados)

O grupo 2 tem niveis de Depressão mais elevados do que o grupo 1.

Foram encontradas diferenças significativas entre os dois tipos de profissão no momento 5 relativamente ao DASS Stress. A tabela 11 resume os resultados obtidos.

Tabela 11 – Comparação das médias das escalas PANAS e DASS entre dois tipos de profissão no momento 5

	Profissões_2grupos	N	M	DP	*p*
DASS.5.Stress	1	12	,64	,39	,017
	2	9	1,25	,67	

O grupo 2 tem níveis de Stress mais elevados do que o grupo 1.

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os efeitos psicológicos das práticas meditativas, têm sido alvo de muitos estudos nas últimas décadas. Para além dos estudos já mencionados em capítulos anteriores, podemos referir estudos recentes, cujos resultados mostram uma relação entre a prática meditativa e uma maior autoconsciência (Brown & Ryan, 2003; Chambers et al., 2008), ajudando a compreender a razão porque a meditação tem sido considerada uma técnica metacognitiva (Bishop et al., 2004). A cognição, contudo, não é um processo isolado, mas está em estreita relação com as emoções (Gross, 2002). Assim, é de esperar, e os dados apontam neste sentido, que além de desempenhar um papel na regulação atencional, a meditação também pode influenciar a regulação emocional, sendo que estas respostas podem ser concomitantes e interdependentes (Brown & Ryan, 2003; Chambers et al., 2008; Tang et al., 2007).

Apesar da variedade de estudos nesta área, não foram encontrados, na literatura disponível, pesquisas relacionadas com os efeitos da Sofrologia no balanço afetivo. Daí a incidência deste estudo na Sofrologia, com a intenção de dar um contributo para a identificação do impacto que esta intervenção de tipo meditativo pode ter nas respostas afetivas.

No presente trabalho, propôs-se estudar os efeitos que um treino Sofrológico, orientado pela autora, semanalmente e acrescido da sua repetição bissemanal, feita pelos participantes em casa, tem nas respostas afetivas de um grupo de pessoas com problemas de stress.

O treino desenvolveu-se durante 5 semanas seguidas, consideradas, pela autora, como o tempo mínimo para a verificação de resultados, a partir da sua própria experiência profissional.

O objetivo da investigação centrou-se em estudar se se verificavam diferenças significativas a nível das respostas afetivas antes e depois da intervenção com a prática da Sofrologia. Assim, observaram-se as alterações dos afetos quer positivos, quer negativos e das resposta emocionais de stress, ansiedade e depressão, entre o início e o final do programa. Outro dos aspetos onde incidiu o estudo, está ligado à verificação de poder existir alguma relação entre os níveis de satisfação com a vida, das pessoas que fizeram parte da amostra, com as diferenças dos afetos positivos e afetos negativos, stress, ansiedade e depressão, antes da intervenção com Sofrologia e depois da intervenção.

Ainda, procurou-se identificar se haviam diferenças nos níveis de expectativa dos participantes em relação ao contributo da Sofrologia para a resolução dos seus problemas de stress, entre o princípio e o fim do programa.

Finalmente, tentou-se perceber se algumas das variáveis sociodemográficas poderiam influenciar as respostas afetivas dos participantes.

De acordo com o primeiro objetivo do estudo, procurou-se perceber se existia alguma relação entre os Afetos positivos e negativos e as respostas emocionais de Stress, Ansiedade e Depressão, quer antes quer depois da intervenção com Sofrologia. Conclui-se que , na pré-intervenção, os Afetos positivos só se relacionam significativamente com a dimensão Depressão. Ou seja, quanto maiores os níveis de afetos positivos, menor a resposta depressiva.

Já no que refere aos afetos negativos verifica-se uma correlação significativa com todas as dimensões de respostas emocionais. Isto significa que à medida que aumentam os afetos negativos, também aumentam os níveis de stress, ansiedade e depressão. Sendo que a Ansiedade é a emoção que mais aumenta com o aumento dos afetos negativos,

Fez-se o mesmo tipo de correlações no momento pós-intervenção e, aqui, percebe-se que à medida que os afetos positivos aumentam, diminuem as respostas de stress e de ansiedade. Enquanto que, ao aumentarem os afetos negativos, também diminuem os níveis de stress, ansiedade e depressão.

Estas correlações entre afetos positivos e negativos com respostas emocionais estão de acordo com as expectativas do estudo, embora existam algumas correlações sejam mais significativas que outras, de acordo com o que foi exposto.

Outro objetivo importante desta pesquisa, relaciona-se com perceber se os níveis de Satisfação com a vida dos participantes estariam correlacionados com os Afetos e com as respostas emocionais nas suas três dimensões, Stress, Ansiedade e Depressão, quer no momento pré-intervenção quer no momento pós-intervenção.

Verificou-se que, quanto maiores os níveis de satisfação com a vida, maiores os níveis de afetos positivos, antes da intervenção com a Sofrologia.

No final da intervenção encontrou-se uma correlação significativa inversa entre os afetos negativos e a satisfação com a vida, significando quanto maior é a satisfação com a vida, menores os níveis de afetos negativos.

Embora estes resultados venham parcialmente de encontro ao que era esperado no estudo, indicam uma relação significativa entre os níveis mais elevados de satisfação com a vida com maiores níveis de afetos positivos e menores de afetos negativos.

O objetivo fundamental desta investigação prende-se com compreender se há diferenças nos níveis de Afetos positivos e negativos, assim como nos de Stress, Ansiedade e Depressão, entre o início da intervenção com Sofrologia e final da intervenção.

Em relação a esta questão, observamos que a variação entre os níveis de afetos positivos, antes e depois da pratica Sofrológica, não é significativa. Este resultado pode estar relacionado com a limitação de tempo do próprio estudo. Considerou-se o treino de 5 semanas, praticando três vezes na semana (uma dirigido e duas sozinho em casa), como um tempo mínimo para a observação de alterações vivenciais nos participantes. No entanto, reconhece-se que não é muito tempo, para quem está a iniciar uma atividade de tipo meditativo com o objetivo de modificação do estado de consciência, como esta. Quanto mais treino os indivíduos tiverem, maior a tendência para aumentarem os indicadores de alterações vivenciais.

Já no que toca aos afetos negativos, existiram diferenças significativas entre as duas medições. Nota-se uma clara diminuição dos afetos negativos, concluindo-se que o efeito da Sofrologia foi mais imediato em relação a estes afetos.

Quando olhamos para as diferenças encontradas entre a primeira medição e a última, nas respostas emocionais de stress, ansiedade e depressão, verificamos uma diminuição clara destas três dimensões, com a intervenção Sofrológica. Sendo o Stress o que mais diminuiu apos o programa, seguido da Depressão e da Ansiedade.

Sendo a Sofrologia uma intervenção que inclui técnicas de relaxamento físico e psíquico, assim como de ativação da consciência no sentido da libertação de vivencias desagradáveis e, progressivamente de estímulo de vivencias agradáveis (como as técnicas utilizadas neste programa: Sofronização de Base Vivencial e Sofro-Substituição Emocional), não parece estranho que aquela aja como facilitador da diminuição das vivencias de mal-estar, de forma mais imediata. Aliás, estes resultados mostram-se de acordo com os efeitos das técnicas Sofrológicas, numa fase mais inicial.

Esta evolução das respostas emocionais estava dentro das expectativas da autora do estudo, face à sua experiência neste campo, embora, repita-se, se considerem que as limitações temporais do estudo pudessem ter condicionado o aumento de vivencias mais positivas.

Quando se observa a evolução da Crença na eficácia da Sofrologia, verifica-se uma elevada crença à partida, portanto expectativas elevadas por parte dos participantes quanto à resolução dos seus problemas de stress. No segundo momento de medição, que corresponde à última pratica Sofrológica, observa-se uma diminuição destas expectativas, mas que voltam a subir no último momento de medição, correspondente à pós-intervenção. Quanto a esta variação, uma explicação possível tem a ver com o fato dos participantes poderem ter criado um nível de expectativa muito elevado, à partida, face à informação que receberam sobre a Sofrologia, esperando resolver os seus níveis de mal-estar, num curto espaço de tempo. Na medida que só treinaram durante 5 semanas, com apenas uma pratica orientada por semana, possivelmente ao fim desse tempo, a verificação da sua evolução no sentido do bem-estar, não corresponderia totalmente aos níveis esperados. Uma semana depois, no momento do pós-intervenção, indicaram uma maior sintonia com as suas expectativas, eventualmente tendo relativizado esta questão, adaptando as suas expectativas à realidade objetiva das suas vivencias.

De novo, salienta-se que a questão do limite temporal pudesse ter condicionado a evolução positiva em relação ao que os participantes esperavam da intervenção Sofrológica.

A experiência da autora a este nível é de que, muitas vezes, as pessoas esperam resultados muito rápidos em relação às técnicas da Sofrologia, a partir da informação teórica que dispõem, esquecendo-se que esta é uma intervenção vivencial. Este facto implica um treino sério e metódico de consciência e relaxamento corporal, de abandono da mente ligada à constância de pensamentos ruminantes e de agitação, até se atingir um nível profundo de consciência (Nível Sofroliminal). Este nível de consciência permite a libertação das vivencias de mal-estar e tensão, quer a nível físico quer psicológico, dando lugar, progressivamente, a vivencias de bem-estar cada vez mais estáveis (Estado Sofrónico). Devido à progressão inerente ao processo vivencial, pode haver uma fase de desânimo inicial, onde as pessoas entram em conflito, devido às discrepâncias entre as suas expectativas iniciais e as dificuldades ao nível das vivencias que vão encontrando (dificuldades de concentração, de consciência do corpo, de abandono físico e psíquico, de persistência da atenção, entre outras). Só apos o treino suficiente que permita ultrapassar esta fase, então vai surgindo uma nova consciência de todas as possibilidades vivenciais resultantes da pratica metódica das técnicas Sofrológicas. Como outros métodos de tipo meditativo e, de acordo com a literatura mencionada ao longo desta tese, a Sofrologia permite a alteração gradual de vivencias

desagradáveis e a conquista de vivencias de bem-estar, com repercussões a vários níveis. Estes podem ir desde o fisiológico, passando pelo emocional e comportamental, até ao existencial e espiritual.

Como último objetivo, pretendeu-se identificar se haveriam algumas variáveis sociodemográficas que pudessem influenciar as respostas afetivas em estudo.

O facto do grupo de administrativos apresentar níveis mais elevados de stress, à partida e menor resposta de diminuição da depressão, parece plausível em relação ao contexto atual em que a sociedade portuguesa vive. Se há alguns anos as profissões administrativas eram consideradas menos expostas a estímulos desencadeadores de respostas de stress, não é isso que podemos observar hoje em dia.

A autora, na sua experiência, tem recebido, mais recentemente, muitas pessoas com profissões administrativas, especialmente ligadas à banca e à administração pública, com queixas de stress profissional. Na sua observação, tem verificado que as queixas se prendem com pressão hierárquica relacionada com atingir objetivos laborais e com incertezas a nível econômico ou de estabilidade profissional. Estes fatores podem estar na base dos resultados obtidos por este grupo profissional.

Podemos apontar alguns factores limitativos, de ordem metodológica, neste estudo, que de alguma forma condicionam a análise dos resultados. Um dos aspectos a considerar é a não existência de grupo de controle, que impede controlar, por exemplo o grau de expectativas, a natureza do impacto relacional e outros factores externos explicativos das alterações afetivas dos sujeitos.

Outra das questões que se pode levantar a este nível, foi o facto de se ter optado pela aplicação da escala SWLS só no início, como forma de observar, à partida, o nível de Satisfação com a vida dos participantes. Por não se terem feito medições com esta escala no pós-intervenção, não foi possível observar se a Satisfação com a vida evoluía com a intervenção da Sofrologia.

Também a própria dimensão da amostra foi limitativa, não a podendo considerar representativa da população portuguesa, tanto em termos de sexo, como de profissões.

O facto de não haver muitos estudos de carácter científico especificamente sobre a Sofrologia, não permite uma referenciação quanto a resultados. Por esta razão, as referências adoptadas neste estudo, foram as de investigação ligada à meditação. Esta questão, no entanto, aponta para a importância de se desenvolverem outros estudos sobre os efeitos da Sofrologia, quer a nível psicológico quer a nível fisiológico.

A nível de procedimentos, houve uma limitação temporal, impeditiva de se persistir com a aplicação da técnica, no sentido de se observar maior evolução nas respostas de bem-estar, ou seja nas emoções positivas. Este é um dos aspectos resultantes deste estudo, a ser testado, em pesquisas futuras.

Também se pode questionar o tipo de treino Sofrológico dos participantes, o facto de lhes ter sido pedido para repetirem a prática, sozinhos em casa, duas vezes na semana. Esta opção permitiu variações na prática que não foram controladas. A única observação feita a este nível foi através dos relatos dos participantes sobre as vivências fenomenológicas.

Globalmente, pode-se concluir que a intervenção com Sofrologia teve um impacto positivo nas respostas afectivas do grupo de participantes, tendo-se verificado uma clara diminuição dos afetos negativos, assim como dos níveis de Stress, Ansiedade e Depressão, ao longo do tempo. Como já foi referido, seria interessante observar, num estudo futuro, um grupo maior de participantes mais representativo da população portuguesa, em paralelo com um grupo de controle, durante um período mais alargado, com persistência no treino das técnicas Sofrológicas, que permitisse um maior controle de variáveis, assim como a possibilidade de observar a evolução das respostas afetivas positivas.

5 REFERÊNCIAS

Aftanas, L. I., & Golocheikine, S. A., (2001). Human anterior and frontal midline theta and lower alpha reflect emotionally positive state and internalized attention: High-resolution EEG investigation of meditation. *Neuroscience Letters, 310,* 57-60.

Andrews, F. M. & Robinson, J. P., (1991). Measures of subjective well being. In J.P. Robinson, P.R. Shaver, & Wrightsman L.S., (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes.* San Diego: Academic Press.

Antoni, M. H., Cruess, D. G., Kumar, M., & Schneiderman, N. (2000). Reductions in salivary cortisol are associated with mood improvement during relaxation training among HIV-seropositive men. *Journal of Behavioral Medicine, 23(2),* 107-122.

Bell, I., Jain, S., Mills, P. J., Roesch, S. C., Schwartz, G. E. R., Shapiro, S. L. & Swanick, S., (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination and distraction. *Annals of Behavioral Medicine, 33(1),* 11-21;

Benson, H., Dusek,J.A.,Fischl, B., Gray, J.R., Greve, D.N., Kerr, C.E., Lazar, S.W., McGarvey, M., Moore, C.I.,Quinn, B.T., Rauch, S.L., Treadway ,M.T. & Wasserman,R.H., (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport.16,* 1893- 1897.

Benson H, Dusek JA, Sherwood JB, Lam P, Bethea CF, Carpenter W, Levitsky S, Hill PC, Clem DW Jr, Jain MK, Drumel D, Kopecky SL, Mueller PS, Marek D, Rollins S, Hibberd PL., (2006). The relaxation response: Reducing stress and improving cognition in healthy aging adults. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 12,* 186-191.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J. et al., (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. Clinical Psychology: *Science and Practice,* 11(3), 230-241.

Bowen, S., Chawla, N., Dillworth, T., Marlatt, G., Ostafin, B. & Witkiewitz, K., (2006). Intensive mindfulness training and the reduction of psychological distress: A preliminary study. *Cognitive and Behavioral Practice, 12,13.,* 186-197.

Bradburn, N. M. (1969). The structure of psychological well-being. Chicago: Aldine.

Brazier, A., Mulkins, A., & Verhoef, M. (2006). Evaluating a yogic breathing and meditation intervention for individuals living with HIV/AIDS. *American Journal of Health Promotion, 20(3),* 192-195.

Brown, K. W., & Ryan, R. M., (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84(4),* 822-848.

Cahn, B. R., & Polich, J., (2006). Meditation states and traits: EEG, ERP and neuroimaging studies. *Psychological Bulletin, 132(2),* 180-211.

Campagne, D. M., (2004). Teoría y fisiología de la meditación. *Cuadernos de Medicina Psicossomatica y Psiquiatria de Enlace, (69/70),* 15-30.

Carlson, L. E., Goodey, E., Patel, K. D., & Speca, M., (2004).Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology, 29,* 448-474.

Chambers, R., Yee Lo, B. C., & Allen, N. B., (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive Therapy and Research, 32*, 303-322.

Chéné, P-A., (2010). Medicine & Sofroloógie: *Tome III* (1ª ed.) Paris: Ellébore.

Chéné, P-A., (2008). Sofroloógie: Fondements et Méthodologie. *Tome I* (1ª ed.) Paris: Ellébore.

Davis, J. M., Davidson, R. J. Francis, A. D., Greischar, L. L., Lutz, A., Nieuwenhuis S. & Slagter, H. A., (2007). Mental training affects distribution of limited brain resources. *PLoS Biology, 5*, 1-8

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Muller, D., Rosenkranz, M., Santorelli, S. F. & Schumacher, J., (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine, 65*, 564-570.

Davidson, R. J., (2004). Well-being and affective style: Neural substrates and biobehavioural correlates. Philosophical Transactions of the Royal Society B, 359(1449), 1395-1411.

Davidson, R. J., & Goleman, D. J. (1977). The role of attention in meditation and hypnosis: A psychobiological perspective on transformations of consciousness. *The international Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 25(4),* 291-308.

Diener, E., (1994). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social Indicators Research, 31,* 103-157.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S., (1985). The satisfaction with lifescale, *Journal of Personality Assessment*, *49* , 71-75.

Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L., (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin. 125.*

Ergas, F., (2001). Viver sem *Stress,* com Método Sofrológico. (1ª ed.) Mem Martins: Publicações Europa –América.

Ergas, F., (1984), Manual de Sofrologia, Curso Básico de Sofrologia Caycediana.

Fletcher, K., Kabat-Zinn, J. & Miller, J. J., (1995).Threeyear follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry, 17,* 192-200.

Galinha, I., (2010). Bem-estar SubjectivoFactores Cognitivos, Afectivos e Contextuais. Lisboa; Placebo, Editora Lda.

Galinha, I., (2010). Outras Variáveis Culturais e o Bem-Estar Subjectivo, Placebo, Editora Lda (ed.), *Bem- Estar Subjectivo: Factores Cognitivos, Afectivos e Contextuais*, (p.183). Lisboa; Placebo, Editora Lda.

Giacomoni & Hutz, (1997) Escala de Afeto Positivo e Negativo para Crianças: Estudos de Construção e Validação, *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional. 10,* 235- 245.

Goleman, D. J., (1988), The meditative mind: The varieties of meditative experience. New York: G.P. Putnam's Sons.

Grossman, P., Niemannb, L., Schmidtc, S., & Walachc, H., (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: *A meta-analysis. Journal of Psychosomatic Research, 57*, 35-43.

Hamada, T.,Murata,T., Kosaka, H., Kikushi, M., Omori, M., Yoshida, H.& Wada, Y. (2005) Changes in EEG and autonomic nervous activity during meditation and their association with personality traits, *International Journal of Psychophysiology, 55,* 199-207.

Hankey, A. (2006). Studies of advanced stages of meditation in the tibetan buddhist and vedic traditions. I: A comparison of general changes. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine, 3(4)*, 513-521.

Harley, J. & Lavery, J. J., (1991) The stability and sensitivity of subjective well-being measures. *Social Indicators Research, 24*,113-122.

Hedberg, J. T., Oman, D. & Thoresen, C., (2006). Passage meditation reduces perceveid stress in health professionals: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74(4),* 714-719

Heidegger, M., 1990 *Être et Temps*, (1ªed.) Paris: Gallimard.

Graeff, F. G. & Hetem, L. A. B., (2004) Diagnóstico Diferencial. In Hetem, F. G. & Graeff L. A. B. (Eds), *Transtornos de Ansiedade* (pp191-205). Rio de Janeiro: Atheneu. Lovibond, P., & Lovibond, S. (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.

Holzel, B. K., Carmody, J., Vangel,M., Gougleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard,T., & Lazar, S. W., (2011*).* Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research*, *191*, 36-43.

Husserl,E., (1989) Collection Tel: *Idées* Directrices *Pour Une Phénomènologi,*(1ª ed. 1950), Paris: Gallimard.

International Institute of Stress, (1996) *Stress: A tensão da vida* [On-line serial] Avaiable: http://www.icnr.com/articles/the-nature-of-stress.html .

Isps, (2004). Ludwig Binswanger: *Contributions to an Intersubjective Approach to Psychosis* [On-line serial], Avaiable: http://www.isps-us.org/koehler/binswanger.htm.

Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., & Schwartz, G. E. R., (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination and distraction. *Annals of Behavioral Medicine, 33(1),* 11-21.

Jornal de Ciência, Tecnologia e Empreededorismo, (2013) Existe relação biológica entre stress, depressão e ansiedade [On-line serial] Avaiable: http://www.cienciahoje.pt/index.php?oid=41573&op=all%E2%80%8Eia-).

Kabat-Zinn, J., (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10(2),* 144-156.

Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T. et al., (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport, 16(17),* 1893-1897.

Lipp, M. E. N., & Malagris, L. E. N., (2004). O stress no Brasil de hoje. In M. N. Lipp (Org.), O stress no Brasil: *Pesquisas Avançadas* (pp. 215-222). Campinas: Papirus.

Lipp, M. E. N., & Malagris, L. E. N., (2004). O stress no Brasil de hoje. In M. N. Lipp (Org.), O stress no Brasil: *Pesquisas Avançadas* (pp. 215-222). Campinas: Papirus.

Lipp, M. E. N., & Malagris, L. E. N., (2001). O stress emocional e seu tratamento. In B. Rangé (Org). Psicoterapias cognitivo-comportamentais: *um diálogo com a psiquiatria* (pp.475-490). Porto Alegre: Artmed.

Lipp, M. E. N., & Malagris, L. E. N., (1995). Manejo do estresse. In B. Range (Org.), Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas (pp. 279-292). Campinas: Psy II.

Lovibond, P. & Lovibond, S., (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

McTarggart, L., (2011). *A Ligação*, (1ª ed.). Nova Iorque: Marcador.

Novo, R., (2003). *Para Além da Eudaimonia – O Bem-Estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada.* Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

O'Donnell, M.P., (1986). Definition of Health Promotion. *American Journal of Health Promotion, 1*, 4-5.

Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R. e Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, *57,* 149-161.

Pavot,W., & Diener, E., (1993) Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment 5,*164 -172.

Selye, H.,(1965). *Stress: A tensão da vida.* São Paulo: Ibrasa.

Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Santerre, C. (2005). Meditation and positive psychology. In C. R. Snyder & S. J. Lopez, Handbook of positive psychology (pp. 632-645). New York: Oxford USA Trade.

Sirgy, M. J., (2002). *The Psychology of Quality of Life.* Dordrecht: Klwer Academic Publishers.

Slagter, H. A., Lutz, A., Greischar, L. L., Francis, A. D., Nieuwenhuis, S., Davis, J. M., & Davidson, R. J., (2007). Mental training affects distribution of limited brain resources. Plos Biology, [On-line serial], Avaiable: http://www.plosbiology.org.

Smith, J. C., (1975). Meditation as psychotherapy: *A review of the literature. Psychological Bulletin, 82(4), 558-564.*

Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Santerre, C., (2005). Meditation and positive psychology. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), Handbook of positive psychology (pp. 632-645). New York: Oxford USA Trade.

Stanford Encyclopedia of Philosophy, (2009) Martin Heidegger :*Phenomenology* [On-line serial] Avaiable: http://plato.stanford.edu/entries/heidegger/#ModEnc

Stanford Encyclopedia of Philosophy, (2009): Edmund Husserl. *Phenomenology* [On-line serial] Avaiable: http://plato.stanford.edu/entries/husserl/#LifWor

Straub, R. O., (2005). Psicologia da saúde (1ª ed.), Porto Alegre: Artmed.

Terris, M., (1975). Aproaches to an epidemiology of health. *The American Journal of*

Public Health, 65, 1037-1045.

Veit, Clarice T. & Ware, John E., (1983) The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 730-742.

Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J. M., Clark, L., Strauss, M. E., & McCormick, R. A., (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 3–14.

Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A., (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

World Health Organization, (2001b). Mental health: New understanding. *New Hope* [On-line serial], Available: http://www.who.int/whr/en.

6 ANEXOS

Anexo A - Caracterização da amostra

Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Masculino	7	33.3	33.3	33.3
	2 Feminino	14	66.7	66.7	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	21	23	63	43.67	11.491
Valid N (listwise)	21				

Estado.civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Solteiro	6	28.6	28.6	28.6
	2 Casado/União de facto	7	33.3	33.3	61.9
	3 Divorciado/Separado	7	33.3	33.3	95.2
	4 Viuvo	1	4.8	4.8	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

Vive.com

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 só	8	38.1	38.1	38.1
	3 com amigos	1	4.8	4.8	42.9
	4 com filhos	3	14.3	14.3	57.1
	5 com esposa(o)/ companheira(o)	3	14.3	14.3	71.4
	6 com esposa(o)/ companheira(o) e filhos	5	23.8	23.8	95.2
	7 outros familiares	1	4.8	4.8	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

Situacao.prof

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2 Reformado	2	9.5	9.5	9.5
	5 Activo	19	90.5	90.5	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

Profissão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 gestores/empresários/comandantes	6	28.6	28.6	28.6
	2 Professores/Engenheiros/Psicólogos /Juristas	6	28.6	28.6	57.1
	3 Administrativos	7	33.3	33.3	90.5
	4 Reformados	2	9.5	9.5	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Numero.horas	21	0	70	37.00	16.565
Valid N (listwise)	21				

Nº de horas de trabalho sem reformados:

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Numero.horas	19	18	70	40.89	11.695
Valid N (listwise)	19				

Habilitacoes.literarias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2 9º ano	1	4.8	4.8	4.8
	3 12º ano	4	19.0	19.0	23.8
	4 Licenciatura	15	71.4	71.4	95.2
	5 Mestrado	1	4.8	4.8	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

Doença

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Sim	11	52.4	52.4	52.4
	2 Não	10	47.6	47.6	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

Tipo.doença

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Não tem	9	42.9	42.9	42.9
	1 Fisicas	7	33.3	33.3	76.2
	2 Psicológicas	3	14.3	14.3	90.5
	3 Sem diagnóstico específico	2	9.5	9.5	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

Tipo de doença só para os que dizem ter:

Tipo.doença

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Fisicas	7	63.6	63.6	63.6
	2 Psicológicas	2	18.2	18.2	81.8
	3 Sem diagnóstico específico	2	18.2	18.2	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

Medicação.psiquiátrica

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Sim	6	28.6	28.6	28.6
	2 Não	15	71.4	71.4	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

Medicação.qual

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 não toma	15	71.4	71.4	71.4
	1 Ansiolitico de acção intermédia	3	14.3	14.3	85.7
	2 Antidepressivo com efeito ansiolitico	2	9.5	9.5	95.2
	3 Antidepressivo	1	4.8	4.8	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

Medicação só para quem toma:

Medicação.qual

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Ansiolitico de acção intermédia	3	50.0	50.0	50.0
	2 Antidepressivo com efeito ansiolitico	2	33.3	33.3	83.3
	3 Antidepressivo	1	16.7	16.7	100.0
	Total	6	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Horas.sono	21	5	9	6.81	.928
Valid N (listwise)	21				

Fumar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Sim	5	23.8	23.8	23.8
	2 Não	16	76.2	76.2	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Número.cigarros	21	0	35	3.33	8.266
Valid N (listwise)	21				

Bebidas.alcoólicas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2 Não	21	100.0	100.0	100.0

Actividades.meditativas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Sim	8	38.1	38.1	38.1
	2 Não	13	61.9	61.9	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

Activiidades.meditativas.qual

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	13	61.9	61.9	61.9
	1 Relaxamento	3	14.3	14.3	76.2
	2 Qi Gong	2	9.5	9.5	85.7
	3 Meditação	3	14.3	14.3	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

Quais atividades só para quem pratica:

Activiidades.meditativas.qual

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Relaxamento	3	37.5	37.5	37.5
	2 Qi Gong	2	25.0	25.0	62.5
	3 Meditação	3	37.5	37.5	100.0
	Total	8	100.0	100.0	

Anexo B - Questionário Demográfico

1. Sexo: Masculino ___ Feminino ___

2. Idade: _____

3. Estado Civil: Solteiro(a) _____ Casado(a)/União de facto _____

   Divorciado(a)/Separado(a) _____ Viúvo(a) _____

4. Com quem vive: (assinale todos os que se aplicam)

   Só _____ Com os pais _____ Com amigos _____

   Com os Filhos _____Com Esposa(o)/Companheiro(a) _____ Com esposa(o)____

   Companheiro e filhos _____Com outros Familiares _____

5. Situação Profissional:

   Estudante _____ Reformado(a) _____Doméstico(a) _____

   Desempregada(o) _____ Activo(a) _____ Profissão: _____

   Nº horas de trabalho por semana: _____

6. Habilitaçãoes Literárias:

   Doutoramento _____ Mestrado _____ Licenciatura _____ 12ºAno _____

   9ºAno _____ Ensino Básico _____

7. Sofre de alguma doença com diagnóstico médico?

   Não _____ Sim _____ Qual? _____

8. Toma alguma medicação psiquiátrica? Sim _____ Não _____

   Qual? _____

9. Quantas horas dorme em média por dia? _____

10. Fuma? Sim _____ Não _____ Quantos cigarros por dia? _____

11. Bebe mais que duas bebidas alcoólicas por dia? Sim _____ Não _____

12. Pratica regularmente actividades meditativas/relaxamento?

    Sim _____ Não _____ Qual? _____

13. Indique em que grau acredita que a prática da Sofrologia a/o ajudará a resolver a sua dificuldade:

    Confiança Confiança
    0% _____100%

Anexos C

Anexo CI - Panas Traço

PANAS *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988)

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e marque a resposta adequada no espaço anterior à palavra. Indique em que medida sentiu cada uma das emoções geralmente, ou seja, em média.

1 Nada ou muito Ligeiramente **2** Um Pouco **3** Moderadamente **4** Bastante **5** Extremamente

___ Interessado
___ Perturbado
___ Excitado
___ Atormentado
___ Agradavelmente surpreendido
___ Culpado
___ Assustado
___ Caloroso
___ Repulsa
___ Entusiasmado

___ Orgulhoso
___ Irritado
___ Encantado
___ Remorsos
___ Inspirado
___ Nervoso
___ Determinado
___ Trémulo
___ Activo
___ Amedrontado

Anexo CII – Panas Estado

PANAS *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988)

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e marque a resposta adequada no espaço anterior à palavra. Indique em que medida sentiu cada uma das emoções geralmente, ou seja, em média, em relação à <u>última semana</u>.

1 Nada ou muito Ligeiramente **2** Um Pouco **3** Moderadamente **4** Bastante **5** Extremamente

___ Interessado
___ Perturbado
___ Excitado
___ Atormentado
___ Agradavelmente surpreendido
___ Culpado
___ Assustado
___ Caloroso
___ Repulsa
___ Entusiasmado
___ Orgulhoso
___ Irritado
___ Encantado
___ Remorsos
___ Inspirado
___ Nervoso
___ Determinado
___ Trémulo
___ Activo
___ Amedrontado

Anexo D – EADS / DASS

EADS-21 - Nome Data___/___/___

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si ***durante a semana passada.*** Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

0- não se aplicou nada a mim
1-aplicou-se a mim algumas vezes
2- aplicou-se a mim de muitas vezes
3- aplicou-se a mim a maior arte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Reference- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5* (2), 229-239

Anexo E – SWLS

SWLS

Encontra a seguir cinco afirmações com as quais pode concordar ou discordar. Utilizando a escala de 1 a 7 abaixo indicada, refira o seu grau de acordo com cada item colocando o número apropriado na linha que precede cada um deles. Procure ser sincero nas respostas que vai dar. Eis a escala de 7 pontos:

1 – totalmente em desacordo
2 – em desacordo
3 – mais ou menos em desacordo
4 – nem de acordo nem em desacordo
5 – mais ou menos de acordo
6 – de acordo
7 – totalmente de acordo

1.	Em muitos aspectos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais.	1 2 3 4 5 6 7
2.	As minhas condições de vida são excelentes.	1 2 3 4 5 6 7
3.	Estou satisfeito com a minha vida.	1 2 3 4 5 6 7
4.	Até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida.	1 2 3 4 5 6 7
5.	Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada.	1 2 3 4 5 6 7

Anexo F - A Postura Isocaya

A POSTURA ISOCAY

I – Integração
SO – Sofrológica
CAY – Caycediana

Esta postura é o primeiro meio para conquistar a Consciência Sofroliminal, a qual é o estado profundo da consciência que pretendemos atingir. Esta postura permite que se fique na camada média da Consciência Sofroliminal, condicionando uma melhor integração das diferentes técnicas.
Pratica-se, sentando-nos na parte média da cadeira, as costas direitas e não apoiadas, os ombros ligeiramente para trás, o tronco levemente inclinado para a frente, com o alto da cabeça "puxando" ligeiramente na direcção do céu e o queixo um pouco reentrado. As mãos estão pousadas sobre as coxas, as pernas em ângulo recto, os pés bem assentes no chão. A língua fica relaxada dentro da boca e colada contra o palato. A respiração é ampla e livre.
Durante a postura ISOCAY e dentro da dinâmica de treinamento, o sofronizado vai poder perceber a presença do que em Sofrologia chamamos o Eu Frónico e das suas quatro estruturas essenciais, de um modo progressivo, que se vão apresentado como uma revelação vivencial unitária.

Anexo G- Respiração completa

RESPIRAÇÃO COMPLETA

VANTAGENS FISIOLÓGICAS

- A descida do diafragma provoca uma *massagem* das vísceras hepáticas (fígado e baço), facilitando a hemodinamica da veia cava inferior que leva o sangue ao coração.
- Os movimentos do diafragma e da barriga provocam uma *massagem* da massa visceral e dos plexos nervosos.
- A quantidade de oxigénio chegado ao sangue é muito maior, implicando um enriquecimento energético no organismo.
- Há uma estimulação geral da circulação sanguínea.

VANTAGENS PSICOLÓGICAS

- Facilita o contacto com as nossas vivências internas.
- Facilita a descontracção psicológica (para além da física).
- A respiração profunda e lenta leva ao progressivo acalmar da mente e do espírito e a uma recuperação da serenidade interior.

PASSOS PARA UMA BOA RESPIRAÇÃO

- A respiração deve ser nasal sobretudo na fase de inspiração.
- A respiração deve ser tanto quanto possível completa.
- A respiração deve comportar 4 fases:

  Inspiração
  Retenção
  Expiração
  Retenção

- A respiração deve ser feita conscientemente.

Anexo H- Os 5 Sistemas Isocay

Os 5 SISTEMAS ISOCAY

Um sistema é um conjunto de partes do corpo coordenadas entre si.
Por exemplo:

- Uma unidade de zona : a cabeça, o tronco, a bacia.

ou

- Uma unidade de estrutura: sistema ósseo, muscular, nervoso.

ou

- Uma unidade de função: siistema imunitário, disgestivo, respiratório.

OS 5 SISTEMAS ISOCAY	ESTRUTURAS ANATOMO-FISIOLÓGICAS	ESPAÇO DE INTERACÇÃO
1º	A cabeça (o crânio e o rosto)	Ao nível da testa
2º	O pescoço e a parte externa das extremidades superiores, que contêm as zonas deltoidea, posterior do antebraço e o verso da mão	Ao nível da tiróide
3º	O torax e a parte interna das extremidades superiores que contêm as zonas: axilar, anterior do braço, do antebraço e a palma da mão	Ao nível do externo
4º	A zona abdominal, que contém a parte superior da zona umbilical e a zona epigástrica	Cerca de 4 cm acima do umbigo
5º	A zona da bacia, que contém a parte inferior da zona umbilical e a parte da zona púbica ou hipogástrica e as extremidades inferiores	Cerca de 4cm abaixo do umbigo

Anexo I -. Sofro-estimulação corporal

SOFRO-ESTIMULAÇÃO CORPORAL

A S.E.C. é utilizada para criar uma maior consciência de todo o corpo, ao mesmo tempo que ajuda a aprofundar o nível de consciência e relaxamento.

Prática da Sofro-Estimulação Corporal:

Deita-se for a o ar ... inspira-se retendo o ar, levantando as mãos e cruzando-as atrás da nuca ... levantam-se ligeiramente os pés e arqueia-se um pouco o corpo para trás, criando uma tensão suave por todo o corpo ... simultâneamente toma-se consciência da tensão em todas as partes do corpo, desde a cabeça aos pés ... quando não se aguenta mais, expira-se com força concentrando a atenção na expulsão de todas as tensões do corpo, enquanto se expira ... e relaxe com recuperação e tomada de consciência do alívio da tensão em todo o corpo.

Anexo J - Níveis de consciência

NÍVEIS DA CONSCIÊNCIA

HIPERVIGÍLIA
Ondas dessincronizadas ou ritmos beta muito rápidos.
Emoções. Por vezes ondas beta de stress.

VIGÍLIA
EEG emite ondas beta ou alfa parcialmente dessincronizadas.
É o estado que corresponde à concentração.

ATENÇÃO FLUTUANTE
Ondas alfa clássicas.
Estado de relaxamento mental com baixa da vigilância. Associações livres.

SONHO ACORDADO
Ondas alfa lentas.
Neste estado os estímulos são percebidos mas de forma atenuada.

SONO SUPERFICIAL OU PARADOXAL
Ondas teta, beta e alfa.
Perda da consciência dos estímulos exteriores. Sonho.

SONO PROFUNDO
Ondas delta.
Perda total de consciência dos estímulos. Alternancia de duas fases, superficial e profunda, durante o sono.

COMA
Ondas delta esbatidas.
Desaparecimento das respostas motoras.

Anexo K – Estados de consciência

ESTADOS DE CONSCIÊNCIA

São modificações qualitativas da Consciência:

CONSCIÊNCIA ORDINÁRIA

Corresponde à do homem comum que toma consciência do mundo presente através de esquemas pré-estabelecidos, sem questionar, sem um novo olhar sobre as coisas.

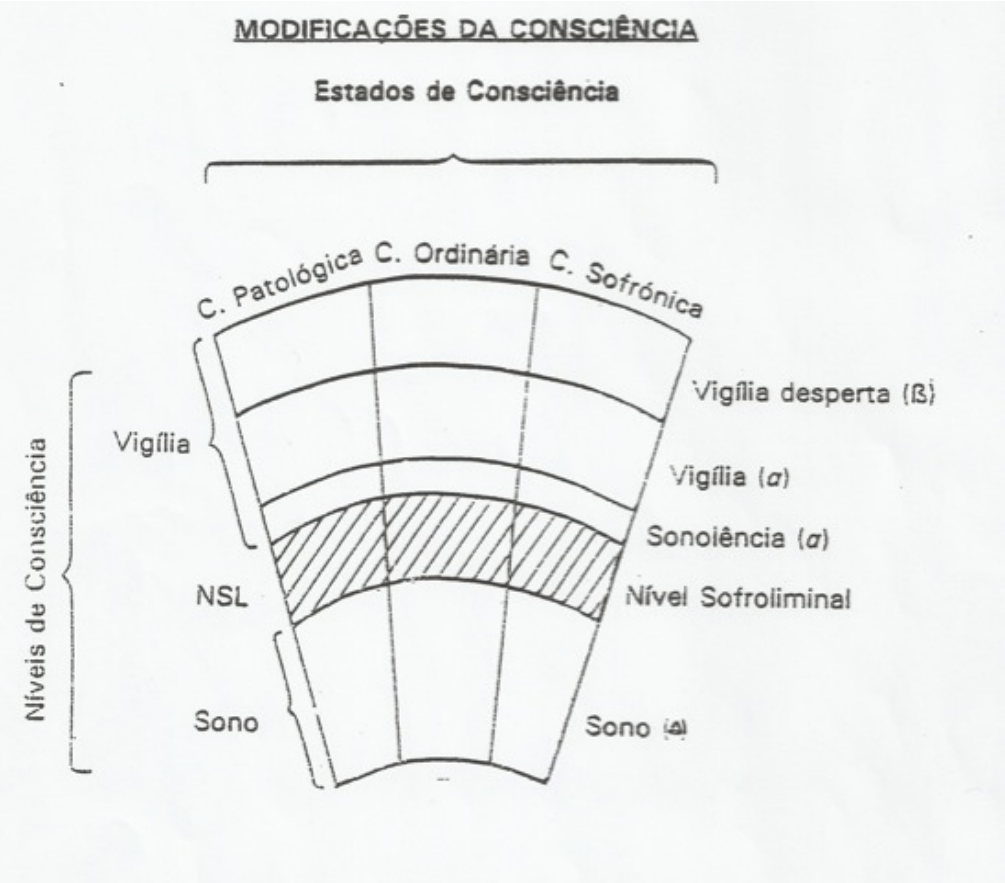
CONSCIÊNCIA PATOLÓGICA

É a consciência alterada pela doença. Estes estados de alteração podem ir das depressões reactivas às psicoses ou demências irreversíveis. Podem ser transitórios ou permanentes.

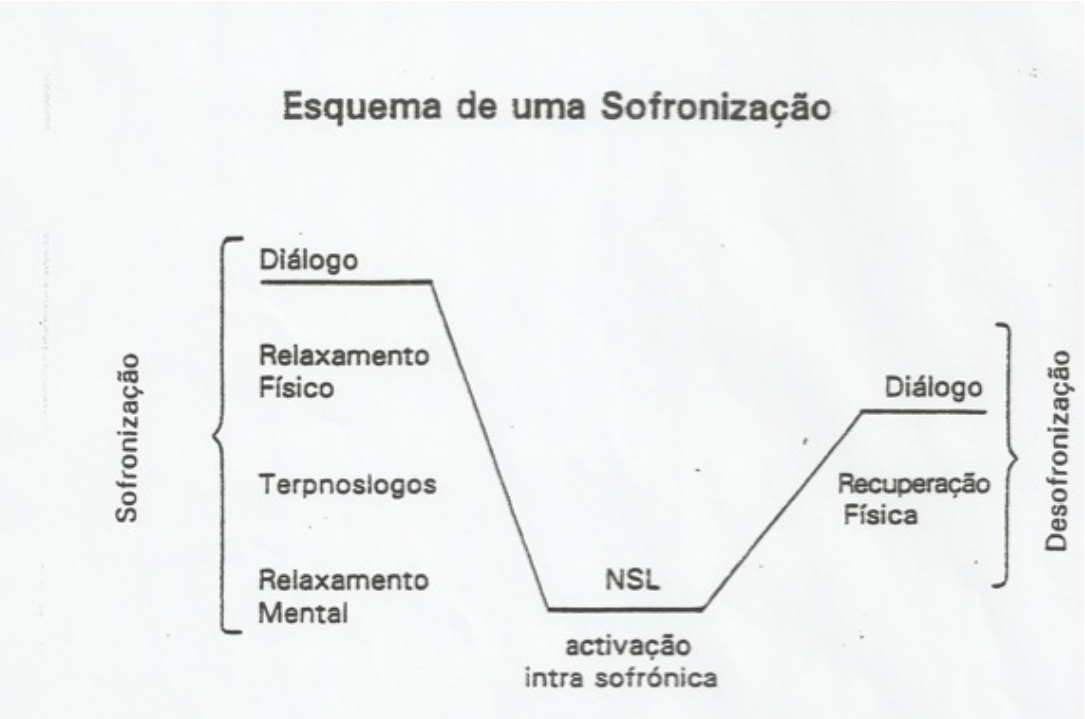
CONSCIÊNCIA SOFROLÓGICA OU SOFRÓNICA

As capacidades da Consciência são aumentadas (ex. Ideação, memória). Corresponde à potencialização da consciência normal com aumento das capacidades sensoriais e perceptivas.

Anexo L - Modificações da consciência



Anexo M – Esquema de uma Sofronização



Anexo N - Sofronização de base vivencial

SOFRONIZAÇÃO DE BASE VIVENCIAL (S.B.V.)

PROTOCOLO

- **Sofronização de Base** (S.B.) rápida (sentada ou de pé)
- **Sofro-Estimulação corporal** (sentada ou de pé), tensão suave de todos os músculos o corpo, mãos atrás da nuca com **Sofro-Respiração Sincrónica** (S.R.S.). Relaxamento recuperador sentado.
- Consciência da **forma**.
- Consciência do **equilíbrio**.
- Consciência da **respiração**.
- Relaxe. **Pausa Frónica de Integração** (P.F.I.). Vivência frónica: durante esta pausa, tomar claramente consciência das sensações que se produzem depois da tensão. Percepção livre, sem à priori.
- Eventual introdução, neste momento, de outras técnicas específicas a utilizar.
- Activação das capacidades de:
  . **confiança** em si próprio
  . **harmonia** entre o físico e o mental
  . **esperança** na vida e em projectos positivos.
- **Dessofronização**:
  . várias respirações profundas
  . mexer os dedos dos pés e das mãos, os músculos do rosto, etc.
  . alongar-se progressivamente, dar-se o tempo necessário para uma recuperação completa e, por fim, abrir os olhos quando desejar.
- **Fenodescrição**: descrição sucinta dos fenómenos vividos.
- **Diálogo pós-sofrónico**.

Anexo O – Sofro-substituição emocional

SOFRO-SUBSTITUIÇÃO EMOCIONAL (S.S.E.)

PROTOCOLO

- **Sofronização de Base Vivencial por Sistema** (S.B.V.S.), em postura de relaxamento sentada.
- **Sofro-Deslocação do Negativo** abreviada (S.D.N.).
- **Postura Isocay.**
- **Focalização** sobre a emoção escolhida – visualizar a situação onde se vivência a emoção escolhida.
- **Neutralização** da emoção com Sofro-Respiração Sincrónica (S.R.S.), localizando a zona particular do corpo onde aquela é vivênciada.
- **Substituição**: escolher a emoção positiva que se quer vivênciar. Estimular a emoção com Sofro-Respiração Sincrónica.
- **Reforço das Capacidades.**
- **Dessofronização.**

Anexo P – Consistência Interna (Alpha de Cronbach) dos instrumentos

SWLS1

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,828	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SWLS.1	15,33	23,933	,701	,771
SWLS.2	15,71	25,414	,693	,777
SWLS.3	15,67	24,433	,689	,775
SWLS.4	15,10	26,390	,598	,801
SWLS.5	15,71	25,814	,476	,842

PANAS T 1 – Positivo

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.852	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PANAS.T.1	24.90	34.990	.758	.820
PANAS.T.3	25.57	39.357	.348	.855
PANAS.T.5	25.48	34.362	.671	.826
PANAS.T.8	25.14	36.329	.581	.835
PANAS.T.10	25.24	34.090	.845	.812
PANAS.T.11	25.38	39.048	.376	.853
PANAS.T.13	25.52	36.362	.537	.840
PANAS.T.15	25.14	36.129	.537	.840
PANAS.T.17	24.76	39.190	.442	.847
PANAS.T.19	24.86	39.829	.495	.844

PANAS T 1 – Negativo

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.884	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PANAS.T.2	21.05	57.248	.744	.865
PANAS.T.4	21.24	54.290	.809	.858
PANAS.T.6	21.00	62.300	.354	.893
PANAS.T.7	21.14	54.729	.838	.857
PANAS.T.9	21.76	56.390	.765	.863
PANAS.T.12	20.71	60.814	.478	.883
PANAS.T.14	21.71	62.314	.413	.887
PANAS.T.16	20.38	58.748	.504	.883
PANAS.T.18	21.76	63.890	.466	.883
PANAS.T.20	21.38	53.048	.845	.855

DASS 1

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,938	21

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DASS.1.1	22,19	160,862	,616	,936
DASS.1.2	22,62	165,648	,679	,935
DASS.1.3	22,81	162,562	,627	,935
DASS.1.4	23,10	173,090	,340	,939
DASS.1.5	22,19	165,262	,565	,936
DASS.1.6	21,95	161,748	,758	,933
DASS.1.7	22,76	163,890	,555	,937
DASS.1.8	21,81	168,362	,486	,937
DASS.1.9	22,71	168,414	,415	,939
DASS.1.10	22,71	161,014	,712	,934
DASS.1.11	21,90	164,390	,646	,935
DASS.1.12	21,86	163,029	,770	,933
DASS.1.13	22,24	161,790	,644	,935
DASS.1.14	22,24	162,790	,675	,934
DASS.1.15	22,90	161,290	,739	,933
DASS.1.16	22,76	163,190	,736	,933
DASS.1.17	22,71	161,914	,640	,935
DASS.1.18	21,86	168,929	,531	,937
DASS.1.19	22,48	163,062	,641	,935
DASS.1.20	22,67	161,233	,717	,934
DASS.1.21	22,95	163,548	,726	,934

PANAS E 1 – Positivo

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.788	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PANAS.E.1.1	21.86	28.329	.596	.752
PANAS.E.1.3	22.24	33.490	.148	.803
PANAS.E.1.5	22.71	34.314	.048	.817
PANAS.E.1.8	21.95	30.848	.364	.781
PANAS.E.1.10	22.05	28.648	.653	.748
PANAS.E.1.11	22.52	30.562	.387	.778
PANAS.E.1.13	22.57	31.657	.293	.789
PANAS.E.1.15	22.24	27.090	.650	.743
PANAS.E.1.17	22.10	26.690	.771	.729
PANAS.E.1.19	21.76	26.290	.717	.733

PANAS E 1 – Negativo

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.820	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PANAS.E.1.2	18.19	34.562	.759	.773
PANAS.E.1.4	18.67	33.033	.781	.768
PANAS.E.1.6	19.14	46.629	-.048	.852
PANAS.E.1.7	19.00	37.600	.704	.785
PANAS.E.1.9	19.52	41.062	.322	.823
PANAS.E.1.12	18.19	35.462	.687	.782
PANAS.E.1.14	19.52	44.062	.148	.836
PANAS.E.1.16	17.95	35.148	.680	.783
PANAS.E.1.18	19.24	42.790	.259	.826
PANAS.E.1.20	19.14	37.529	.752	.782

O item 6 foi retirado pois apresenta uma correlação negativa e o alfa foi novamente realizado:

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,852	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PANAS.E.1.2	16,38	33,448	,828	,807
PANAS.E.1.4	16,86	32,229	,823	,805
PANAS.E.1.7	17,19	37,262	,708	,824
PANAS.E.1.9	17,71	40,814	,318	,861
PANAS.E.1.12	16,38	35,448	,667	,826
PANAS.E.1.14	17,71	44,814	,065	,878
PANAS.E.1.16	16,14	34,629	,699	,822
PANAS.E.1.18	17,43	41,757	,320	,858
PANAS.E.1.20	17,33	37,333	,743	,822

DASS 2

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,927	21

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DASS.2.1	20,43	116,757	,581	,924
DASS.2.2	20,76	115,490	,631	,923
DASS.2.3	21,00	120,100	,565	,924
DASS.2.4	20,90	116,090	,632	,923
DASS.2.5	20,48	120,462	,555	,925
DASS.2.6	20,24	121,990	,475	,926
DASS.2.7	21,05	123,548	,390	,927
DASS.2.8	19,90	120,490	,569	,924
DASS.2.9	21,10	120,290	,494	,926
DASS.2.10	21,00	116,800	,706	,922
DASS.2.11	20,14	117,429	,648	,923
DASS.2.12	20,10	116,890	,637	,923
DASS.2.13	20,57	118,757	,546	,925
DASS.2.14	20,57	115,957	,652	,923
DASS.2.15	21,24	120,390	,575	,924
DASS.2.16	21,05	119,448	,732	,922
DASS.2.17	20,90	117,490	,599	,924
DASS.2.18	20,00	124,100	,363	,928
DASS.2.19	20,62	117,348	,596	,924
DASS.2.20	21,00	116,000	,817	,920
DASS.2.21	21,24	117,290	,707	,922

PANAS E 2 – Positivo

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.808	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PANAS.E.2.1	19.76	28.490	.280	.813
PANAS.E.2.3	20.29	31.314	.037	.832
PANAS.E.2.5	20.48	26.062	.605	.778
PANAS.E.2.8	19.90	26.290	.416	.801
PANAS.E.2.10	20.19	25.362	.772	.762
PANAS.E.2.11	20.14	28.429	.276	.814
PANAS.E.2.13	20.52	25.062	.708	.765
PANAS.E.2.15	20.38	25.648	.604	.777
PANAS.E.2.17	20.05	23.748	.720	.760
PANAS.E.2.19	19.71	27.214	.542	.786

PANAS E 2 – Negativo

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.917	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PANAS.E.2.2	17.90	62.490	.742	.906
PANAS.E.2.4	18.24	61.890	.823	.900
PANAS.E.2.6	18.57	69.557	.479	.921
PANAS.E.2.7	18.57	66.657	.749	.905
PANAS.E.2.9	19.24	73.490	.523	.917
PANAS.E.2.12	18.10	63.290	.742	.906
PANAS.E.2.14	18.81	67.062	.663	.910
PANAS.E.2.16	17.90	61.990	.818	.900
PANAS.E.2.18	19.05	71.248	.628	.913

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PANAS.E.2.2	17.90	62.490	.742	.906
PANAS.E.2.4	18.24	61.890	.823	.900
PANAS.E.2.6	18.57	69.557	.479	.921
PANAS.E.2.7	18.57	66.657	.749	.905
PANAS.E.2.9	19.24	73.490	.523	.917
PANAS.E.2.12	18.10	63.290	.742	.906
PANAS.E.2.14	18.81	67.062	.663	.910
PANAS.E.2.16	17.90	61.990	.818	.900
PANAS.E.2.18	19.05	71.248	.628	.913
PANAS.E.2.20	18.76	66.590	.809	.903

DASS 3

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,958	21

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DASS.3.1	18,00	151,000	,749	,956
DASS.3.2	18,43	159,757	,329	,960
DASS.3.3	18,57	152,257	,728	,956
DASS.3.4	18,52	153,862	,718	,956
DASS.3.5	18,05	151,948	,615	,957
DASS.3.6	17,86	148,829	,809	,955
DASS.3.7	18,62	156,248	,640	,957
DASS.3.8	17,81	148,062	,780	,955
DASS.3.9	18,43	150,957	,761	,956
DASS.3.10	18,38	147,248	,843	,954
DASS.3.11	17,86	147,129	,784	,955
DASS.3.12	18,00	148,300	,724	,956
DASS.3.13	18,05	148,348	,789	,955
DASS.3.14	18,05	149,848	,716	,956
DASS.3.15	18,67	152,133	,732	,956
DASS.3.16	18,38	148,948	,818	,955
DASS.3.17	18,43	151,557	,671	,957
DASS.3.18	17,57	152,557	,711	,956
DASS.3.19	18,10	153,090	,539	,959
DASS.3.20	18,43	151,457	,676	,957
DASS.3.21	18,67	149,333	,756	,956

PANAS E 3 – Positivo

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.888	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PANAS.E.3.1	23.95	31.548	.817	.864
PANAS.E.3.3	25.14	36.929	.208	.904
PANAS.E.3.5	24.52	31.662	.626	.877
PANAS.E.3.8	24.33	32.633	.615	.878
PANAS.E.3.10	24.29	31.914	.662	.874
PANAS.E.3.11	24.81	31.162	.670	.874
PANAS.E.3.13	24.62	30.848	.793	.864
PANAS.E.3.15	24.71	33.214	.585	.880
PANAS.E.3.17	24.19	31.362	.832	.863
PANAS.E.3.19	24.14	35.629	.474	.886

PANAS E 3 – Negativo

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.908	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PANAS.E.3.2	14.62	30.448	.610	.902
PANAS.E.3.4	14.76	29.090	.675	.898
PANAS.E.3.6	14.95	28.648	.659	.900
PANAS.E.3.7	14.86	30.329	.629	.901
PANAS.E.3.9	15.05	29.448	.683	.898
PANAS.E.3.12	14.38	28.348	.652	.901
PANAS.E.3.14	15.00	30.800	.640	.901
PANAS.E.3.16	14.14	26.929	.828	.887
PANAS.E.3.18	15.24	32.390	.584	.905
PANAS.E.3.20	14.86	28.629	.781	.891

DASS 4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,901	21

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DASS.4.1	12,10	52,990	,604	,894
DASS.4.2	12,19	55,362	,286	,904
DASS.4.3	12,29	52,214	,650	,893
DASS.4.4	12,48	57,562	,173	,903
DASS.4.5	11,86	53,129	,562	,895
DASS.4.6	11,81	54,362	,403	,900
DASS.4.7	12,52	54,162	,556	,896
DASS.4.8	11,76	52,890	,588	,895
DASS.4.9	12,52	53,462	,645	,894
DASS.4.10	12,43	54,357	,501	,897
DASS.4.11	11,90	51,790	,673	,892
DASS.4.12	11,76	52,390	,437	,901
DASS.4.13	12,24	52,590	,705	,892
DASS.4.14	12,05	53,148	,531	,896
DASS.4.15	12,62	55,548	,559	,897
DASS.4.16	12,38	52,448	,723	,891
DASS.4.17	12,57	55,557	,509	,897
DASS.4.18	11,62	53,448	,518	,896
DASS.4.19	12,10	52,690	,638	,893
DASS.4.20	12,33	52,733	,594	,894
DASS.4.21	12,67	57,733	,220	,902

PANAS E 4 – Positivo

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.892	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PANAS.E.4.1	23.95	36.748	.727	.876
PANAS.E.4.3	24.95	37.748	.434	.898
PANAS.E.4.5	24.76	39.190	.377	.899
PANAS.E.4.8	24.33	36.033	.674	.879
PANAS.E.4.10	24.48	34.162	.729	.874
PANAS.E.4.11	24.76	37.590	.655	.881
PANAS.E.4.13	24.71	36.114	.752	.874
PANAS.E.4.15	24.57	35.157	.666	.879
PANAS.E.4.17	24.14	35.029	.878	.866
PANAS.E.4.19	24.05	39.148	.559	.887

PANAS E 4 - Negativo

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.919	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PANAS.E.4.2	15.00	43.600	.783	.907
PANAS.E.4.4	15.62	44.548	.789	.906
PANAS.E.4.6	15.90	51.790	.520	.920
PANAS.E.4.7	15.62	47.848	.693	.911
PANAS.E.4.9	15.67	45.333	.664	.915
PANAS.E.4.12	15.52	47.062	.736	.909
PANAS.E.4.14	15.95	51.148	.662	.915
PANAS.E.4.16	15.10	44.890	.772	.907
PANAS.E.4.18	16.00	52.500	.610	.918
PANAS.E.4.20	15.62	44.748	.855	.902

DASS 5

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,909	21

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DASS.5.1	11,67	59,233	,620	,903
DASS.5.2	11,86	61,829	,466	,907
DASS.5.3	12,00	60,300	,676	,902
DASS.5.4	12,14	65,829	,242	,911
DASS.5.5	11,62	64,848	,439	,908
DASS.5.6	11,43	61,057	,512	,906
DASS.5.7	12,10	64,690	,378	,909
DASS.5.8	11,43	58,257	,697	,901
DASS.5.9	12,00	64,100	,431	,908
DASS.5.10	12,10	62,490	,551	,905
DASS.5.11	11,57	60,157	,636	,903
DASS.5.12	11,57	61,257	,481	,907
DASS.5.13	11,81	61,062	,607	,904
DASS.5.14	11,81	59,062	,725	,900
DASS.5.15	12,29	65,014	,469	,908
DASS.5.16	11,95	61,048	,533	,906
DASS.5.17	12,10	62,590	,540	,905
DASS.5.18	11,19	61,462	,538	,905
DASS.5.19	11,67	59,933	,616	,903
DASS.5.20	12,19	62,962	,679	,904
DASS.5.21	12,10	61,190	,605	,904

Stress 1

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.889	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DASS.1.1	9.81	17.162	.733	.869
DASS.1.6	9.57	18.557	.776	.862
DASS.1.8	9.43	19.357	.692	.872
DASS.1.11	9.52	18.462	.799	.859
DASS.1.12	9.48	19.262	.753	.866
DASS.1.14	9.86	19.629	.584	.885
DASS.1.18	9.48	21.462	.480	.894

Ansiedade 1

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.829	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DASS.1.2	4.81	17.262	.580	.806
DASS.1.4	5.29	18.914	.355	.835
DASS.1.7	4.95	15.848	.557	.810
DASS.1.9	4.90	16.290	.546	.811
DASS.1.15	5.10	15.490	.706	.783
DASS.1.19	4.67	16.333	.555	.809
DASS.1.20	4.86	15.129	.733	.778

Depressão 1

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.898	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DASS.1.3	5.86	23.029	.552	.900
DASS.1.5	5.24	23.990	.494	.905
DASS.1.10	5.76	20.690	.859	.863
DASS.1.13	5.29	21.414	.721	.880
DASS.1.16	5.81	22.562	.763	.877
DASS.1.17	5.76	21.390	.725	.880
DASS.1.21	6.00	22.000	.851	.868

Stress 2

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.865	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DASS.2.1	9.33	13.433	.759	.827
DASS.2.6	9.14	16.329	.521	.860
DASS.2.8	8.81	15.062	.760	.832
DASS.2.11	9.05	14.448	.732	.832
DASS.2.12	9.00	13.700	.807	.820
DASS.2.14	9.48	15.362	.497	.867
DASS.2.18	8.90	17.090	.412	.872

Ansiedade 2

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.810	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DASS.2.2	4.38	12.748	.511	.794
DASS.2.4	4.52	12.162	.645	.766
DASS.2.7	4.67	15.333	.291	.822
DASS.2.9	4.71	13.514	.515	.791
DASS.2.15	4.86	14.229	.485	.796
DASS.2.19	4.24	12.290	.658	.764
DASS.2.20	4.62	12.748	.745	.754

Depressão 2

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.896	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DASS.2.3	5.05	15.348	.705	.880
DASS.2.5	4.52	16.462	.519	.900
DASS.2.10	5.05	14.548	.780	.871
DASS.2.13	4.62	14.548	.708	.880
DASS.2.16	5.10	15.690	.799	.873
DASS.2.17	4.95	14.548	.689	.883
DASS.2.21	5.29	15.014	.732	.877

Stress 3

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.937	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DASS.3.1	7.71	20.814	.800	.927
DASS.3.6	7.57	20.057	.853	.922
DASS.3.8	7.52	19.662	.832	.923
DASS.3.11	7.57	19.157	.855	.921
DASS.3.12	7.71	19.414	.811	.926
DASS.3.14	7.76	20.490	.739	.932
DASS.3.18	7.29	21.914	.681	.937

Ansiedade 3

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.858	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DASS.3.2	4.10	12.390	.487	.856
DASS.3.4	4.19	11.462	.762	.822
DASS.3.7	4.29	13.114	.433	.861
DASS.3.9	4.10	10.790	.769	.817
DASS.3.15	4.33	10.633	.852	.805
DASS.3.19	3.76	11.890	.413	.876
DASS.3.20	4.10	10.590	.738	.821

Depressão 3

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.936	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DASS.3.3	4.90	20.190	.748	.930
DASS.3.5	4.38	19.648	.675	.937
DASS.3.10	4.71	18.114	.906	.915
DASS.3.13	4.38	18.948	.778	.927
DASS.3.16	4.71	18.614	.901	.916
DASS.3.17	4.76	19.390	.760	.929
DASS.3.21	5.00	19.000	.788	.926

Stress 4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.784	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DASS.4.1	5.95	9.048	.432	.771
DASS.4.6	5.67	9.033	.376	.781
DASS.4.8	5.62	8.448	.575	.745
DASS.4.11	5.76	7.990	.670	.725
DASS.4.12	5.62	7.548	.541	.754
DASS.4.14	5.90	8.890	.420	.773
DASS.4.18	5.48	8.362	.588	.742

Ansiedade 4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.752	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DASS.4.2	2.29	5.414	.270	.779
DASS.4.4	2.57	6.157	.209	.768
DASS.4.7	2.62	5.248	.517	.712
DASS.4.9	2.62	5.148	.562	.703
DASS.4.15	2.71	5.314	.762	.684
DASS.4.19	2.19	4.862	.569	.698
DASS.4.20	2.43	4.757	.564	.699

Depressão 4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.824	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DASS.4.3	2.71	5.014	.760	.762
DASS.4.5	2.29	6.014	.405	.832
DASS.4.10	2.86	5.729	.607	.793
DASS.4.13	2.67	6.033	.477	.815
DASS.4.16	2.81	5.462	.706	.775
DASS.4.17	3.00	6.200	.644	.794
DASS.4.21	3.10	6.790	.466	.818

Stress 5

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.890	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DASS.5.1	5.57	12.157	.826	.855
DASS.5.6	5.33	13.133	.695	.872
DASS.5.8	5.33	13.033	.646	.879
DASS.5.11	5.48	13.562	.662	.876
DASS.5.12	5.48	13.062	.688	.873
DASS.5.14	5.71	13.214	.720	.870
DASS.5.18	5.10	14.190	.560	.888

Ansiedade 5

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.744	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DASS.5.2	2.19	3.462	.710	.640
DASS.5.4	2.48	4.862	.448	.717
DASS.5.7	2.43	4.857	.423	.721
DASS.5.9	2.33	4.833	.404	.725
DASS.5.15	2.62	5.248	.374	.733
DASS.5.19	2.00	4.400	.310	.769
DASS.5.20	2.52	4.462	.726	.667

Depressão 5

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.870	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DASS.5.3	2.90	7.690	.690	.846
DASS.5.5	2.52	9.762	.322	.884
DASS.5.10	3.00	7.900	.770	.836
DASS.5.13	2.71	8.214	.540	.867
DASS.5.16	2.86	7.529	.642	.855
DASS.5.17	3.00	8.000	.735	.841
DASS.5.21	3.00	7.300	.843	.823

Anexo Q – Estatistica descritiva de todas as variáveis em todos os momentos

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Crença.eficácia.1	21	5.00	10.00	7.9524	1.21352
Crença.eficácia.2	21	6.00	9.00	7.0476	.87899
Crença.eficácia.3	21	7.00	10.00	7.8857	.86907
Valid N (listwise)	21				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Panas.T.A.P	21	1.5000	4.2000	2.800000	.6700746
PANAS.E.1.P	21	1.1000	3.5000	2.466667	.5994442
PANAS.E.2.P	21	1.4000	3.4000	2.238095	.5687497
PANAS.E.3.P	21	1.6000	3.8000	2.719048	.6313628
PANAS.E.4.P	21	1.7000	3.9000	2.719048	.6690434
Valid N (listwise)	21				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Panas.T.A.N	21	1.3000	4.3000	2.357143	.8435469
PANAS.E.1.N	21	1.22	3.78	2.1270	.75872
PANAS.E.2.N	21	1.0000	4.1000	2.057143	.9014274
PANAS.E.3.N	21	1.0000	3.4000	1.642857	.6004760
PANAS.E.4.N	21	1.0000	3.5000	1.733333	.7611395
Valid N (listwise)	21				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
DASS.1.ansiedade	21	.0000	2.0000	.823129	.6668610
DASS.2.ansiedade	21	.0000	2.1429	.761905	.5981832
DASS.3.ansiedade	21	.0000	2.0000	.687075	.5599181
DASS.4.ansiedade	21	.0000	1.2857	.414966	.3749960
DASS.5.ansiedade	21	.0000	1.1429	.394558	.3496493
Valid N (listwise)	21				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
DASS.1.depressão	21	.000	2.571	.94558	.777852
DASS.2.depressão	21	.0000	2.0000	.823129	.6434993
DASS.3.depressão	21	.0000	2.2857	.782313	.7250884
DASS.4.depressão	21	.0000	1.2857	.462585	.3987346
DASS.5.depressão	21	.0000	1.5714	.476190	.4680252
Valid N (listwise)	21				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
DASS.1.stress	21	.4286	3.0000	1.598639	.7222683
DASS.2.stress	21	.5714	2.8571	1.517007	.6396367
DASS.3.stress	21	.1429	2.8571	1.265306	.7454429
DASS.4.stress	21	.0000	1.7143	.952381	.4766664
DASS.5.stress	21	.0000	2.0000	.904762	.5998866
Valid N (listwise)	21				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
SWLS	21	1.2000	6.2000	3.876190	1.2287818
Valid N (listwise)	21				

Anexo R – Correlação entre as variáveis

PANAS T(P e N) com DASS 1 (S,A,D)

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Panas.T.A.P	Panas.T.A.N	DASS.1.ansiedade	DASS.1.depressão	DASS.1.stress
N		21	21	21	21	21
Normal Parameters[a,b]	Mean	2.800000	2.357143	.823129	.94558	1.598639
	Std. Deviation	.6700746	.8435469	.6668610	.777852	.7222683
Most Extreme Differences	Absolute	.137	.194	.136	.175	.122
	Positive	.137	.194	.136	.175	.122
	Negative	-.097	-.107	-.109	-.112	-.101
Kolmogorov-Smirnov Z		.626	.889	.624	.804	.560
Asymp. Sig. (2-tailed)		.827	.408	.830	.538	.913
Exact Sig. (2-tailed)		.779	.361	.782	.484	.876
Point Probability		.000	.000	.000	.000	.000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data

		Panas.T.A.P	Panas.T.A.N
Panas.T.A.P	Pearson Correlation	1	
	Sig. (2-tailed)		
	N	21	
Panas.T.A.N	Pearson Correlation	-.239	1
	Sig. (2-tailed)	.297	
	N	21	21
DASS.1.ansiedade	Pearson Correlation	-.098	.706**
	Sig. (2-tailed)	.674	.000
	N	21	21
DASS.1.depressão	Pearson Correlation	-.526*	.558**
	Sig. (2-tailed)	.014	.009
	N	21	21
DASS.1.stress	Pearson Correlation	-.182	.541*
	Sig. (2-tailed)	.431	.011
	N	21	21

PANAS E 4 (P e N) com DASS 5 (S,A,D),

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		PANAS.E.4.P	PANAS.E.4.N	DASS.5.ansiedade	DASS.5.depressão	DASS.5.stress
N		21	21	21	21	21
Normal Parameters[a,b]	Mean	2.719048	1.733333	.394558	.476190	.904762
	Std. Deviation	.6690434	.7611395	.3496493	.4680252	.5998866
Most Extreme Differences	Absolute	.097	.234	.146	.229	.103
	Positive	.097	.234	.146	.229	.103
	Negative	-.097	-.168	-.130	-.154	-.094
Kolmogorov-Smirnov Z		.444	1.074	.669	1.051	.472
Asymp. Sig. (2-tailed)		.989	.199	.762	.219	.979
Exact Sig. (2-tailed)		.978	.169	.709	.187	.962
Point Probability		.000	.000	.000	.000	.000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

		PANAS.E.4.P	PANAS.E.4.N
PANAS.E.4.P	Pearson Correlation	1	
	Sig. (2-tailed)		
	N	21	
PANAS.E.4.N	Pearson Correlation	-.504*	1
	Sig. (2-tailed)	.020	
	N	21	21
DASS.5.ansiedade	Pearson Correlation	-.498*	.665**
	Sig. (2-tailed)	.022	.001
	N	21	21
DASS.5.depressão	Pearson Correlation	-.297	.615**
	Sig. (2-tailed)	.191	.003
	N	21	21
DASS.5.stress	Pearson Correlation	-.607**	.769**
	Sig. (2-tailed)	.003	.000
	N	21	21

SWLS é com o PANAS T e com PANAS 4

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		SWLS	Panas.T.A.P	Panas.T.A.N	PANAS.E.4.P	PANAS.E.4.N
N		21	21	21	21	21
Normal Parameters[a,b]	Mean	3.876190	2.800000	2.357143	2.719048	1.733333
	Std. Deviation	1.2287818	.6700746	.8435469	.6690434	.7611395
Most Extreme Differences	Absolute	.148	.137	.194	.097	.234
	Positive	.073	.137	.194	.097	.234
	Negative	-.148	-.097	-.107	-.097	-.168
Kolmogorov-Smirnov Z		.679	.626	.889	.444	1.074
Asymp. Sig. (2-tailed)		.746	.827	.408	.989	.199
Exact Sig. (2-tailed)		.692	.779	.361	.978	.169
Point Probability		.000	.000	.000	.000	.000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

		SWLS
SWLS	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	21
Panas.T.A.P	Pearson Correlation	.634**
	Sig. (2-tailed)	.002
	N	21
Panas.T.A.N	Pearson Correlation	-.274
	Sig. (2-tailed)	.230
	N	21
PANAS.E.4.P	Pearson Correlation	.320
	Sig. (2-tailed)	.157
	N	21
PANAS.E.4.N	Pearson Correlation	-.459*
	Sig. (2-tailed)	.036
	N	21

SWLS com DASS 1 e DASS5

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		SWLS	DASS.1.ansiedade	DASS.1.depressão	DASS.1.stress	DASS.5.ansiedade	DASS.5.depressão	DASS.5.stress
N		21	21	21	21	21	21	21
Normal Parameters[a,b]	Mean	3.876190	.823129	.94558	1.598639	.394558	.476190	.904762
	Std. Deviation	1.2287818	.6668610	.777852	.7222683	.3496493	.4680252	.5998866
Most Extreme Differences	Absolute	.148	.136	.175	.122	.146	.229	.103
	Positive	.073	.136	.175	.122	.146	.229	.103
	Negative	-.148	-.109	-.112	-.101	-.130	-.154	-.094
Kolmogorov-Smirnov Z		.679	.624	.804	.560	.669	1.051	.472
Asymp. Sig. (2-tailed)		.746	.830	.538	.913	.762	.219	.979
Exact Sig. (2-tailed)		.692	.782	.484	.876	.709	.187	.962
Point Probability		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

		SWLS
SWLS	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	21
DASS.1.ansiedade	Pearson Correlation	-.136
	Sig. (2-tailed)	.556
	N	21
DASS.1.depressão	Pearson Correlation	-.378
	Sig. (2-tailed)	.091
	N	21
DASS.1.stress	Pearson Correlation	-.431
	Sig. (2-tailed)	.051
	N	21
DASS.5.ansiedade	Pearson Correlation	-.409
	Sig. (2-tailed)	.065
	N	21
DASS.5.depressão	Pearson Correlation	-.176
	Sig. (2-tailed)	.447
	N	21
DASS.5.stress	Pearson Correlation	-.480*
	Sig. (2-tailed)	.028
	N	21

Anexo S – Comparações das escalas entre o 1º momento e o ultimo momento

Comparação das crenças de eficácia ao longo do tempo

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
					95% Confidence Interval of the Difference				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
Pair 1	Crença.eficácia.1 - Crença.eficácia.3	.06667	1.25870	.27467	-.50629	.63962	.243	20	.811

Não há diferenças significativas entre o 1º e 3º momento.

Comparação do PANAS positivo e negativo ao longo do tempo

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
					95% Confidence Interval of the Difference				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
Pair 1	Panas.T.A.P - PANAS.E.4.P	.0809524	.5671147	.1237546	-.1771951	.3390999	.654	20	.520
Pair 2	Panas.T.A.N - PANAS.E.4.N	.6238095	1.0343620	.2257163	.1529736	1.0946455	2.764	20	.012

Comparação do DASS ao longo do tempo

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
					95% Confidence Interval of the Difference				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
Pair 1	DASS.1.ansiedade - DASS.5.ansiedade	.4285714	.6954664	.1517632	.1119989	.7451439	2.824	20	.010
Pair 2	DASS.1.depressão - DASS.5.depressão	.4693878	.6113599	.1334097	.1911001	.7476754	3.518	20	.002
Pair 3	DASS.1.stress - DASS.5.stress	.6938776	.7880300	.1719622	.3351706	1.0525845	4.035	20	.001

Anexo T – Influencia das variáveis sociodemográficas no PANAS e no DASS

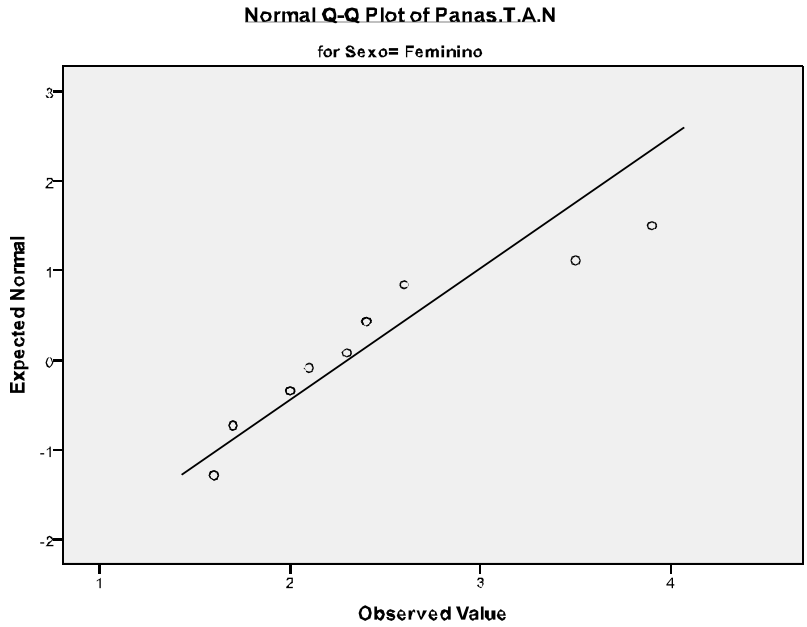
1º momento por sexo

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Sexo	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Panas.T.A.P	1 Masculino	.165	7	.200*	.985	7	.979
	2 Feminino	.148	14	.200*	.938	14	.399
Panas.T.A.N	1 Masculino	.203	7	.200*	.899	7	.326
	2 Feminino	.227	14	.048	.853	14	.024
DASS.1.ansiedade	1 Masculino	.170	7	.200*	.947	7	.699
	2 Feminino	.177	14	.200*	.916	14	.194
DASS.1.depressão	1 Masculino	.306	7	.046	.833	7	.085
	2 Feminino	.170	14	.200*	.901	14	.119
DASS.1.stress	1 Masculino	.182	7	.200*	.958	7	.802
	2 Feminino	.143	14	.200*	.926	14	.271

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.



Penso que a distribuição não se afasta muito da normalidade, logo vamos aplicar o teste paramétrico t-student em todas as comparações.

Group Statistics

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Panas.T.A.P	1 Masculino	7	2.814286	.9081640	.3432537
	2 Feminino	14	2.792857	.5567271	.1487916
Panas.T.A.N	1 Masculino	7	2.471429	1.1586116	.4379140
	2 Feminino	14	2.300000	.6816270	.1821725
DASS.1.ansiedade	1 Masculino	7	1.061224	.7552859	.2854712
	2 Feminino	14	.704082	.6124411	.1636818
DASS.1.depressão	1 Masculino	7	.93878	1.039548	.392912
	2 Feminino	14	.94898	.657303	.175672
DASS.1.stress	1 Masculino	7	1.367347	.7552859	.2854712
	2 Feminino	14	1.714286	.7043262	.1882391

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Panas.T.A.P	Equal variances assumed	2.280	.147	.067	19	.947	.0214286
	Equal variances not assumed			.057	8.331	.956	.0214286
Panas.T.A.N	Equal variances assumed	3.937	.062	.430	19	.672	.1714286
	Equal variances not assumed			.361	8.144	.727	.1714286
DASS.1.ansiedade	Equal variances assumed	.785	.387	1.167	19	.257	.3571429
	Equal variances not assumed			1.085	10.090	.303	.3571429
DASS.1.depressão	Equal variances assumed	5.296	.033	-.028	19	.978	-.010204
	Equal variances not assumed			-.024	8.482	.982	-.010204
DASS.1.stress	Equal variances assumed	.002	.966	-1.040	19	.311	-.3469388
	Equal variances not assumed			-1.015	11.361	.331	-.3469388

Como o pressuposto de homogeneidade de variâncias falhou terá que ser feito o teste não paramétrico de Mann-Whitney Dass depressão!!

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of DASS.1. depressão is the same across categories of Sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.549	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

5º momento por sexo

Tests of Normality

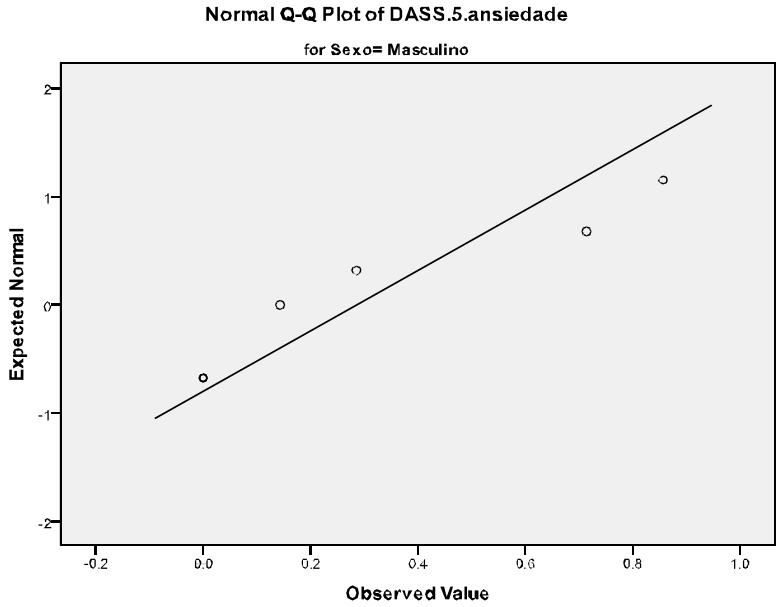
		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Sexo	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PANAS.E.4.P	1 Masculino	.136	7	.200*	.974	7	.928
	2 Feminino	.148	14	.200*	.947	14	.510
PANAS.E.4.N	1 Masculino	.371	7	.004	.699	7	.004
	2 Feminino	.210	14	.093	.857	14	.028
DASS.5.ansiedade	1 Masculino	.226	7	.200*	.807	7	.047
	2 Feminino	.147	14	.200*	.941	14	.434
DASS.5.depressão	1 Masculino	.315	7	.035	.797	7	.038
	2 Feminino	.234	14	.037	.832	14	.013
DASS.5.stress	1 Masculino	.202	7	.200*	.948	7	.715
	2 Feminino	.148	14	.200*	.948	14	.531

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

No Panas negativo e na depressão vamos aplicar teste não paramétrico.

Na ansiedade pode ver-se através do gráfico que a distribuição não se afasta muito da normalidade.



Group Statistics

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PANAS.E.4.P	1 Masculino	7	2.857143	.7207800	.2724292
	2 Feminino	14	2.650000	.6583780	.1759589
PANAS.E.4.N	1 Masculino	7	1.814286	1.0253919	.3875617
	2 Feminino	14	1.692857	.6330200	.1691817
DASS.5.ansiedade	1 Masculino	7	.285714	.3595159	.1358842
	2 Feminino	14	.448980	.3447618	.0921415
DASS.5.depressão	1 Masculino	7	.530612	.5931255	.2241804
	2 Feminino	14	.448980	.4150132	.1109169
DASS.5.stress	1 Masculino	7	.836735	.6568766	.2482760
	2 Feminino	14	.938776	.5922426	.1582835

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
PANAS.E.4.P	Equal variances assumed	.000	.995	.659	19	.518	.2071429
	Equal variances not assumed			.639	11.154	.536	.2071429
DASS.5.ansiedade	Equal variances assumed	.037	.850	-1.009	19	.326	-.1632653
	Equal variances not assumed			-.994	11.649	.340	-.1632653
DASS.5.stress	Equal variances assumed	.012	.913	-.359	19	.723	-.1020408
	Equal variances not assumed			-.347	11.028	.735	-.1020408

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of PANAS.E.4.N is the same across categories of Sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.680	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of DASS.5. depressão is the same across categories of Sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.763	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

1º momento Relação com idade

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Idade
N		21
Normal Parameters[a,b]	Mean	43.67
	Std. Deviation	11.491
Most Extreme Differences	Absolute	.149
	Positive	.149
	Negative	-.109
Kolmogorov-Smirnov Z		.683
Asymp. Sig. (2-tailed)		.740
Exact Sig. (2-tailed)		.686
Point Probability		.000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

A idade tem distribuição normal. As restantes variáveis já tínhamos visto anteriormente que tem distribuição normal. Logo vamos fazer coeficiente de correlação de Pearson.

		Idade
Idade	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	21
Panas.T.A.P	Pearson Correlation	-.003
	Sig. (2-tailed)	.991
	N	21
Panas.T.A.N	Pearson Correlation	-.160
	Sig. (2-tailed)	.487
	N	21
DASS.1.ansiedade	Pearson Correlation	-.202
	Sig. (2-tailed)	.380
	N	21
DASS.1.depressão	Pearson Correlation	.008
	Sig. (2-tailed)	.972
	N	21
DASS.1.stress	Pearson Correlation	-.083
	Sig. (2-tailed)	.720
	N	21

5º momento Relação com idade

		Idade
Idade	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	21
PANAS.E.4.P	Pearson Correlation	-.020
	Sig. (2-tailed)	.932
	N	21
PANAS.E.4.N	Pearson Correlation	-.070
	Sig. (2-tailed)	.763
	N	21
DASS.5.ansiedade	Pearson Correlation	-.158
	Sig. (2-tailed)	.495
	N	21
DASS.5.depressão	Pearson Correlation	.026
	Sig. (2-tailed)	.912
	N	21
DASS.5.stress	Pearson Correlation	.188
	Sig. (2-tailed)	.415
	N	21

1º momento "vive só/acompanhado"

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Vive_Só	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Panas.T.A.P	1.00 vive só	.164	8	.200*	.952	8	.732
	3.00 vive acompanhado	.136	13	.200*	.965	13	.831
Panas.T.A.N	1.00 vive só	.223	8	.200*	.894	8	.252
	3.00 vive acompanhado	.194	13	.197	.926	13	.301
DASS.1.ansiedade	1.00 vive só	.181	8	.200*	.910	8	.351
	3.00 vive acompanhado	.170	13	.200*	.919	13	.240
DASS.1.depressão	1.00 vive só	.171	8	.200*	.927	8	.489
	3.00 vive acompanhado	.204	13	.142	.874	13	.060
DASS.1.stress	1.00 vive só	.202	8	.200*	.883	8	.202
	3.00 vive acompanhado	.192	13	.200*	.941	13	.476

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Vive_Só	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Panas.T.A.P	1.00 vive só	.164	8	.200*	.952	8	.732
	3.00 vive acompanhado	.136	13	.200*	.965	13	.831
Panas.T.A.N	1.00 vive só	.223	8	.200*	.894	8	.252
	3.00 vive acompanhado	.194	13	.197	.926	13	.301
DASS.1.ansiedade	1.00 vive só	.181	8	.200*	.910	8	.351
	3.00 vive acompanhado	.170	13	.200*	.919	13	.240
DASS.1.depressão	1.00 vive só	.171	8	.200*	.927	8	.489
	3.00 vive acompanhado	.204	13	.142	.874	13	.060
DASS.1.stress	1.00 vive só	.202	8	.200*	.883	8	.202
	3.00 vive acompanhado	.192	13	.200*	.941	13	.476

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Group Statistics

	Vive_Só	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Panas.T.A.P	1.00 vive só	8	3.012500	.4051014	.1432250
	3.00 vive acompanhado	13	2.669231	.7771579	.2155448
Panas.T.A.N	1.00 vive só	8	1.975000	.3654743	.1292147
	3.00 vive acompanhado	13	2.592308	.9750740	.2704369
DASS.1.ansiedade	1.00 vive só	8	.607143	.5385977	.1904230
	3.00 vive acompanhado	13	.956044	.7222994	.2003298
DASS.1.depressão	1.00 vive só	8	.80357	.464089	.164080
	3.00 vive acompanhado	13	1.03297	.927937	.257363
DASS.1.stress	1.00 vive só	8	1.625000	.8150820	.2881750
	3.00 vive acompanhado	13	1.582418	.6936582	.1923862

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Panas.T.A.P	Equal variances assumed	2.882	.106	1.149	19	.265	.3432692
	Equal variances not assumed			1.326	18.690	.201	.3432692
Panas.T.A.N	Equal variances assumed	6.804	.017	-1.704	19	.105	-.6173077
	Equal variances not assumed			-2.060	16.620	.055	-.6173077
DASS.1.ansiedade	Equal variances assumed	1.515	.233	-1.175	19	.254	-.3489011
	Equal variances not assumed			-1.262	18.121	.223	-.3489011
DASS.1.depressão	Equal variances assumed	7.925	.011	-.647	19	.526	-.229396
	Equal variances not assumed			-.752	18.498	.462	-.229396
DASS.1.stress	Equal variances assumed	1.122	.303	.128	19	.900	.0425824
	Equal variances not assumed			.123	13.111	.904	.0425824

Panas negativo e depressão não tem variâncias homogeneas! Vamos fazer Mann-Whitney.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Panas.T.A.N is the same across categories of Vive_Só.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.127	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of DASS.1. depressão is the same across categories of Vive_Só.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.913	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

5º momento "vive só/acompanhado"

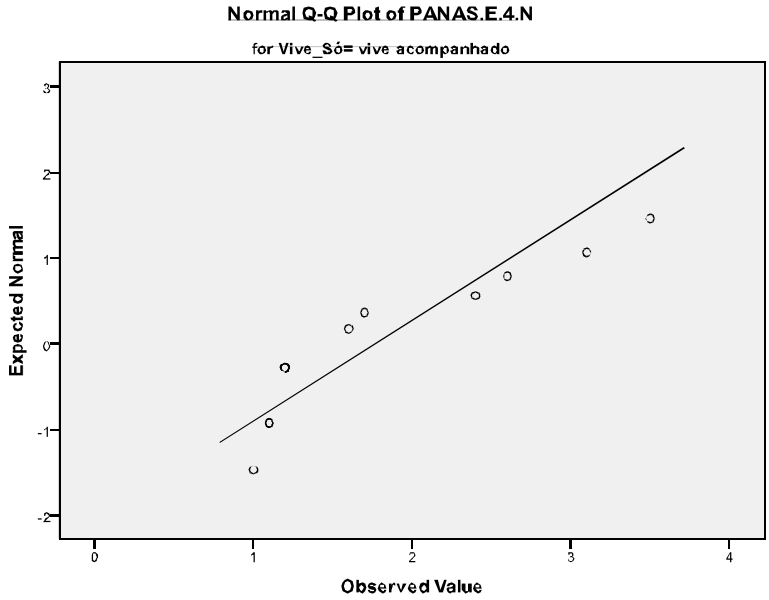
Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Vive_Só	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PANAS.E.4.P	1.00 vive só	.312	8	.022	.891	8	.238
	3.00 vive acompanhado	.155	13	.200*	.941	13	.474
PANAS.E.4.N	1.00 vive só	.195	8	.200*	.857	8	.112
	3.00 vive acompanhado	.284	13	.005	.809	13	.009
DASS.5.ansiedade	1.00 vive só	.249	8	.154	.893	8	.248
	3.00 vive acompanhado	.161	13	.200*	.922	13	.264
DASS.5.depressão	1.00 vive só	.250	8	.150	.803	8	.031
	3.00 vive acompanhado	.230	13	.058	.855	13	.033
DASS.5.stress	1.00 vive só	.169	8	.200*	.955	8	.760
	3.00 vive acompanhado	.127	13	.200*	.956	13	.691

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Panas negativo não se afasta muito da normalidade



Group Statistics

	Vive_Só	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PANAS.E.4.P	1.00 vive só	8	2.800000	.6458660	.2283481
	3.00 vive acompanhado	13	2.669231	.7040178	.1952594
PANAS.E.4.N	1.00 vive só	8	1.687500	.6424006	.2271229
	3.00 vive acompanhado	13	1.761538	.8500377	.2357580
DASS.5.ansiedade	1.00 vive só	8	.392857	.3721343	.1315694
	3.00 vive acompanhado	13	.395604	.3506740	.0972595
DASS.5.depressão	1.00 vive só	8	.428571	.5399492	.1909009
	3.00 vive acompanhado	13	.505495	.4388272	.1217088
DASS.5.stress	1.00 vive só	8	1.071429	.6434238	.2274847
	3.00 vive acompanhado	13	.802198	.5730289	.1589296

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
PANAS.E.4.P	Equal variances assumed	.242	.629	.426	19	.675	.1307692
	Equal variances not assumed			.435	15.992	.669	.1307692
PANAS.E.4.N	Equal variances assumed	.678	.421	-.211	19	.835	-.0740385
	Equal variances not assumed			-.226	18.013	.824	-.0740385
DASS.5.ansiedade	Equal variances assumed	.348	.562	-.017	19	.987	-.0027473
	Equal variances not assumed			-.017	14.257	.987	-.0027473
DASS.5.stress	Equal variances assumed	.125	.727	.999	19	.330	.2692308
	Equal variances not assumed			.970	13.610	.349	.2692308

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of DASS.5. depressão is the same across categories of Vive_Só.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.420	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

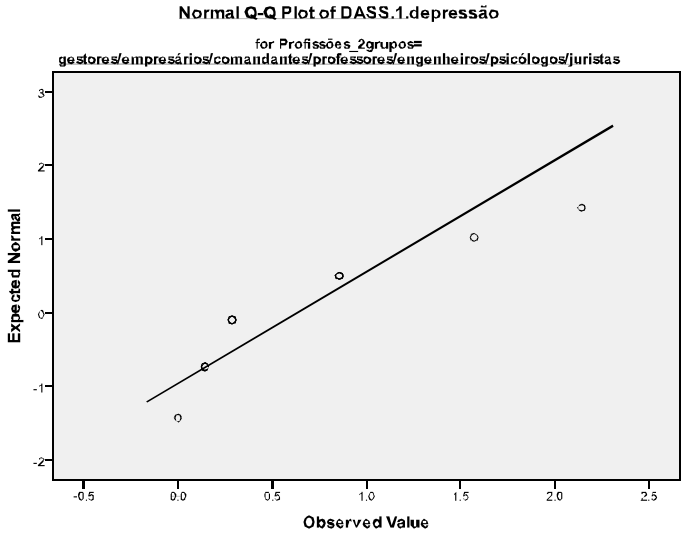
1º momento – profissão

Tests of Normality

	Profissões_2grupos	Kolmogorov-Smirnov[a] Statistic	df	Sig.	Shapiro-Wilk Statistic	df	Sig.
Panas.T.A.P	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	.127	12	.200*	.989	12	1.000
	3.00 administrativos/reformados	.180	9	.200*	.955	9	.745
Panas.T.A.N	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	.191	12	.200*	.885	12	.101
	3.00 administrativos/reformados	.241	9	.140	.852	9	.078
DASS.1.ansiedade	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	.148	12	.200*	.924	12	.321
	3.00 administrativos/reformados	.170	9	.200*	.928	9	.463
DASS.1.depressão	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	.283	12	.009	.819	12	.016
	3.00 administrativos/reformados	.172	9	.200*	.936	9	.544
DASS.1.stress	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	.148	12	.200*	.930	12	.376
	3.00 administrativos/reformados	.200	9	.200*	.895	9	.224

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.



Group Statistics

	Profissões_2grupos	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Panas.T.A.P	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	12	2.875000	.7174766	.2071177
	3.00 administrativos/reformados	9	2.700000	.6284903	.2094968
Panas.T.A.N	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	12	2.275000	.8378815	.2418756
	3.00 administrativos/reformados	9	2.466667	.8888194	.2962731
DASS.1.ansiedade	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	12	.678571	.5972261	.1724043
	3.00 administrativos/reformados	9	1.015873	.7403958	.2467986
DASS.1.depressão	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	12	.63095	.660180	.190578
	3.00 administrativos/reformados	9	1.36508	.752923	.250974
DASS.1.stress	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	12	1.285714	.4796412	.1384605

Group Statistics

	Profissões_2grupos	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Panas.T.A.P	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	12	2.875000	.7174766	.2071177
	3.00 administrativos/reformados	9	2.700000	.6284903	.2094968
Panas.T.A.N	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	12	2.275000	.8378815	.2418756
	3.00 administrativos/reformados	9	2.466667	.8888194	.2962731
DASS.1.ansiedade	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	12	.678571	.5972261	.1724043
	3.00 administrativos/reformados	9	1.015873	.7403958	.2467986
DASS.1.depressão	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	12	.63095	.660180	.190578
	3.00 administrativos/reformados	9	1.36508	.752923	.250974
DASS.1.stress	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	12	1.285714	.4796412	.1384605
	3.00 administrativos/reformados	9	2.015873	.8031966	.2677322

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Panas.T.A.P	Equal variances assumed	.086	.772	.582	19	.567	.1750000
	Equal variances not assumed			.594	18.457	.560	.1750000
Panas.T.A.N	Equal variances assumed	.012	.914	-.506	19	.619	-.1916667
	Equal variances not assumed			-.501	16.793	.623	-.1916667
DASS.1.ansiedade	Equal variances assumed	.998	.330	-1.157	19	.262	-.3373016
	Equal variances not assumed			-1.120	15.098	.280	-.3373016
DASS.1.depressão	Equal variances assumed	.188	.669	-2.376	19	.028	-.734127
	Equal variances not assumed			-2.330	16.014	.033	-.734127
DASS.1.stress	Equal variances assumed	8.003	.011	-2.602	19	.017	-.7301587
	Equal variances not assumed			-2.422	12.216	.032	-.7301587

Como o stress não tem variâncias homogéneas vamos fazer mann-whitney.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of DASS.1.stress is the same across categories of Profissões_2grupos.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.059	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Há diferenças significativas entre os 2 tipos de profissão relativamente à depressão. Os níveis de depressão são mais elevados no grupo de administrativos/reformados.

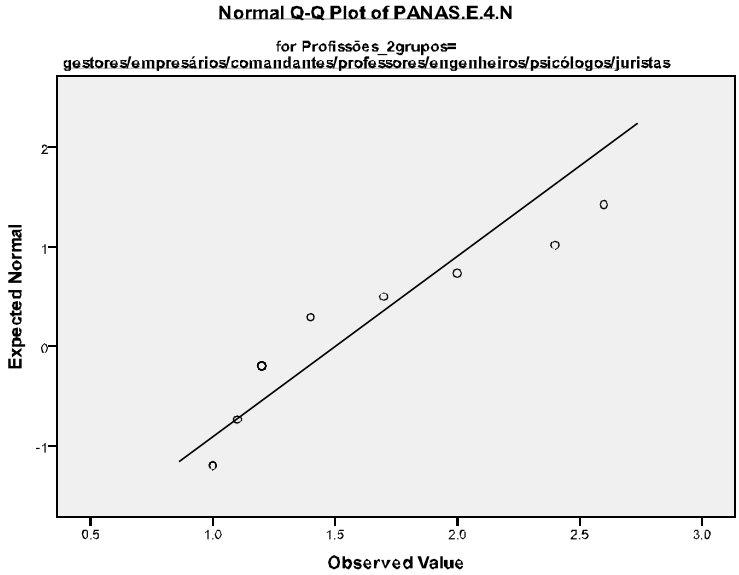
5º momento – profissão

Tests of Normality

	Profissões_2grupos	Kolmogorov-Smirnov[a] Statistic	df	Sig.	Shapiro-Wilk Statistic	df	Sig.
PANAS.E.4.P	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	.137	12	.200*	.964	12	.838
	3.00 administrativos/reformados	.140	9	.200*	.956	9	.754
PANAS.E.4.N	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	.290	12	.006	.816	12	.014
	3.00 administrativos/reformados	.182	9	.200*	.917	9	.371
DASS.5.ansiedade	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	.178	12	.200*	.852	12	.039
	3.00 administrativos/reformados	.216	9	.200*	.916	9	.358
DASS.5.depressão	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	.186	12	.200*	.917	12	.262
	3.00 administrativos/reformados	.209	9	.200*	.903	9	.268
DASS.5.stress	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	.156	12	.200*	.928	12	.359
	3.00 administrativos/reformados	.270	9	.058	.887	9	.187

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.



Group Statistics

	Profissões_2grupos	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PANAS.E.4.P	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	12	2.850000	.6748737	.1948193
	3.00 administrativos/reformados	9	2.544444	.6578585	.2192862
PANAS.E.4.N	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	12	1.500000	.5510321	.1590693
	3.00 administrativos/reformados	9	2.044444	.9166667	.3055556
DASS.5.ansiedade	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	12	.357143	.3876574	.1119071
	3.00 administrativos/reformados	9	.444444	.3067643	.1022548
DASS.5.depressão	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	12	.297619	.2471232	.0713383
	3.00 administrativos/reformados	9	.714286	.5933303	.1977768
DASS.5.stress	1.00 gestores/empresários/comandantes/professores/engenheiros/psicólogos/juristas	12	.642857	.3924142	.1132802

Group Statistics

	Profissões_2grupos	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PANAS.E.4.P	1.00 gestores/empresários/comandantes /professores/engenheiros/psicólogos/juristas	12	2.850000	.6748737	.1948193
	3.00 administrativos/reformados	9	2.544444	.6578585	.2192862
PANAS.E.4.N	1.00 gestores/empresários/comandantes /professores/engenheiros/psicólogos/juristas	12	1.500000	.5510321	.1590693
	3.00 administrativos/reformados	9	2.044444	.9166667	.3055556
DASS.5.ansiedade	1.00 gestores/empresários/comandantes /professores/engenheiros/psicólogos/juristas	12	.357143	.3876574	.1119071
	3.00 administrativos/reformados	9	.444444	.3067643	.1022548
DASS.5.depressão	1.00 gestores/empresários/comandantes /professores/engenheiros/psicólogos/juristas	12	.297619	.2471232	.0713383
	3.00 administrativos/reformados	9	.714286	.5933303	.1977768
DASS.5.stress	1.00 gestores/empresários/comandantes /professores/engenheiros/psicólogos/juristas	12	.642857	.3924142	.1132802
	3.00 administrativos/reformados	9	1.253968	.6692128	.2230709

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
PANAS.E.4.P	Equal variances assumed	.032	.860	1.038	19	.312	.3055556
	Equal variances not assumed			1.042	17.626	.312	.3055556
PANAS.E.4.N	Equal variances assumed	3.881	.064	-1.697	19	.106	-.5444444
	Equal variances not assumed			-1.580	12.268	.139	-.5444444
DASS.5.ansiedade	Equal variances assumed	.122	.730	-.556	19	.584	-.0873016
	Equal variances not assumed			-.576	18.910	.571	-.0873016
DASS.5.depressão	Equal variances assumed	13.502	.002	-2.205	19	.040	-.4166667
	Equal variances not assumed			-1.982	10.093	.075	-.4166667
DASS.5.stress	Equal variances assumed	3.901	.063	-2.630	19	.017	-.6111111
	Equal variances not assumed			-2.443	12.074	.031	-.6111111

A depressão não tem variâncias homogéneas. Vamos fazer mann whitney.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of DASS.5. depressão is the same across calegories of Profissões_2grupos.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.122	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Há diferenças significativas entre os 2 grupos de profissões relativamente ao stress. O grupo administrativos/reformados tem mais stress.

1º momento doença

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Doença	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Panas.T.A.P	1 Sim	.172	11	.200*	.936	11	.475
	2 Não	.146	10	.200*	.984	10	.984
Panas.T.A.N	1 Sim	.185	11	.200*	.903	11	.200
	2 Não	.224	10	.166	.875	10	.114
DASS.1.ansiedade	1 Sim	.166	11	.200*	.880	11	.105
	2 Não	.172	10	.200*	.924	10	.393
DASS.1.depressão	1 Sim	.155	11	.200*	.921	11	.323
	2 Não	.185	10	.200*	.887	10	.156
DASS.1.stress	1 Sim	.162	11	.200*	.927	11	.379
	2 Não	.170	10	.200*	.931	10	.462

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Group Statistics

	Doença	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Panas.T.A.P	1 Sim	11	2.800000	.6180615	.1863525
	2 Não	10	2.800000	.7571878	.2394438
Panas.T.A.N	1 Sim	11	2.600000	.9327379	.2812311
	2 Não	10	2.090000	.6806043	.2152260
DASS.1.ansiedade	1 Sim	11	.935065	.7210073	.2173919
	2 Não	10	.700000	.6151894	.1945400
DASS.1.depressão	1 Sim	11	1.09091	.816345	.246137
	2 Não	10	.78571	.741543	.234497
DASS.1.stress	1 Sim	11	1.831169	.7974914	.2404527
	2 Não	10	1.342857	.5602073	.1771531

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Panas.T.A.P	Equal variances assumed	.224	.641	.000	19	1.000	.0000000
	Equal variances not assumed			.000	17.445	1.000	.0000000
Panas.T.A.N	Equal variances assumed	1.361	.258	1.418	19	.172	.5100000
	Equal variances not assumed			1.440	18.205	.167	.5100000
DASS.1.ansiedade	Equal variances assumed	1.252	.277	.799	19	.434	.2350649
	Equal variances not assumed			.806	18.936	.430	.2350649
DASS.1.depressão	Equal variances assumed	.096	.760	.893	19	.383	.305195
	Equal variances not assumed			.898	19.000	.381	.305195
DASS.1.stress	Equal variances assumed	1.721	.205	1.607	19	.124	.4883117
	Equal variances not assumed			1.635	17.932	.119	.4883117

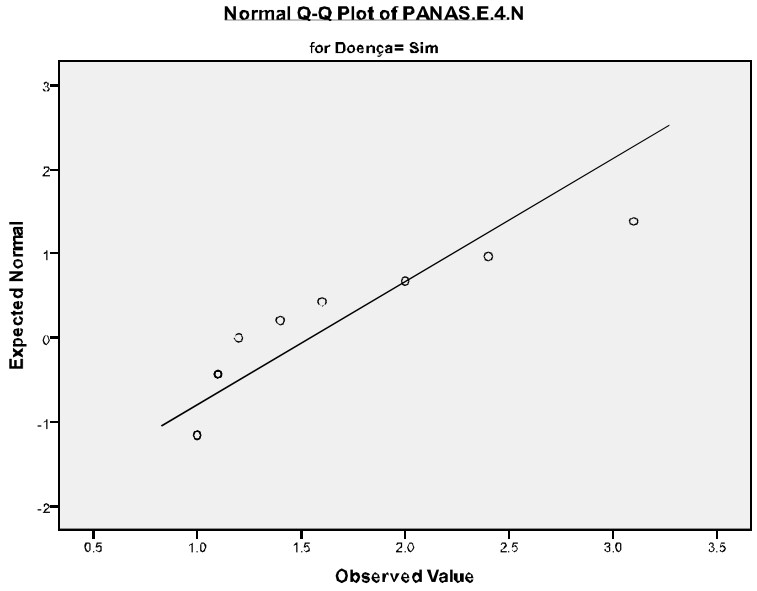
5º momento doença

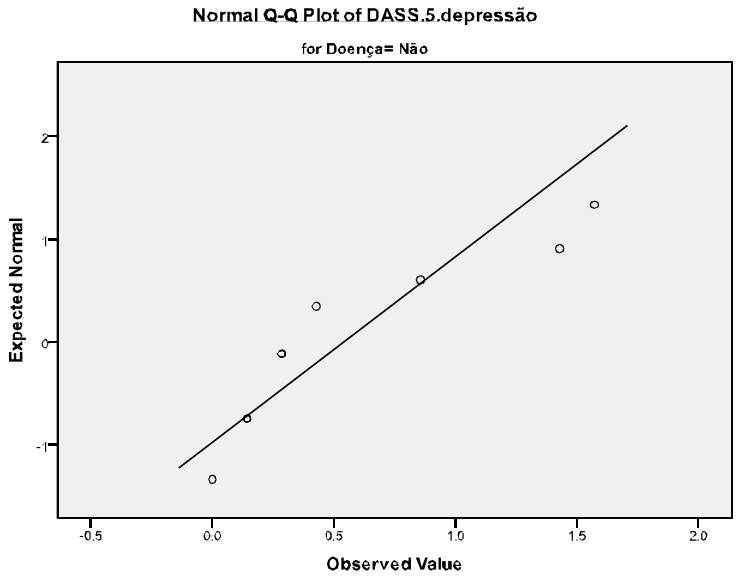
Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Doença	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PANAS.E.4.P	1 Sim	.132	11	.200*	.969	11	.881
	2 Não	.153	10	.200*	.942	10	.580
PANAS.E.4.N	1 Sim	.239	11	.080	.800	11	.009
	2 Não	.216	10	.200*	.904	10	.242
DASS.5.ansiedade	1 Sim	.194	11	.200*	.921	11	.329
	2 Não	.179	10	.200*	.916	10	.325
DASS.5.depressão	1 Sim	.176	11	.200*	.899	11	.180
	2 Não	.282	10	.024	.808	10	.018
DASS.5.stress	1 Sim	.195	11	.200*	.960	11	.771
	2 Não	.152	10	.200*	.916	10	.324

. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.





Group Statistics

	Doença	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PANAS.E.4.P	1 Sim	11	2.736364	.6201173	.1869724
	2 Não	10	2.700000	.7527727	.2380476
PANAS.E.4.N	1 Sim	11	1.545455	.6846366	.2064257
	2 Não	10	1.940000	.8221922	.2600000
DASS.5.ansiedade	1 Sim	11	.298701	.2428953	.0732357
	2 Não	10	.500000	.4272466	.1351072
DASS.5.depressão	1 Sim	11	.415584	.3909932	.1178889
	2 Não	10	.542857	.5545115	.1753519
DASS.5.stress	1 Sim	11	.935065	.5282379	.1592697

Group Statistics

	Doença	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PANAS.E.4.P	1 Sim	11	2.736364	.6201173	.1869724
	2 Não	10	2.700000	.7527727	.2380476
PANAS.E.4.N	1 Sim	11	1.545455	.6846366	.2064257
	2 Não	10	1.940000	.8221922	.2600000
DASS.5.ansiedade	1 Sim	11	.298701	.2428953	.0732357
	2 Não	10	.500000	.4272466	.1351072
DASS.5.depressão	1 Sim	11	.415584	.3909932	.1178889
	2 Não	10	.542857	.5545115	.1753519
DASS.5.stress	1 Sim	11	.935065	.5282379	.1592697
	2 Não	10	.871429	.6980699	.2207491

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
PANAS.E.4.P	Equal variances assumed	.652	.429	.121	19	.905	.0363636
	Equal variances not assumed			.120	17.526	.906	.0363636
PANAS.E.4.N	Equal variances assumed	.728	.404	-1.199	19	.245	-.3945455
	Equal variances not assumed			-1.188	17.621	.250	-.3945455
DASS.5.ansiedade	Equal variances assumed	4.784	.041	-1.344	19	.195	-.2012987
	Equal variances not assumed			-1.310	13.980	.211	-.2012987
DASS.5.depressão	Equal variances assumed	1.636	.216	-.613	19	.547	-.1272727
	Equal variances not assumed			-.602	16.028	.555	-.1272727
DASS.5.stress	Equal variances assumed	1.611	.220	.237	19	.815	.0636364
	Equal variances not assumed			.234	16.729	.818	.0636364

Nao tem variancias homogeneas. Vou fazer mann whitney

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of DASS.5. ansiedade is the same across categories of Doença.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.319	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Não há diferenças significativas entre quem tem e quem não tem doença

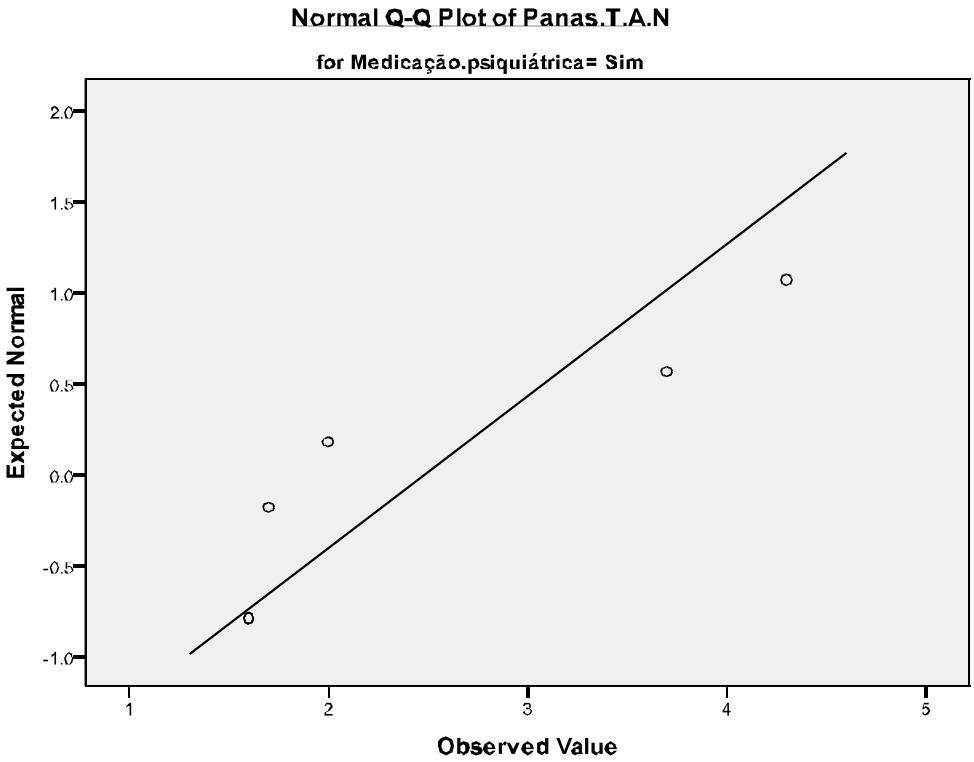
1º momento – medicação

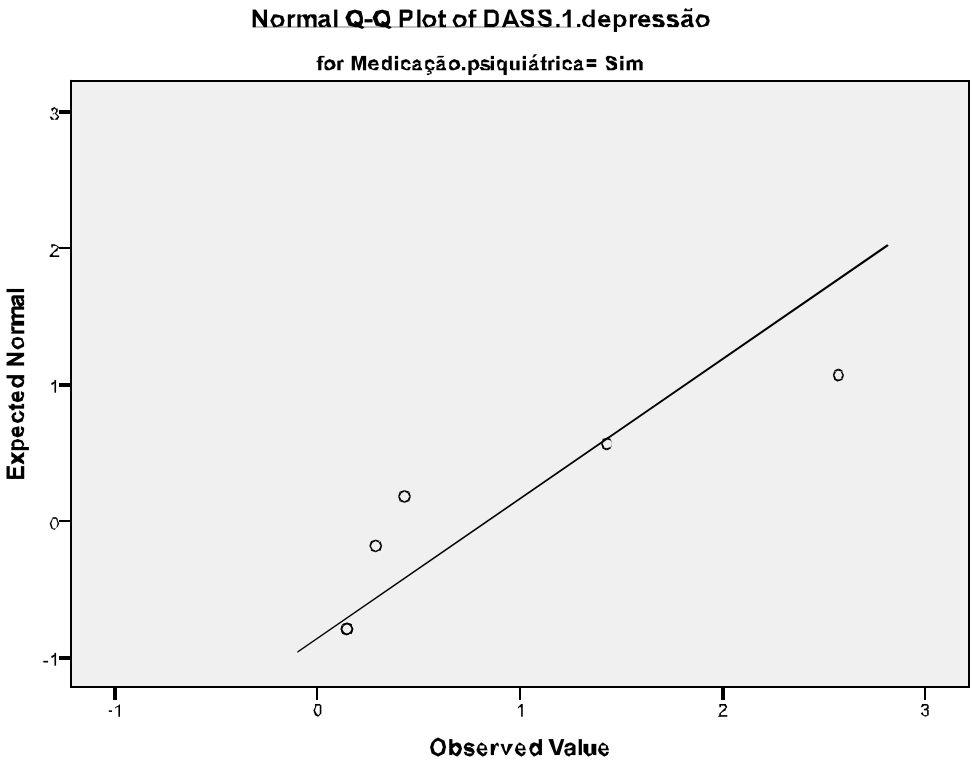
Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Medicação.psiquiátrica	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Panas.T.A.P	1 Sim	.304	6	.087	.880	6	.269
	2 Não	.126	15	.200*	.967	15	.805
Panas.T.A.N	1 Sim	.323	6	.049	.770	6	.031
	2 Não	.180	15	.200*	.929	15	.260
DASS.1.ansiedade	1 Sim	.229	6	.200*	.902	6	.387
	2 Não	.162	15	.200*	.925	15	.231
DASS.1.depressão	1 Sim	.327	6	.044	.781	6	.040
	2 Não	.149	15	.200*	.938	15	.363
DASS.1.stress	1 Sim	.179	6	.200*	.938	6	.646
	2 Não	.161	15	.200*	.951	15	.534

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.


Normal Q-Q Plot of Panas.T.A.N
for Medicação.psiquiátrica= Sim
Expected Normal
Observed Value
2.0
1.5
1.0
0.5
0.0
-0.5
-1.0
1
2
3
4
5


Normal Q-Q Plot of DASS.1.depressão
for Medicação.psiquiátrica= Sim
Expected Normal
Observed Value
3
2
1
0
-1
-1
0
1
2
3

Group Statistics

	Medicação.psiquiátrica	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Panas.T.A.P	1 Sim	6	3.166667	.9114092	.3720812
	2 Não	15	2.653333	.5139020	.1326889
Panas.T.A.N	1 Sim	6	2.483333	1.1990274	.4895009
	2 Não	15	2.306667	.7025125	.1813879
DASS.1.ansiedade	1 Sim	6	1.047619	.7807201	.3187276
	2 Não	15	.733333	.6223876	.1606998
DASS.1.depressão	1 Sim	6	.83333	.979032	.399688
	2 Não	15	.99048	.717273	.185199
DASS.1.stress	1 Sim	6	1.595238	.7846313	.3203244
	2 Não	15	1.600000	.7248203	.1871478

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Panas.T.A.P	Equal variances assumed	1.052	.318	1.653	19	.115	.5133333
	Equal variances not assumed			1.299	6.316	.239	.5133333
Panas.T.A.N	Equal variances assumed	5.048	.037	.425	19	.676	.1766667
	Equal variances not assumed			.338	6.424	.746	.1766667
DASS.1.ansiedade	Equal variances assumed	1.106	.306	.974	19	.342	.3142857
	Equal variances not assumed			.880	7.688	.405	.3142857
DASS.1.depressão	Equal variances assumed	1.049	.319	-.409	19	.687	-.157143
	Equal variances not assumed			-.357	7.258	.731	-.157143
DASS.1.stress	Equal variances assumed	.036	.851	-.013	19	.990	-.0047619
	Equal variances not assumed			-.013	8.637	.990	-.0047619

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Panas.T.A.N is the same across categories of Medicação.psiquiátrica.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.815	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

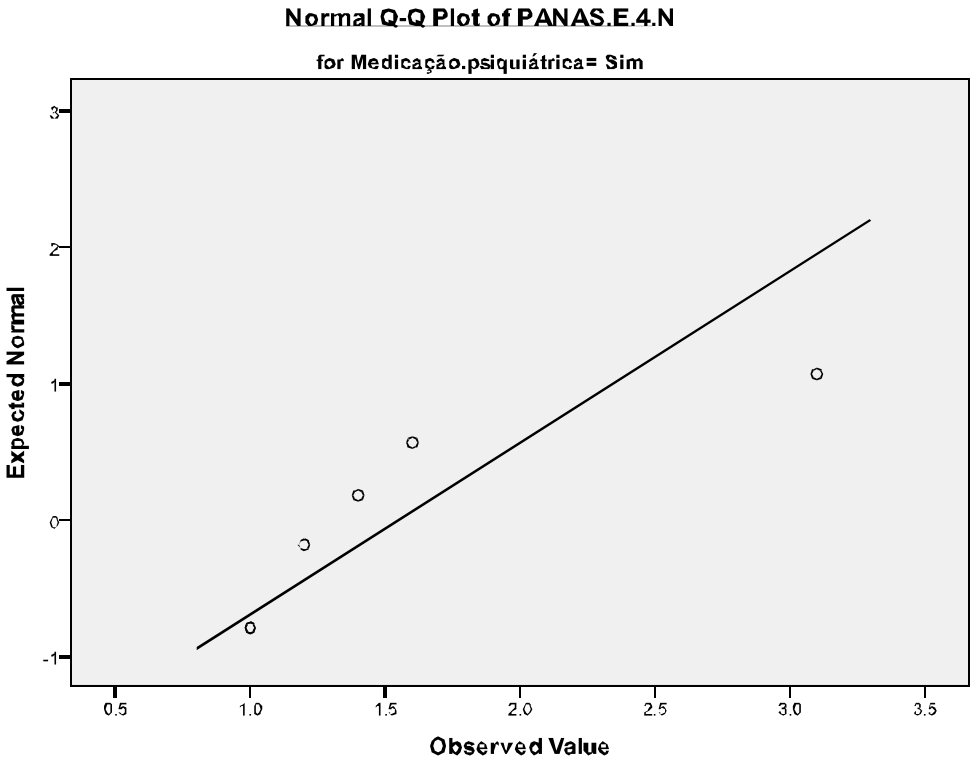
5º momento - medicação

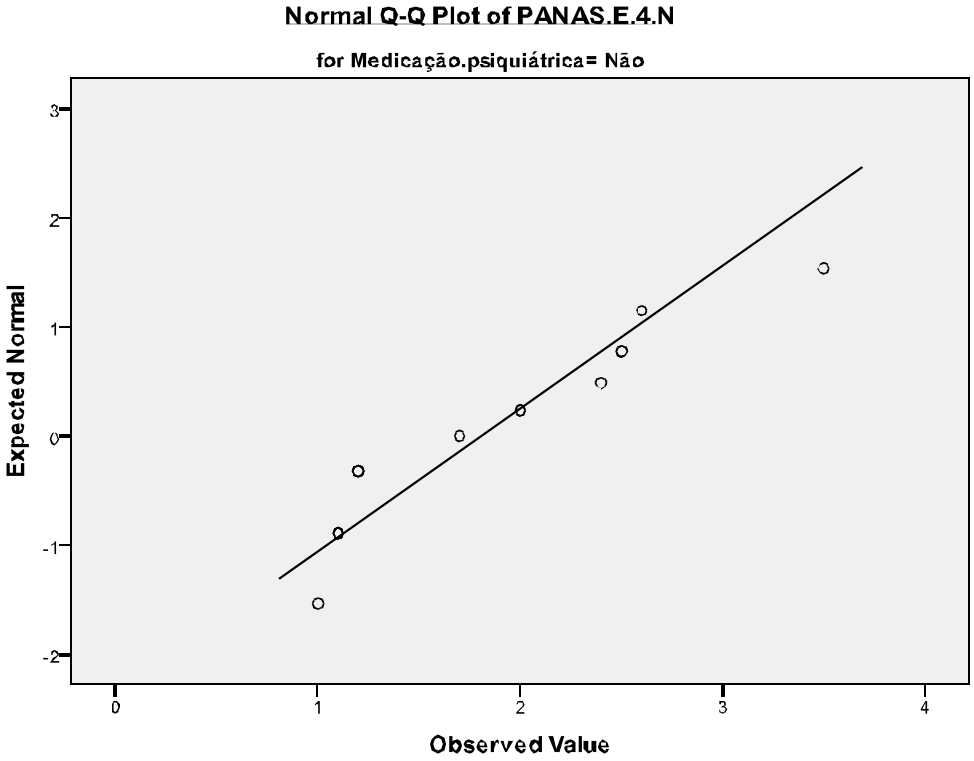
Tests of Normality

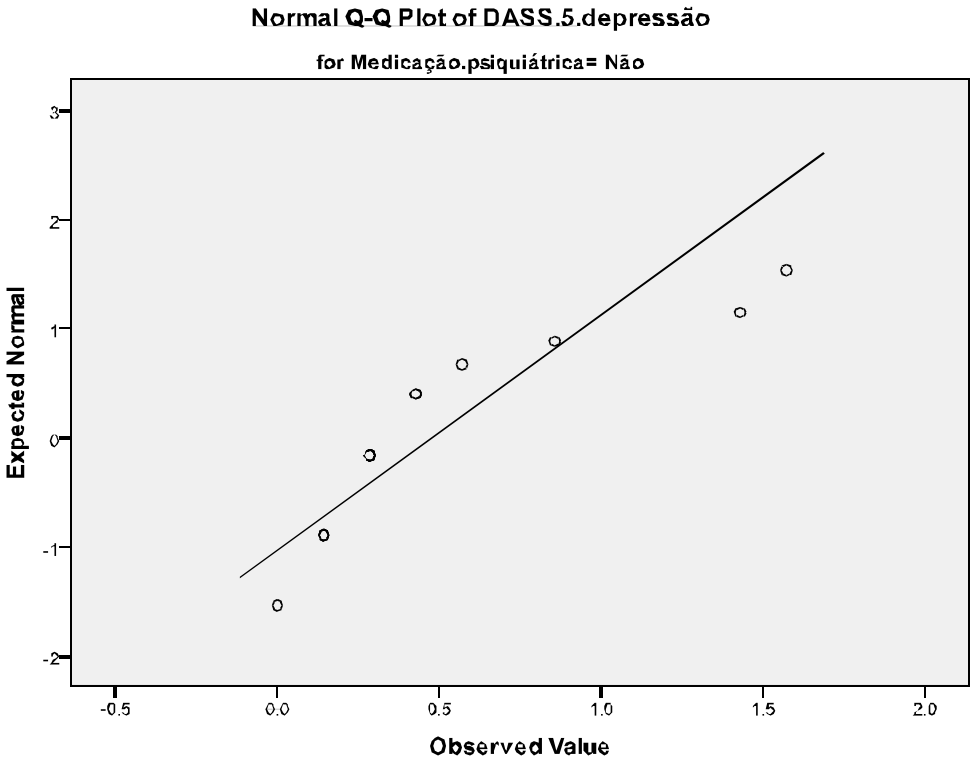
		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Medicação.psiquiátrica	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PANAS.E.4.P	1 Sim	.190	6	.200*	.931	6	.584
	2 Não	.136	15	.200*	.933	15	.300
PANAS.E.4.N	1 Sim	.308	6	.077	.748	6	.019
	2 Não	.253	15	.010	.870	15	.034
DASS.5.ansiedade	1 Sim	.272	6	.187	.815	6	.080
	2 Não	.119	15	.200*	.946	15	.463
DASS.5.depressão	1 Sim	.238	6	.200*	.889	6	.312
	2 Não	.274	15	.003	.773	15	.002
DASS.5.stress	1 Sim	.196	6	.200*	.924	6	.532
	2 Não	.127	15	.200*	.921	15	.202

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.


Normal Q-Q Plot of PANAS.E.4.N
for Medicação.psiquiátrica= Sim
Expected Normal
Observed Value
3
2
1
0
-1
0.5
1.0
1.5
2.0
2.5
3.0
3.5


Normal Q-Q Plot of PANAS.E.4.N
for Medicação.psiquiátrica= Não
Expected Normal
Observed Value
3
2
1
0
-1
-2
0
1
2
3
4



Group Statistics

	Medicação.psiquiátrica	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PANAS.E.4.P	1 Sim	6	2.950000	.4230839	.1727233
	2 Não	15	2.626667	.7372407	.1903547
PANAS.E.4.N	1 Sim	6	1.550000	.7943551	.3242941
	2 Não	15	1.806667	.7629517	.1969933
DASS.5.ansiedade	1 Sim	6	.214286	.2672612	.1091089
	2 Não	15	.466667	.3600561	.0929661
DASS.5.depressão	1 Sim	6	.476190	.5242422	.2140210
	2 Não	15	.476190	.4634346	.1196583
DASS.5.stress	1 Sim	6	.833333	.5452329	.2225904
	2 Não	15	.933333	.6362854	.1642882

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
PANAS.E.4.P	Equal variances assumed	3.256	.087	1.001	19	.330	.3233333
	Equal variances not assumed			1.258	16.060	.226	.3233333
PANAS.E.4.N	Equal variances assumed	.318	.579	-.689	19	.499	-.2566667
	Equal variances not assumed			-.676	8.936	.516	-.2566667
DASS.5.ansiedade	Equal variances assumed	1.099	.308	-1.545	19	.139	-.2523810
	Equal variances not assumed			-1.761	12.536	.103	-.2523810
DASS.5.depressão	Equal variances assumed	.437	.517	.000	19	1.000	.0000000
	Equal variances not assumed			.000	8.324	1.000	.0000000
DASS.5.stress	Equal variances assumed	.503	.487	-.337	19	.740	-.1000000
	Equal variances not assumed			-.361	10.788	.725	-.1000000

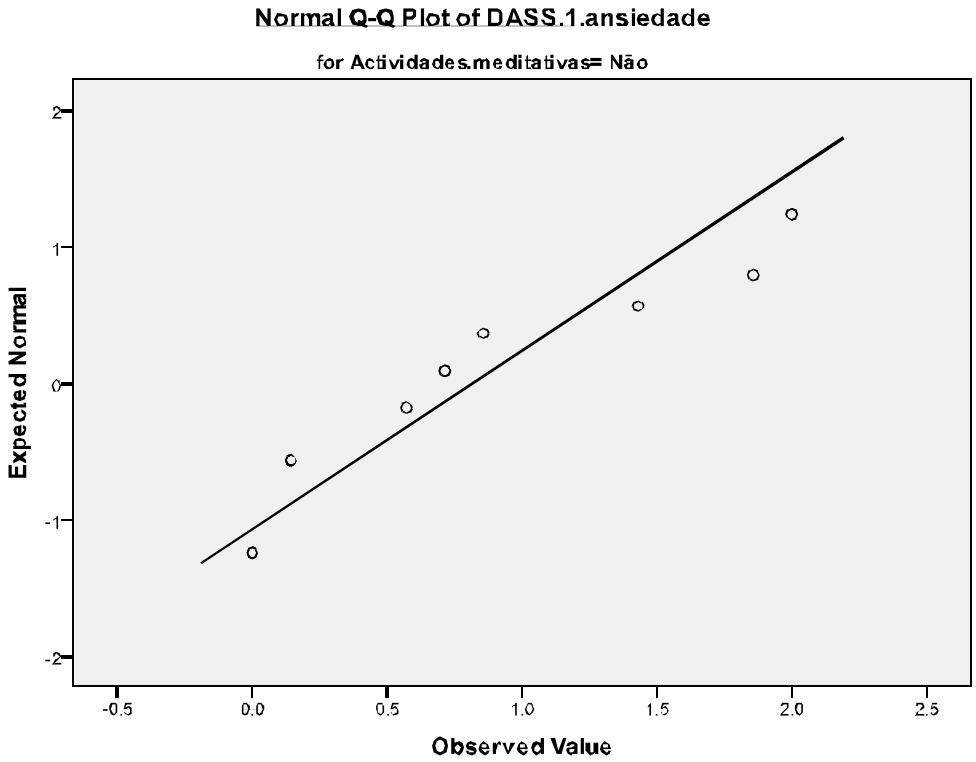
1º momento – atividades meditativas

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Actividades.meditativas	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Panas.T.A.P	1 Sim	.135	8	.200*	.956	8	.772
	2 Não	.196	13	.184	.960	13	.749
Panas.T.A.N	1 Sim	.219	8	.200*	.903	8	.309
	2 Não	.154	13	.200*	.932	13	.367
DASS.1.ansiedade	1 Sim	.222	8	.200*	.901	8	.297
	2 Não	.194	13	.195	.857	13	.035
DASS.1.depressão	1 Sim	.177	8	.200*	.942	8	.631
	2 Não	.203	13	.147	.872	13	.056
DASS.1.stress	1 Sim	.212	8	.200*	.910	8	.356
	2 Não	.179	13	.200*	.939	13	.439

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.



Group Statistics

	Actividades.meditativas	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Panas.T.A.P	1 Sim	8	2.725000	.7285014	.2575641
	2 Não	13	2.846154	.6577935	.1824391
Panas.T.A.N	1 Sim	8	1.950000	.3464102	.1224745
	2 Não	13	2.607692	.9682127	.2685339
DASS.1.ansiedade	1 Sim	8	.839286	.5147249	.1819827
	2 Não	13	.813187	.7657299	.2123753
DASS.1.depressão	1 Sim	8	1.05357	.736145	.260267
	2 Não	13	.87912	.824469	.228667
DASS.1.stress	1 Sim	8	1.696429	.7341622	.2595655
	2 Não	13	1.538462	.7380657	.2047026

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Panas.T.A.P	Equal variances assumed	.290	.596	-.394	19	.698	-.1211538
	Equal variances not assumed			-.384	13.765	.707	-.1211538
Panas.T.A.N	Equal variances assumed	6.404	.020	-1.835	19	.082	-.6576923
	Equal variances not assumed			-2.228	16.302	.040	-.6576923
DASS.1.ansiedade	Equal variances assumed	1.409	.250	.085	19	.933	.0260989
	Equal variances not assumed			.093	18.756	.927	.0260989
DASS.1.depressão	Equal variances assumed	.027	.870	.490	19	.630	.174451
	Equal variances not assumed			.504	16.309	.621	.174451
DASS.1.stress	Equal variances assumed	.100	.755	.477	19	.639	.1579670
	Equal variances not assumed			.478	15.025	.640	.1579670

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Panas.T.A.N is the same across categories of Actividades.meditativas.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.081	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

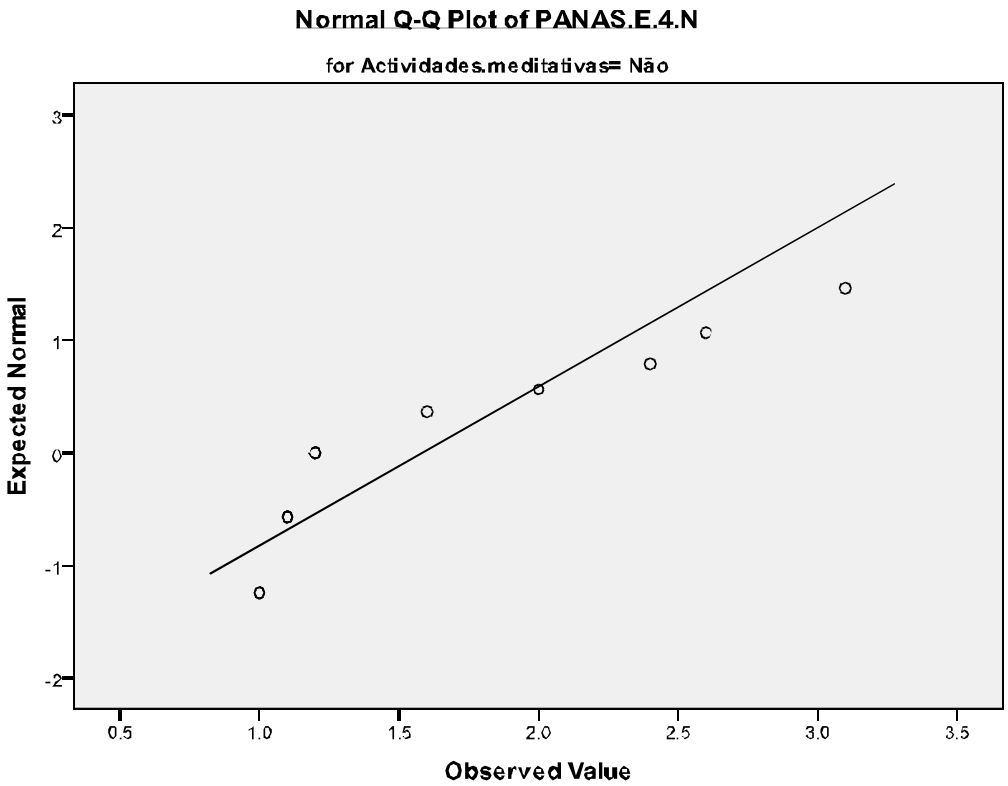
5º momento – atividades meditativas

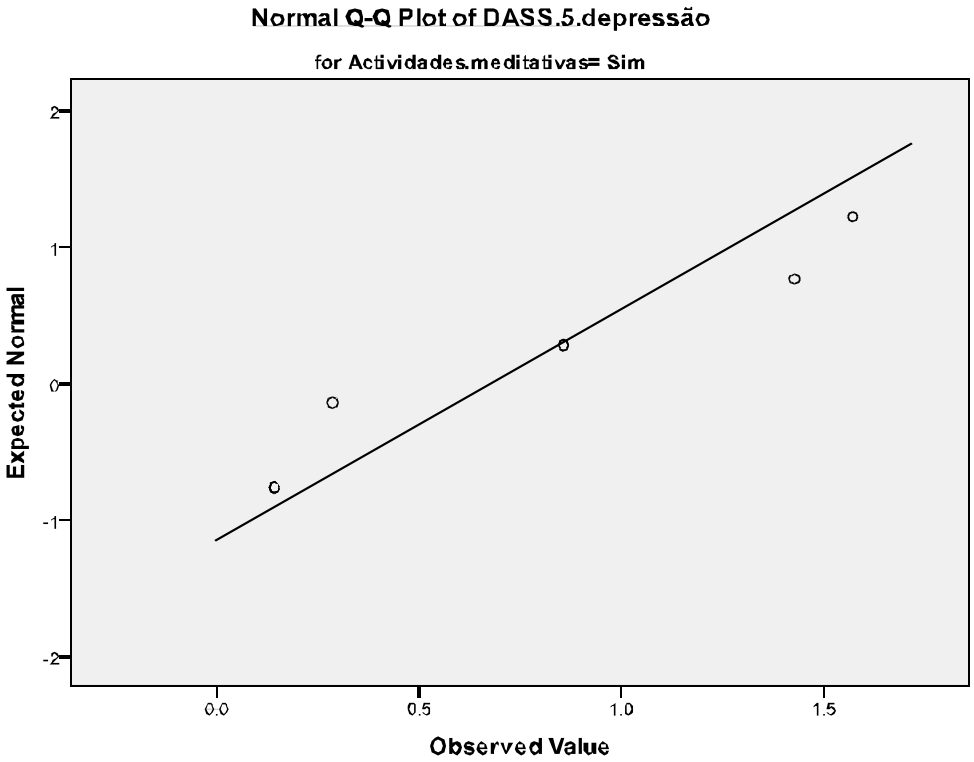
Tests of Normality

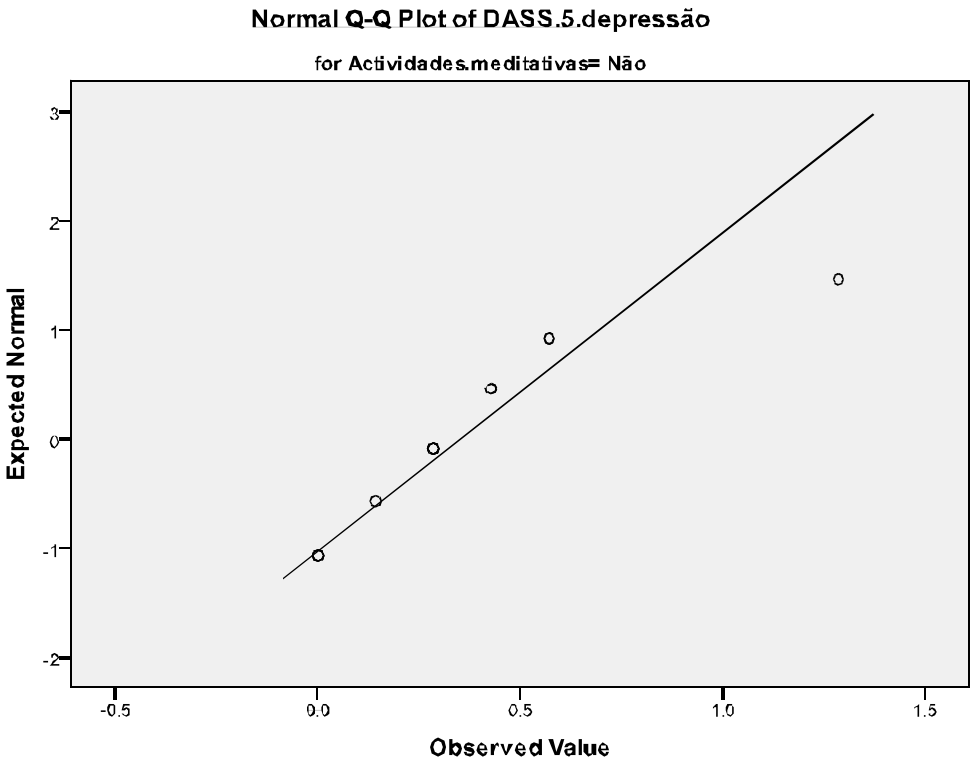
		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Actividades.meditativas	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PANAS.E.4.P	1 Sim	.260	8	.120	.897	8	.272
	2 Não	.139	13	.200*	.958	13	.719
PANAS.E.4.N	1 Sim	.139	8	.200*	.941	8	.624
	2 Não	.322	13	.001	.792	13	.005
DASS.5.ansiedade	1 Sim	.203	8	.200*	.942	8	.627
	2 Não	.158	13	.200*	.898	13	.125
DASS.5.depressão	1 Sim	.247	8	.163	.837	8	.070
	2 Não	.192	13	.200*	.827	13	.015
DASS.5.stress	1 Sim	.209	8	.200*	.906	8	.324
	2 Não	.128	13	.200*	.947	13	.551

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.




Normal Q-Q Plot of DASS.5.depressão
for Actividades.meditativas= Sim
Expected Normal
Observed Value
2
1
0
-1
-2
0.0
0.5
1.0
1.5


Normal Q-Q Plot of DASS.5.depressão
for Actividades.meditativas= Não
Expected Normal
Observed Value
3
2
1
0
-1
-2
-0.5
0.0
0.5
1.0
1.5

Group Statistics

	Actividades.meditativas	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PANAS.E.4.P	1 Sim	8	2.562500	.7981004	.2821711
	2 Não	13	2.815385	.5899804	.1636311
PANAS.E.4.N	1 Sim	8	1.975000	.8310922	.2938355
	2 Não	13	1.584615	.7069254	.1960658
DASS.5.ansiedade	1 Sim	8	.517857	.3963205	.1401205
	2 Não	13	.318681	.3094534	.0858269
DASS.5.depressão	1 Sim	8	.678571	.5902512	.2086853
	2 Não	13	.351648	.3431318	.0951676
DASS.5.stress	1 Sim	8	1.160714	.7181020	.2538874
	2 Não	13	.747253	.4779272	.1325532

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
PANAS.E.4.P	Equal variances assumed	2.296	.146	-.835	19	.414	-.2528846
	Equal variances not assumed			-.775	11.726	.454	-.2528846
PANAS.E.4.N	Equal variances assumed	.146	.707	1.151	19	.264	.3903846
	Equal variances not assumed			1.105	13.106	.289	.3903846
DASS.5.ansiedade	Equal variances assumed	.823	.376	1.288	19	.213	.1991758
	Equal variances not assumed			1.212	12.233	.248	.1991758
DASS.5.depressão	Equal variances assumed	5.828	.026	1.616	19	.123	.3269231
	Equal variances not assumed			1.425	9.963	.185	.3269231
DASS.5.stress	Equal variances assumed	4.168	.055	1.592	19	.128	.4134615
	Equal variances not assumed			1.444	10.865	.177	.4134615

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of DASS.5. depressão is the same across categories of Actividades. meditativas.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.288	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.